

令和元年度第1回県西地区保健医療福祉推進会議 議事録

(令和元年9月2日(月)19:00~21:00 おだわら総合医療福祉会館4階ホール)

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、ただ今から令和元年度第1回県西地区保健医療福祉推進会議を開催いたします。

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」とおりでございます。それでは、新たな委員の皆様をご紹介させていただきます。

委員名簿7番、足柄歯科医師会会長の海瀬(かいせ)委員でございます。

8番、小田原薬剤師会会長の荒井委員でございますが、山崎様に代理出席いただいております。

9番、全国健康保険協会神奈川支部企画総務部長の阿部委員でございます。

12番、東海大学医学部付属病院院長の渡辺委員でございますが、本日は都合により欠席でございます。

18番、山北町社会福祉協議会会長の岩田委員でございます。

19番、社会福祉法人小田原福祉会理事長の時田委員でございます。

20番、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の林委員でございます。

24番、小田原市福祉健康部長の山崎委員でございます。

27番、大井町子育て健康課長の矢吹委員でございます。

29番、山北町保険健康課長の辻委員でございます。

30番、開成町保健福祉部長の亀井委員でございます。

31番、箱根町福祉部長の八木委員でございます。

33番、湯河原町保健センター所長の松野委員でございます。

34番、小田原労働基準監督署長の千葉委員でございます。

35番、小田原児童相談所長の高須委員でございます。

36番、県西教育事務所長の加藤委員でございます。

37番、小田原保健福祉事務所長の丸山委員でございます。

38番、小田原保健福祉事務所足柄上センター所長の渡邊委員でございます。

小田原医師会病院会代表の杉田委員、健康保険組合連合会神奈川連合会副会長の篠原委員、小田原市社会福祉協議会会長の小野委員、小田原市自治会総連合会長の木村委員、中井町健康課長の森委員は、都合により欠席です。

また、今年度は地域における医療と介護の連携等についても協議を行うことから、大井町介護福祉課長の鈴木様、松田町福祉課長の椎野様、湯河原町介護課長の野大様にオブザーバーとして出席いただいております。

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。不足等ございましたら、お気付きの時点で事務局までお知らせください。

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きます。

ホームページにて開催予定を周知したところ、傍聴の方が 21 名お見えになっています。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、よろしくをお願いします。

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

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

小田原医師会の渡邊です。本日は、今年度の第 1 回の会議としまして、地域医療構想の進め方について、この県西地域の現状について、また、さる 8 月 5 日に開催しました「病床機能／分化・連携／ワーキンググループ」での意見交換の結果などについて議論を進めていくことになっております。

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、よろしく申し上げます。

2 議題

(渡邊会長)

早速ですが、次第に基づき議事を進めさせていただきたいと思えます。はじめに、議題の 1 の令和元年度地域医療構想の進め方についてです。事務局から説明をお願いいたします。

(事務局) (医療課)

神奈川県医療課の佐藤と申します。資料 1 の令和元年度地域医療構想調整会議の進め方について説明させていただきたいと思えます。着座にて御説明させていただきます。

県西地区におきましては、県西地区保健医療福祉推進会議を地域医療構想調整会議と位置付けて開催しているところではございますけれども、この資料は昨年度の第三回の保健医療福祉推進会議でお示したものと同じでございます。令和元年度の 1 回目ですので確認の意味も込めましてこの資料を付けさせていただきました。

四角囲いのところに、平成 28 年度に神奈川県で策定しました地域医療構想で目指すがたをお示しています。これを目指すために平成 30 年度は、地域内の各病院の機能、地域における役割、今後の対応方針、病院間での患者の流れ等を地域で共有するということを重点的目標に行ってきました。令和元年度は、平成 30 年度の重点的目標は維持しつつ、地域の議論の進捗状況に応じまして、医療機能の実態や課題が明確になっている場合は、各地域で議論を深めていただくということで、例えば、高齢者の救急機能の確保、在宅医療の後方支援、入退院支援、診療所・在宅医療・介護施設等の連携などについて、ご議論いただければと考えております。

なお、年間のスケジュールということで、参考資料 1 のところにスケジュールをお示しさせ

ていただいております。現在、各地域で第1回の地域医療構想調整会議、この保健医療福祉推進会議ということで開催しているところですが、10月から12月にかけて第2回の会議、1月から2月にかけて第3回の会議を予定しているところでございます。

資料の説明は以上です。

(渡邊会長)

はい、説明ありがとうございました。いまの内容について何か質問ございますか。

それでは、議題2のア、県西地域の現状について説明をお願いいたします。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

小田原保健福祉事務所企画調整課の小峯と申します。資料2について説明をさせていただきます。

県西構想区域の現状でございますが、例年国から示されたデータを基に地域の状況を情報共有のために説明させていただいているところですが、今年度は国からのデータの提供が遅れている状況がございまして、今回お配りしている資料は、昨年度の第1回会議で説明したものと同様のものということになっております。ただ、新たな委員の方々もいらっしゃいますので、簡単に現状について確認をしてみたいと思います。資料の1枚目に沿って説明をさせていただきます。2枚目以降に、資料として各項目のデータ、グラフ等をつけていますので、こちらは、後ほどご覧いただければと思います。

まず、基本的事項の入院患者推計です。県西地域、人口は年々減少する状況です。65歳以上の高齢者は2020年まで増え、その後は横ばい、75歳以上は2015年比で2025年は1.37倍になる予測です。患者数ですが、65歳以上、75歳以上の患者が増加する傾向になります。疾患別では、循環器、呼吸器の増加率が高くなっています。続いて右の要介護者の推計ですが、65歳以上の要支援・要介護者数は、2025年には、2015年比で1.39倍となる見込みでございます。

続きまして病床数の状況ですが、平成30年度の病床機能報告の数字につきまして後ほどご説明します。

続きまして、入院基本料です。一般病床、地域包括ケア病棟、回復期リハ病床、療養病床と区分毎に記載していますが、自己完結率、こちらは患者の方が自分の居住する地域にある医療機関で医療を受けられているかをパーセントで示したものになりますが、一般病床は86.9%です。その下に、レセプト出現比の記載がございまして、こちらは、診療情報のデータベースを基に、その診療項目について全国平均と比べた指標ということになります。7:1や10:1のレセプト出現比は全国平均より低い。特殊疾患、救命救急入院のレセプト出現比は高くなっています。地域包括ケア病棟、回復期リハ病床、療養病床の自己完結率、レセプト出現比は資料に記載の通りです。

続いて裏面になります。救急医療については、86.9%の患者が二次救急を圏域内で完結しているということで、地域の医療機関の方々には頑張らせていただいている状況です。

疾患別の地域特性です。代表的なものを説明します。がんにつきましては、2025年入院患

者数は全体的に増加してまいります。がん入院の自圏域での完結率は最も高い大腸がんで82.4%、最も低い肺がんで54.6%になっています。化学療法・放射線治療の自圏域完結率は若干低くなっており、湘南西部への流出が多くなっています。急性心筋梗塞、2025年の入院患者数は2015年比で1.20倍。脳卒中は、2025年入院患者数が、くも膜下出血は、2015年比で1.20倍、脳梗塞は1.39倍になる予想です。

在宅医療等です。全体として、自己完結率9割ということで、地域の医療機関の皆様が地域の在宅医療を支えていただいている状況で、レセプト出現比も比較的には高い状況です。

全体的な課題・論点については、地域における役割分担の進め方や医療機能の過不足については、昨年からの機能分化・連携のワーキンググループを開催しまして、医療機関相互に意見交換や情報共有を開始したところです。

医療機関と、在宅医療や介護資源との連携につきましては、今年度ワーキンググループの方で検討・意見交換を開始したところで、後ほど第1回の結果について報告させていただきたいと思っています。以上です。

(渡邊会長)

はい、説明ありがとうございました。特に初めて参加される方々で、この説明で分からないところございますか。

本日このあと、これを補足する部分が出てくると思いますので、そこでまた見ていただければと思います。

それでは、議題2のイの平成30年度病床機能報告結果（速報値）等について、ウの定量的基準についての説明をお願いいたします。

(事務局) (医療課)

