

## 令和3年度第2回県央地区保健医療福祉推進会議 議事録

日時：令和3年12月10日(金) 18:00～19:55

方法：WEB会議

### 1 開会

#### (1) 会議の公開について

本日の推進会議は公開とすることとされた。

### 2 協議

#### (1) 県央地区における居住施設等の介護サービス（医療対応）等調査結果について

○資料説明 説明者：事務局（厚木保健福祉事務所）

- ・資料1 県央地区における居住施設等の介護サービス（医療対応）等に関する調査結果について
- ・資料3 令和3年度第1回県央地区保健医療福祉推進会議ワーキンググループ結果について

（質問、意見なし）

#### (2) 意見交換（医療と福祉の連携について）

<会長>

推進会議はこれまで、地域医療構想を策定した中で、県央地区の課題を取り上げ、その中で高齢者救急の問題、それから医療と介護との連携の問題を検討してきました。

11月17日に行われた推進会議ワーキンググループでも、このことについて意見交換を行っておりますので、まずは事務局からそのことについて報告をお願いします。

<事務局>

※資料3（令和3年度第1回県央地区保健医療福祉推進会議ワーキンググループ結果について）により報告

<会長>

令和元年度第2回推進会議でも高齢者救急について、東名厚木病院、海老名総合病院よりお話をいただきました。その時からの変化、改善点や課題について、今事務局より報告されたワーキンググループでの発言内容と重なる部分が多いかもしれませんが、ご発言をお願いします。

<委員>

今事務局が報告したとおりですが、私としては肌感覚で感じる場所は、厚木地域におきましては病院協会、医師会、介護施設、あと市と担当者が集まって、色々と話し合いをした経緯があります。そこで、しっかりご理解をいただいたところは、きっちり救急搬送をしていただける。あとは、救急搬送以外の病院受診ですね、それはご協力いただけると

ころがあるんですけれども、やはりご理解いただけないところはあまり変わらない。資料3に書いてあるように、理解していただけない人に対して、どのようなフィードバック、メッセージを送るかということが非常に問題になってくるのではないかと思います。

もう1点は、やはり強調したいのは、私は湘南MCの検証委員の医師なんですけれども、DNARは、基本的には医師の署名がないと救急に関しては効力がないと言われていています。ですので、救急隊を呼ばなければ、その主治医の先生の方で看取っていただくということだと思いますが、呼んでしまった場合には非常に面倒になる。または、主治医の先生と連絡を取らせていただいて、じゃあ自分たちで看取るといった場合に、主治医の先生が来られるまで、救急隊は待機なんです。そうすると、ひどい場合は東京の方からとか、他の市町村からの在宅医の先生がおられたりすると、この地域ではないですけど6時間待ったですとか、そういうことにもなってきますので、DNARの文書と、あとは救急隊を呼ぶ判断を施設の方にはぜひとも共有していただきたいと思います。

#### <委員>

データとしては同じデータなのですが、2017年を100とした場合、明らかにちょっと課題となっているのは海老名市が課題なのかなと。逆に、厚木、愛川は下がってきていて話し合いをしっかりとさせたからなのかなという感じがします。相模川の東と西でちょっと傾向が違うのかなという感じがしております。いわゆる入所者数の数が違うんじゃないかということもあるかと思うので、入所定員100人あたりという括りで切ってみました。これを見ていただいてわかるように、厚木、愛川は頑張っている感じがしますね。大和も頑張っているのかなと。座間も去年と比べると頑張っているのかなと。頑張っているという言い方も変なんですけれども、これって基本的には、地域によって疾患がすごく変わることはないと思うので、海老名だけちょっと突出して多いというのはやっぱり何か問題があるのかなという印象を受けます。

これは私としては、ぜひ厚木でやったように介護施設等と話をしなければいけないと思います。残念ながら、海老名、座間、綾瀬の方で、少なくとも病院が関わった上で話し合いがなされたということは、私が認識している中ではありません。

ただ実際問題として私が勝手にやりましようと言っても集まる訳がないので、ぜひここは、データから見てもわかるように、海老名市からまずやっていきたいと思えます。Zoom会議でいいと思うので。我々の方もデータをお見せします。事実はどうですと。そうした中でご意見、色々と理由があると思いますので、ご意見を聞かせていただいた中で解決策を探っていければと思います。ぜひ次年度であったり、これからやるべき行動計画として、少なくとも座間、綾瀬、海老名のところは、大和も含めてですけど、そういったところは話し合いを、それぞれでやるのでいいと思います。今日は高齢者施設の代表の方たちも来てらっしゃると聞いていますので、一緒のお話し合いをしてみませんかというのが私からのご提案です。

