

令和5年度第2回
相模原地域地域医療構想調整会議

令和5年10月16日（月）

ウェルネスさがみはらA館3階 集団指導室

（WEBとのハイブリッド）

開 会

(事務局)

皆様、定刻となりましたので、ただいまから、令和5年度第2回相模原地域地域医療構想調整会議を開催いたします。私は、本日の進行を務めます、神奈川県医療課の柏原と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

まず初めに、会議の開催方法等について確認させていただきます。本日はウェブでの会議でございますが、一部の委員は事務局会場から参加するハイブリッド形式での開催とさせていただきます。ウェブ会議進行の注意事項につきましては、事前に会議資料とともに送付しております「ウェブ会議の運営のためのお願い」と題した資料をご確認ください。後ほど議事録は公開させていただきますので、本会議は録音させていただきます。ご容赦いただきますようお願いいたします。

次に、委員の出欠についてでございます。本日の出席者は事前にお送りした名簿のとおりでございます。

次に、会議の公開について確認させていただきます。本日の会議につきましては原則として公開とし、開催予定を事前に周知しましたところ、傍聴の方が2名いらっしゃいます。公開の議題につきましては、議事録で発言者の氏名を記載した上で公開とさせていただきます。

本日の資料でございますが、事前にメールにて送付させていただきますが、お手元に届いていらっしゃいますでしょうか。お手元に届いていない委員の方がいらっしゃいましたら、大変申し訳ございません。本日は資料を画面共有させていただきますので、そちらをご確認いただければと存じます。

それでは、以後の議事の進行は細田会長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

(細田会長)

今日もよろしくお願いいたします。円滑な議事の進行に尽力してまいりますので、皆様のご協力をよろしくお願いいたします。また、本日の協議事項のうち、地域医療構想の進め方（2025プランの更新等）について、プランの作成を行う、さがみ林間病院の関係者の皆様にもご出席いただいております。それでは、早速これより議事に入りたいと思います。

協 議

[共通議題]

(1) 地域医療構想の進め方（2025プランの更新等）について【資料1】

(細田会長)

協議事項1 (1) 地域医療構想の進め方(2025プランの更新等)について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ありがとうございました。委員の皆様からご意見を頂きます前に、さがみ林間病院の方から何かご発言はありますでしょうか。

(さがみ林間病院)

さがみ林間病院長の清水です。本日は、当院のプランについてご検討いただきましてありがとうございます。今説明がありましたところに追加しますが、実際にさがみ林間病院に変わりましたが診療科編成は変わりなく、医局からの派遣もそのまま維持されています。個人的な理由で退職された1名の医師以外は全く医師のほうは変わっておりません。救急については先ほど説明がありましたとおり、むしろ今は力を入れていまして、数も増えている段階です。それで、稼働率も非常に上がっておりまして頑張っているのですが、逆に高齢者を取る中で救急の数が増えてきて、今まであった30床の地域包括だけですとどうしても足りなくて、急性期のところに入らせていただいています。その関係で重症度が少し下がっているという事情もあります。

今後、うちは積極的に二次救の救急もできるだけ増やしたいと思っております、実際に後期で前期より9こま、今回増やしました。今後は急性期の二次救にまず対応しながら、高齢者も急性期のほうで取りながら、かつ、地域の圧迫骨折や誤嚥性肺炎等は、場合によっては地域包括病床で受け入れて、そこでまた地域に帰っていただくと。それから、二次救で増えた急性期の患者さんは急性期病棟に入院頂きますが、高齢者については必要に応じて地域包括で受入し、また地域に帰っていただくと。重症度に応じて病棟を振り分けながらという中で、急性期の病棟ですけれども、地域包括をあと30床増やしたいというお願いで今回出させていただきました。議論をよろしくをお願いいたします。以上です。

(細田会長)

ありがとうございました。県とさがみ林間病院からご説明いただきました。相模原市からご意見はございますでしょうか。

(宮崎委員)

医療政策・感染症対策担当部長よりお答えいたします。今回の地域包括ケア病床の取扱いにつきましては、別紙のとおり、病床の機能は、急性期の病床で159床、それから、回復期の40床は変わるものではなくて、現行の医療機能とか診療科目を維持した上で、また、急性期の病床の中で地域包括ケア病床を増やすことは、高齢者を含めた救急受入れの実態に即した、地域の実情に合った対応であり、救急受入れ対策の維持・確保が図られている

というご説明が今ございましたので、本市といたしましては、事業の継承時の条件を逸脱するものではないと認識しております。以上でございます。

(細田会長)

ありがとうございました。これに関しまして、委員の皆様方、ご発言等はございますでしょうか。土屋委員、どうぞ。

(土屋委員)

