

令和7年度第3回
相模原地域地域医療構想調整会議

令和8年1月30日（金）
ウェブとの併用
（ハイブリッド形式）

開 会

(事務局)

それでは定刻となりましたので、ただいまから令和7年度第3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、本日、会長の議事進行までの間、進行を務めさせていただきます、神奈川県医療企画課の佐藤と申します。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。本日の会議は、一部の委員が事務局会場から参加するハイブリッド形式での会議です。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いたしました「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いております。ご了承ください。

次に、委員の出欠です。本日の出席者は、事前にお送りした名簿のとおりです。なお、水上委員からは、遅れて参加するとの連絡をいただいております。

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、開催予定を周知いたしました。傍聴者については事前受付とさせていただき、ウェブ視聴が3名いらっしゃいます。

また、本日の議題のうち、(1) 令和7年度病床整備事前協議については、公開することで医療機関に不利益を及ぼすおそれのある情報を扱うことから、当該議題につきましては非公開の扱いとさせていただきたいと存じますが、皆様、いかがでしょうか。

(異議なし)

(事務局)

ありがとうございます。特に異議なしということで、それでは(1) 令和7年度病床整備事前協議につきましては非公開とさせていただきます。

会議の運営上、当該議題は最後とし、傍聴者については、当該議題の前に退出することいたします。

本日の資料は、事前にメールにて送付させていただきました。お手元に届いておりますでしょうか。もし、お手元に届いていないという委員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いたしますので、そちらをご確認いただければと

思います。資料は、後ほど改めて送付させていただきます。

それでは、以降の議事進行は細田会長にお願いいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

(細田会長)

皆さん、こんばんは。遅い時間にもかかわらず、お集まりいただきましてありがとうございます。今日もよろしくお願いいたします。

協議事項の(1)令和7年度病床整備事前協議については、冒頭にお諮りいたしましたとおり、非公開議題とさせていただきます。進行上、最後に取り扱うことといたします。

議 事

(2) 新たな地域医療構想の策定に向けた検討

(細田会長)

それでは早速でございますが、協議事項(2)から始めたいと思います。新たな地域医療構想の策定に向けた検討ということで、資料は2番でございます。事務局からご説明いただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

新たな地域医療構想の策定等を踏まえた令和8年度のスケジュール案と、新たな地域医療構想の策定に向けた皆様からのご議論をいただきたい事項、この2点について説明がございました。本日は、当地域としての意見をまとめる場ではなく、皆様から忌憚のないご意見をいただきたいということでございます。

1点目は地域医療構想について、2点目は入院医療と外来・在宅医療、介護連携の一体的な検討に向けた協議方法についてでございます。以上につきまして、たくさんご意見を賜りたいと思います。特に、2点目の医療・介護連携について、介護事業を主体的に取り組んでいる市のご意見を最初に伺いたいと思いますが、市のほうでよろしいでしょうか。よろしくお願いいたします。

(米山委員)

本市におきましては、今、神奈川県第8次保健医療計画に基づきまして、在宅医療に必要な連携を担う拠点といたしましては、在宅医療・介護連携支援センターを位置づけまして、そのセンターとともに、市医師会、病院協会、あとは介護保険の関係の事業者の皆様などの構成する在宅医療・介護連携推進会議の中で、今、相談支援とか連携の在り方などについて検討を進めているところでございます。引き続き、今後につきましても、この地域医療構想調整会議と接続しながら、連携体制の構築を進めてまいればと考えているところです。

以上です。

(細田会長)

ありがとうございます。こちらの1番目より2番目のほうが多分議論が多いと思いますが、取りあえず1番目の構想区域について、何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。特にうちは政令市で、相模原市一つが構想区域の一つ、二次医療圏ということになっておりますので、あまり問題がないのかなと思いますが、これに関してご意見はございますでしょうか。

特にこれでよろしいでしょうか。例えば疾患とか、小児医療とか、産科医療とか、そういう特殊な場合に、市内での二次医療圏で賄い切れないようなことに関しては広域でということが考えられます。ただ、一般的に高齢者ということに関しては、大体市内でうまくいくのかなというような気がいたしますが、何かご意見はございますでしょうか。

