

令和元年度第1回埼玉県高齢者支援計画推進会議 会議録

日時：令和元年6月13日（木）

13:00～14:30

場所：県民健康センター大会議室A

発言者	発言要旨
<p>事務局 (小暮主幹)</p>	<p>ただ今から、令和元年度第1回埼玉県高齢者支援計画推進会議を開会させていただきます。</p> <p>私は本日の司会を務めます、高齢者福祉課総務・高齢企画担当主幹の小暮と申します。どうぞよろしくお願いいたします。</p> <p>まず、お手元にお配りしました資料の確認をお願いしたいと思います。</p> <p>(配布資料確認)</p> <p>それでは開会に当たりまして、埼玉県地域包括ケア局長の山崎から御挨拶を申し上げます。</p>
<p>山崎局長</p>	<p>皆様こんにちは。ただ今御紹介いただきました地域包括ケア局長の山崎と申します。この4月から着任いたしました。どうぞよろしくお願いいたします。</p> <p>本日は大変お忙しい中、委員の皆様には令和元年度第1回埼玉県高齢者支援計画推進会議に御出席いただきまして誠にありがとうございます。また、本県の高齢者支援施策の推進につきましては、日頃、格別の御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。</p> <p>さて、皆様御案内のとおり、本県は730万人の人口を擁しておりますけれども、いよいよ減少に転じると見込まれる中で、高齢者の人口につきましては急激なスピードで増加しているところでございまして、2040年にはおよそ3人に1の方が高齢者となると見込まれているところでございます。</p> <p>さらに、皆様も新聞等で御覧になったかもしれませんが、この4月に国立社会保障・人口問題研究所が公表した資料によりますと、本県の65歳以上の高齢者が世帯主である世帯の割合は、2040年には43.5%となり、そのうち単身世帯の割合は37.2%になると見込まれているところでございます。</p> <p>現計画の進捗状況の分析とか次の計画の検討に当たりましては、このような社会状況の変化を十分に注視しつつ進めていくことが肝要であると考えているところでございます。</p> <p>また、介護をめぐる最近の動きとしましては、この4月から一定の専門性・技能を有する外国人に対する新たな在留資格「特定技能」が創設されているところでございます。</p> <p>介護の生産性の向上も課題となる中、本県といたしましても、介護ロボットの導入促進であるとか、介護現場のICT化、また今申し上げましたとおり、介護の現場の中で一定の役割を果たすのではないかと見込まれております介護福祉士を目指す留学生の方や技能実習生を受け入れる施設に対して、県といたしましても費用の</p>

	<p>一部を補助して負担軽減を図るなどの取組を進めているところでございます。</p> <p>本日は新元号「令和」になりまして第1回目の会議でございます。3年計画であります第7期埼玉県高齢者支援計画の1年目終了時点の進捗状況について御説明させていただきます。委員の皆様から御意見を賜りたいと考えております。</p> <p>委員の皆様におかれましては、それぞれの立場から忌憚ない御意見を賜りますようお願い申し上げます。</p> <p>結びになりますが、今後の皆様のますますの御健勝並びに御活躍を心から祈念申し上げます。簡単ではございますが、開会に当たりましての挨拶とさせていただきます。</p> <p>本日はどうぞよろしく願いいたします。</p>
事務局 (小暮主幹)	<p>次に、本日御欠席の連絡をいただいている委員の方の御紹介をさせていただきます。</p> <p>(欠席委員の紹介)</p>
事務局 (小暮主幹)	<p>次に、本日の会議に出席しております職員を紹介させていただきます。</p> <p>(事務局出席職員の紹介)</p>
事務局 (小暮主幹)	<p>事務局職員の紹介は以上でございます。</p> <p>それでは、議事の方に入らせていただきたいと存じます。</p> <p>設置要綱に基づき、山崎地域包括ケア局長が議長を務めさせていただきます。</p>
山崎局長	<p>それでは、お手元の次第に従い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ので、よろしく願いいたします。</p> <p>まず、内容に入ります前に、会議の公開と議事録の公開について事務局から説明をお願いします。</p>
事務局 (小暮主幹)	<p>それでは御説明いたします。</p> <p>県では、外部の委員の皆様を含めたこのような会議におきまして、傍聴など、原則として一般に公開することといたしております。そして、会議の議事録及び会議資料につきましても、会議終了後、原則としてホームページなどで公表することとしております。</p> <p>しかしながら、御検討いただく内容が個人のプライバシーを侵害するおそれ、あるいは、特定の者に不利益を与えるおそれがある場合などには、非公開にすることができるとされております。</p> <p>従いまして、本日の会議の内容につきましては、非公開の事由には当たらないものと考えております。</p>
山崎局長	<p>それでは、本日の会議につきましては公開とし、会議の議事録と会議資料は後日ホームページなどで公表してよろしいでしょうか。</p>