神奈川県医療課の大森と申します。資料3について説明させていただきたいと思います。まず、資料3-1をご覧ください。着座にて御説明させていただきます。

平成30年度病床機能報告結果の速報値でございます。資料の中央の色が付いている部分、E列をご覧ください。県全体では62,319床という結果でして、前年度より約400床増加という結果でした。機能別で見ますと、回復期が1,100件程度増加しており、その他の機能については若干減少したという結果でした。続きまして、一番下の県西地域の結果です。全体では3,273床で、高度急性期と急性期で大きな増減がございますが、これは小田原市立病院で高度急性期を一部急性期に移したということで、そのことによって数字が動いたと伺っております。また、隣には2025年の見込みの件数を記載しております。さらにその隣の列には、2025年の必要病床数、またそれぞれの年度の必要病床数との差を記載しています。2点ほどご注意いただきたいと思います。こちらの必要病床数につきましては、あくまでも将来の医療需要を全国一律の病床稼働率を用いて算出した必要病床数となっていますので、これはあくまでも推計値でございまして、皆さまが議論する上での参考値であるということ。もう1点は、資料に示されている不足する病床、特に目立つのは、回復期、慢性期など大きく不足とされていますけれども、これは推計値との差ですので、必ずその数を整備しなければならないとは考えてお

りません。以上の2点についてご理解願います。

続きまして資料の3-2をご覧ください。こちらは平成30年度病床機能報告結果の病院毎の数値、診療所毎の数値で、県西地域の抜粋版です。こちらについては、お時間の関係で説明は省略させていただきたいと思っております。後ほどご覧いただければと思っております。

資料3-3をご覧ください。病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関についてということで、1の考え方からご説明させていただきますと、平成30年2月7日付けで「地域医療構想の進め方について」という国の通知で、病床機能報告の結果等から、病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関を把握した場合には、速やかに、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議等へ出席し、病棟を稼働していない理由や当該病棟の今後の運用見通しに関する計画について説明するよう求めることとされておりました。それに対する本県での対応としましては、対象医療機関数が多いことを踏まえまして、令和元年7月時点の平成30年度病床機能報告に基づき休棟中等の病棟をもつ医療機関に対して次項の調査を行ったうえで、各調整会議へ報告するという流れを整理させていただきました。さらに説明を求める必要があると判断した医療機関に対しては、次回以降に調整会議への出席等を求めるという整理をさせていただいております。

その調査の結果概要につきまして、2番以降に記載がございます。調査期間としては、令和元年5月に調査を行いまして、平成30年度病床機能報告において、丸数字の1と2の医療機関を対象に実施しました。結果としては、その下の表にありますように、休棟中又は全病床非稼働の病棟が38、病床数が1,395床という結果でございました。2ページをご覧くださいますと、調査対象病院の回答ということで、休棟・非稼働の理由の主なものを記載しています。目立つのがスタッフの不足で、18病棟567床の病院が理由として挙げていまして、特にスタッフの中でも看護師が不足しているというところなんです。その下のイとして今後の再開見込・予定等とありますが、こちらもスタッフの確保がつき次第再開したいというところが一番多いという結果でした。3ページには、同様に診療所の記載がございます。括弧の3の表では、休棟中が69床、全病床非稼働が59床という結果でございまして、休棟・非稼働の理由としては、スタッフの不足や利用者の減少というところが挙げられております。

続いて資料3-3の別紙をご覧ください。こちらは実際の調査結果を一覧にしたものでございます。県西地域のみご説明したいと思っております。独立行政法人国立病院機構箱根病院さんは、時期は未定ですけれども神経難病緩和ケアの診療を目指して再開を検討しているところです。箱根リハビリテーション病院さんは既に再開、稼働済ということでした。県立足柄上病院につきましては次期中期計画に向けた議論の中で検討を行っていくという回答をいただいております。

さらに参考資料の3として、基準病床数及び既存病床数について資料を付けさせていただきます。こちらは平成31年4月1日現在ですが、1の表をご覧くださいますと、県西地域は既存病床数と基準病床数の差し引きが330床過剰という状況になっていますので、今年度は事前協議に及ばないという結果でございました。

資料3については以上です。

(事務局) (医療課)

神奈川県医療課の青木と申します。資料4、定量的基準に基づく試算結果について説明させていただきたいと思っております。着座にて失礼します。

昨年度、この調整課会議にてご議論いただき導入しました定量的基準ですが、1の導入の背景でございます。病床機能報告に関しては、主として回復期機能を有する病棟であっても、急性期機能と報告されている病棟が一定数存在し、詳細な分析や検討が行われないうまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させる事態が生じているという指摘がございました。厚労省より各都道府県に対して、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、医療機能や供給量を把握するための目安として、地域の実情に応じた定量的基準の導入が求められました。こうしたことにより、昨年度この会議でも協議いただき、次項に示す定量的基準を導入するという事で整理させていただきました。

2の定量的基準の考え方です。先程申し上げたように、急性期の中に回復期機能が混ざっているのではないかとということで、急性期を、一般型と地域密着型に分け、今後、地域の病床機能を検討していく際の参考としようとするものです。一般型と地域密着型のイメージですが、資料の四角囲いの中に記載しています。一般型については、重症患者や救急などを積極的に受け入れていく急性期病床、救急や重症者への対応を重点的に行う断らない病床。地域密着型については、ポストアキュート・サブアキュート機能を中心に回復期的な機能も含めて幅広く担っていく急性期病床、地域のニーズに応じて急性期の患者から回復期の患者まで幅広く患者を受け入れている病床というイメージになっています。

定量的基準の指標の選定です。他県の例も参考にしながら、病床能報告の報告内容のうち、急性期医療に関する代表的な指標と考えられる、以下の3項目を選定しています。手術の実施状況、救急医療の実施、患者の重症度、医療・看護必要度状況、これら1から3のいずれかを満たすものを一般型、満たさないものを地域密着型とさせていただきます。

試算結果については、資料の3ページに記載しています。下段が、この県西地域の平成30年度病床機能報告に定量的基準を当てはめた場合の試算結果になります。グラフが3つありまして、一番上が平成30年度病床機能報告の結果で、真ん中が定量的基準を当てはめたグラフになります。試算結果を見ますと、この地域は急性期が1,313床あるところですが、地域密着型が195床あるのではないかとという結果になっています。一番下のグラフは、2025年の必要病床数をお示ししています。この地域は、将来的に必要な病床数が減るだろうとの結果が出ております。それから、病床の機能区分毎のバランスを見ていきますと、必要病床数に比べて現状は、急性期と慢性期の病床のボリュームが多いのかなという結果になっています。それから、昨年ご議論いただく際に平成29年度の報告結果を当てはめて地域密着型の試算をしておりますが、その際は地域密着型が384床ございましたが、今年度当てはめると195床と減少しています。理由としましては、今回の報告で急性期の病床が増えているということと、指標の3番の重症度、医療・看護必要度が、30年度の診療報酬の改定によって該当する病棟が増えたため、地域密着型が少し減少しているのではないかとこのような分析をしています。こうした結果を参考にさせていただきながら、この地域の医療提供体制の議論の参考にさせていただければと考えております。説明は以上になります。

(渡邊会長)

はい、説明ありがとうございました。最初の平成 30 年度病床機能報告結果（速報値）等についてご質問があればお願いします。

(阿部委員) (全国健康保険協会神奈川支部)

初めて今回参加させていただきまして、資料 3-1 の E 欄、平成 30 年度の回復期病床の数値を見ますと、平成 28 年度が 3%、平成 29 年度が 7%、平成 30 年度が 8% と回復期への転換が進められており、各医療機関の皆様のご努力が大変なものであると、医療保険者としては頭が下がる思いでございます。病床機能報告は、資料 4 の説明でもございましたが、病棟毎の機能報告ということで、病棟においては急性期と回復期が混在するケースもあるということは、他の構想区域においても同じような意見が出ているところでございます。先程資料 4 にもありましたが、地域密着型を 195 床加えても 459 床と、国の推計、事務局の方からあくまで推計とご説明いただいたところですが、2025 年の必要病床数とされている推計値 863 床と現状大きな乖離があると思われ、また、資料 2 の 16 ページと 18 ページ、地域包括ケアの病床と回復期リハビリテーション病床の圏域内での完結率が 53.6% と 52.8%、一般病床と療養病床に比べて低い状況と見受けられるのですが、事務局としましてはこの状況を踏まえて、不足の病床を全て整備する必要はないとの説明はいただいているのですが、将来的な方向性としてどういった方針をお持ちでいらっしゃるのか、もし何かお考えがあればお聞かせいただければと思います。