では、構想区域については特に異議はないと、このままで行ってよろしいということでもよろしいでしょうか。

では、問題の次ですね。今、市のほうから、連携について、この辺のお話でしたが、これについて委員の皆さんから、ご意見、感想等をいただきたいと思います。

安達委員、どうぞ。

(安達委員)

この新しい地域医療構想というのは、この要約を見ると、急性期に特化した病院と、それから高齢者救急の受け皿になって地域の療養型病院としての使命を果たす病院と、分けなさいと。川崎や横浜は、その問題で、はっきりすみ分けできるだろう。しかし、相模原市の特性は、協同もうちも北里も、急性期に特化したいのだけれども、71万人中の高齢者救急の受け皿を主体的に実施する事は療養型病院もそういうことに慣れていなくて、今す

ごく協力してくれていますけれども、現実には賄いきれない。高齢者救急をサポートすること、それから今の地域医療構想で言うと小児救急も産科救急も含めてですけれども、その問題というのは、奉仕だけでやっていられない、病院の運営が危なくなるぐらい、結構みんな頑張ってきている。そこへ北里が、前回の地域医療構想のときに話された、1病棟減に加えて、2月1日より2個病棟減らされるとのこと。

北里大学病院をサポートするには、人材確保が問題となる。小児救急の例を取ると、僕は消化器内科が専門なのですが、うちは消化器内科が僕も入れて8名、それが小児科は13名とか15名います。研究センターのスタッフを入れてですけれども、マンパワーとして救急を担っている10名以上の小児科医は、全国から国内留学で来ているわけです。その人たちが小児救急を担ってくれているわけで、そこには、リクルートしたり、その人たちのために論文を書いたり研究させたりという莫大な費用を使って、しかも皆さんご存じのとおり、小児科ではそれだけのペイを取れるだけの保険の点数はついていなくて、それをブランディングの相模原の例として使って、そしてほかの急性期医療と低侵襲医療で今評価を受け、利益を上げているわけなのです。

前回の会議の際に医師は足りているけれども看護師さんは足りないと言いました。在院日数8日の中で、看護師さんたちは、緊急手術をしたり緊急の消化器内視鏡についたり、緊急で動いているわけです。そして、7000台の救急車受入れのところにも配置しながらやっているわけです。そこへ、4年前180名だったのが、現在380余名の誤嚥性肺炎が来ていると話しましたがけれども、その急性期の看護師さんたちにとって、介護を必要な人をこれほどの数を看護するというのはことさらに負担がかかる。それを、経営をよくして増員を機構から認められても、実際集められない。看護学校は定員割れしてきて、看護師さんのなり手もなくなってきている。相模原看護もそうですけれども、横浜看護学校というのがNHOの中にあるのですが、そこも定員割れしてきている。ということになると、看護師さんのリクルートも、競争になってしまうのです。県の中でやってはいけないので、看護師さんのリクルートを僕らは全国を回るようにして今やっているわけなので、そういう費用がかかる。

それから、その介護連携の一番の問題は、今までは急性期だけを担っていたので、急性期でやると、うちは大体8日を切ったりしているんです。しかし、介護の方が入ると、前からデータを出していますけれども、40日が20日を切ったといっても、380名が常に、8日で帰るところに20日以上の人がいるわけです。その誤嚥性肺炎が。それは看護師さんにや

らせるわけにいかなくて、看護助手を入れるけれども、看護助手は、入れている病院はみんな分かりますけれども、質が悪く、委託に頼むと法外な契約料を払い、そしてその人たちはすぐ辞めていく。人数が足りなくなる。介護連携の話をする上で、そういう現状を知って、ではその分を市や県が、ここの地域として特殊性を考えて、高齢者救急に協力する急性期病院にこういう補助はしますよ、ということがなければ、話合いにならないのです。現状で北里からまた転院の要請が来ても、そこに全面的に協力する事は困難になっていく。介護連携の現状と話し合う土壌がないと、今後の見通しは厳しくなる。誤嚥性肺炎だけでこれほど診ている病院がほかにあるなら教えてほしいと思っているぐらいで、もう限界に来ているんだということを市の人たちは認識すべきではないですか。協議方法とか言っている場合じゃないよって話です。