	(異議なし)
山崎局長	ありがとうございます。それでは異議なしと認め、会議は公開とし、会議の議事録と会議資料は後日ホームページなどで公表させていただきます。
	傍聴者はいらっしゃいますか。
事務局 (千葉主査)	本日はいらっしゃいません。
山崎局長	それでは、さっそく議事に入らせていただきます。 議事の「第7期埼玉県高齢者支援計画の進捗状況について」事務局から説明をお願いします。
事務局 (千葉主査)	(資料1-1、資料1-2について説明)
山崎局長	ただ今、資料1-1と資料1-2の説明がございました。数値目標も自己評価も非常に数がございますが、説明のあった項目、なかった項目に関わらず、御質問や御意見があれば、委員の皆様から頂戴したいと思います。
山崎局長	資料1-1の説明で目標達成率が7割未満の項目が2個あるという説明でしたが、実際には4個ぐらいあるような気がするのですが。例えば取組9番や取組29番などはどうですか。
事務局 (千葉主査)	取組29番「全住宅の高度なバリアフリー化率」につきましては、備考欄にございますとおり、国の調査の結果をもって数値を把握しているということがございまして、まだ1年目の数値が出ていないものでございます。 取組9番「特定保健指導の実施率」につきましては平成30年度の数値はございませんが平成28年度の数値が出ておりますので御説明させていただきます。 こちらは前期の第6期計画からある数値目標ですが、40歳以上の方を対象としたいいわゆる「メタボ健診」のことを指します。現役で働かれています方が健診の対象になっているため、御案内を差し上げた方のうち実際に検査を受けていただける方の割合がどうしても低くなる傾向があり、伸び悩んでいるという状況です。
梅本委員	例えば取組54番の道路のバリアフリー化はB評価との説明をお聞きしました。当初は用地買収が進むだろうという予定を立てたけれども予定どおり行かなかったということですが、このままにしておくと次回またB評価になると思うのですが。 B評価のものは次回にはA評価になるのか、A評価には近づくけれどもやはりB

	評価になるのか、あるいは目標修正をするのか、その辺はどうなのでしょう。
事務局 (千葉主査)	数値目標は、3年計画ということで、3年間で達成を目指すということが想定されています。この取組は、目標は3年間で道路77kmをバリアフリー化するというものですが、例えば1年目で用地買収、2年目、3年目で工事を行うという流れになります。全ての用地の買収が1年目で終了したわけではないので、所管課としてはB評価としたというものです。用地買収の交渉が1年目のみで終了するわけではなく、工事と並行して用地買収を継続しながら整備を進め、3年目終了時点で予定どおり終了するという見込みは変わってないということです。従いまして今後A評価になる可能性は十分にあると思われま。
梅本委員	用地買収は相手のあることですので、計画では3年でこうしたいということで進行中だと思いますが、もともと無理な予定なのであれば見直すことはないのかとお伺いしたかったのです。これはもう結構です。
廣澤委員	特定健診を実際に受けられる方には、通院中に検査を受けられている方も結構いて、そういう方については診療中での検査データを特定健診として認めるということなのですが、その割合はどのくらいでしょうか。
事務局 (東主幹)	通常の診療の中のものも健診になるのですが、その割合がどのくらいになるのかは分かりません。データにつきましては平成28年度のデータというところがございます。
廣澤委員	平成28年度が最新のものでよろしいですか。
事務局 (東主幹)	最新のデータを記載させていただいております。
池田委員	資料1-1について、100%を超えている事業がいくつかありまして、その中で薬局のことにも触れられています。数値目標の19番「在宅患者調剤加算算定薬局数」が107.8%になっています。100%以上になっている数値目標について、妥当な数値目標と考えられているのか、今後さらに検討の余地があるのでしょうか。 また、資料1-2のA評価、B評価については、「順調」とされている取組について、何の基準をもって「順調」と評価されているのでしょうか。実際にはどうかという印象を持つ項目もありますので、お伺いしたいと思います。
事務局 (千葉主査)	まず1つ目の御質問の目標数値の100%を超えている項目についてですが、御案内のとおり、医療関係の数値目標につきましては、基となる医療計画は6年間の計画となっており、高齢者支援計画では、介護と医療の計画期間を合わせるため、3年間の数値となっております。従いまして、3年目の数値目標に対しては100%を超えましたが、医療計画では6年間で見ているため、進んではいるものの