そうしていただけると色々良い方向に向かっていくような気がします。

#### <会長>

ありがとうございます。いくつか課題があると思いますけれども、これから検討していければと思います。

それでは、本日は福祉施設のご意見をお伺いしたいと思ひまして、特別養護老人ホームの施設長お二人にご出席いただいております。よろしくお願ひいたします。

先ほど報告のあったワーキンググループの意見交換でも、病院からは、看取りのことや救急や受診の際の情報共有のことが課題としてあがっていましたが、高齢者施設での状況について、自施設での事例、または他施設での事例でも結構ですので、ご発言いただきたいと思います。

#### <施設長>

よろしくお願いします。厚木の特養の施設長をしております。今は、厚木と愛川町の特養の団体の代表の理事をしております。今回、お話を伺って他の施設に看取りの状況や何かトラブルがないか、アンケートを取ってみたんですけれど、それを踏まえてお話をさせていただきたいと思います。

特養なので、基本介護度3以上の方です。入所の際に、事前に延命をしますか、しませんかとか、あとは将来的に看取りをされますかという話をします。この時点で、全員が全員看取りという段階になってはいなくて、それで過ごされていくわけですね。段々と状態が悪くなって、ナースや主治医とお話をして、この方はそろそろ看取りの段階となった時に、その方に絞って看取り体制に入るといことです。

ですので、もし急変が起きたときには、看取り体制に入っている方以外は通常通り救急の対応をさせていただいております。看取りの方は他の施設に聞いても、ほぼ救急を呼ばないで自分のところで主治医と相談しているので呼ばないという形なんです。うちの場合に関しても、看取りの話が先生からない場合は、救急車を呼びます。ただ、夜間や休日に救急車を呼ぶことをなるべく避けるため、日ごろからご利用者の状態をみて平日のうちに受診をするように努めております。

あと、いくつかの施設であったんですけれど、看取りの段階に入っているんですけれど、やっぱり目前で苦しんでいるとか、あとはご家族の意向があってやっぱり救急を呼んでくださいというところで、施設としてもそこまで言われてしまうとその通りに動いてしまって、ご家族との間に挟まれてしまうような感じがあって、場合によっては「なんで看取りなのに連れてきたの」と言われてしまう施設もあるということを知りました。

あと、救急搬送の数で気になったのが、特養なのでデイサービスをやっているところもあるし、大体はショートステイも持っているんですよね。ですので、このショートステイの方って、看取りの段階というのはほぼやっていないと思うので、その方が夜などに急変があった場合は救急で呼んでしまって、その方はカウントがどうなっているのかなというのもあると思うんですよ。ショートの方は、それぞれの方が嘱託医となっていますので、昼間だったら相談できるんですけれど、特に夜だと看護師はいないですし、オンコールはみんなやっていると思うんですけれど、少人数の介護士さんだけで、慣れていない人はやっぱり不安になって呼んでしまうというのがあるのかもしれないのかなと思いました。

あと、調査の回答数が少ないことが気になりました。

#### <施設長>

綾瀬にあります特養の施設長をしております。よろしくお願いします。今の話とほとんど同じような状況です。うちの施設の現状としましては、ドクターが一人でやっているクリニックの先生が嘱託医なので、先生の体が一つしかないので、看取りをするにしても、先生の診療中ですとか、夜間には、なかなか一人でやっているので積極的な看取りは今できていない状況です。ただ、全くできていないかというところではなくて、ご家族の強い要望ですとか、ご協力、事前に嘱託医との話し合いが取れば看取りというのが年に

数件はありますが、積極的な看取りというのはしていないというのが現状でございます。

救急対応については、これも全く同じなんですけれども、本体の特別養護老人ホームで救急搬送というのは比較的少なく、やっぱりショートステイやデイサービスで、在宅の方が施設で急変されてお呼びするケースの方が多というのが現状です。入所の方につきましては、ナースと嘱託医の判断で救急車ではなくて施設が病院にお連れするというケースがほとんどでございます。

#### <会長>

ありがとうございます。お二人から発表をいただきました看取りの状況について、ご意見とかご質問とか、また何か一言あるようでしたらお願いいたします。何かございますでしょうか。