数は限られているし、職員は、離職率も看護師だけ高いんですね。看護師さんのリクルートの問題が解決すれば必ず当院は存続します。でも看護師さんがいなくなったら、これで7体1看護基準が満たさなくなると、病床を閉鎖することになったら、もう高齢者救急の受け皿にはなれなくなります。それから小児科の国内留学生が来なくなったら小児救急医療も破綻します。これが破綻すると、皆さんもご存じのとおり、厚木、座間、海老名の小児救急も、いざというときには相模原の病院に来ています。市の小児救急を担う占有率は8割から今9割になろうとしています。小児救急においては結構、自分たちの努力だけなのです。そういうことに対しての補助や援助をするという話もなければ、いやいやもうこれ以上やれませんかという気になってしまう。少なくとも今、何とかまとめていますけれども、やはり空想的には、職員たちは急性期でいきたい、超急性期でいきたいという医師がそろっていますが、そこを何とかね。ただ、みんな使命は分かって、やはりやらなければいけないと言って救急は受けていますけれども、そういう現状を分かってほしい。

もう1点は入院の必要な人に特化して今外来を動かそうと改革しています。より受診回数を減らして、効率的に入院治療に結び付ける。それをサービスだとして、高額医療機器の共同利用も月450件実施して、開業医の先生のところでも結果を見てもらい病気が見つかったらなるべく少ない受診回数で入院させるようなシステムで動かしているわけですね。今脊椎などでも、結構神奈川以外からも希望者が殺到してきていて、入院の説明だけで午後いっぱいになってしまうぐらいになってきているのです。そこに救急車を診ながらやっているわけです。開業医の先生たちや、在宅訪問医方たちの力も借りて、うちからも代表者を出して、その方たちの希望を聞きながら、密接に連携したいと思います。当院で今もな

お再診患者として多くを見ている、アレルギー・リマウチ・神経難病の方を逆紹介して、入院の必要な方を診る病院へ特化していきたい。

介護施設等との連携を強化するためには、在宅医をやっている方たちが、必要だというときには入院で受けられるように、その情報を密にしてやりたいというだけで、外来は完全に入院と術前と、それを最低限の回数でやって、その残った時間は救急医療と臨床研究の時間に充てたい。今課題は、昼間はもう97~98%の応需率で診ている。ただ15時から19時のうちの二次救のはざ間のところですね、それと夜間・週末の、二次救をやっていないときにどうやって体制をとって、ドクターが負担なく、医療安全も踏まえて入院の必要な患者を受けられるかということを考えている。これは前々から言っていることですが、医療系の事務の方たちも、相模原市の医療の現状や課題を把握しておいてほしいなど。それを踏まえた上で協議しなければ意味がないと一昨日の会議で強く残念に思ったことを今話しています。

(細田会長)

安達先生の言われることは、もっともではないかなと思っています。これは相模原の今の現実の問題ですね。ほかにいかがでしょうか。

(梅澤委員)

相模原に生まれ育っている人間なので、昔の病院というのをよく知っているのですが、昔、高齢者を入院させる病院はもっとたくさんあったんですよね。もう今はなくなってしまったところもたくさんあるのですけれども、例えば宇根岡脳神経外科、梨本病院、相模原更生病院、中村病院、ああいったところが、はざまにあった中規模病院がなくなってしまったのです。ああいうところに入っていた高齢者が、いつの間にか天下の北里大学病院とか、相模原病院さんに入っているということ自体が、やはり30年前にはなかったことなのです。そのしわ寄せが全部在宅に行ってしまうと、在宅がかなりビジネスライクになってしまったので、ちょっと手間がかかる人はなかなか受けてくれないというふうな、あまり現実的には、医療というよりは、介護という別のフィールドに押しやられてしまったので、そのギャップが、しわ寄せが、多分今の病院のこげつきに行ってしまうのかなと思うんです。そもそも、ナースのそれもそうなのですけれども、市に言ってもしょうがないことなのかもしれないのですけれども、国策で追いやられた人たちの行き場所を失っているところが困っている原因なので、相模原市でどこまで解決できるのかと非常に疑問に思っています。とにかく高齢者を入院させるところが減ったなというのはずっと前