病院協会の土屋です。今回のさがみ林間病院の移行は、非常に今の状況に即した運営の変更だと思っております。ただし、地域医療構想の初めに近隣病院が集まって議論した中で、法人移行時に現行の体制、同じことを同じままやるというのが認可の条件となっております。そこで一部問題になるのが、地域包括ケアは高齢者の医療受入れというところもあります。逆に地域の他の病院からの紹介患者の受入れの窓口でもあります。そうすると当然、他の地域包括ケア病棟との競合も発生します。それをやはりご理解いただいて皆さんに納得していただかないといけないという過程が抜けてしまっていますので、そこが今日の一番の論点だと思います。そこを今日出ていただいた理事の先生方に納得していただいて、これを認めるという形を省くことはできないと思いますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。以上です。

(細田会長)

土屋委員よりご指摘いただきました。これに対して皆様いかがでしょうか。小松委員、どうぞ。

(小松委員)

県の地域医療構想アドバイザーの小松です。今回、相模原の人間として少しご意見させていただきたいのは、病院の承継についてというのは、市から県知事に向けて現状の機能を継続することを条件に一回廃院にして新規に開設しないで病院機能をそのまま継続するというのは、特別な対応ということが原則にあるということは、よくよくご了解、ご理解いただきたいと思います。

その上で、今言ったように病院を運営する中で、急性期の一部を地域包括ケア病棟で回していくということが、現場としてリーズナブルなことは重々分かってはいるつもりですが、一方で、現状の機能継続というところに関して、先ほど相模原市さんが言いました、急性期は急性期だからそのままでも同じで全く問題ないというのは、ちょっとどうなのだろうという気がします。例えば、急性期の中でいろいろな診療科があって、その診療科のために入院ベッドがあったものが、そこは地域包括ケア病棟の中になるわけですから、まるっきり同じなのかどうかということでは、やはり若干違ってくるものだと思います。あとは、少なくとも継承して事業を原則変えないというのは、普通は半年やそこらではなく、数年間は現状の機能ということは、県内のほかの地域で議論になったこともございます。

ですから、相模原市の判断というのは結構重たいものだとは思っているので、であるならば、さっき言ったようなことよりは、周辺の医療機関の声を聞いたりきちんとした上で、そういうことであれば、現状の機能とは若干変更はあるけれども、地域として許可してもいいのではないかというような形にしていかないと、何となく解釈だけで問題ないと言い切るのには非常にリスクがあります。県内のほかの地域にも影響があるので、その辺について相模原市さんにはもう一回見解というかお考えを伺いたいと思います。土屋会長がおっしゃったように、少なくとも市内の医療機関に関して、どうですかという意見ぐらいは聞いて、その上でいいんじゃないのということだったら、それは地域の意見と言えますが、今の市が言っている、変更は大して問題ないというのはちょっと違うのではないかと私は思います。以上です。

(細田会長)

ありがとうございます。市から何かありますか。

(宮崎委員)

地域のご意見をお伺いするというのももちろん必要なことかと思いますが、それについては地域のご意見を確認させていただいて判断したいと思っています。

(細田会長)

許認可に関わることなので、あまり簡単には決められないというのはありますが、ほかにご意見はありますかでしょうか。

(土屋委員)

よろしいですか。今、非常に過渡期で、地域ケア病棟もこれからどんどん形が変わってくる可能性があります。初めは一般病床から移るような、療養病床に近い亜急性病棟のような形で回復期に位置されていました。しかしながら、国は少しずつ、外からの高齢者の救急も受けていいとか、急性期の手術もある程度やっていいみたいなどころが出てきましたので、少しずつ変わってきています。ただ、それを、当初のやつでいくと計画がどんどん変わってきますので、やはり常に議論して、地域で必要な病床というところを十分議論していかなければいけないのではないかと思います。政策が変わっていく中でなかなか難しいのですが、やはり地域で議論するということが大事だと思いますので、よろしく願いします。以上です。

(細田会長)

地域で議論すると言いますが、多くの開業医の先生方は、そういう病床の区分がどうであっても、目の前にいる在宅や高齢者の患者さんがすんなり入院できればオーケーなのです、だから入れてもらえないとか、そのところをうまく説明しないと、意見を聞くといってもなかなか難しいのかなと思います。

(土屋委員)

結局、バランスが大事で、急性期の高齢者救急のときは何回も話が出ますが、受入れさ

えすればいいという問題ではなくて、その先があるわけです。常にバランスが整っていないとどこかで滞ってしまうので、それをやはり議論していかなければいけないということになります。

(細田会長)

