

令和3年度第2回  
川崎地域地域医療構想調整会議

令和3年12月9日（木）  
川崎市役所第3庁舎15階第1会議室

## 開 会

(事務局)

それでは、ただいまから令和3年度第2回川崎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、神奈川県医療課の植木と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、委員の出席です。本日の出席者は座席表のとおりとなっております。また、委員の変更がありましたので、お知らせいたします。川崎市病院事業管理者の金井歳雄委員です。

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、原則として公開とさせていただきます。開催予定を周知いたしましたところ、傍聴の方は8名いらっしゃいます。傍聴のルールにつきましては、平成27年10月21日より川崎地域医療構想調整会議傍聴要領を定めているところですが、前回の会議では周知が行き届かずご迷惑をおかけしましたことを、この場を借りておわび申し上げます。改めて皆様にお知らせさせていただきます。写真撮影、ビデオ撮影、録音することはできません。報道機関の方であらかじめお申込みがあった場合には、これからご案内する会議冒頭の頭撮りに限って写真撮影が可能です。会議の妨げとならないように静かにお願いします。携帯電話など音の出る電子機器については、電源を切るかマナーモードに設定してください。新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、マスク着用など感染防止対策の徹底へのご協力をお願いいたします。発熱、風邪の症状が見られる場合や体調に不安がある場合、傍聴はご遠慮いただいております。そのほか、傍聴に当たっては座長、事務局職員の指示に従っていただくようお願いいたします。

次に、公開の議題につきましてはこれまでと同様、議事録として発言者の方の氏名を記載した上で資料とともに公開をさせていただきます。本日の資料につきましては机上に配付させていただいておりますが、何かございましたら会議途中でもお申しつけくださるようお願いいたします。

それでは、報道の皆様、冒頭のカメラ撮りがある場合は、この場でお願いたします。

(報道機関撮影)

(事務局)

それでは、以後の議事の進行は岡野会長にお願いいたします。報道の方は、これ以降のカメラはおやめいただくようお願いいたします。それでは岡野会長、よろしくお願いいたします。

(岡野会長)

それでは、引き続きまして今回も会長を務めさせていただきます。川崎市医師会の岡野でございます。本日はお忙しい中お集まりいただきましてどうもありがとうございます。

議題に従いまして議事を進めさせていただきます。どうぞよろしくお願いたします。

## 協 議

川崎北部地域における新たな救命救急センターの必要性について【資料1-1～1-5】

(岡野会長)

それではまず、川崎北部地域における新たな救命救急センターの必要性についてでございます。まずは事務局からご説明をどうぞよろしくお願いたします。

(事務局)

(説明省略)

(岡野会長)

ありがとうございました。それではここで、資料13ページの記載にもございますけれども、これまで会議で出てきた意見の中で一部、当事者である新百合ヶ丘総合病院から資料1-2で説明を求めたいと思います。特に地域としては、救命救急センターに指定されることでこれまで担っていただいていた二次救急が不足するのではないかという意見や、また、地域において救急医、看護師さんをはじめ種々の医療従事者の取り合いが起きるのではないかという懸念が聞こえてきております。この2点についてまずご説明をいただければと思います。よろしくお願したいと思います。

(関係者)

新百合ヶ丘総合病院院長の笹沼といいます。まず、当院は2012年8月1日にオープンしましたがけれども、概要等については皆さんご存じだと思いますので、その辺は飛ばさせていただきます。まず、二次救急の後退のおそれがないかと、医師、スタッフの問題はリンクする部分だと思いますので、5ページ目は2021年4月現在の人員配置ですが、常勤医師が昨年よりまたちょっと増えまして205名、その中で救急専従医等、この中に細かくスタッフが書いてあります。あと、看護師も560名と、これは4月の時点ということで、既にある程度の人員確保は進んでいると。この間、過去2年間の増床に伴って人員を確保したわけですがけれども、広範囲に、特に新人を中心に全国からの募集ということで採用を図っている状況です。

次に10ページ目です。救急の受入れ状況とか救急搬送件数、あるいは小児の救急搬送件数というのがあります。最終的に救急医の重要性、ここが12ページ、13ページ、14ページと最後のほうにあります。13ページ目にありますように、当院、我々は救急医の専攻医プログラム、あるいは指導医指定施設という認可を既に持って、新たな救急医を育成できる病院として認定されていますので、今後はやはり若手の救急医を育成していきたいと。そこで人員を確保していきたいというのが一番の目標でありまして、救急医がいることに