から感じているのです。何かいい特別なウルトラCは多分ないですよ。

(安達委員)

ないですよ。政令指定都市としての力を、今発揮するときではないかと。問題点も明確になっていて、それを、僕たちがやらないと言っているのではなくて、何とかするから補助してくださいと言っている。うちはアレルギーで小児科が集まっているように、アレルギーの勉強をしたいという看護師さんや医療者はいるんですよ。そういう人たちをどこかで探してきて、リクルートするために補助してくれたりするだけで、やはり東京や神奈川に来たい人たちはいるので、全国から一人、二人ずつ集めるのは罪ではないと思うんです。そのために全国を回るのも、莫大な費用がかかっているんです。そういう補助をしてもらえること。

これは座間・綾瀬医師会であったときも、今後は小児科とか産科は、地域医療構想で考えてこの地域医療支援病院でやるのは当たり前だと思っていますけれども、やはり小児救急、産科救急、当院の得意なIVR治療の点とか、相模原市だけではなく。座間市や海老名市、大和市も困っていますよ。武蔵の国で考えると僕はいつも言っているのですけれども、やはり高齢者の救急を踏まえた地域医療構想を考えるうえで、相模原市とその周辺は、神奈川県湘南地域と比較して特殊な環境であると思う。やはり自分たちの状況を良く理解して、救急病院で奪い合うぐらい病院があるところと別に考えて、そろそろ動かなければだめなのではないですか。

(細田会長)

ほかに追加ご意見ございますか。磯崎委員、どうぞ。

(磯崎委員)

神奈川県医師会の磯崎ですが、先ほどから議論になっている一昨日の会議というのは、どんな会議だったか、ちょっと話が見えないところがあって教えていただきたいのですが。

(細田会長)

一昨日は、相模原だけで医療・介護連携、そういったお話を、ざっくばらんな意見交換をする会でした。相模原には医療・介護連携推進のための会議が脈々と、20年まではいかないかもしれませんが、それに近くやっているのですけれども、結局その中で問題になったのは、介護施設の特に有料老人ホームと足並みがそろわないということで、そういうところから待たなしに救急車が来ると。そういうのをもうちょっとコントロールしたいですねというような話を中心だったかと思います。要するにこの地域医療構想の中で、医療

の中での話になっていますけれども、地域を面で考えたときには、一番末端というか、その最後に在宅と施設というものが必ずなくてははいけないし、そこまでを含めた方向性を出さなくてははいけないという議論をしたところでは、これは行政が多く関わらなくてははいけない部分、医療で我々が意見をなかなか言いにくい場所なので、ここにはどうしても行政に、相模原市に関係して言っていただきたい部分ではないかと思っています。そんなところでは。

(磯崎委員)

ありがとうございます。有料老人ホームから軽傷者がたくさん来るということなのでしょうか。

(細田委員)

軽傷者というか、そこからかなり悪くなると、丸投げで来ると。ACPもせずに来たり、ACPがあっても、とにかく送ってくると。そういった高齢者の救急搬送のルールというのは、それ以外の市のいわゆる介護圏の特養とか老健とか、そういうところとの連携は比較的ルールをちゃんとつくっているのですが、その運用がされておりますが、それ以外の部分でそういうところが非常に多いということで、もう少しそういうところに市からいろいろな指導とか、監査をしてほしいというのが我々の気持ちですよというお話をしました。

(磯崎委員)

ありがとうございます。よく分かりました。

(細田会長)

よろしいでしょうか。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。今、安達先生がおっしゃった内容も、僕もコロナの頃からすごく思っていて、一昨日は一昨日で、別件で磯崎先生とはケアの内科医学会でざっくばらんに会議をしていたのですが、それはいいとして、今回、我々はちょっと在宅医療と関わっているのですが、主に高齢者救急がメインですけれども、外来ではもちろん小児も診療していますので、そういった小児救急も非常に重要なところかなと思います。