病床の数だけではなかなか議論が難しいのではないかと、例えば入院した後どうなっていくか、介護の病床とか、介護医療院とか、特養に行くとか、介護のほうに行く方なのか。そういうことを含めて対応が非常に大事ではないかと、思います。基本的には、ベッドの急性期といっても、この中にはいろいろな病床のものが全部入っていると伺っております。その中で特に、地域包括ケア病床の中の急性期が増えるということは、開業医から見ると比較的もって受けていただけるのではないかと考えているのですが、それは違うのでしょうか。

(土屋委員)

国はそうようにかじを取っています。恐らく国がやっていることは、だんだん急性期病床を短縮化して、高齢者のほうに行ったほうがよさそうな、診療報酬に絶対に返ってきますから、自然とそうようになっていきます。ただ、そのときに、地域でのバランスを欠いてはいけないので、それは我々の肌感覚でやっていくしかないのではないかと常々思っています。以上です。

(細田会長)

小松委員、お願いします。

(小松委員)

地域包括ケア病床自体が地域にとってどうのこうのというよりは、問題はそうではなくて、病院を承継したときに機能を変更しないというところにどれぐらいの縛りと拘束力があるか、そこの是非を問わなければいけないというのが私の意見です。ですから、例えばこれで地域包括ケア病床をやりましょうということは、現場にとっても地域にとってもありだよねという意見は当然あると思いますし、そういう結論になる場合もあります。逆に言うと、その次に出てくるのは、地域包括ケア病床をやりました、一部の診療科の採算が合わないで、今ある診療科をこれから減らして行って、もっと地域包括ケア病床、救急病床に特化していきたいと思いたいという話になります。もしそうなったときに、承継のときと話が違うじゃないかとならないのかということが僕は言いたいので、そういう意味で言えば、5年間という縛りがあるのか分からないですが、承継のときの条件というのは、基本的には現状、東芝さんがやられていたことをさがみ林間さんが変更もなく継続していくというのはそういうものなのではないかと思えます。移行して半年で状況に合わせてというお気持ちは分かるのですが、承継はそれぐらい縛りがついているものなのではないかと思うので、その辺のところ。現場の医療機関同士でいえば、別に地域包括ケア病床でやって救急でというのは、それ自体は恐らくさしたる問題ではありません。そうで

はなくて、承継のときの条件のところなので、より行政の方々のご判断を聞きたいですし、一回それがオーケーということなら、承継した後なら何でもいいんでしょという話になってしまうのではないかというのを危惧します。

(細田会長)

ありがとうございます。ほかにご意見はないでしょうか。では、さがみ林間病院さん、今のお話、承継したときの状況をということですが、それに関してご意見はございますか。

(さがみ林間病院)

いろいろ議論ありがとうございました。実はこの地域包括ケア病床を増やすという話は、もともと経営移行の話の前からありました。たしか細田会長が、市内に回復期なり地域包括を増やしませんかというアンケートをして、うちはコロナ前ぐらいに多分出しています。私も、うちの病院が稼働率を増やして地域に貢献するためには、地域包括ケア病床ですね、さっき土屋先生が言ったようにいろいろな使い勝手があって、これからの高齢者を取っていく中でしっかり取って、その中でまた退院後のいろいろなケアもうちはやっております、そこで探していくという中で使い勝手のいいものと、もともと思っていました。ただ、今回、経営移譲の話があったので、東芝健保から、誤解されるから出さないでおいてくれと。それで僕も出していなかったのですが、一応、私はそう思っていた話で今回出したということです。あとは、もちろん条件というのはあるかもしれませんが、もともとあった話を膨らませていくということをお願いしました。よろしく願いいたします。

(細田会長)

皆さんのご意見を一通り伺ったところですが、これに関してはどうでしょう。今日、了承いただくのにはちょっと難しいですか、次回に回したほうがよろしいでしょうか。

(土屋委員)

書面とかは無理ですか。それはどうでしょう。

(細田会長)

後で書面という方法でもいいですか。

(事務局)

医療課長の市川です。相模原市さんとどういう形で整理するのがいいのか少し相談させていただいて、今、書面もどうですかというご提案も頂いていますので、書面審査も含めて方法論をどういう形で調整するのがいいのか相談させていただいて、また何らかの形でお諮りするというので、今回この状態のまま審議継続とするのは、材料が足りないかと思しますので、継続審議という形にさせていただくのはいかがかと思います。

(細田会長)

分かりました。では、そのようにさせていただきたいと思います。今日は特に結論を出さずに継続審議という形で、書面等を利用してやる方向でよろしくお願ひしたいと思います。これでよろしいでしょうか。それでは、これで最初の議題については終了したいと思います。

います。

(事務局)

さがみ林間病院さんの件についてはそれでよいかと思うのですが、そのほかの先に説明した件については、もしよろしければここでご了解いただければと思います。

(細田会長)

分かりました。生協病院、晃友脳神経外科、相愛会、この3件についてはいかがでしょうか。異論なければご承認をいただきたいと思いますが、異論のある方は挙手をお願いしたいと思います。