よって今までたくさん、こういった各診療科の専門医だけでは受け切れない重症患者さん、多岐にわたる複数の疾患を持つような患者さんも、救急医がいると専門医の力をより発揮できると。いざ二次救急と思っても三次のように急変するような患者さんがいると、やはり一般専門診療科というのは救急を受けるのを躊躇してしまう場合が多々あります。そうなったときに、両者が力を合わせることによって救急の幅が広がると。当院はやはり救急をやるということが病院の設立のときに非常に求められていた医療の一番大きな部分ですので、今回の救命センター申請に当たっても、三次救急だけでなく二次救急の幅をより広げて、それを救急専門医と各診療科の専門医が力を合わせて、二次救急の受入れを後退することなく、逆に今まで以上に受け入れられるように。やはりこれから高齢社会で救急需要が増加します。その中には高齢者で複雑な多疾患を持った患者さんがいると。専門診療科1人だけでは複雑で受け切れないところを、救急医と力を合わせて受け入れることで救急の幅を広げることを非常に大きな目的としていますので、そこをご理解いただければと思います。

あとは人材に関しても、先ほど言いました基幹施設として新しいスタッフを育成していきたいと。ただ、やはり若手はどうしても二次救急だけでは重度の患者さんを経験できないということで、救命センターに専攻医の集まる傾向があると思います。そういった中でも将来我々の可能性を信じて、来年も今のところ複数名の専攻医が来てくれる予定になっていますので、そういったところをこれからどんどん推進して、アピールして、若手に集まってもらえるような施設にしていくということで、皆様のご懸念を払拭できればと考えております。

最終的には、一番最後のページにありますように、救命センターといっても三次だけを扱うわけではなくて、二次救急の幅を広げたER型の救命救急センターを目指す。そういった中で我々は、専門診療科のスタッフも充実したことによって二次救急の受入れの幅を広げて、その中にはこれからほかに求めている小児の部分であったり、その辺も含めて受入れ向上を目指す。

さらには、ただ、当院はまだできて10年目ということで、こういった医療を行っているか、皆さんは分からなくて非常に不安な部分があるかと思います。そうなったときに、地域医療支援病院に認定されていますので、その運営委員会があります。そういったものや、あるいは新たに救急懇談会の開催なども検討し、やはり我々の実情を、情報を公開して知ってもらおう。プラスそこに、救急診療に関する地域の問題点、当院に対する意見交換などを行って、あとは地域の医療機関と人材交流を行うことによって、緊密に連携した救急医療の安定的な運営を地域において行っていきたいと考えております。

あとはやはり今、感染症のパンデミックのさなかですけれども、そういった有事の状況のときに、今頑張っていたら聖マリアンナ医大救命センターの、少しでも補完的な役割ということでお役に立てればと。そういった有事の際の危機管理の意味でも、県

民・市民が安心して川崎北部地域で暮らせる医療提供体制に役立てるのではないかとということ。

その中で1つ、今の二次救急と人員確保と離れるのですが、説明しておきたい資料が9ページです。今はまだコロナウイルス感染症のさなかですけれども、当院は民間であるためにどういったコロナウイルス対応をしていたのか、受入れがあまりやられていないのではないかとのご意見もあったかと思しますので、ちょっとここでこの点を説明させていただきたいと思います。

我々も昨年1月時点からいろいろ対応し始めて、2月時点で疑似症の受入れも始めています。また、帰国者・接触者外来も開始していると。3月には川崎市において1例目、2例目の接触者外来におけるPCR陽性患者さんも私のほうで対応しています。ちょうど新しい186床のうち、4月、5月の2期に分けてオープンしているわけですが、かなり3月下旬で感染症が蔓延していたと。ほかの地域でもそういった事例があったということで、新しい病棟での受入れを求められるとやはり検討しなければいけないだろうということで、行政の方々とも5月以降、新たに開院する1フロア66床の受入れを検討したところ、それでは間に合わない。急遽、緊急事態が出るという状況であったために、既に使用を開始していた3階フロアの100床を陽性患者受入れとして変更しまして、4月18日、約2週間の急ピッチの準備の中で、スタッフが全員協力してくれて、重点医療機関として陽性患者さんの受入れを開始しました。