	<p>6年間で見た場合にはそこまで進んでいるわけではありません。医療計画においても中間となる3年ごとに内容を見直すことになっておりますので、そこで予定よりもかなり進んでいるようであれば、さらに上方修正する可能性があります。</p> <p>2つ目の御質問の、何をもちってA評価なのかということにつきましては、それぞれの取組の所管課において取組を展開している中において判断しているところですので、基準というのをお示しすることが難しいところでございます。</p>
山崎局長	<p>「順調」というのはどのような意味で順調というのですか。</p>
事務局 (千葉主査)	<p>基本的には、予定していた内容について事故等が起こることなく、滞りなく実施することができ、想定されていた効果・結果を伴っているか、ということで判断いただいているものと考えております。</p>
関口委員	<p>資料1-1の特別養護老人ホームの整備数や介護老人保健施設の整備数についてお伺いします。</p> <p>東京都の社会福祉協議会では「負の財産を後世に残すことになってしまわないか」と問題提起し、特養待機者を正確に把握しようと3年連続で精査しております。申込者イコール入所待機者ではない実態があり、正確でない待機者数によって施設が多く造られ、人が集まらず開設できない。一方、職員が集まらない中で1割ぐらいが空床となっております。この整備数はどのぐらいの精度で考えられているのでしょうか。</p>
事務局 (千葉主査)	<p>整備数の基本的な考え方について御説明させていただきます。まずは市町村の整備意向の把握から始まります。また、その整備意向とは別に、県においては県を10の老人福祉圏域に分け、将来の高齢者人口や要介護認定者数の推計から、それぞれの圏域の中で、需要に対し現時点でどれぐらい整備されているかを比較していきます。整備が進んでいる地域については今後の整備を緩やかにし、整備が遅れている、施設が少ない地域においてはより伸ばしていくという調整を加えた上で、最終的に整備枠というものを設定しています。</p>
関口委員	<p>職員が集まらなくて空床になっている施設なども入っているということですか。</p>
事務局 (千葉主査)	<p>計画では人材確保の取組なども同時に進めていきますので、現在整備されている施設は稼働するものとして今後の必要数を推計しています。</p>
関口委員	<p>職員が集まらない中で正確でない待機者名簿だけをあてにして作ると、作り過ぎになって、既存の施設にも空きが出てきて、という問題が現在起きているようなので、そういったところを精査して進めていただきたいと思います。</p>