(異議なし)

(細田会長)

ありがとうございます。それでは異論なしということで、前の3件については承認を頂いたと、さがみ林間病院の件に関しては継続審議ということでよろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、さがみ林間病院の皆様におかれましては、ご多忙のところご出席いただきまして誠にありがとうございます。ご退席いただきたいと存じます。よろしく申し上げます。

(さがみ林間病院退席)

(2) 第8次保健医療計画素案たたき台について【資料2-1, 2-2】

(細田会長)

それでは、次の議題に参りたいと思います。第8次保健医療計画の素案たたき台について、事務局からご説明いただきたいと思います。膨大な資料になっていますので、よろしく申し上げます。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

これにつきましてご質問・ご意見等があればよろしく申し上げます。これは260ページほどあるので、私も全部読みこなしてはいないのですが、斜め読みをしてすごいなと思いながら見ておりました。いかがでしょうか。

(土屋委員)

1つよろしいですか。土屋です。国の指針に沿って進めていくことは大変いいと思います。ただ、いつも感じる場所は、もともと地域医療構想自体が、地域という区別がはっきりしているところをターゲットにした政策です。特に首都圏内では、地域というのはなかなか区切りがつかなくて、人の流入、患者さんの流入が特に多いといったところで、県単位でやられているところになかなか限界があるのではないかと考えております。特に県

から国に提言していただきたいのは、首都圏内はやはり地方と違うんだと。そこで、医療従事者の移動、患者の移動もフリーアクセスの中でこういった計画を作成するときには、例えば地域医療構想会議は、都市部の場合は近隣の地域医療構想会議の会議体の意見を聞くこと。これが今は全然なされていませんが、都市部においては必須だと思いますので、今後は県から、地方都市と違ってそういう理由があるので、ぜひともそういうことをやってほしいということをぜひ提言していただきたいと思います。そうでないと、ちょうど境目に病院がないからといって勝手にいろいろなところが建てたときに、せっかく立てた医療計画が全然水の泡になってしまうことが十分あります。やはりそこは大事なポイントだと思いますので、ぜひともお願いしたいと思います。以上です。

(細田会長)

ありがとうございます。非常に大事なポイントかと思います。特に東京と接している部分も長いですし、患者さんの流入・流出というのも非常に多いです、そういう面も十分考えた上での計画というのが必要になってくるのではないかと思います。ご意見がなければ、今回まず追加する項目で、新興感染症、医療のDXの推進、ロジックモデルの導入、こういう非常に大きなお題目があるのですが、特に新興感染症に関しては今回のコロナでかなり経験を積みましたけれども、それでもこれを中心に考えていくと、通常の医療とは全然違った状況で対応しなくてはいけないと。今後はこういうものも頭に入れた8次計画ということになると思いますが、そういう余力をこういう中に盛り込みなさいということかと思えます。

あとはDXの推進。簡単にDXといっても、これはかなり大変なことではないかと思えます。多分、基本的に全てのことがDX化していくのだと思いますが今、マイナンバーカードが普及しているかということ、かなり前途多難であるというのが現場からの意見だと思えますし、一部の先生方はやめてしまえと、保険証のほうがよく情報が正しく入力できるぞというようなことを言われているところもありますので、この辺に関しても可能な限り現場を見ていただいて計画を立てていただき、将来ビジョンを持つことはいいと思いますが、現場の状況を見ながらぜひ計画を立てていただきたいと思えます。

ロジックモデルに関しては、これはうちでつくるのではなくて国であるのですか。

(事務局)

医療課長の市川です。国でつくったものをモデルに、それをどのように活用できるかという話です。あくまで進行管理をしていくもの、ツールとしてこれを使っていこうということです。今、各委員会や部会で議論をさせていただいていますが、県にとってなじむものとなじまないものがあるだろうというところもあるので、そのあたりは各会議で吟味していただいた結果を反映できればと考えています。以上です。

(細田会長)

ありがとうございます。ほかにご意見はないでしょうか。これは来年までどんどんつく

っていかななくてはいけないものですから、多くのご意見を頂ければいいのではないかと思います。ご意見が出尽くしたようなので、それではこの内容には一応了承で、手続を進めていただくということによろしいでしょうか。ご異議ないでしょうか。

(異議なし)

(細田会長)

皆さん異議はなさそうですので了承ということで、ぜひ事務局で手続を進めていただきたいと思います、よろしくをお願いします。それでは、次に参りたいと思います。

(3) 第8次計画における基準病床数の検討について【資料3】

(細田会長)

第8次計画における基準病床数の検討について、事務局からの説明をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ありがとうございました。事務局より、第8次保健医療計画における基準病床数について、新たな病床数の設定や運用上の工夫、今後の検討課題について説明がございました。ただいまの説明について、ご質問・ご意見はございますでしょうか。