(事務局) (医療課)

神奈川県医療課の大森と申します。貴重なご意見ありがとうございました。本県としましては、あくまで推計値とはいえこれだけの差が出ているということは課題であると認識しております。それにつきましては、後ほど説明がありますが地域医療介護総合確保基金におきまして回復期への転換補助を事業として行っております。また、セミナー等の開催で回復期への転換の支援を今後共行っていこうと考えております。以上です。

(阿部委員) (全国健康保険協会神奈川支部)

ありがとうございます。

(渡邊会長)

以上の質問について、病院群の方からコメントありますか。

資料 3-3 のところで、病床が稼働していない理由として人員不足としてあがっているのですけれども、この辺りも大きな問題点だと思います。

それでは、定量的基準についてご質問ありますか。

これは、急性期を 2 つに分けて、一般形と地域密着型としたのが、神奈川県の方針ということですが、他県でも同じような区別をしているということは前年度の会議でも説明が

ありましたが、その混在している割合が資料4の3ページ目の下の棒グラフになっていますけれども、先程説明があったように、地域密着型に入ってくるものがもう少し多いかなとおもっていたところ、少な目に出ているのは、区分の基準の問題ということですが、特にこれに関しては質問ございませんか。

(南委員) (県病院協会)

定量的基準については、各都道府県でも独自のものを示していたり、似たものを示していたりしていますが、国が統一的な基準を参考として示している訳ではないのですね。定量的基準を導入して考えてみようということはあるのですけれども、具体的にここに書いてある指標の選定、ここに記載されている数値でやればこうなるということですが、この基準を絶対的なものとする必要があるのかなと思います。少しこの基準を変えただけで、急性期の一般形と地域密着型の分け目が動く訳です。実際には、一般形と地域密着型が明確に分かれている訳ではなくて、言わば色でいえばグラデーションで変わっていく、というのが実情ではないかと思います。グラデーションのどこが線なのかということにあまりこだわらなくてよい。いままでの急性期一般形の中で回復期も担っているのだということであれば、急性期プラス回復期が、必要病床数の急性期プラス回復期とほぼ同じということになってくるので、あまりここに固執する必要はないのではないのでしょうか。実際、急性期一般形で、重症度がかなり高い患者や救急を受け入れている病床でも、ほとんどのところでは、その患者の退院指導に当たっては地域の施設や在宅のサービスと連携しながら苦勞してやっている訳ですから、急性期一般形だから地域に密着してないということはないのですね。ですから、ここにあまりこだわる必要はないのかなと私は思っております。

(渡邊会長)

ありがとうございます。これは、昨年度の第3回の会議の際に話しが出たように、この数値というのは、基準をどう設定するかで変わってきますので、これ以上突っ込んで話しをする必要はないのではないかと思います。

それでは次の議題に移りたいと思います。議題2のエの「公的医療機関 2025 プラン」及び「2025年に向けた対応方針」について、説明をお願いします。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

小田原保健福祉事務所企画調整課の小峯です。資料5をご覧ください。

2025年に向けた民間病院の対応方針、そして公的医療機関、公的病院からは2025プランということで昨年度までに策定をしていただいたものについて、今年度の議論に向けて、更新状況を確認致しました。その変更の状況について纏めたものがこちらになります。資料の中で網掛けの部分が、変更があった項目になりますので、こちらについて説明をさせていただきます。

1ページ目の一番上ですが、小林病院様につきましては、2025年の病床機能につきまして、休棟の19床を回復期に変更したいということで報告いただいています。また、今後、休棟の病棟についてはできるだけ早期に復床したいと考えているとのことです。

続いて上から4つ目、間中病院様です。法人の名称の変更がありました。また、指定・届出の項目で地域包括ケア病棟が20床だったものを45床に増やしていただいています。

裏面をご覧ください。一番上の大内病院様です。2025年の病床機能で、前は急性期52床、回復期0床ということだったのですけれども、急性期を17床、回復期を35床と変更を考えていただいています。本年8月以降に一般病床のうち35床を地域包括ケア病床へ転換予定とのこと。

変更内容につきましては以上のおりでございます。こちらの会議やワーキンググループでの情報共有を行ったことで、若干ですけれども回復期への転換や地域包括ケア病床の指定が増えているという状況がございましたので報告させていただきます。以上です。

(渡邊会長)

いまの説明については、報告を纏めたということです。何かありますか。

それでは、次の議題2のオの医療法第7条第3項に基づく許可を要しない診療所の取扱いについて、説明をお願いします。

(事務局) (医療課)

神奈川県医療課の佐藤と申します。資料6について説明させていただきたいと思っております。

現在、診療所の病床設置につきましては、平成19年1月1日以降、医療法第7条第3項におきまして原則許可を得る必要がありますが、他方で許可を要しないで病床設置が可能な特例措置についても規定がされています。これに基づきまして、別添でお付けしていますが、県では取扱要領を定めまして、診療所が許可ではなく届出で設置が可能となる場合の必要な手続きについて規定しています。その手続きでございますけれども、県西地区では本推進会議で何らかの協議が出た場合にはご議論いただき、最終的には県医療審議会にて許可を要しない診療所として扱うべきか否かの判断を行うということになっています。現在、県の要領では、地域における医療需要を踏まえまして、1に記載の、(1)地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所、それから(2)分娩を取り扱う診療所というものを定めさせていただいております。ちなみに、この(1)につきましては、国において、有床診療所が地域包括ケアシステムの構築に果たす役割が大きいだろうということで、平成30年度に新たに追加されたものでございます。地域包括ケアシステムの構築に当たりまして有床診療所が一定の役割を果たしているのは事実でございます。他方、これは他の地域ですけれども、地域包括ケアシステムに資する診療所としては評価し難いと思われる意見が出された協議案件がございました。それから、許可を要しない診療所の病床というのは、先程参考資料の3について説明させていただきましたけれども、既存病床数にカウントされることになっています。病床の整備については、毎年この基準病床数と既存病床数を比較しまして、その中から事前協議がある場合に協議を行っていますけれども、許可を要しない診療所はその枠外ということになりますので、許可を要しない診療所が無秩序に増えていきますと、事前協議制との不公平感ですとか、計画的な病床整備に支障をきたすこともあるのではないかとということで、これらの問題について本年3月の県医療審議会において意見が出されたところでございます。こうした意見を踏まえまして、県では取扱要

領の改正について検討を行っているところでございます。

地域包括ケアシステムの要件というものを別添の資料の2条の(1)のところに定めさせていただいています。これは国の通知で示された要件例をそのまま要件とさせていただいているところですが、現状は、このアからキのいずれかに該当すれば地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所ということになる訳でございます。その前提として実績を要することが必要となりますが、今般他の地域におきまして評価し難い協議案件が出たこともございまして、この要件自体が地域包括ケアシステムに資する取組みかどうかを評価するには十分ではないのではないかということで、新たに要件を追加することができないかということを検討しています。現在、裏面にお示しをしているのは、追加要件のたたき台でございます。今後の検討のために各地域でご意見を頂戴しているところでございますけれども、今回の会議におきましても忌憚のないご意見をいただければと思います。