金子課長	<p>補足をさせていただきます。おっしゃるとおり現在埼玉県でもかなり空きベッドが出てきているという状況がございます。今年度、令和元年度の特別養護老人ホーム、介護老人保健施設の整備方針につきましては、第7期埼玉県高齢者支援計画の枠を基に、圏域ごとの空きベッドの数も考慮して、調整を行いました。</p> <p>空きベッドの多いところについては枠を減らし、空きベッドが少ないところに振り替えるということを行っておりますので、今後も圏域ごとの空きベッドの状況も踏まえて枠を設定していきたいと考えております。</p>
山崎局長	<p>各年度の整備の計画においては、そういった状況を考慮しながら整備の枠を決めていくということがございます。</p>
関口委員	<p>各施設や自治体でも待機者を把握していると思うのですが、重なっている人などの精査をしていかないと難しい問題なのかなと。そのやり方も精度を高めていかなければならないと思います。</p>
事務局 (渡邊主幹)	<p>待機者数につきましては毎年度調査を行っております。確かに複数の施設にお申込みいただく方もいらっしゃいますので、その待機者数の確認につきましては市町村にも申し込み状況を確認しつつ、重複しないような形で把握しております。</p>
西村委員	<p>最近施設利用率、待機者数などを加味した整備を進めるということをやられているということなので、少し進展してきているなと思いました。</p> <p>介護の需要の算出について、基本的には65歳以上の高齢化率とか75歳以上の人口がどれだけ増えるかということが元になっていると思いますが、いわゆる健康寿命、健康寿命というのは心身ともに自立している期間ですが、埼玉県は現在73歳から74歳ぐらいでしょうか。当然、平均寿命の延伸とともに健康寿命も延伸するわけで、本当に75歳以上で要介護、要医療になるのか、その辺りも加味して整備していかないと、不必要なものを作ってしまう。現在は医療介護従事者が集まりにくい状況にあります。そういった中で建物ばかり作ってしまうと非常に運営が厳しくなってしまう。そのようなことを考えてさらに精査しながら整備していかねばならないのかなと感じました。意見です。</p>
加藤委員	<p>資料1-2の「介護職員の確保・定着・イメージアップ」の部分について。どこの高齢者施設でも働き方の環境整備ということで大変頑張ってもらっていると思うのですが、例えばそれをその方の家庭で考えたときに、パートナーの子育て支援があるとか、介護の支援とか、そういったことがなかなかできなくて仕事に結びつかないというケースも多々あるのではないかなと思います。</p> <p>やはりとても女性の多い職場ですので、働く女性、特に女性に限定するわけではないですが、働く方が働きやすい環境、もちろんその場で環境を作ることも大切ですが、その方の家庭の環境という部分について、例えば男性の育児であるとか介護であるとか、そういったことのフォローも大切なことだと思いますが、働</p>

事務局 (葉梨主幹)	<p>き方改革ということでいろいろなことが上がっている現在ですけれども、そちらについてはどのようにお考えでしょうか。</p> <p>当課の事業で介護職員の方が働きやすい環境を作る事業として掲げているものをいくつか御紹介させていただきます。</p> <p>特に先ほど女性の方が多い職場という話もありましたので、子育ての関係で休暇が取りやすいように、代替の職員をその施設が手配した場合には、その費用を県で一定額見させていただくという形をとって、なるべく家庭と仕事が両立できるような環境にさせていただきたいという事業を行っております</p> <p>また、御質問の主旨からは若干ずれるかもしれませんが、介護の現場でキャリアアップしていただくために、特に施設系にお勤めになっている方は特設介護の資格が無くても働いていただけるようになっていきますので、例えば初任者研修、実務者研修等の補助金と併せて、研修のために仕事を一定期間休むという場合に、代わりに職場で誰かを雇われた場合には、その分の費用を一部見させていただくというようなことを通じて、なるべく働きやすい職場環境にさせていただけるような取組をさせていただいております。</p> <p>御家庭で介護をされている方に何か事業があるのか、という部分についてはまだ抜けている分でありまして、そこは御理解いただければと思います。</p>
加藤委員	<p>ありがとうございました。ただ、今のお話ですと、あくまでもその方がレスパイトできる状況ではないのではないかと。たまたま仕事を休むことができても家で子育てや介護が待っているということに繋がることもあるかと思うので、その方の家での環境に周りの方が助け合ってできる環境づくりというものを、その方の家族とかパートナーの子育てとか介護についてセミナーなどを積極的にやることによって、その方が仕事をしているときは家で休むことができる、その分だけ仕事を頑張ってもらえる。また先ほどの施策を取ることによって仕事を休んでいるときは子育てに集中できるということもありますので、更なる相乗効果を上げることができるのではないかと思います。</p>
小林委員	<p>先ほど廣澤先生が言われた特定健診のことで、医療を受診していて、そのデータを特定健診に反映しているかということですが、今、国保の方では結構そういうものが増えて参りまして、医療のデータを特定健診に切り替えて受診率向上を図っているというケースが増えてきているというのが現状でございます。国保についてはですが。</p> <p>また30年度からは受診券と保健指導の券をセットで配布するという仕組みができていますが、なかなか埼玉県では健診機関の方で保健指導まで一緒にできるというところがございますので、なかなかそれを実施することができないことがあります。</p> <p>1市だけ医師会の健診センターを使って、集団検診で特定健診をやったときに保健指導までやっているというところがありまして、そういうところが、まだ29年度と30年度は確定していませんが、相当保健指導の受診率を上げています。</p>