(土屋委員)

土屋からお願いします。いつもこの議論になると、対人口と基準病床数という話になりますが、現実的には、それに伴う医療人材の数というのと3つがセットで、それで回っていくというのが現実です。人材の話が全然なくて数の話ばかり進んでいるように思いますが、それに伴う人材の確保というところの医療計画はどうなっているのでしょうか。これは市と県に対して。

(細田会長)

では、県のほうからお願いします。

(事務局)

医療課長の市川です。もちろん医療従事者の確保、医師・看護師も含めた計画をこの医療計画の中に位置づけることになっていきますので、その計画の中で計画していくことになっています。特に医師については、医師の働き方改革の関係もありますので、その辺を含めて議論しているところです。皆さんが思い描いているとおりに順調に人が確保できているとか、このようにやれば医師や看護師が確保できるというところ実効性といったところなどいろいろと議論しながら、現時点でご紹介するのは難しいのですが、そうしたことも含めて計画していくことになっています。

(細田会長)

ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

(土屋委員)

いいですか。市川さんは大変苦しい立場のご答弁だと思いますが、先ほど上限を決めるというお話があったので、現実的には相応かと思います。上限を決めておいて、あとは充足するようになって少しずつというところが現実的かと思います。それを文章に落とし込むというのはなかなか難しいかもしれませんが、そこのところを努力するのをどこかの計画の中に強く入れていただきたいと思っています。以上です。

(細田会長)

小松委員、どうぞ。

(小松委員)

小松です。どうしてもこの基準病床数の話自体が、最初が計算式から始まってということになるので、本来であれば、これから高齢者人口が増えて入院を必要とする人がある程度増えていく中で、一方で医療従事者は増えていかない。それから、医師の働き方改革も含めると、むしろ我々の提供体制は維持するのがやっとな。そういう状況の中で、入院需要、高齢者の医療を必要とする方が増えていくときに、需要が増えるからベッドを増やしましょうという議論よりは、どちらかというともベッドを増やさないで今いる人の中でどうやってうまくやっていけるかどうかを相談しましょうということが、建設的かつ現実的だと思います。とはいっても、国は算定式を使えと言い張っている立場ではありますが、やはりこの式自体が病床利用率ですとか、あとは、今回数字が出されてきている平均在院日数だとか受療率だとか、そのあたりが少し変わるだけでかなり数字が変化していきますので、そのあたりに関しては、より実態に近い神奈川県の実数値を使えるようにということで県から国に要望していただいておりますし、数の議論よりもやはり現実的にどうやって診るかという中で、相模原に足りない、例えば連携をもっとよくしたほうがいいのではないかなという声があればそういったところを、ベッドの数ではなくてやり方を工夫していくということを協議していくことが本筋ではないかと思っています。

今日結論を出す話題ではないので、むしろ今日は現場の先生方の肌感覚として、ベッドが足りないとか、逆にベッドではなくて人が足りないんだとか、患者が増えると言うけど患者はそんなに増えていないし、コロナ禍で大分変わったというような現場の意見だとかそのあたりを、ぜひご意見を出していただければと思いますし、水上先生、在宅もかなりコロナによって変化してきていると思うので、そういったこともぜひ現場の声を聞かせていただければありがたいと思っています。よろしくお願ひします。

(細田会長)

ありがとうございます。ほかにご意見はございますか。

(土屋委員)

追加でもう一つよろしいでしょうか。今後の検討課題③で、非稼働病床への対応という

ことが挙げられています。これは各病院で努力しているのですができないこともあって、感染症の問題、認知症の問題、それから、例えば二次救の確保病棟の問題、そういった問題などがあります。それとあと、現行の国の仕組みの中で、この病棟はこういう患者を入れてはいけませんとか、加点を落としますとか、そういう枠組みの中でなかなか埋まらないというのがあります。その辺を改善する試みをやらないと、なかなかこれ以上というのは難しいと思いますので、そういったところにもぜひとも支援の体制が欲しいと思っております。よろしくをお願いします。

(事務局)

ありがとうございます。医療課長の市川です。非稼働病床を調べて、その部分を積極的に返してもらって再分配しようという考え方ももちろんあると思います。ただ、現実的にせいかく許可していて、何か工夫することでもっと稼働できるとかそういった考えも方法論としてあるのではないかと。なので、返す返さないということではなくて、現状がどうなっているのかというのを、3年前に検討したのですが、新型コロナの関係で続けられなくなってしまったので、そういった意味で非稼働病床が現状どうなっているのか、どういう調子なのかというのを調べた上で、何をしていくのが必要なのかというのを検討していこうという考えです。ですので、決して病床を返す返さないということだけの議論でこれを終わりにしようとしているわけではないので、ご安心いただければと思います。