それから、県の医療審議会におきましても、事前協議制との関係性についても意見が出たところでございますけれども、この関係性についても整理をする必要があるだろうということで、4のところに記載がありますように、事前協議が行われる場合と行われない場合とに分けて検討を行っています。事前協議が行われる場合は、原則、事前協議の枠組みの中で議論してもらうことを考えていますけれども、有床診療所は小規模なため、規模の大きい病院との比較でなかなか参入が厳しいところがあるかもしれないところもありますので、地域の意見によっては、もっと有床診療所に頑張ってもらいたいというところがあれば、許可を要しない診療所の協議をしてもよいということで、協議自体の余地は残すということがあってもよいのではないかと考えてございます。他方、事前協議そのものが行われない場合、今回の県西地区などはそうですけれども、協議自体は受け付けるのですけれども、通常病床の事前協議は9月末から11月末頃まで受け付けさせていただいておりますけれども、これに合わせまして許可を要しない診療所の事前協議も受け付け時期を少し絞るという形にさせていただきたいと考えています。現在は、通年で受けることが可能という制度になっていますので、これを少し改めたいと考えているところでございます。

今後の予定でございますが、今回の会議を含めて今後3回の会議において、それぞれの段階に応じまして県の方で検討した結果を素案としてお示しし、各地域でご意見を頂戴したいと考えております。これらの意見を踏まえて当方で改正案を策定し、最終的に年度末に県医療審議会へ諮った上で要領を改正したいと考えておりますので、ご意見いただければと思います。以上でございます。

(渡邊会長)

説明ありがとうございました。これに関しては、今ここで議論するということですか。

(事務局 医療課)

ぜひともお願いいたします。

(渡邊会長)

この有床診療所というところが対象になるということですよ。先ほどあった人材不足の項のところ、県西地域の診療所の特徴が出ていますので、この地域、有床診療所がほとんどないですね、今現在。ですから、そのところに有床診療所が新たに出てくるという可能性も低いような気がするのですが、その辺も踏まえまして、何かご意見ありますか。

(小松委員) (県医師会)

神奈川県医師会の小松です。一応、これどういう話題かという、今、渡邊会長がおっしゃったように、この県西地域は、いわゆる病床過剰ということで、今、病院がベッドを増やそうと思っても、ベッドを増やすことはできません。ただ、この有床診、19床以下の診療所がベッドを持つとした場合には、資料6にあるような条件を満たせば、ベッドを持つことができるということになります。ですから、病院は持てないのだけれど、診療所は持てるということが矛盾ではないかというのが、全県の中では話題になっていて、特に分娩を取り扱う診療所というのは比較的わかりやすいのですが、この資料6の1に書いてある「地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所」というものは、具体的には別添の2条にアからキの条件が書いてあるのですが、これは結局、地域というよりは、例えば自分の施設を持っていて、そういう中でやろうとすると意外とクリアしようと思えばできてしまう、比較的建てやすい仕組みとなっています。ですから、やはり病院と同様に、病床が過剰であるわけですから、病床の新しい整備に関しては慎重という意見もあれば、一方で、もともと地域の中で、実績と信用があるところが有床診療所を持つことで、むしろ地域にとってうまくまわるというような可能性もある。県が提案しているのは、新たな開設の要望が出された場合、調整会議で議論をして、その中で地域にとって必要かあまり必要ではないかという意見を、具体的な案件があれば、ここで判断をして医療審議会の方に上げていくと、そういう流れ、扱いをするという提案だと思います。

(渡邊会長)

ありがとうございました。わかりやすい説明だと思います。この地域で必要性があるかということが一つと、あとは、そういうものを作りたいのだけれど、人がいないから作れない。だから、少ないという事実も実際はあると思うのです。実際、いま病院であっても、先ほど報告があったように人が少ないので休床しているところもかなりあるというのが現実なので、その辺を踏まえて、この県西地域でどういう希望を出すかということですね。細かいところは、現実味が少し薄いかと思いますので、それは医療審議会にある程度お任せをして、この地域ではどのようにしていくか、その方針を決めたいと思いますが、いかがでしょう。ご意見ありますか。

なかなか、診療所の方が少ないので、意見の出しようがないというところがあります。

(小松委員) (県医師会)

資料6に関しては、こうした特例的な取扱いが認められているのだけれども、地域医療構想と整合性が取れないこともあるので、特例に関しても具体的な案件が出たら協議しましょうという提案だと思いますので、それによろしければ、この会議としてはその条件の内容でよいと

いう判断をするか、若しくは、例えばこの資料6に少し具体的な地域包括、2ページの上で網掛けになっている、「ク」というのを県としては加えたらどうかという提案です。結局、いま医療法上は別添資料のアからキのどれかを満たせばOKということになっているのですが、そうするとあまり地域の中に根差していないものを急に建てることも理屈上は可能で、いま会長も具体的には考えにくいとおっしゃられました。例えば、急に建てて、建てたベッドを同一法人の中で病院を移すとか、いろいろ考えようと思えば考えられることもあるので、県としては「ク」という条件を加えてはどうかという提案だと思います。最終的には、これを県医療計画推進会議で、各地域のご意見を踏まえて揉んでいくものと思われま

(渡邊会長)

いまのお話にもありましたが、この地域として何かこれではなくて違うものが必要であるというものがなければ、県西地域としてはここに書いてある方針をお任せして、それを受け入れていくという方向性で、異論があればここで伺いたいのですが、異論が特になければその方針でいきたいと思いますが、いかがでしょうか。

特になければ、ここに書かれている方針で県西地域は考えているということで、県のほうにお願いしたいと思います。よろしくお願ひします。

(渡邊会長)

そうしましたら、次の議題の2のカ「ワーキンググループの開催結果について」の説明をお願いします。

(事務局) (小田原保健福祉事務所)

お手元の資料7をご覧ください。第1回病床機能分化・連携ワーキンググループ開催結果概要でございます。日時は令和元年8月5日、月曜日に開催をいたしました。場所はこちらの4階ホールでございます。参加者としましては、医療機関の方々24名、医師会、地域医療介護連携関係者、行政が12名、オブザーバーとして市町の関係室課の方々に8名参加いただきました。

当日の議題でございますけれども、本日の会議でも議題や報告事項としております(1)、(2)、(4)について、ご議論並びに報告をさせていただきました。併せて(3)、ワーキンググループの今年度のメインテーマでございますけれども、「居宅や介護施設における在宅医療等の現状及び地域における医療・介護の連携体制の構築に係る課題」ということで、事務局より当日、地域の状況に係るデータについて資料に基づき情報共有をさせていただきました。その後、地域の関係者ということで、当日は両医師会の地域医療連携室の方、また地域の病院を代表して小田原市立病院と県立足柄上病院の地域医療連携室、そして、福祉の施設等事業者を代表する形で小田原福祉会の時田理事長様、本日も委員としてご出席いただいておりますけれども、時田理事長様にも出席いただきまして、それぞれの方から現状や課題についてご報告をいただきまして、情報共有を行ったという状況でございます。

主な意見でございます。1ページ目の下、(1)「公的医療機関2025プラン及び2025年に向

けた対応方針の更新状況」と(2)「平成30年度病床機能報告結果(速報値)」等についてご説明しましたが、先程もご議論がありましたけれども、急性期(一般型)と急性期(地域密着型)に分けたところについて意見交換しましたけれども、基準については、今後の各地域の意見を踏まえて、必要に応じて見直しの検討も行って欲しいとの意見をいただきました。