#### <委員>

いつも県央は施設の状況も含めて、調整会議の中で意見交換をして非常に有意義だなと思って聞かせていただいております。

私自身も療養型の病院、それから老人保健施設もやっていますので、肌感覚としていくつかわかる部分もありますし、大変難しいところであると思うんですけど、やはり急性期の病院の先生方から見ると救急車を呼んでくることではないよね、という発想がそれなりにあると思います。

一方で、やはり施設ではみれないという、そのところのミスマッチというのが実はあって、結局吸引ぐらいだったら施設でやってよと言ってもやっぱり看護師がいない施設が多いので、施設では対応できない状況があるにも関わらず、患者さんが利用者さんになってしまって、施設がその方たちを受けないと経営的には厳しいということで、現場というよりは経営をされる立場の方がそういった方を受けてしまい現場が困るという。それで困った時に、ご家族とのコミュニケーションも含めてなかなか悩ましい点があるのかなと思うんですよね。

ずっと施設に入居されている方が一年以上経って徐々に衰弱されていってお看取りする、これは当然施設でできることで、おそらくは関わってきたスタッフの方もそういう気持ちで、お看取りをしてあげたいと、そう思われることはあると思うんです。逆に看取り目的で施設に入るといのは、施設のことがわかってない人がするのかと思うんですよね。

よくあるのが、うちの場合療養型で、病院から老健に送ると、病院としては落ち着いていると判断して転院をお願いするんだけど、看護師がいる老健ですら継続した療養が厳しいという方がいます。それはどうしてかと言うと、医師の感覚として病状が落ち着いている、これは間違いないんですけど、看護師が処置をしていないと実はその落ち着いた状況を保てない。こういった施設では、看護も落ち着いているという方じゃないと、施設に行くとやっぱりすぐに病院に戻ってしまうという方が多々いるので、病院、いわゆる急性期病院と、基本的には看護師が日中しかいない施設ですね、施設と言ってもカテゴリーがすごくありますけれども、そことの間というところが、やっぱりどこでみるべきかと言えば、本来は療養型病院なんです。ただ、ご家族の希望があって、病院だとお金が高いから施設にと言っていて、急性期も早く出さなければいけないので、「施設さん、早く受けてください」ってなりますし、あとはそういう重たい方を施設では受けることは多分大変なご負担になります。結局このような転院時のミスマッチが施設に入ってからまた救急車を

呼んで病院に戻ったりというような、患者さん本人にとっても身体的負担が重いですし、医療資源のちよつともったいない使い方につながっているんじゃないかと思うんですよね。

だから、施設で対応できないということに関しては、施設が対応できるようにすべきかという、個人的にはそこは医療機関でみるという対応にした方が良いでしょうし、その医療機関でみるというのが、地域包括ケア病棟を持っている病院やそれから療養型の病院が1.5次救急のようなことを担っていけば、施設もやはり迷ったときはどこかに運べる方が施設としては良いんじゃないかなと私は思うんですが、他の皆さんのご意見はいかがでしょうか。

#### <委員>

先生がおっしゃることはごもっともだと思います。もともとこの話が出てきたのが、いわゆる救急の適正な利用をしていきましょうということが事の発端だと思います。この適正というのが、急性期病院側から見た適正ということが強くなっているのは事実だと思います。逆に、施設側からは、適正に使っているよ、ということかもしれません。ただ、この言葉の定義一つとっても、たぶんギャップがある。ギャップを埋めるためには話さなきゃいけないけれど、その話す場すらないというところが一番問題なのかなと思います。

施設の方たちのお話を聞かせていただければ、ここの部分までは、例えば海老名総合病院で受けましょと、こういう状況だったら座間の方で受けてもらいましょという、一定の緩いルールみたいなものを作ることで適正になるのかなと思います。その話し合いを以前からしたいと思っていますが進んでいません。私が、立場的に取り仕切る立場ではありませんが、みなさまからご指名いただけるなら進めさせて頂きたいと思います。

今日、施設の方がお二人いるので、その方たちが「ぜひ施設の方を集めるよ」と言っていたら、そこに私、個人的には出向いてでもお話をさせてくださいという形で、持っていきたいんです。まずはその場を作るということをしていただきたい。それぞれが困りごとがあって、それぞれが正解があると思って、そこをどうやってすり合わせるかの話だと思うので、一度はぜひ話す場を作っていただければいいなと思っています。