(土屋委員)

病床ではなくて病棟という意味ですか。

(事務局)

病床と病棟と両方あります。

(土屋委員)

両方ですか。病棟でよく、全く稼働していないやつがありますよね。

(事務局)

両方あるので、そのあたりの事情がどういう事情なのかというのを一つ一つ確認しながら、活用方法を整理して行って、最終的にどうするのかというところは地域ごとに考えもあるのではないかと、そういったことを議論していきたいと考えています。

(細田会長)

ありがとうございます。ほかにございますか。井關委員、どうぞ。

(井關委員)

今のご意見とほぼ一緒なのですが、今使われていないところの実態をまず調べるのが先決かと思います。そこが今後も使われないのでしたらやはり返納するというところもあるでしょうし、使えるようになるのか、その辺も医療従事者との問題が絡んでくると思うのですが、それを検討した上で、さらに来年度からの働き方改革などの状況を見ながら、この相模原地区でどのぐらい必要かということで、基準病床数との乖離を検討するよう考え

ていったほうがいいのではないかと思います。

(細田会長)

では、水上委員、どうぞ。

(水上委員)

相模原市医師会在宅医療担当理事の水上でございます。小松先生からご意見があるかということでしたので。以前、コロナのときから地域医療体制、地域医療構想会議についてはちょっとご意見があったのですが、今、市内の病院協会と医師会との会議の中でアンケート調査等をされていますけれども、高齢者等の救急・緊急入院、夜間休日の対応がなかなか難しいという病院協会の意見を頂いております。ただ、一方で、在宅医療は我々開業医の立場からすると、入院せざるを得ない、もしくは入院しないと救命できないのではないかと患者さんが入院できずに、在宅のほうで一泊診てくれというのはかなりリスクも高く、入院すべき患者はできるだけ入院させたいという思いがございます。コロナのときも、入院できないから私が夜中に深夜まで往診して、在宅酸素を入れて、1泊でも2日でも何とか自宅で治療して、点滴して、ステロイドを内服させてというのを何とかやってきました。

ただ、これから病院の診療が非常に大変なものも十々承知なのですが、地域医療構想会議で我々在宅を担っている者からすると、やはり救急で入院が必要な方は、できれば取っていただきたい。逆に言うと、下りで治療が少し完了した時点で、ポストアキュートのような状態で早期退院ができる方をできるだけ在宅に早く下ろして、それで在宅で我々がフォローする。そういった流れで議論していただければ非常に助かります。入り口で止まってしまうと、一次救急でメディカルセンターで診療している立場からもそうなのですが、受け入れてもらえないとそこで患者さんが止まってしまうのです。ですので、できれば入院受入体制をしっかりできるような体制づくりで、地域医療体制を検討していただければと思います。以上です。

(細田会長)

ありがとうございました。ほかにいかがですか。皆さんご意見がたくさんあると思いますが、数字から見ると、神奈川県ほとんどの地域で病床不足していると言いながら、休床している病床数もかなりあります。先ほど小松委員が言われましたが、現場の医療機関の肌感覚はどうなのかというと、ほとんどのところが一応うまく回っているのではないかという感じを持たれているが、在宅のほうから見ると、なかなか入院させてもらえない。あとは人の問題。病院、医療機関を運営するためになかなか人材が集まらない、経営が成り立たない。神奈川県内でも病院が閉院するということで、日本医師会でもかなり問題視して国に働きかけております。もちろん光熱水費がものすごく上がり、この間、日本医師会会長は、食料費は30年上がっていない、病院の給食代が30年上がっていないと言っておりました。それで病院はどうやって運営していくのかということですよ。それに代表さ

れるようなことが全てのことで起こって、病院の経営というものが非常に難しくなっているのではないかと思います。ですから、このベッドの数、病床数の数だけで議論できないし、それにまつわるいろいろな人の問題、物の問題、経費の問題、そういうことを含めて今後どうするかということは、奥深い問題ではないかと思っております。

今日、今ここでこの数字をどうこうすることはできないように思いますが、この中で国が一番近い計算式に当てはめろというようなことがあるので、その中でやっていくしかないのではないかと。そもそも地域医療構想調整会議は、ベッドがオーバーしているところが日本全国では非常に多いわけで、不足しているところというのは非常にまれな、都市部に集中している部分だけのことなので、それを多分、同じ計算式で当てはめるとするのは非常に難しいと私は見ております。特に神奈川県は、その計算式以外に地域の流入・流出の問題を含める。あとは物価も高いとか、そういうことを含めて独自の判断をしてよろしいのではないかと思っております。ぜひその辺は国に県から掛け合っていただきたいと思っております。