	<p>4倍ぐらいに上がっているという状況ですので、そういうところが広まっていけばかなり保健指導の利用率は上がっていくのかなと感じております。</p> <p>この辺は一つの好事例として扱っていきべきなのかなと。我々国保連合会でも特にこの特定健診の受診率とか保健指導の利用率の向上の対策をしておりますので、そういうことを参考にしていこうかなと思っております。</p>
廣澤委員	<p>そういうセットで券が来ると皆さんも受けたくなくなるということはあると思います。</p> <p>医師会なども要望しているのは、いわゆる動機付け支援や積極的支援を市町村が抱え込んでしまっているところがあります。実際に実施できるところもあるのですが、医療機関によっては積極的支援まではできないけれども動機付け支援は特定健診実施時にしてもいいとなっていますが、市町村の国保が、自分のところの保健センターでしか受けられないとしているところも結構あるのではないのでしょうか。</p> <p>埼玉県全域で受けられるようにしていただければ保健指導の率も上がると思うのですがいかがでしょうか。</p>
事務局 (東主幹)	<p>具体的な市町村の例までは把握しておりませんが、おっしゃるとおり県全域で受けられるようになれば率の方も上がると思いますので、その辺を参考にさせていただきます。</p>
梅本委員	<p>「かかりつけ医」や「かかりつけ薬局」という言葉を厚生労働省が言い出して10年ぐらいになります。あたかも市民権を得たようにメディア等にも出てきます。医療コストの面から行けば、クリニックの方で自分の病歴、家族の病歴を全部把握してもらって、さらにレベルの高い医療を望むであれば紹介状を書いてもらって、それなりの医療機関にかかるというのは間違いではないと思いますが、「かかりつけ医」や「かかりつけ薬局」という考え方が県民に浸透しているとはとても考えられないと思っています。</p> <p>余分な初診料を払ってでも大きな病院にかかっている方が一向に減っていません。「かかりつけ医」や「かかりつけ薬局」という概念を県民に周知徹底すべきと思います。</p> <p>もう一つは、年齢を重ねると複数の、糖尿病などの合併症とかありますが、一般的なクリニックには総合的な医師というのがいませんので、どうしても規模の大きい病院にかかるほうが経済的・時間的に効率的だから、紹介状の無い人が行くのが減っていかないのだと思います。</p> <p>また、「かかりつけ医」や「かかりつけ薬局」を充実させていくためには、質の高い「かかりつけ医」「かかりつけ薬局」「薬剤師」の育成に力を入れていくべきだと思います。その辺のところはどのように考えられているのでしょうか。</p> <p>どんな雑誌を読んでも「かかりつけ医」「かかりつけ薬局」「薬剤師」という言葉が定着したようになってはいますが、いろいろな仲間と話をしてみても、現実にはそのようになっていません。</p>