その後、一旦感染が落ち着いたときに協力病院として疑似症対応ということでやりましたけれども、その間、一貫して帰国者・接触者外来、小児も含めて対応していると。あと、冬場になってからは発熱外来も行っているということで、その後、昨年12月以降は協力病院としての役割だけでは足りないということで、再度、重点医療機関として今現在34床の受入れ対応を継続しているということです。

9月までの実績ですけれども、ここに入院受入れ患者さん、あるいは帰国者・接触者外来患者数、発熱外来の患者数を載せていますので、この数字にどういう評価を頂けるかというのは個々の判断だと思いますけれども、少なくとも民間として早い時期から、やはり地域の病院としてこういう感染症に、何も分からない状況で地域の方々の健康を守るためには対応せざるを得ない、対応すべきだろうということで、職員一丸となって対応してきました。そういう気持ちで医療を行っている。これは救急と一致する部分があると思いますが、その気持ちだけのご理解いただきたいと思いますので、最後に付け加えさせていただきます。

そのほか、やはり当院は救急と産科と小児科ですので、この資料の中にもありますけれども、小児科も今は365日24時間救急受入れを行っています。産科スタッフも増えてきています。あとは、当初の増床のときに、急性期だけでなく回復期機能も川崎北部では不足しているということで、お約束どおり100ベッドの回復期リハビリテーション病棟も順調

に運営しておりますので、そういった意味でこれからの高齢人口増の川崎北部の医療の中で、少しでも救急の受入れ、これは重症者対応だけではなくて、二次救急も含めた受入れ対応幅を広げて貢献できればというのが我々の願いです。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございました。質問はどのようにしたらよろしいでしょうか。

(事務局)

続けて事務局から説明させていただきたいと思います。

(岡野会長)

では、質問は後にさせていただいて、ここで資料の14ページから16ページに関しまして参考として紹介しつつ、17ページから19ページまでの説明を県のほうからよろしくお願ひしたいと思います。

(事務局)

(説明省略)

(岡野会長)

ありがとうございました。それでは、続きまして今度は川崎市のほうから資料のご説明があります。事務局、どうぞご説明をよろしくお願ひいたします。

(事務局)

(説明省略)

(岡野会長)

先ほど事務局から資料1-1、19ページで説明がございましたけれども、今回の意見の取りまとめ方について、1-5の資料をご覧ください。意見の取りまとめについてでございますが、提案事項として、意見の取りまとめ方についての案でございます。これまで3回にわたり議論を重ねてきており、今回で結論を出す必要がある。ただし、これまでの会議の開催状況から、地域における救命救急センターの必要性について、地域医療構想調整会議としての結論を1つにまとめるのが難しい状況にあると考えられる。そこで、本会議としては、賛否両論を併記した意見書として神奈川県知事に提出するというのが今回の取りまとめの提案事項でございます。

前回頂いたご意見を踏まえた上で、事務局と調整していたところで、本会議としてはこれまで3回にわたる議論を重ねておりますので、このような文書が出されております。地域医療構想調整会議での結論を1つにまとめることは難しいということで、両論併記という意見で取りまとめをしてはどうかということですが、この意見に対しまして委員の皆様から何かご意見等はございますか。いかがでしょうか。

まず、僕から1つ言わせていただきますと、議題の協議事項1番に「川崎北部地域における新たな救命救急センターの必要性について」とありますが、資料1-4の下線のところを見ると、「総合的に勘案すると、当該指定を行うことが地域医療を阻害する要因とは

ならないと判断できることから」ということで、議題にある必要性和阻害というのはちょっとボタンの掛け違いがあるように思いますが、これはいかがでしょうか。

(事務局)

川崎市の川島です。お世話になっております。まず、本市の立場といたしましては、必要性を議論するのはこちらの調整会議の場であって、本市は事務局という関わりで参加させていただいております。その中で、一方で地域の医療行政をつかさどっている部分もございまして、見解を述べさせていただいたものでございます。ですので、必要性という観点ではなくて、何に不都合があるのかという視点で見解を示させていただきました。以上です。

(岡野会長)

要するに行政のほう、川崎市としてはこれの阻害要因を検討していることになるのかもしれませんが、我々としてはこの会議に臨むに当たって、この必要性を議論しているというふうに認識しております。その辺はちょっと違うのかなという気がします。

それから、賛否両論、両論併記ですけれども、資料1-3にございます併記となると、確かに賛成意見という、簡単に言うと、ここでA委員は4つの課題を挙げられて、B委員は1つ、反対意見の中には内容的には様々でございますが、人数としては4名がそれなりの主張をされているということからすると、両論併記が適当なのか、ある程度の多数という、大多数とか大勢とかそういったところが重要なのか、ここも少し見解を教えてください。