#### <委員>

ありがとうございます。今回コロナで「下りコロナ」という概念ができて、第三波のときに施設でクラスターが起きたりして、ちよつと落ち着かずに戻せないところを、一方そこが空くまで急性期が待つのは無理だよという話で、下りコロナが一部流れましたよね。だから、急性期病院から直接施設に行くとしても医療的には落ち着いているけれども看護度的には落ち着いていないので、すぐに戻ってきちゃうというのが、これは施設のカテゴリーにもよりますが一定数あるので、地域で施設からの対応をする病院と、その施設に戻すために落ち着かせる病院というトライアングルができていけば、みんながwin-winになっていくのかなと思います。

話し合う場に関しては、相模原市の病院協会では、割と以前から施設と病院で、高齢者救急について色々意見交換はしています。正直言うと、出でくださる施設の方というのは、比較的地元密着型で、やっぱり関心があって、なおかつ現場の方ですよね。現場でご苦労されて運営をされている方、こういった方は割と出て下さります。一方で、有料老人ホームとか、そのへんの誰がやってるのかちよつとよくわからないようなところ、実はそういうところが一番厳しいミスマッチの患者さんを抱えているのですが、あまり参加されない。

ただ地域でそういったことで意見交換していく中で、どうしても最終的にはお互いに

win-win になれない、コスト的な問題もあるんですが、やっぱりそのような話し合いを地域の中でしていくことはありだと思いますし、あとはさっき先生おっしゃっていましたが、企画していいかと言ったら、結局はやっぱり待っているよりはやった方がいいかなと思います。何か私もお役に立てることがあれば一緒に行ってお話させていただいても構いませんが、やった方がいいと思います。

#### <委員>

心強いお言葉をありがとうございます。

#### <会長>

ありがとうございます。様々、大きな問題がいろんな面であるということだと思いますが、時間がないので次に進んでよろしいでしょうか。厚木も会はしましたが、コロナでちょっとそれがなくなっているというのもあるので、それも継続していければなという風に思っております。

次は、調査の回答率が低いという話がありましたけれども、県央地区における居住施設等の介護サービス（医療対応）等調査結果について、回答率が上がらないという点に関して、施設側の負担感が大きいかなと、また回答するメリットがないんじゃないかなということも考えられるんですけれども、回答する側のお立場として何かご意見をお願いしたいと思います。

#### <施設長>

資料1-1のところの回答率が悪いというところですかね。先ほどの、先生方々の有料のどこの誰がやっているかわからないと言う話ですけど、特養で施設長をやっていますと付き合いもあるので出していますけれど、その割にあまり知らないところはやっぱり回答率が悪いなというところはあります。

この調査は、私も自分で職員と一緒にやってみたんですけど、確かに細かいので、多分これをやるのは事務職や相談員の方が書いて返しているのかなと思います。それにしても特養の方で回答の割合が半分も行っていないというのは、一体どこなんだろうと逆に勘ぐっちゃうくらいですけども、本当にこういった調査って結構多いんですよね。その中の一つにされちゃうと、返さない施設があるのかなと思ったりもします。

あとは、メリットとしては、他の施設はどうなのかなという、受け入れですよ。例えば感染症だったら、他の特養はどうなのかなとか、インシュリンとかそういった医療的なことでどこまでが○で、どこの施設が×なのか、そういう情報は多分ケアマネさんたちもほしいと思うので、そういう情報がフィードバックで戻ってくるメリットがあれば自分たちも回答するのかなというのはあるのですが。

保健所さんからのアンケートについて答えない施設がこんなにあるんだというところがびっくりで、私は職員に、市や県の管轄のアンケートに関しては必ず返すように言ってますので、回答数が少ないので、データとしてちょっと確立できないのかなと、もうちょっと回答率を上げた方がいいかなと思います。

#### <施設長>

私も全く同じ意見でして、調査が本当に多いんですよね。色んなところから色んな調査がきて、本当に調査に答えるだけで時間を取られてしまうと。私一人で回答できるものであ

ればそれはいいんですけども、あちこちの部門に確認を取らないとできない調査については、本当にたくさん調査がくるので時間が取られてしまって、期限までに間に合わないというケースがあるのかなと思います。

調査の目的だとか、データを後でいただけるのかということがよく分からないケースがあるので、その辺をはっきり示していただければ、皆さん調査に協力されるんじゃないかなと思います。

<会長>

ありがとうございます。2年目の調査ということで、医療との連携をどうやっていくのかということから始まって、県央地区は医療資源が乏しいということから高齢者救急という話にもなって、今回の連携の話にもなったんですけども、実際どのくらい活用できているのかということが問題なのかなという風に思っていますが、市町村の方たちに伺いたいのですけれども、いかがでしょう。この調査を実際に市町村の方で利用されたりということはあるのでしょうか。厚木市はいかがですか。