議題の(3)でございますが、主な意見をこちらにまとめてございます。病院の地域連携室の方からは、在宅療養のサポート体制の充実等を背景に、病院から自宅への転帰が増えており、さらなる連携の強化が必要とご意見をいただいております。また、在宅で療養する患者・家族に対して、公的サービスに加えて、地域の人々の協力により生きる意欲を高め、生活の質を向上することが課題との意見をいただいております。続いて医師会の方からは、地域住民に対して、医療機関に係る情報提供や医療に係る相談への対応を行っているほか、地域の関係者による研修会・検討会等が開催され、顔の見える関係づくりが進められているとのことでございます。終末期の患者の看取りについては、自宅はもちろん、看護師のいる施設でもなかなか難しい状況があるとのことで、一方、県西地域の医療は、自己完結率が、先ほどのデータにもありましたけれども、比較的高い状況でございまして、絶妙なバランスで保たれているということで、病床等の数値の議論だけでなく、施設に対する在宅医療や終末期に係る対策を行うことも重要ではないかというご意見をいただきました。また、福祉の関係の方からは、地域の福祉施設では医療との連携を密に行っており、看取りを行っていることが多いが、定員をほぼ満たしていることなどから緊急時の対応に難しさがあるというお話をいただいております。県西地域の在宅医療に関する利用者の満足度は比較的高く、これからの高齢社会を支えるには、在宅医療のさらなる充実が、方向性としては正しいということをご意見をいただきました。退院に向けて、在宅でのケアに携わる者が退院時のケースカンファレンスから関わることで、在宅医療がさらに充実することが見込めるのではないかとご意見をいただいております。最後に、当会議の渡邊会長の方から、地域の医療・介護の関係者の参加を得てよい議論が出来た。地域医療の必要量や求められる質、地域のネットワークにおいて患者がどう流れているかの分析等により、本日の話し合いを土台に連携を推進していきたいとのコメントをいただいております。

続きまして、報告事項、協議予定事項につきましては、この後も説明がございまして、公的医療機関2025プランの検証については、なかなか難しい部分があるのではないかとご意見をいただきました。また、医師確保計画、外来医療計画につきましても、計画に係る数値を明示した上で十分な議論を踏まえることが必要との意見をいただきました。

次回のワーキンググループにつきましては、第1回で地域の連携担当の方から貴重な意見をいただいたことから、地域の病床を有する各医療機関の側からみた課題等について今後意見交換をしたいと事務局の方では考えておまして、事前にアンケート調査を実施するなど、内容等について、会長、副会長、ワーキングの座長をしていただいております丹羽病院の南先生と調整のうえ進めたいと考えています。

意見交換結果につきましては、本日、参考資料6に取組状況を添付してございますが、県西地区の地域包括ケア会議・在宅医療推進協議会という会議がございまして、こちらで取組を進

めておりますので、こちらの会議にもこの会議での情報を共有しまして、今後とも取り組んでいきたいと考えております。

(渡邊会長)

説明ありがとうございました。今年度の推進会議を進めるうえでは、このワーキンググループの内容が一番大切であると考えています。このワーキンググループの座長を務めていただきました丹羽病院の南先生、何かコメントありますでしょうか。

(南委員) (県病院協会)

こうした医療と介護、病院、施設、在宅に関わっていただいている方々と一つの場所に集まって、いろいろな意見を出していただくというのは、なかなか今までなかったわけですので、まだ、このワーキングも十分ご意見が出尽くしたというわけではないと思います。これからもっとも意見が出てくるであろうと思います。確かに、医療と介護の連携というのは、以前に比べるとかなり進んでいますし、在宅で、病院から退院する段階で、在院時のケースカンファレンスから在宅の方が参加をしていただいて、そのあとの療養を引き受けていただく、そして、場合によっては看取りというようなところまでできていることなどご意見をいただきました。やはり、こういったことが在宅で療養を支える、或いは看取りということまで支えていく上では、現実問題として、施設においても、例えば、看取りということ自体、例えば呼吸が止まるとか、意識が無くなるということが、起こる時間帯がどうなるかによっても状況が変わってくるのです。そういうことにフレキシブルに病院が対応できているかということ。これは私の個人的な意見ですが、まだまだ議論をしていかなければいけない。ただ、うまくいっているというだけでなく、まだまだ課題が掘り出せばあると思うのです。やはりワーキングでは、さっと文字で書かれた方針だけではなく、もっと課題を掘り出していくという作業が続いていくと思います。それを通じて、より医療と介護、病院と在宅との連携というのは本当に実のあるものにしていくには、このワーキングを何度か重ねて、本音のところを出し合うことができるような会にしていければと思っております。

(渡邊会長)

ありがとうございます。県西地域では、介護を必要としている方と、介護を担当している医者、介護士さん、施設のバランスというのは、落ち着いていると思うのですね。横浜とか、こちらの方に行くと、患者さんの取り合いとか、そういったことが起きているのですが、この地域では、それは割と安定している。顔の見える関係もよくできている。聞くところによると、地域外からの株式会社的な介護の会社というのもこの地域にはあまり入ってきていないので、いざというときに患者さんが主治医に連絡がつかなくて、救急車を呼んで病院に行くというのも、まだそれほど多くはない。ただ、病床として、地域包括ケア病床はこの地域はまだ少ないですけど、果たしてそういうものを活用していくのか、一般の病院の急性期の病棟を利用していくのか、これから先の繋がりを考えていくワーキンググループが必要だと思うので、それは第2回のワーキンググループで繋げていきたいと考えておりますが、第1回に関して何か

ご意見ありますか。

一応、この地域の特性というのは少しわかりましたので参考にさせていただければと思います。それでは次に進めたいと思います。

続きまして、議題の3のアの公的医療機関等 2025 プランの具体的対応方針の検証について説明をお願いします。

(事務局) (医療課)

神奈川県医療課の佐藤でございます。資料8について説明をさせていただきます。本資料は、本年の6月21日の厚生労働省に設置されている地域医療構想に関するワーキンググループの資料を抜粋したものです。別紙1もその際に配られた資料ですので、参考にご覧いただければと思います。先ほど各プランや民間が作成しております2025年に向けた対応方針の更新状況についてご説明したところですが、昨年度以降、公立・公的医療機関に対しては、新公立病院改革プラン、公的医療機関等2015プランを作成いたしました。また、民間医療機関等につきましては、2025年に向けた対応方針というものを策定し、この保健医療福祉推進会議でもご議論いただいたところです。このうち特に、公立・公的医療機関等に対しましては、民間医療機関等との役割分担を踏まえまして、公立・公的医療機関でなければ担えない分野へ重点化された具体的対応方針であるかということが、会議の場で確認を求められていたところですが、国のワーキンググループの中からは、現在のこれらのプランというものが現状の追認に止まっているのではないかとこの意見が出されたと聞いています。

これを受けて今後、2019年の年央という言葉は厚生労働省は使っていますが、厚労省において診療実績等の一定の指標を設定しまして、各構想区域のすべての医療機関の診療実績データを分析し、診療実績が少ない、または、診療実績が類似していると位置づけられた公立・公的医療機関等に対しまして、当該医療機関の機能の他の医療機関への統合や、他の病院との再編統合、いわゆる代替可能性について、地域医療調整会議で協議し、改めて合意を得るように要請することが検討されています。ちなみに、この年央ということにつきまして、厚生労働省は当初7月から9月までを想定していました。先週の金曜日に厚生労働省が都道府県の担当者を集めた会議を行っているところですが、現時点ではすぐにデータを示すということにはないようなニュアンスで説明が行われておりますので、今月中か、遅くなると来月にもなる可能性があるとの説明がございました。いずれにいたしましても、本県の対応としましては、国から示されるデータというものが届いた段階で対応を検討することになりますが、第2回以降の推進会議の中で協議をしなくてはならない可能性がございますので、報告事項ということでご説明をさせていただきました。資料8の説明は以上です。

(渡邊会長)

ありがとうございました。公的医療機関の先生、これに関して何か質問はありますか。

これは、これから始まることなので、少し遅れているというお話しですけれども、そのデータ解析の結果を踏まえて次回の会議の際に報告できると思います。

それでは、次の議題に進みたいと思います。報告事項のイの医師確保計画、外来医療計画に

ついて説明をお願いします。

(事務局) (医療課)

神奈川県保健医療人材担当課長の西海から報告申し上げます。医療法等を改正する法律が昨年 7 月に公布され、医師偏在指標を用いた医師確保計画及び外来医療計画を今年中に策定するよう早急に求められております。従来用いられてきた人口 10 万人あたりの医師数では、神奈川県は 39 位でしたが、この医師偏在指標を用いた医師数では 23 位と中間の部類に属しております。また県西地区は、この新しい偏在指標を用いた場合でも、下位 3 分の 1 に属する二次医療圏となっております。この医師偏在指標は、患者さんの人口構成、患者さんの流出入と、僻地等の地理的条件、医師の性別、年齢、入院外来などの機能ごとの偏在、診療科別の医師の偏在を検討したものでございます。ページをおめくりいただき、(2) のアの医師確保計画についてです。二次医療圏単位で、この医師偏在指標を踏まえた医師の確保の目標を設定します。2036 年までに医師偏在指標を達することを長期的な目標としております。医師偏在指標は、地域医療構想、医師の働き方改革と三位一体で検討することとなります。イの外来医療計画では、可能な限り分析をし、結果を必要に応じてマッピング等の明示をすることとありますが、この県西地区では無いものと考えております。以上でございます。