今日、議論をもっとしたいのはやまやまですが、これをやっても仕方がないので、この辺で打ち切って次の議題に行きたいと思っております。今日、何か病床数に関して決めなくてはいけないことはありますか。先伸ばしてよろしいでしょうか。よろしいですね。非常に奥深い問題なので、問題点をいろいろ洗い出して、議論を続けていきたいと思っております。それでは、次の議題に行つてよろしいでしょうか。

(土屋委員)

今の36ページのところで、県は一応意見をまとめなければいけないのではありませんか。大丈夫ですか。

(細田会長)

それを聞いたのですが。

(事務局)

今までの議論でいいですか。基本的に全体の基準病床の話がかっちりしないと多分決め切れない部分があるかと思っておりますので、もし現時点で何かある程度整理できることがあればいいと思うのですが、基準病床として出したとしても乖離し過ぎていて、今の段階でご意見を出してくださいというのはちょっと酷な気がするので、今回は一回ペンディングにさせていただいて、次回また決めさせていただければと思います。

(細田会長)

ありがとうございます。近隣の町田市に今後病院が1個できるという話も聞いておりますので、そういった情報を含めて考えなくてはいけないと思っております。それでは、次に参りたいと思っております。

(4) 保健医療計画と高齢者保健福祉計画等との整合性について (在宅と介護の按分)

(細田会長)

医療と介護の一体的な体制整備についてということで、事務局からご説明をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ありがとうございます。今日この按分を決めなくてはいけないのですね。按分と言われても、なかなかイメージが湧かないのではないかと思います。前回の計画を見ても、相模原だけは12か月ということになっております。これに関して、ご意見・ご質問等はいかがでしょう。BとC、これがどのくらいになるか、実際のところはどれくらいか、どなたか肌感覚のある方いらっしゃいますか。

(土屋委員)

よろしいですか。介護医療院は、病院がだんだんその中の人材を使いながらやっていくことができると思いますが、老人保健施設はもう増えませんし、特養は状況によっては認可していくかと思えますけれども、これもまた介護士の数が問題です。市の計画としてはどうなのでしょう。この辺が分からないと、なかなか按分も決めていけないのではないかと思います。いかがでしょうか。

(事務局)

相模原市高齢者保健福祉計画担当、地域包括ケア推進課の谷畑と申します。よろしくお願い申し上げます。まず、前回の按分に関してですが、タイムも12か月ということで、ほかの圏域のところは6か月ということでやっていると思いますが、本市につきましては12か月ということで、この場で協議させていただいた経緯がございます。その理由としては、相模原の療養病床等が非常に多くて、そのままの数字ですと非常に追加的需要が最後のほうでならずと非常に多かったというところがありまして、ちょっと現実的ではないというところで、できるだけ少ない数字を取らせていただいたというところがございます。今回、按分ということで、6か月、3か月、12か月と、それぞれそれなりに数字としては足りないというところがございますので、特段12か月にこだわる必要はありませんが、先ほど土屋委員から話のありました、特養等の整備の方向性というところに関しましては、実際に今、特養の整備の状況から申し上げさせていただきますと、本年4月1日の時点で、1年以内で入所を希望されている在宅の方は177名いらっしゃいます。ただ、その際に、空床数も178床ということで、ほぼとんとんで空床があるというような状況です。また、直近の半年間で対象者数が591人いらっしゃいましたので、おおむね半年、1年で、今回の追加的需要の分も含めて回せていけるのではないかと状況でございます。ですので、特段、

特養等の整備というところは、今回の第9期高齢者保健福祉計画ではしなくてもいいのではないかと考えています。以上でございます。

(細田会長)

ありがとうございます。ほかにご意見はないですか。小松委員、どうぞ。

(小松委員)

なかなか按分でといっても結局、療養病床からどれくらい、療養病床に入院している必要がないので施設に出なさい、もしくは在宅で受けなさいというケースですが、正直言うと、国が思っているほど療養病床からは出られません。一定数が施設に流れますし、一部在宅にというのは、もともと在宅にいらっしゃった方がレスパイトに近いような形で療養病床に入って、割と短い期間でお戻りになられるというケースがありますが、国が言うように医療区分Ⅰの70%というのは現実的ではありません。この式からいうと、療養病床で退院というか出ていく患者さんは思っているよりも少ないです。一方で、この図を見ていただくと、一般病床の退院する患者さんは、全員外来通院可能というようなカウントをされています。ただ、現在は恐らく、一般病床から退院する方でも退院した後、在宅医療に移行する方もいるかと思うので、そういったことを含めると、一部少なくても一部多いので、結局は似たような感じになるのではないかと思います。あとは、なかなかこれも基準病床を含めてこの数字がどれくらい具体で、どれくらいこの数字に合わせなければいけないのかというと、今、相模原市さんも言ったように、施設に関しては思ったよりも空いてきているので、ちょっと言い方は悪いのですが、よく分からない数字だけれども、そのままスルーしていくしかないのではないのかというのが個人的な印象です。多分、完璧に理解するのはなかなか難しいという気はします。以上です