コロナのときに、私が在宅医療担当理事で、自宅療養患者支援センターを立ち上げなければいけなくなったのは、やはり入院ができなくなった患者さんが市で取り残されたからなのです。そのために、もう本当に入院させなければいけない患者が入院できなくなって、

私が在宅酸素を夜中も持って行って、階段を上って設置したりとか、そういうことをもう2年間毎日やっていたのですけれども、そのときに私の母校の東京医大の八王子医療センターのように、八王子モデルのように、大学病院がトップになって、そこから翌日転院をかけて、なるべく超急性期の病院が本来入院させなければいけない患者さんを取って、軽症になったら在宅に下ろして、在宅酸素を続けて、点滴治療を続けてというようなモデルをつくりたかったのですけれども、なかなかコロナの委員会でそれができなかった。その後やはり高齢者の救急医療の逼迫等もあって、先ほど安達先生からも御説明がありましたが、国立相模原病院さんの取組の一環として、私も協議の場に参加させてもらっていますけれども、やはり早くに入院させて早く退院させる。そうしないと本来必要な方の入院が取れないというのは、もうコロナのときに分かっていたことで、そのときの課題をいかにして解決しなければいけないか。そのときに、こうした県や国の資料はとても数字から考える判断にはなりませんけれども、相模原市独自で何が起きているのか。例えば一昨日の会議に私は出ていないので分からないですけれども、どういった施設で、具体名をなるべく出して、どういったケースが問題になったのか、例えばそのクリニックが集中しているのかとか、そういった関連施設が集中しているのかとか、相模原独自で、この地域で何が起きているのかというのをもっと明確に出せる数字や、事例を基に考えていかなければいけないのかなと思っています。

今、実際、在宅医療・介護連携推進センターの私も非常にいろいろな企画に関わってきていますけれども、やはりこれ以上待ったなしなので、来週の月曜日に入退院支援ワーキンググループというのを立ち上げました。これで、ある病院と在宅医療機関とのロールモデルを実践してつくって、安達先生とも別個でちょっとやっちはいるんですけれども、やはりなるべく早期入院、介入することによって、早期退院を目指す。救急医療の逼迫を起こさないように、何とか地域で取り組めないか。そういったようなワーキンググループを開始する予定ではあります。安達先生、すみません。少しそういったところは医師会と市のほうで進めようとは考えております。

以上です。

(細田会長)

ありがとうございます。安達委員。

(安達委員)

後方連携をもうおかげさまで医師会と病院協会の協力で動き出して、前方連携をやって

いるというのは、今、水上先生が言われたことで、その在宅の方の有志の方たちと相談して、やはりひどくなってきて入院するより早めに入院して、すぐ開業医の先生たちにお任せできるような体制ができないかということで、前方連携というのをやり出しているということなんです。

それと、ちょっとお話しさせていただきたいのですけれども、やはりコロナのときに北里東病院があつて動かしたり、1個病棟、整形を犠牲にしてくれたから、災害のときに、それでもうちは感染の指定病院ではないけれども、最大で60名を超えるコロナの患者さんで、人工呼吸器を8台使って、それでも追いつかなくなって北里に頼んだのです。その北里が、東病院はなくなり、3個病棟減らすと、災害や今度の新たな感染症のときに、本当に入院できるところが、よっぽどでない限りはなくなってくる。そうすると、うちは実は458床あるといっても、今年赤字になったときは、病床稼働率が69%とか、今ちょっとよくなって75%なんです。だからうちとしては、急性期だけに生きて、正直に言えば1個病棟減らして、超急性期だけでいったら、確実に利益は上がります。でも、もともと国立病院であったし、国立病院機構としての公的使命があるということを今言って、みんなを説得して、そして空けながらやっているんです。だから、肺炎の方を受けられているんです。実はそれが、もう一つなくして、1個病棟減らすのは常に考えています。それを減らしたら、全く受けられなくなると思います。実はその病床は空いているから、そこに緊急入院、空けてあるところで使命としてやっているだけなので、それを、看護師が来ない、看護助手を入れるのも費用的に難しくなっていくって、1個病棟減らしたら、結構大変なことになるだろうと。それは説得して、今のところみんなには言って、やはりこれは何とか頑張ろうよというふうにしてやっているということもお酌み取りいただきたいと思います。いつでも一つの病棟を閉鎖できるような体制も考えてはいます。背に腹は代えられない場合は。だから、その辺のことを考えて補助してくれと言っているのは、やはり急性期しかやりたくないというか、どちらかというと急性期に特化して、ただ、細田先生は神経内科のほうを専門にされているのですけれども、そういう人たちもいてくれるから、その人たちのやっていることの価値もみんな見ていて分かるからまだいいのですけれども、一つ間違えると1個病棟減らすのはすぐできる体制には実はある。そのほうが、運用は楽なのです。今は使命だと言っているけれども、どこまでもつか。本当にそういう段階にあることを皆さんに理解しておいてほしいと思います。