(渡邊会長)

説明、ありがとうございます。医師の偏在指標というものをこの地域でやったら一番低く、今説明があったようにものすごい低さだと思われそうですが、それをまず出して、そこからどういふふうに繋げていくかということまでは話がいつているのでしょうか。

(事務局) (医療課)

お答えします。今、この医師偏在指標が丁度示される時期になりますので、その医師偏在指標を見て、この地域で、とりあえず 3 年後くらいにはどのくらいの医師が必要かというところから検討を始めたいと考えております。

(渡邊会長)

何か、ご質問ありますか。

まずは、データを取って、そこからどのように対策をとるといふわけですが、その対策とはとてつもなく難しいことですね。

(丸山委員) (小田原保健福祉事務所)

冒頭にありました、資料 2 の県西構想区域の現状の疾患別の地域特性というのを見ますと、先ほど説明がございましたように、例えばがん入院で、肺がんは 54.6% で最も低いですが、或いは放射線の完結率が低いというようなデータが示されておりますので、この辺が、医療機能の問題もあるのでしょうかけれども、そういった部分の専門のドクターの数が少ないというひとつの形という可能性もございますので、こういったデータをしっかり分析をしていく

中で、診療科別を含めた医師確保計画というものを考えてみたら非常にわかりやすいのではないかと思います。

(渡邊会長)

まさにそのとおりで、専門ドクターが少ないからこの地域で完結率が落ちているというのが実情だと把握していますが、これについては、日本とか、もっと広い範囲での医師不足ということもあると思います。あとは、この地域にドクターを呼んでくる時にそういうドクターの該当者がうまく当てはまらないところも実際問題はあると思いますが、これは各病院、小田原市立病院とか足柄上病院とか、本当にそういうところは苦勞されているかと思いますが、先生方、何かございますか。

(川口委員) (小田原市立病院)

医師確保については相当苦勞しています。当院は、常勤が約100名くらい、非常勤を含めると160名を超えるのですが、まずは研修医の確保をどうするかですね。研修医8名、1年次8名、2年次8名という管理型で、協力型としては横浜市大が1年次、2年次それぞれ2名ずつ、千葉大が1名ずつという形になっています。専攻医としては、横浜市大、昭和大学、東海大学、千葉大学、北里大学にそれぞれ協力をお願いしているという形です。幸い、レジナビとか、苦勞してやっけていて、研修医に関しては、募集人員の3倍くらいの募集が来ていて、なんとか確保が出来ています。その研修医がそのまま常勤医になってくれる場合がありますので、確保としては、初期研修医としてはまずまずというところですね。あとは、常勤医の確保ですが、これは相当苦勞していて、おそらく足柄上病院の牧田院長もそうだと思いますけれども、私共のところでも大学回りをしています。各教授に頭を下げて、是非よろしくお願ひしますと挨拶回りをしているわけですね。かなり大変な思いをしております。どうしても確保できない科目というものができてしまうのです。その辺は今後も努力をしなければならぬというわけですね。医師確保に関しては、公立病院なので、どうしても全部をなんとか確保して不採算部門を担っていかなければならぬということで、収益を除外した部分でも相当努力しなければいけないというように、できる限りのことはやっているつもりです。

(渡邊会長)

足柄上病院の牧田先生はいかがですか。

(牧田委員) (足柄上病院)

川口先生がおっしゃったとおり非常にいろいろ苦勞しています。院長の業務の半分が、陳情と謝罪というような仕事です。研修医は募集しており、数年前までは定員割れすることもあったのですが、病院でいろいろなプログラムを行うなどの努力をすることで、最近はこちらから良い方を選ぶことができるようになっており、確保は出来ています。ただ、常勤のスタッフの確保という点では苦勞しています。我々、ほぼすべての診療科は横浜市大から派遣いただいています。私たちが若い頃は、医局の命令で、お前は次はあそこの病院へ行けと言われてたら、

はい、分かりましたという形で来ていたものなのです。ところが最近、パワハラやゆとり教育の関係かどうかは分かりませんが、なかなか医局に求心力がないのが現状で、若い先生たちは、都心の環境が良く、より専門性の高いところを目指すので、獲得には非常に苦勞しているというのが現状です。ただ、自分たちで病院を一生懸命アピールして、セミナーを実施して若い先生方を集めてといった努力で、少しは集められるようになっていますが、苦勞していることは確かです。川口先生のところも研修医の待遇を良くしたり、いろいろと気を使って今のところは集まっているということでしたので、なんとかはなっています。ただ、抜本的に、全国に、県西部よりもっと田舎の地域で、医師不足が深刻で、「地域枠」という制度が出来て、医学部の定員を増やしています。困っている地域に医師を派遣する制度だと思のですが、残念ながら神奈川県では毎年その「地域枠」の医師を受けられますかというアンケートは来のですが、派遣されそうな気がしませんし、実際に地域枠医師が派遣されたこともありませんし、打診もないというのが現状です。是非とも行政の方で、「地域枠」の医師の教育プログラムを、現状は大学任せということになっているのですけれども、なんとか行政がそこをコントロールしてもらい、神奈川県は県西部だけでなく、他にも県央や横須賀・三浦など医師が足りないところはたくさんありますので、そうしたところにうまくまわるように、もう少しやっていただけるとありがたいというのが本音です。もっと言えば、国が保健制度自体をいろいろと考えなければいけない時期なのではないかという気がします。

(事務局) (医療課)

「地域枠」を担当している西海から報告申し上げます。今、地域枠の医師は最長で5年目です。専門研修の最中ですので、これから地方、県西部地区、県央地区、三浦地区に行くのは来年度以降になります。もう少し一人前として育つようになってから出しますので、もう少しお待ちください。

(事務局) (医療課)

もう1点だけお話をさせていただきますと、牧田先生からお話があった、各医師の勤務先の指定については、命令は難しく、誘導するよう、各医療機関の魅力などを伝えていきたいと思っているので、引き続き検討させていただきたい。

(渡邊会長)

はい、ありがとうございます。

(小松委員) (県医師会)

地域枠医師という仕組みがあって、そうした医師が地域に根差していくとなった時に、以前のように、大学の医局があって、教授にあそこへ行けと言われてたら、1年、2年行くというのが我々の世代では当たり前だったのですけれども、今は、若い先生方はやはり都心に行きたがる、大きな病院で専門をやりたいがる、という様になっていて、地域の方で地域医療を志すという先生が若干減っていると思うのですね。ただ、川口先生、牧田先生が先程おっしゃったよう

に、地域でもアピールをしてプログラムを充実させるということで、全くそこに見向きもしないということではないと思います。ただ、地域枠医師は、大学の医局員ではなくて、国と県で支えて神奈川県で確保している訳ですから、そういう意味で言うと、大学の医局に人事を任せるのではなくて、地域枠医師については、やはり地域医療支援センターを県が所管しているのですから、そこが親分のつもりでやっていくというのは必要不可欠だと思います。というのは、今後、働き方改革もそうですし、専門医制度もそうですけれども、ますます医師は都心のほうに行きたがるというか、地方の方が少数区域になったり、負担がかかっていると、結局ますます都会の方に偏在が進んでいくことは目に見えているので、そうした意味でも、先程西海担当課長もおっしゃいましたが、地域枠医師を有効にしていくために、皆で知恵を絞っていくということが必要だと思います。新専門医制度が出来たので、昔は大学の医局の教授が言えばなんとかなったのですが、今もっと厄介なのは、新専門医制度というのは、実は医局支配ではなくて、学会支配なのですね。ですから、増々地域医療に興味がないので、そういう意味で言うと都会の大きい病院ということになってしまいますので、これは皆で知恵を絞って、この地域に医師を確保していくということは県医師会としても大事なことだと思います。よろしくお願ひします。