<委員>

厚木市につきましては、福祉部の方に事前に状況と意見を確認させていただいております。調査の活用方法については、施設の看取りの動向の把握に活用しているということです。今後も、ACP 普及の成果資料の一つとして活用していくと言っていました。意見や感想としまして、特養の自施設での看取り意識が高いことを以前から施設から聞いていたそうなので、このような結果なのかなと思っているそうです。今回の調査で、認知症の高齢者グループホームの看取り施設が62.5%に上がっているのが、コロナの影響で協力医療機関と連携が強化された結果なのかなという意見を言っていました。あと、コロナが住み慣れた施設で亡くなることができるプラス結果になったかもしれないと。今後も協力医療機関と連携強化することで、救急搬送の低下ですとか、施設の看取りの増加に結び付くと良いと思いますということで、参考として、厚木市の在宅看取り率が20年が14.8%、21年が21.3%ありましたということで、お伝えしてくださいということでした。以上です。

<会長>

ありがとうございます。他の市町村はいかがですか。海老名はいかがでしょうか。

<委員>

この調査につきましては、結果が上手に共有されていないような実態がありまして、今ここで状況を把握させていただきましたので、これに基づいて、どういう風に実態を把握し、どういう対策が必要なのかというところは話し合っていきたいと思っております。以上です。

<会長>

ありがとうございます。2年目ということもあり、かなりこれは保健福祉事務所の労力をかけていただいて、どう連携していくかということになっていくと思うので、なかなか情報の公開が限られている部分があると思うんですね。なので、患者さんの状態に合わせた施設の選択ということも考える中で、例えば情報の開示に関して、公表に同意いただいた施設分について、例えば「地域包括支援センター」に情報提供したら有効活用できるの

ではないかなと思ひもあるんですけど、それに関しては何かご意見はあるでしょうか。いかがでしょうか。

#### <施設長>

包括ですか。特養もやっているところは、厚木市では地域包括支援センターも運営させていただいているので、そちらの方も若干は答えできるのでお答えしますが、情報として包括の方に何らかのパンフだとかを置いておくのはいいかなと思うんです。そこから各居宅のケアマネさんに情報が行くというので、そこで包括を利用するのはいいかなと思うんですけど、ただ包括に行くといろんな資料が山積みになっています。包括もいっぱいいっぱいになっているところが多いので、包括がそこから情報を外に出すというところまでやる余力があるのかはどうかと感じますけれど。ただ、そういった情報を地域に落とすとか、広げていくにはいいかなとは思ひます。

#### <会長>

ありがとうございます。地域包括支援センターには情報がいかないの、それぞれの状況の、例えば看取りをしているところの情報が十分把握できているかというところもあると思うんですが、そういう情報をこれを使って見ていただくという形を考えたらどうかと思ひていますが、いかがでしょうか。

#### <施設長>

包括はそこまで情報を持っていない、うちの包括も持っていませんので、それをケアマネに情報を伝えていくシステムが今のところできていないので、今のところそれは難しいのかなと思ひています。

#### <委員>

この資料は当然、当院ではソーシャルワーカーと共有させていただいています。急性期病院である当院から介護施設へ出すときに、資料として、どこにどのような形で送ればいいのかという情報のバイブル的なものとなっています。ですので、施設側もこれを出すことによつて、急性期病院に対し、自分たちはどういふことができるのかということのアピールをする材料になって、最終的にはwin-winの関係になっていけばいいかなと思ひています。

#### <会長>

ありがとうございます。公表先については、もう少し議論をしなければいけない部分もあると思ひますが、今、委員が言つてくださったようなところが今回の調査の最初の目的であったという風に思ひますので、そこも踏まえながら進めていければという風に思ひます。

今年度はこの議論をしていく時間はないかと思ひますけれども、また引き続き項目に関しても、それから公開に関しても検討していきたいという風に思ひます。

施設長のお二人には、本当に貴重なご意見をありがとうございました。以上で協議事項の(2)を終了としますので、施設長のお二人のご出席はここまでとなります。本当にありがとうございました。