(細田会長)

ありがとうございます。ほかにご意見はないでしょうか。小松委員、どうぞ。

(小松委員)

神奈川県医師会の小松です。やはりこの「新しい地域医療構想」という言葉にとにかくだまされないことというか、新しくなくて、今まで地域医療構想でちゃんと話してこなかったこと、国も何も示せなかったことを、偉そうに「新しい」という言葉でごまかしているだけで、実態は、いよいよ2025年になりました、2040年に向けて地元で地元を何とかしていけないとどうにもならないよということに尽きるわけです。多くの疾患に関しては、いわゆる高度専門医療も含めて、減っていきます。一方で、どうしても増えている、それから手間がかかるというのが、高齢者の入院もしくは高齢者の療養というところになるわけです。

医療・介護連携の話とかを、各立場の方が各立場でお話をしますけれども、やはり相模原で、ではどうするかというと、結局安達先生のところですね。国立病院に、年間380名の誤嚥性肺炎の患者さんが入院しているというデータがありますよね。では協同病院にはどれぐらい入院しているんだ、ではほかの病院にというと、年間にどれぐらいの誤嚥性肺炎の患者さんが発生していて入院になっているのかというデータがあれば、それが周りの市区町村と比べて多いのか少ないのか、多いのだとすると何でだろうと。どうも相模原は施設が多過ぎるのではないのかという話になってくる可能性もありますし、データだけで見ると案外平均的だなというのが分かって、むしろそうではなくて、誤嚥性肺炎を受ける病院が少なくて、国立や協同に集中してしまっている、もっとほかの急性期系の病院が受けてもいいのではないのか、あとは療養型でもうちとかが、平日の昼間とかだったら受けられるよという広瀬先生のところとか、そういうところが受ければいいのではないのかとか、そういう話をしていけないといけません。はっきり言えば、そこに何人の患者さんがいて、こっちに幾つの病院があつて、幾つのベッドがあつて、何人のスタッフがいてという話の中の高齢者救急では一番その議論が大変だなと思っています。

なぜなら、高齢者救急というふうに行政が突然使い出して、何かもうそこにみんな特化しろみたいに言いますけれども、高齢者救急というものは、医療従事者にとってみると、そんなにやってみたいとか、魅力があるジャンルではない。だから、みんなが積極的にやりたがらない。むしろそれを病院としてやろうとすると、じゃあ私は辞めますという人がいるんです。これは現実なので、もうほかにも診る者がなくなれば、そこに人は集まりますけれども、理屈としては特化したり選択と集中ができますけれども、そうではなくて、今

言ったようなことを、じゃあ誰が診るのというのをもっと組織化するということと、とにかく高齢者の誤嚥性肺炎をどうやったら少しでも減らせるかという工夫とか何かないかなということを考えていくのが「新たな地域医療構想」だと思います。これから、国からいろいろ言ってくるかもしれませんが、それを待つ必要もなければ、それを聞く必要もありません。「新たな地域医療構想」をつくるのは相模原のここにいる皆さんと、やはりその主体になるのは行政だということは間違いありません。

以上です。

(細田会長)

ありがとうございました。

(安達委員)