(細田会長)

ありがとうございます。6か月というところが県内ではほとんどですが、そこで何か問題は起こっていませんか~~よね~~。

(西委員)

よろしいですか。相模原赤十字病院です。これはきちんと分けなくてはいけないのでしょうか。というのは、介護施設もたくさん受け持っていますし在宅もやっているのですが、本音を言うと、在宅というのは地域柄すごく効率が悪くて、訪問看護も24時間体制にすると経営的にすごく問題なのです。在宅医療をやってしまうと経費がかかり過ぎます。それから、距離的な問題があってこなせません。それで、できたら退院した人もやはり病院のほうで診たいというのが本音です。だから、結果として按分があったほうが、僕は在宅を何割とか介護を何割とか決めてもらうとすごく戸惑います。以上です。

(細田会長)

ありがとうございました。これは計画するための按分で、現場でこうしてくださいという数字ではありません。机上の数字とご理解いただいたほうがよろしいかもしれません。

9ページ、10ページをご覧ください、3か月、6か月、12か月でほとんど同じ数字に見えます。ですから、今回は6か月としたいのですが、いかがでしょうか。そうすると、ほかの地域とも同じ評価ができるということで、数値的にあまり大きく差がないのであれば、それを採用したいと考えますが、異議のある方はいらっしゃいますか。

(異議なし)

(細田会長)

では、特に異議・ご意見はないようなので、事務局案のとおり、KDBデータの退院後6か月のデータで按分することで、今後の手続を進めていただくということにしたいと思います。ありがとうございました。

(5) 地域医療支援病院における管理者の責務について【資料5】

(細田会長)

次は、地域医療支援病院における管理者の責務についてということでございます。事務局からご説明をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ありがとうございました。これに関しまして、ご質問・ご意見はございますでしょうか。

(土屋委員)

言葉の説明で、管理者責務がよく分からないのですが、どういうことでしょうか。

(事務局)

医療課長の市川です。基本的に、例えば今回のこのケースに関しては、地域医療支援病院として感染症の関係について具体的な役割を担っていただくように、それを管理者の責務としてこうしていただくということを否定するかしらないかということが論点になります。基本的に感染症予防法関係の現定の中で、地域医療支援病院に担っていただくことが明記されるという予定になっていますので、それを加えて指定する必要はないでしょうということを整理したいので、ここではあえて地域医療支援病院の責務として設定せずに、既存の枠組みの中でやっていただきましょうというのが今回の考え方です。ちょっと分かりづらくてすみません。

(土屋委員)

分かりました。

(細田会長)

あちこちでがんじがらめになって、非常に分かりにくいですね。

(事務局)

繰り返し同じようなことを何度も決めなくていいですよねということをお願いしたいという意味です。端的に言うとそういうことです。

(細田会長)

分かりました。この事務局案でよろしいように思いますが、いかがですか。特に異論がなければ、この事務局案でよろしくお願ひしたいと思ひます。

(事務局)

ありがとうございます。

(細田会長)

異議なしということで、次に行きたいと思ひます。ありがとうございました。

報 告

(1) 地域医療介護総合確保基金（医療分）令和5年度計画について

【資料6-1, 6-2, 6-3】

(細田会長)

次に、ここからは報告になります。地域医療介護総合確保基金令和5年度計画について、事務局からご説明をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ありがとうございました。ざっと37億9000万円ぐらいですが、これに関していかがでしょうか。基金の活用等が問題になっておりますが、何かご意見等はございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、次の議題に行きたいと思ひます。

その他

(1) 令和5年度第1回地域医療構想調整会議結果概要について【資料7】

(2) 令和5年度病床事前協議について【資料8】

(3) 紹介受診重点医療機関の公表について【資料9】

(細田会長)

その他でございます。3つありますが、これは一つ一つでなくて、取りまとめて事務局からよろしいですか。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ありがとうございました。今、事務局から報告がありましたが、何か質問、ご発言はないでしょうか。それでは、これもちまして本日の議事は終了させていただきます。進行を事務局にお返ししたいと思います。よろしくお願いします。

閉 会

(事務局)

細田会長、円滑な議事の進行をありがとうございました。また、委員の皆様、本日はお忙しい中お集まりいただき、また、様々なご意見等を頂戴いたしましてありがとうございました。本日頂いたご意見を踏まえまして、事務局としても今後の取組を進めてまいりたいと思います。

それでは、以上もちまして本日の会議を終了させていただきます。皆様、どうもありがとうございました。