(渡邊会長)

はい、では、これからの進捗を期待したいと思います。ありがとうございます。

次に報告事項ウの地域医療介護総合確保基金事業についての説明をお願いいたします。

(事務局) (医療課)

資料10をご覧ください。資料10の本体が2ページ、そのほかに別紙1, 2, 3と綴じられています。別紙は後程ご覧いただくこととし、本体1面に、これまでの分野別、地域別の活用状況、裏面に今後の活用の方向性についての記載がありますので、これに基づき報告させていただきます。まず、これまでの分野別、地域別の活用状況についてですが、(ア)のところ、事業区分が3つございます。1つ目が病床機能の分化連携のための、主に設備の整備に用いられている事業でございます。2つ目が、在宅医療の推進に関するものです。事業区分Ⅲが、先程来話題に上がっています医療従事者の確保に関する事業という位置付けになっております。国の方で標準的な事業例を54種類ほど定義しているのですが、これは別紙1を後程ご覧いただければと思います。この3つの区分について、26年度から始まりました基金の積み上げを毎年行ってまいりまして、平成30年度までの累計で157億500万ということでございます。欄外の令和元年度ですが、まだ国からの内示が出ていないので、予算要求ベースということになります。3区分合計で18億2,000万円という額を要求してございます。Cの分野別の執行状況ということですが、別紙2にこれまでの神奈川県計画に位置付けた事業の概要を示してございますが、3区分合わせまして、30年度までに119億5,400万円の執行がございまして、bの積立額との差額で47億7,600万円の残高があったという状況でございます。この残高の大部分を事業区分Ⅰが占めているという状況でございます。地域別で見るとどうなるかということで、別紙3を整理させていただいております。地域別というのは、県西地域を含

む構想区域別の、事業区分別かつ公民区分別で整理させていただいたものですので、後程ご参考としてご覧いただければと思います。

資料裏面にまいります。囲みの部分で、国の予算額と都道府県の配分がどのようになっているかということなのですが、ひと丸目の表のところ、毎年規模が拡大されてきておりまして、平成30年度から令和元年度にかけて、予算額としては100億増えてございます。都道府県への配分方針等でございますが、事業区分Ⅰに重点が置かれておりまして、この直近で100億増えたうち、70%が事業区分Ⅰに配分されているというところからも事業区分Ⅰに重点がおかれています。なお、配分後の事業区分間での流用は不可という、使い勝手が悪いところがあるという状況になっております。これを踏まえた今後の活用の方向性についてでございます。まず、(ア)事業区分Ⅰの活用促進でございます。国の標準的な事業例によりますと、事業区分Ⅰとは、主に施設・設備の整備に用いられているということは想定されておりますが、国が重点を置いているということも含めて、これまでは、将来の需要も想定して積立を進めてきたところでございます。しかし、そうしたハード面の整備を進めようとするにあたっては、やはり、人材の確保・育成などソフト面の必要になってまいります。そうしたことから、計画と実績の間に乖離が生じているという状況でございます。一方で、構想の位置付けに向けて、病床機能の分化・連携に資するものであれば、これはソフト事業も含めて標準的な事業例に掲げられた事業以外にも活用が可能という制度になってございます。今後、県で策定したところですが、県地域医療介護連携ネットワーク構築ガイドラインを踏まえて構築するネットワークの支援策も検討していきたいと考えております。その他も含めまして引き続きこの調整会議等においてご意見を頂戴しながら事業区分Ⅰについて基金事業としての事業化を目指していきたいと考えております。なお参考としまして、他県では事業区分Ⅰについてどのように活用しているのか、ここで訂正がございまして、「平成29年度」とありますが、「平成30年度」でございまして、そのような事例がございまして、(イ)が地域の実情に応じた基金、これは事業区分Ⅰ以外のⅡ、Ⅲも含めてということですが、効果的な活用を促進していこうということでございます。当基金は、全県一律の事業だけではなくて、構想区域ごとの実情に応じた施策を講じることが可能ということになっております。そうした地域の実情に応じた施策を検討するために事業アイデアの募集というのを毎年行っているのですが、それに加えて、地域毎にご意見を伺っていくということが重要だと認識しております。そこで、この会議等においてもご意見を伺いまして、地域課題の解決に向けた方策を検討し、事業区分Ⅱ、Ⅲを含めて基金事業としての事業化を目指すこととしていきたいという考え方をもちまして、その他、下の囲みは、国への提案ということですが、これは事業区分ⅠだけでなくⅡ、Ⅲも十分な額を配分する方向、事業区分間の融通を認めることという提案をこれまでも行っておりまして、今後もこうした考え方が反映されるよう提案を行っていく方針でございます。基金の関係については、ご報告は以上でございます。

(渡邊会長)

ありがとうございます。これほど沢山の基金の対象の項目があるのですけれども、この基金に関しては、どういう事業者でも申請ができるのですか。または、それらが通しやすいポイント

ト、通りにくいポイントなど、雑駁で結構ですが何かあるのでしょうか。

(事務局) (医療課)

基金の事業主体ですが、これは多々ございまして、県が直営する場合もあれば、医療関係団体に委託や補助という形で実施するケースもあれば、先ほど話題に上がりました回復期の転換補助金のように、医療機関に補助金として交付する場合もございます。通りやすいもの、通りにくいものというご質問につきましては、これは基金の活用にあたって都道府県計画というものに位置付けます。それは、目標をアウトプット指標ですとか、アウトカム指標を位置付けます。その目標というのは、地域医療構想の実現に資するかどうかという観点で、国の方でも評価を出されますので、構想の実現に資するということがわかりやすいもの、明確なものが通りやすいとお考えいただければよろしいかと思えます。

(渡邊会長)

ありがとうございます。ハードの面では、この地域でも進行中の部分もありますし、ソフトの部分でも、医療従事者の確保というのはもちろん色々な面でやっていかなくてははいけませんので。これは年度ごとの期日というのはどうなっているのですか。申請の締め切り。

(事務局) (医療課)

スケジュール感については、2点ご説明させていただきます。まず一つが、事業化に向けたアイデア募集というもの、これは申請というものではないのですが、こういう事業があったら良いなというような提案募集を毎年5月から7月末というスケジュール感で行っております。それは、翌年度以降実施する事業を県の方で検討するためのアイデアの種をいただくというものでございます。それが予算化されますと、いつ頃の時期から事業が始まるかということですが、国の方から新たに、基本的に新規の事業を行う場合は、例えば補助金であれば、内示が行われてから県が交付決定できるというスケジュールになります。国の方で毎年度4月とかにヒヤリングが行われまして、国から内示が来るのが秋、9月以降という様なスケジュール感になっておりますので、初年度につきましては、通常秋頃に予算化された事業が立ち上がって、個別事業毎に事業主体の方にエントリーしていただくと、そういった流れになっております。

(渡邊会長)

はい、何かご質問ありますか。これに関しては何か質問があれば、また県の方に問い合わせをすればよろしいですね。

それでは次の議題にいきましょう。これで今日の議題は終わりですか。

(事務局) (医療課)

最後に資料11でございしますが、神奈川県地域医療介護連携ネットワーク構築ガイドラインの概要ということで、県で策定しましたガイドラインの内容について、手短にご紹介させていただきます。資料の1ページをご覧ください。地域医療介護連携ネットワークとは何かを記載