事務局 (東主幹)	<p>また、例えば「お薬手帳」について、在庫がなくてA薬局からB薬局、C薬局に行ったときに、同じようにお薬手帳をいただきます。非常に経済的ロスが大きいと思います。患者さんによっては4冊も5冊も持っている方もいます。「かかりつけ薬局」を定着させようとするれば、それなりに考えていかなければならないことだろうと思いますが、その辺はいかがでしょうか。</p> <p>健康長寿課です。取組69番、70番の歯科の関係でございます。おっしゃるとおり歯に限らず「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」というのは大事なことでございます。健康長寿課といたしましては、かかりつけの歯科に関して目標値を定め、そこにできるだけ進んでいくように努力しているところでございます。</p> <p>また、80歳以上で20歯以上の自分の歯を有する割合の増加なども目標に掲げて進めているところでございます。</p>
事務局 (西山主幹)	<p>医療整備課です。かかりつけ医の周知につきましては、御意見のありましたとおり、県医師会と協力して周知徹底をさらに図っていきたいと思います。</p>
梅本委員	<p>私は現役時代に製薬会社に勤務しておりまして、医療情報関係部署にもいたことがあるのですが、医療システムが違うので「かかりつけ医」の定義は正式には日本医師会も各医学会も発表しておりません。</p> <p>医療コストの軽減は考えなければならないし、持続可能な介護保険制度も守っていかなければならないけれども、何か日本の場合は順序が適正化、適正化がまず入ってきて、形式だけ先行しています。お医者さんとか薬剤師さんを批判するわけではないのですが、イギリス並みのGPみたいな総合医、患者さんが安心して受診できる体制も並行していきながらやっていくということをしていかなければ、いくら口で「お薬手帳をもっていますか」「かかりつけ医はありますか」と言っても、決してA評価にはならないと思います。</p>
池田委員	<p>かかりつけ薬剤師のことを少しだけ説明させていただければと思います。かかりつけ薬剤師については制度化されておりまして、薬局自体に施設基準があります。そのため「かかりつけ薬局」と名を上げるには、ある程度のレベルがないと上がりません。「かかりつけ薬剤師」の指名がもらえる薬剤師も資質が求められており、これも制度化されておりまして、保険薬剤師として4年以上働かなければなりませんし、認定を持っていないければ名を上げることはできません。薬剤師としての資質はハードルがかなり高く保たれるように制度として求められているものですので、ぜひご利用ください。</p>
廣澤委員	<p>日本の病院ですと、紹介状が無く行った場合、専門医が多いために、どの専門医が診るべきか判りません。例えば循環器の中でも冠動脈疾患・不整脈・弁膜症などで担当が違い、整形外科でも部位により担当が違います。また、「私は循環器しか診られません」、「糖尿病しか診られません」、「呼吸器しか診られません」となります。呼吸器疾患があったら循環器の医師は呼吸器の医師に回す、糖</p>

尿病があれば糖尿病の医師に病院の内部で紹介することになります。自分の専門領域以外は診ないようになっており、おかしいのではないかとということで変わってきているところです。

海外の GP といっても、詳しくは知りませんが、イギリスですと聴診器 1 つしか持っていない、検査機器は何も持っていない、レントゲンとか心電図とかも持っていないと聞いております。日本の開業されている先生は、私も開業していますが、開業するまでにそれなりの専門性をもって、その上で開業されている方がほとんどです。そういう意味で、日本の開業医の場合はレベルが海外と違います。

日本の「かかりつけ医」とは、健康に関することを何でも相談でき、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医・専門医療機関を紹介でき、身近にいて頼りになる地域医療・保健福祉を担う総合的な能力を有する医師と位置付けられています。従って、私たちはそれぞれ血液検査なども一通り行い、検査機器も利用して、その結果によって必要なときは専門医を紹介します。どの病院がどの程度対応ができて、どの病院ができないかというのは把握していて、専門の先生とのコミュニケーションもありますから、専門的なところに受診できるような体制になっているということが「かかりつけ医」ということで役割を果たしています。

日本医師会などでも「かかりつけ医」向けの研修ということで、7 時間も 8 時間も決められた研修を受けることが義務付けられ、毎年、日本全国の医師会で教育を受けて、一定のレベルを保って「かかりつけ医」の機能を果たすようにしているというのが現状です。

梅本委員

だとすれば、一歩踏み込んで、システムができるまでは「認定かかりつけ医」というようなことで医師会が推奨しますというぐらいのレベルまで持ち上げていただければいいなと思います。