この調査については、「厚木保健福祉事務所地域包括ケア・在宅医療推進会議」もあるの



で、そこでも検討して下さるといことですので、お願いします。

### (3) 2025 年に向けた対応方針について

○資料説明 説明者：事務局（厚木保健福祉事務所）

・資料2 2025 年に向けた対応方針の更新について

#### <委員>

当医師会内のことなので、私から少しお話をさせていただきたいんですけども、簡単に言いまして、ちょっと唐突感が否めなかったということが一番あると思います。医師会においては一応説明がありまして、その辺の理解というのがある程度あったんですけども、周囲の病院協会その他の先生方には非常に唐突であるように映ったということ、それから説明の内容も、今一つ深い議論を引き起こすようなものでもなかったような、確かにそういう印象を受けましたので、これは一つ仕切り直しでよくこれを考えていくということは妥当かなと私は思っております。

#### <委員>

先日、厚木病院協会の定例会を開きまして、厚木病院協会は県央医療圏の中の厚木、愛川、清川の話し合いですが、この地域においては回復期病床がご存知のとおりものすごくいっぱいある。それに比べて療養病床、慢性期病床があるにはあるんですけど、実際、病院に情報をお聞きすると常々満床で、どこにも今現状では受け入れできないと。回復期はどちらかと言うと空いている、療養病床は満床であるところが現状です。

ですので、最終的には大和・高座病院協会の話し合いの結果の意見をふまえてになると思います。全体的に県央地区においては、慢性期、回復期は足りないことになっていますが、県が考えている定量的な基準（奈良方式）の病床数からすると、慢性期はやっぱり足りなくて回復期はほぼほぼ充足しているのかなと感じます。

それが一つの意見ですけども、もう一つ、県の方にお聞きしたいのですが、よろしいですか。綾瀬厚生病院が別紙1に書いてあります許可病床数のところで、一般病床108床、療養病床60床ということになっています。基準病床数の計算式の流入、流出の話は、一般病床と療養病床を半分に分けて、それぞれの基準病床数を足したものが県央であれば、県央地区の病床数となります。その中で病床機能においては、急性期が84、回復期が24、慢性期が60ということで、足し算としては168床になっているのですが、転換した場合、変更後の病床というのは一般急性期が84床、一般回復期が38床、療養病床46床ということで、これで見ただけで療養病床の回復期を一般病床に変えることになるのですよね。そういうことが、県としていいのか。要するに療養回復期という言葉があるようなことがあれば、これは旧七沢リハビリテーション病院の時にそのような名称はありだと聞いているのですが、そもそも変更後の一般回復期38床というのは、県として良いのでしょうか。療養病床から回復期に転換した場合、この名称で良いのでしょうか。そこをお聞きしたいと思います。

#### <事務局>

ご意見ありがとうございます。許認可に関することとして、今即答ができないんですけども、確認して後日メールで回答させていただきたいと思います。申し訳ございません。

<委員>

よろしくお願ひします。

<会長>

事務局の（案）に関してはいかがでしょうか。

<委員>

事務局（案）に関しては、全く異存はありません。

<委員>

この地区を見ますと療養はむしろ減っている、回復期がかなりの上げ幅で上がってきている。こういう形で本当に理想的な2025年の体制が作れるのかという風な感じがします。そういう意味で、大和・高座病院協会としては、本当にみんなで真摯な議論を行って、同意できるものかどうかということをして2月の会では大きな議題としてあげようと思っております。その中で、県がどのような形でこの地区全体を持って行こうというか、まとめ上げようとしているのか、ぜひ行政側の考えというのを知りたいと思っております。よろしくお願ひします。

<会長>

ありがとうございます。それでは、今後の対応に関しては事務局（案）のとおり、来年2月開催予定の病院協会が開催する地域ワーキンググループにおいて、再度議論を行った上で次回の県央地区保健医療福祉推進会議で協議を行うこととしたいと思っておりますが、それでよろしいでしょうか。ありがとうございます。それでは、そういう形でさせていただきます。

### 3 報告

#### (1) 令和3年度第1回県央地区保健医療福祉推進会議ワーキンググループ結果について

○資料説明 説明者：事務局（厚木保健福祉事務所）

- ・資料3 令和3年度第1回県央地区保健医療福祉推進会議ワーキンググループ結果について

（質問、意見なし）

#### (2) 定量的基準について

○資料説明 説明者：事務局（医療課）

- ・資料4 定量的基準について

<委員>

報告ありがとうございます。参考値と言われても、あまりにも県が出した最初の病床区分と、あとは奈良方式で出ている定量的な基準との差があるので、どうすればいいんです

かね。要するに、県が最初に出しているところからすれば、回復期がまだまだ多いよと、だけでも奈良方式で出てきた数字からするとトントンだということで、それを踏まえながら、病床機能を転換する病院が今後 2025 年まで出た場合に、設計図ができて報告できている病院と、今回の件のように途中で変わる病院の検討ということになると、どうしていいのかよくわからないのですけれど、その辺のところをアドバイスいただけないでしょうか。