一昨日言おうとしていたことの補足をしますけれども、要するに介護連携、在宅、老健とか老人ホームとかでうちが知りたいことは、誤嚥性肺炎は、口腔管理が行き届いていると発症率は確実に減らせるという論文、データは皆さんご存じですよ。ですから、その介護の連携しているところ、介護の施設や何かがどれぐらいの方が歯科への連携をして、そうやっているのか。そして老人ホームはそういう指導をして、中の市の職員が行って、どうも悪そうだったらそれを介入させるようなことをやっているところがどれぐらいあるのか。もう終末期に、具合が悪くなったり、終末期でも命の終わりのときの飲めない人たちは仕方ないけれども、そういうことの話がないと、僕らは何のためにサポートしているのかなと思うわけです。だからそういうことも含めて、どういう状況なのか、今の相模原71万の政令都市の高齢者の保健、そういうことを僕は知りたいんです。うちの病院の職員もそうですよ。

(細田会長)

ありがとうございました。

(井上委員)

ありがとうございます。相模原市としましても、市民の安心・安全のため、地域医療の安定というのは維持確保していかなければいけない、それが大変重要だと考えています。市内の現状、数字とかを把握して、将来的な推計なども見ながら、先生方のご意見を伺いながら、しっかりと取り組んでいきたいと考えております。

(細田会長)

ありがとうございます。ほかによろしいでしょうか。一巡したようなのですけれども、

これが相模原の現実ではないかなと思います。基本的には、数があるようで、病床数は少ないんですね。病床数が少ないのと、高齢者を収容する場所というものがかなり限られている。そのところを何とか今運用して、何とかしているというのが今の相模原の医療圏の現実かなと思います。ただ、ちょっとしたことでそれがつまずいて破綻するということのぎりぎりの線に来ているのではないかと思います。地域医療構想のこの会議で、県内の全体的な話ではなくて、やはり地域のことを十分に分かって、それをこういう構想区域ということで下に下ろしていただけるわけですから、こういうことを含めて、なるべくいいプランを立てていきたいと思っています。共通して言えるのは、人がいない、それをどうするか、そこが一番のネックじゃないかと思いますが、今日ご意見をたくさんいただきましたので、これを基にしてプランをよりよきものにつくっていきたいと考えております。よろしいでしょうか。

(小松委員)

すみません、会長がまとめていただいて、本当に口を挟むのは大変失礼なことなのですが、1点だけ。

はっきり言えば高齢者を診る療養型の病院はすごくありますし、かなりベッドは空いていますので、診る場所は本来あります。病院でよければ。ただ、施設がその割には多いので、どちらかというと施設のほうに患者さんがいるので、そこで医療が必要になったときに、在宅の先生たちが頑張られるか、そこに限界が生じると、結局は救急車で国立や協同や北里まで上がってしまうという事象が起きている。高齢者でも調子が悪い方がいる場所がミスマッチなので、救急が逼迫しているわけで、そもそもその人たちが、療養型の病院にいれば、肺炎が発生しても救急車は呼びませんから。これは県のというよりは、市内の医療機関の人間としての感想です。

以上です。

(細田会長)

ありがとうございました。我々も、そういった現実をちゃんと知らない部分があります。そういうことを先ほどの誤嚥性肺炎が相模原病院で380名、協同病院で何ぼ、そういった話を全部まとめて、その受け皿が、もうちょっと広く、いろいろな病院で診ていただけるような体制づくりというのも、一つ今日の非常にいい提案ではないかなと思っております。ありがとうございました。それでは、後で時間があればまたご議論いただきたいと思えます。

(3) 令和7年度紹介受診重点医療機関の公表について

(細田会長)

次に行きたいと思います。次は(3)令和7年度紹介受診重点医療機関の公表について、事務局から御説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ただいまのご説明に対しまして、ご意見、ご質問等はございますでしょうか。誰か上がっていますか。大丈夫ですか。

特にご意見はないということですので、これでよろしければ次に進みたいと思います。今日、あまりご意見は出ていないのですけれども、進めていただければと思います。

報 告

(1) 拠点における訪問型オンライン診療の実施について

(細田会長)