廣澤委員

それはすでに行っております。埼玉県医師会も平成 29 年から研修を受けた方の場合には「かかりつけ医」の修了証を日本医師会と埼玉県医師会長名で発行して、研修を受けた方はそれぞれの医療機関内に修了証を掲示してもいいということで、そういう制度設計がされています。実際にそのような講習も受けているというのが現状です。

山崎局長

そういった制度もありますので、先ほどの周知とか制度の理解ということとを並行して進めていくのが大事と思っておりますのでよろしくお願いします。

他にいかがでしょうか。

お時間の関係もありますので、次に「第 7 期介護保険事業（支援）計画期間における介護療養型医療施設及び医療療養病床を有する医療機関の介護医療院への転換意向調査の結果概要」について、事務局から説明をお願いします。

事務局 (千葉主査)	(資料2について説明)
山崎局長	<p>それでは、資料2の説明がありましたけれども、事務局からの説明について、御意見や御質問がございましたらお願いしたいと思います。</p>
西村委員	<p>埼玉県の中で私どもの団体は各福祉圏域にそれぞれ病院がありますが、今のところあまり介護医療院への転換を希望されているところは少ないように感じます。このアンケートに近い印象です。</p> <p>それは何故かと言いますと、医療療養型病床及び介護療養型施設というのは病院における病床です。介護医療院というのは介護の病床という言い方が適切かは分かりませんが、介護床なのです。埼玉県においてはもともと人口あたりの病床数も少ない中で、やはり医療依存度の高い方がまだまだいらっしゃる。病院でないとなかなか受けられない。もしくは病院の中で介護医療院があったとしても、なかなか介護床では受けられないような重度の方が多い。私どもにおいても、介護療養型施設の病棟を持っているところが医療の療養病床に早々に転換しているところが多いという状況があります。</p> <p>ではどういったところが介護医療院に転換するのかということですが、よく「西高東低」という言葉を聞きますが、西の方は病院が多いです。そのため医療依存度の高い方を受けていただける病院が多く、逆に介護が必要な方を受けるケースが多いということが転換しているところが多いと聞いています。</p> <p>また、人員の基準で、医療療養型の方が医療人材が必要です。ですから医療人材がなかなか集められない、看護師もしくは看護補助ですね、その場合は介護医療院に転換せざるを得ないというようなことを伺っています。</p> <p>あと、医療型も介護型も含めて、多くの療養病床を持っているところは、一部介護医療院に転換することによってその病院内に介護施設ができますので、非常に効率的に病棟間の運営ができますので、そういったところの一部は介護医療院に転換していると伺っています。</p> <p>埼玉県の場合は医療依存度の高い方が多いので、なかなか介護医療院へ転換するという判断は付けられない病院が多いという印象です。</p>
廣澤委員	<p>今回、意向があるのは412床ということですが、全体では介護療養型医療施設はいくつあるのでしょうか。</p>
事務局 (吉川主幹)	<p>平成31年3月31日現在で、介護療養型医療施設、介護療養病床については12施設812床となっております。</p>
廣澤委員	<p>半分ぐらいは意向があるということですね。以前とは大分変わってきていると分かりました。</p>
山崎局長	<p>他にございますか。よろしいですか。</p>

それでは資料2に関する質疑は以上にさせていただきたいと思います。

以上で予定しておりました議事または報告事項は御了解いただきましたが、せっかくの機会でございますので、皆様から何かこの場で御意見や御発言があればお願いしたいと思いますがいかがでしょうか。

特にございませんでしょうか。

それでは本当に活発な御意見ありがとうございました。

こちらで本日の会議は終了にさせていただきたいと思います。

次回の会議は来年の2月頃を予定しております。

以上で議事を終了にさせていただきたいと思います。

長時間に渡り貴重な御意見をいただき誠にありがとうございました。

それでは事務局にお返しさせていただきます。

事務局

(小暮主幹)

ありがとうございました。

以上を持ちまして、令和元年度第1回埼玉県高齢者支援計画推進会議を閉会させていただきます。

皆様、お忘れ物の無いように、今一度お手回り品を御確認いただきまして、お気をつけてお帰りいただきますようお願いいたします。

本日はどうもありがとうございました。