#### <事務局>

ありがとうございます。まず、前提として、必要病床数というのは目標値としているものではなくて、全国一律の算定式で算定したということもございまして、地域医療構想本文の中にも、そこは本県の実情に合っているのかという疑義があるということは、書き込ませていただいたということがございます。また、病床機能報告につきましても、先ほどご説明させていただいたとおり、病棟単位、病院の自主的な報告であるということがございますので、それをそのままストレートに取るのもどうかというところもございます。

そういったことを踏まえまして、将来に向けてどういった医療提供体制をこの地域で作っていくのかということ、必要病床数に対して足りている、足りていないという議論をストレートにするのではなく、どういう風に最適化をしていくかということをお場でご議論いただくという風に考えております。

#### <委員>

この話が最初に出たときから、この数字の目指さなければいけない、こうしなくてはいけないという話になると、そうではなくてあくまで参考ですよという捉え方でいいですよという話題はさせていただいております。というのは、結局今回のコロナに関して、法で縛ってどれだけ診なければいけないかという形で、例えば公的な、公立病院が法律に従って病床数を確保しても、実際にそこにどれだけ医療スタッフがいて診れるかというのは、結局法律と現実のギャップってありますよね。

この地域医療構想に関しては、それとは逆というか、あくまでも算定数というのが全国一律でやった結果というものと、あとは算定式自体が何を導きたかったかというのが、国としての思惑というのがあまり神奈川県では当てはまらないと。そうなった時に、一応国の考え方はこういう考え方で、それに従うと県ではこうなるし、地域ではこうなる。だから今回、定量的な基準で奈良方式に県央を入れてみると、いわゆる自己申告では急性期となっていた中に、回復期の機能を担っている病床が一定数あるということで、そういう切り取り方をすれば、見せ方を変えれば見え方が変わる。

そういう意味で言えば、どうすればいいというよりは、皆さんが地域の中で各々がやるべきことをやるというのが大原則ですし、あとは転換に関しても公立病院と民間病院では経営判断も違ければ、責任の取り方も違うので、基本的には各々がやっていくことが優先されるべきだと思います。ただ、やはりばらばらにやってしまうと mismatches が色々出てくるので、それを皆で話し合っ、こういう見方もあるよね、というようなことを協議していくのが調整会議という、今までとは違って、地域の中でこういう役割を担いたいということを地域の他の医療団体さんと話題にしていくということが今後も必要なことで、そうしないと結局は自分の医療機関だけの判断になってしまうと、周りとは全然違うよねっていう話題が出てしまうと、そういうことだと思います。

ですから、何かあれば皆で話し合おうという文化を醸成していくということが引き続き大事なのかなとしか言いようがないと思います。何かしなければいけないというのは、

ルールのにも現実的にも一つもないのかなと個人的には考えています。

<委員>

今のお話を聞いていると、例えばこの会議にこういったベッドに変換したいというご提案が、各それぞれ個別の病院から上がってきます。その時、肌感覚的に「やっぱり回復期多いよね」という感じでは認められないんじゃないと思います。つまり、根拠がなくて判断していいのかというのが、ちょっと感じます。

<委員>

結局、調整会議って協議しなさいって言うところまでは何となく綺麗事でいけるんですけど、やっぱりダメと言うのは法的に根拠がないとできないですし、調整会議にそこまでの権限があるかという正直ないですよ。そういう意味で言うと、イエス、ノーの判断も含めて調整会議がその権限を持てるわけではない。だから、あまり個々の個別案件に関して強権的にはなれないと思っているんですね、今の現状として。

ただ、やっぱりそういう話題というのも、お互いにコミュニケーションを取ってれば、割と地域の中で、例えばある個別の病院がそういう話題を出してきて、県央地域の場合、地域がいくつかありますが、地元の中で、地元の病院さんや医師会さんと話があって、こういう形でこういう風に考えているのでぜひ、みたいな話になれば事前に話題をするということまでしかできないと思います。