それでは次にまいりたいと思います。次は報告ということになります。報告事項の(1)拠点における訪問型オンライン診療の実施について、事務局からご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。これに関していかがでしょうか。いわゆるD to P with Nということで、全国でも何か所かやっているところがあると思います。去年の日本医師会の代表質問の中にも、東北地方のところでこういった取組をやって、それに対する意見をうちが求められたという話もありました。うちはちょうどそのときは、津久井のほうでモデル事業としてやって、データも出ていなかったなので、私も手を挙げて発言はしなかったの

すけれども、これからの特に中山間地域の非常にいいやり方ではないかなと。特に今回、バス路線の廃止というのが大きくありまして、地域での医療の提供をどうするかというのが、この形にとらわれなくていいと思うのですけれども、とにかく地域住民が困らないような形で医療を隅々まで提供したいということの一環です。取りあえずこれは実証実験でも、そう悪くない結果だと思います。ただ手間がすごくかかるというのはありますので、その辺をどうクリアしていくか、今後進めていきたいということです。これに対していかがでしょうか。

(山岡委員)

北里大学病院の山岡です。この件に関しましては、市の方々とも何回かお話をさせていただいたと思うのですけれども、大学からも相模原市卒で大学を卒業した若手の医師が行っていると思うのですけれども、先ほどの図を見させていただくと、細田会長もおっしゃったように、この形式にとらわれなくていいという意味合いでは、これは別に医師が診療所にいる必然性は必ずしもないのではないかなと思うんです。我々のところの若手の医師は、やはり働き方改革に準じた働き方をしないといけないので、これが診療所のほうまで行くという手間が省ければ、これは大学のほうの業務に関しても好影響がありますし、これ自体ウェブ会議で患者さんを診ていくということになりますので、そこら辺の柔軟な対応というのはぜひ早急に考えていただきたいと思っています。

以上になります。

(細田会長)

ありがとうございます。具体的には先生、これはドクターを現地に行かせることはないわけですね。

(山岡委員)

そうですね。結局、診療所で診ても、例えば大学病院で診ても、結局やっていることは一緒ですので、そういうふうな柔軟性が持てると、大学病院の医者もそういうところには協力しやすくなるのではないかなと思います。これから医学部の定員枠も減っていきますので、そういう意味合いでは、満遍なくというふうに本当に考えるのであれば、やはり提供する側の利便性と患者さん側の利便性と、両方がマッチしていかないと、サステナビリティという意味合いでは、なかなか難しくなっていくと思います。

(細田会長)

ありがとうございました。ほかにいかがでしょうか。磯崎委員、どうぞ。

(磯崎委員)

神奈川県医師会の磯崎です。オンライン診療ガイドライン上もドクターの居場所はどこでも構わないので、どこに所属しているかだけが明示できていればいいはずですので、大学病院の中でも、またその先生のご自宅でも診療することは可能だと思います。

以上です。

(細田会長)

ありがとうございました。柔軟にこれは対応できそうだといいことですね。ほかにいかがでしょうか。

では、これはやってみて、途中で変更していくでもいいですし、あとは人数がどれくらいあるのか、それから効率の問題ですよね。中山間地域で、あっちへ行ったりこっちへ行ったり大変だと思います。ですからこれはぜひよろしくお願ひしたいと思います。

それでは、意見が出尽くしたところですので、次の案件にまいりたいと思います。残ったのは議題の(1)でございます。最後になりましたが、協議事項の(1)令和7年度病床整備事前協議に移ります。本協議事項に関しては、会の冒頭で非公開として扱うことになっておりますので、傍聴者の方につきましては、本日の議題は以上となりますので、ご退席をお願いしたいと思います。

(傍聴者退席)

議 事

(1) (※非公開) 令和7年度病床整備事前協議

(非公開)

その他

(細田会長)

今日の議題はこれでほぼ終わったところでございます。最後にその他でございますが、事務局または委員の皆様から、何かご発言はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。特に追加発言もないようですので、これにて会議を終わりたいと

思います。事務局のほうにマイクを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、ありがとうございました。本日はお忙しい中、お集まりいただき、また活発にご議論いただきまして誠にありがとうございました。本日の議論を踏まえまして、今後の取組を進めてまいります。

以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。ありがとうございました。