しております。県民の皆さんにより適切な医療や介護サービスを提供するため、県民の同意を得たうえで、当該県民の方の医療情報、介護情報を、病院、診療所、薬局、訪看ステーション、介護事業所等の関係機関の間でICTを活用して電子的に共有、閲覧し合う仕組みを地域医療介護連携ネットワークと定義してございます。下にイメージ図を記載しておりますが、関係多職種間で県民の医療情報、介護情報をタイムリーに共有できるイメージ図となっております。ICTを活用して適時、適切に情報共有をしてメリットがあるということを記載しております。2ページをご覧ください。このガイドラインの策定の背景と経緯について説明いたします。まず、上段のふた丸目でございますが、神奈川県では今後各地域で医療介護関係者が主体となって構築していただく地域ネットワークの円滑な構築と持続可能な運用に資する指針を提供する観点から、県としてガイドラインを策定することによって、ネットワークの各段階、計画、構築、運用、更新の各段階における必要事項等をお示ししていこうというものでございます。ガイドラインの策定にあたっては、下の段にあります検討会議を設置いたしまして、今年の3月から6月までに3回の会議を開催させていただき、医療関係団体、介護関係団体、有識者の先生方を交えて、ガイドラインの内容についてご議論をいただいたということでございます。ガイドライン自体については、8月6日に策定しております。県の医療課のホームページで公開をしております。続いて3ページをご覧ください。神奈川県が目指す地域医療介護連携ネットワークということで、ネットワークの姿をご説明いたします。2本柱のひとつ目が、医療情報の広域的な共有ということで、上段のふた丸目、神奈川県では各地域にクラウドによる地域ネットワークを構築し、まずその地域内で医療情報を共有しつつ、全国保健医療情報ネットワーク、こちら厚労省の2020年度末に稼働を予定しているものでございますが、この全国ネットワークへ接続することで、他の地域からも一定の医療情報を得ることが可能なようにすることで、医療情報の広域的な共有による、より質の高い医療の提供につなげていこうとするものでございます。2つ目ですが、在宅による多職種連携の推進ということで、例えば、コミュニケーションツールを設けることで多職種の方の連絡が取りやすくなったりだとか、タブレット端末の連動により、在宅患者の最新の状況を訪問看護師さんや在宅診療を行う医師、歯科医師の先生と共有していくことが可能になります。4ページをご覧ください。4ページ目以降につきましては、ガイドラインの本体の部分となっております。その項目をポイントごとに記載をしています。まずは、計画と構築における内容として、地域ネットワークを構築する地域の単位、それから地域協議会についてでございます。上段の、地域ネットワークを今後構築していく場合の単位については、人口の規模等を考えまして、横浜地域は7地域、横浜市以外は二次医療圏単位としてネットワークを構築していくことが適当だと考えております。それから、下段の地域協議会でございますが、今後、ネットワークを構築していくことを検討する地域については、まずは、地域の関係機関に幅広くネットワークへの参加の呼びかけを行っていただいた上で地域協議会を設けていただいて、その地域でのネットワークの重要事項について協議をしていただくということを想定しております。5ページ目以降については、ガイドラインの概要になりますので、本日はお時間の都合上説明は省略させていただきます。こうしたICTを使ったネットワークを構築していくためには、規模にもよりますが、数千万から数億円のコストがかかってくるということが想定されますので、県では、地域医療介護総合確保基金を活用

した補助ができないかということで、現在、検討を進めているところでございます。基金を使ってネットワークを構築いただく際には、ガイドラインに準拠していただくことによって、先程申し上げた厚労省が計画している全国ネットワークに接続していけるような技術的な規格ですとか、補助が終わった後のランニングコストをネットワークできちんと賄って、持続可能性について担保ができるようにメニューを想定しておりますので、ご承知いただければと思います。

(渡邊会長)

説明ありがとうございます。本日傍聴にいらしている方々にも興味のある方がたくさんいらっしゃると思うのですが、このネットワーク構築検討会議のメンバーでいらっしゃる県医師会の小松先生、何か補足ございますか。

(小松委員) (県医師会)

私もメンバーなのですが、こういうものは、もちろんあれば便利だなというように見えて、意外と使ってみるとなくても大丈夫かなという、先程医療介護連携の話がありましたけど、顔の見える連携の中で、無くて大丈夫な地域やネットワークも多々あります。だから、これがあればすべてが解決する訳ではなくて、こうしたネットワークを構築するということは、ここで、ネットワークに患者さんに同意をいただいて入っていただくという作業をするチームが必要となったり、あとは、この協議会というものを作ってしっかりと運営をしていくために、そこに携わる人が必要になったりということで、当然かなりの費用がかかるというところがあります。資料で見ていただくと、5ページのところに横浜の例がありますけれども、基幹病院は毎月30万円のお金を負担しなければならないとなってくると、イニシャルコストは基金で出していただいたとしても、そこから先は自分たちで自走していかなければいけないとなった時に、ではこれだけの費用を出すだけのメリットが各医療機関や各介護施設にあるかということも含めて、こういうネットワークについて、よく地域の中で協議をすることは必要だと思いますけれども、あまり安易に始めてしまうと、基金が入るということは税金が入るということです。そこには責任が生じると思いますので、慎重に検討すべきだと思います。あとは、このネットワークが出来ることで、便利になるのは医療施設や介護施設だけではありません。最終的には全国がネットワークで繋がっていくということは、この1ページの図を見ていただくとわかるのですが、結局このデータが、この丸の中にはいつている我々がプレイヤーになって、かかりつけ医や病院、訪問看護ステーション、介護事業所、こういったところがプレイヤーになってお金を負担していくわけですが、その外に矢印でPMDAや研究機関、行政機関、保険者、こういったところにデータをただで持っていかれますので、そちらの方も費用負担したほうがよい、皆で分かち合うとか。そうしないと、都合のいいデータだけ持っていかれて、また自分たちが首絞められるのかなという、そんな気もしないでもないです。まあ、協議することはよいのですが、慎重にしないと、まだ名寄せの問題だとか、国の保健ネットワーク自体が見えていないということを考えると、フライングしてこちらがやるべきか、技術的なことも含めて慎重に検討されたほうが良いのかなと思います。

(渡邊会長)

いろいろな利点、欠点あると思いますが、うまく活用できるシステムがもしあるのだったら、それを進めていっていただければと思いますが、今のところは、まだ問題がありそうですね。

本当に説明ありがとうございます。私の司会の不手際で予定されている時間をちょうど 30 分オーバーしております、本題はこの辺りで締めたいと思いますので、事務局に移したいと思います。よろしくお願いします。

(事務局) (医療課)

神奈川県医療課から 1 点提案がございます。現在、県西地域におきまして中核を担う病院であります小田原市立病院様と、足柄上病院様でありますけれども、小田原市立病院様につきましては、現在、施設の老朽化に伴う施設の更新ということが検討されており、また、足柄上病院様につきましては、その所管している県立病院機構のほうで次期中期計画の策定作業中であるということで承知しております。そういった大きな流れの中で、両病院の中で連携のあり方について検討が必要なのではないかという、こういった流れの中で、2 病院に加えて、関係市町交えた膝詰めでの議論の場というものを設けまして、今後、この連携のあり方というものを検討していくことを考えております。場の具体的な詳細等については、これから詰めてまいりますけれども、今後この推進会議ですとか、ワーキンググループとは別にそういった場を設けまして、検討させていただきたいと考えているところでございます。なお、この場での検討の状況につきましては、当然ながらこの推進会議やワーキングで適宜報告させていただいて、情報共有をさせていただきたいと考えておりますので、何卒よろしくお願いいたします。

(渡邊会長)

はい、この地域をこれからどうやって纏めていくかということでは、今のお話の内容は非常に大切なことであると思いますので、これから粛々と進めていただきたいと思います。それでは事務局にお戻しします。

(事務局 小田原保健福祉事務所)

今後のスケジュールについて事務連絡させていただきます。参考資料 1 にも年間のスケジュールをお示ししてございまして、網掛けの部分が県西地域の予定でございますけれども、今後、年内に第 2 回目の推進会議を開催させていただきまして、年明けに第 3 回目の開催を予定したいと考えております。その間、年内にワーキンググループの第 2 回目を開催し、そのための素材の準備を含めて議論をし、推進会議の方へまたご報告をさせていただければと考えております。具体の日程等については別途調整させていただきますので、よろしくお願い申し上げます。

それでは、本日の議事についてはすべて終了させていただきましたので、渡邊会長、委員の皆様方、長時間にわたりまして誠にありがとうございました。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。ご多忙中誠にありがとうございました。

(以上)