いつも話題になるのが、調整会議で認められないとか、必要性がないと言っても、民間の病院がそれを強制的にやろうとしたら、多分県もそうですし、厚生局がこの議論ってあんまり入っていないですから、結局止められないという、先に黙ってやっちゃえば止められないという部分もあると思うので、そういう意味で言うと、調整会議がどれくらいできるかということは、できる部分とできない部分というか、ソフトな部分では有効ですけど、ハードなことになったら調整会議にどれだけの権限があるかといえば、ないです。

あとは、既得権の我々がどこまでそれを言うかというのは、既得の利害調整ではないかと言われちゃえばそうになってしまう部分もあるかなと思います。

あとは、回復期も今後診療報酬改定がどんどん厳しくなっているんで、それによってスタンスもがらっと変わってしまったり、そういうこともあるので、一概に足りている、足りていないという議論だけに、我々が頼りすぎていいのかというのは、正直ちょっと難しいのかなと思っています。

<委員>

そうすると、我々委員として出ている人間は周りの病院さんの意見を聞いて、感覚的なところを把握して、その中で考えると賛成はできませんよね、というぐらいの感じになってしまう気がします。それを上申して決めていくとの理解でよろしいですか。

<委員>

今まで県内で個別案件の話題があって、そういう時で必ずちょっとギクシャクしてしまう話というのは、医療機関同士というか、特に地元の医療機関同士の連携を軽視してしまうと、割と話が大事になって揉めます。そういう意味で言えば、できるだけ話を聞いて一緒にやっていく中で、こういう意見もあるとお互いができればいいのかなという気がしますけれども。当然全員が納得できることはないにしても、大体大勢が何となく納得できる

理屈というか、それくらいの話し合いかなと思うので、調整会議よりもさらにもっとさらに下というか、地元の中でお話をするということが大事だと思うんで、さっきの綾瀬厚生さんの件も、やっぱり地元の医師会、病院協会で話し合うということが一番大切な事なのかなと思います。

### (3) 医療介護総合確保促進法に基づく令和3年度神奈川県計画（医療分）策定の概要について

○資料説明 説明者：事務局（医療課）

- ・資料5 医療介護総合確保促進法に基づく令和3年度神奈川県計画（医療分）策定の概要について

（質問、意見なし）

### (4) 病床整備事前協議の状況について

○資料説明 説明者：事務局（医療課）

- ・資料6 令和3年度病床整備事前協議状況について

（質問、意見なし）

### (5) 令和3年度基準病床数の見直し検討について

○資料説明 説明者：事務局（医療課）

- ・資料7 令和3年度基準病床数の見直し検討について

（質問、意見なし）

## 4 その他

<委員>

ぜひよろしければ海老名市とも相談させていただきながら、海老名市の特に高齢者の施設のところとの意見、地域の病院として地区病院協会長、それから地元医師会長にもご相談させていただきながら、海老名市の高齢者施設とぜひ意見交換をさせていただければと思います。

<委員>

そこにつきましては、担当の方にも伝えまして、ぜひ有意義な話し合いができればいいと思っています。よろしくお願いします。

<委員>

ありがとうございます。地区病院協会長、それから地元医師会長のお力添えをいただかなければいけないと思いますので、その時はお声をかけさせていただきたいと思っています。

<会長>

以上ですけれど、県央地区における居住施設等の介護サービスの調査に関しては、調査が非常に多いという意見もありました。ただ病院としては非常に有効に使っているということがありますので、施設側の意見を少し聞いて今後の方向も考えなければいけないと思っておりますので、そこは検討させていただければと思います。以上で、他にご意見がなければこれを持ちまして本日の議事を終了させていただきます。

## 5 閉会

### 【回答保留とさせていただいた質問事項への回答について】

令和3年12月15日付で、文書により以下の内容を報告しました。

- 医療計画の基準病床数上、一般病床と療養病床は一体として考えられているため、綾瀬厚生病院の病床機能転換に際して病床の返還、再度配分といった手続きは発生しません。（根拠：医療法第30条の4第2項第17号）
- 一方、一般病床と療養病床はそれぞれが別の病床種別であり、人員基準等が異なります。（根拠：医療法第7条第2項）
- 病院等の基準については、医療法施行規則に規定されていますが、一般病床と療養病床の違いについて、大まかに申し上げますと「療養病床の方が、構造基準が厳しい」、「一般病床の方が、人員基準が厳しい」ということがあります。
- よって、今回の綾瀬厚生病院の場合、人員基準を満たすことができるのであれば、必要な手続きを経た上で、構造を変更することなく、病床種別の変更が認められるものとなります。

(以上)