(事務局)

こちらの会議の位置づけでございますが、意見を聴取する形になってございますので、そういった扱いで取りまとめていただければと思ってございます。

(岡野会長)

その他、委員の皆様から何かございますでしょうか。新百合ヶ丘総合病院の申請のところでも何かございますでしょうか。実際に地域医療、僕も北部の一医療機関ではありますが、感染状況が本当に山あり谷ありという状況の中でちょっと残念だったのは、第5波のときにちょうど重点医療機関から協力医療機関に下がっていたというのがございました。この辺が少し、病床のコントロールに関しましては川崎市行政のほうにお願いしておりますので、直接的に我々がどうこうではないのですが、そういったところがある意味では残念だったなという声が聞こえてきていることは確かでございます。

それからあと、正直なことを言いますと、報道のほうで……

(関係者)

すみません、第5波のときはもう重点に戻っていました。

(岡野会長)

そうですか。すみません。第5波の、要するに7月1日から協力病院としてという。

(関係者)

それは昨年です。

(岡野会長)

これは20年のときですか。

(関係者)

はい。

(岡野会長)

どうも失礼しました。今年の第6波は。

(関係者)

今年の2月からまた重点で対応していますので、病床も増やしています。

(岡野会長)

ありがとうございます。すみませんでした。僕もちょうどたまたまテレビを見させてもらったのですが、報道されたときに聞くと、三次救急という話題と、コロナの重症患者さんに対応するということでECMOの話が三次救急と一緒に語られている点がありました。これは編集の関係でそうなっているのか、三次救急でないとECMOが回せないという状況なのか、その辺を少し教えていただければと思います。

(関係者)

この編集に関しては当院が関与したものではありませんので、報道のほうの考え方です。

(岡野会長)

分かりました。その他、何かご意見等があれば頂きたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(宮川代理)

宮川でございます。先ほど来いろいろお話をお伺いしてまして、三次救急というのは大変な労力が必要になるだろうと。内科にしても昔は1人の先生がほとんど診て、今、大学病院あたりでも内科の医者だけでも9人、10人が当直しているという状態で、三次救急というのは救急医が診るのでしょうかけれども、やはり相当な人員がなければバックアップできないだろうということを考えて、新百合ヶ丘総合病院ができたとき、たまたま私は地域医療審議会の会長をしておりまして、当時この病院がどういう形でできたかということを考えますと、非常に問題があるのかなという気がします。というのは、当時24時間の小児救急は非常に逼迫しておりました。と同時に周産期医療が非常に困っていたということで、特に北部の小児救急は聖マリアンナ医科大学に全面的にお願いしていてもなおかつ大変だったという状況があったものですから、一次から三次まで全て聖マリアンナにお願いしておりました。たまたま北部に大病院をつくるという構想があって、北部に病院ができるならば、小児の24時間体制と周産期医療に24時間応需できる体制にできる病院に認可を与えようということで、そのときに一番力を発揮されたのが坂元先生だと思います。坂元



先生が一番そのようなことで苦勞されてつくられました。

たまたまいろいろと審議をした結果、その中で24時間小児救急及び周産期医療を行うとの約束があったので、新百合ヶ丘総合病院は適当であろうということで、医療審議会としても認可しようということで意見の一致を見て認可という形になりましたが、いざ開院したときに、24時間小児救急と周産期医療が全くできていませんでした。そういうことで開院していいのですかということをお前は随分ほかの人たちからも言われたものですから、かなり強く坂元先生あたりに話しましたけれども、短期間で何とかしますから開院させましょうということで開院していただきました。しかしながら、何年間か全く応需できなかったということで、非常に聖マリアンナ医大や何かにご苦勞をかけた面があります。今、人員のことをおっしゃいましたけれども、果たしてそのような経緯がある中で、三次救急をやるためにそれだけの人員がすぐに確保できるのかどうか。永続的にできるのかどうかということが非常に心配になります。

(岡野会長)

ありがとうございます。ただいまの意見に関しまして、何かご追加やご意見があれば。

(坂元委員)

当時、宮川先生が医師会長で、私が担当の部長をやって、先生には大変ご苦勞いただいて今でも感謝申し上げております。先生のご懸念はもっともかなと思っております。確かに当時の希望としては、小児救急とか産婦人科とかそういうものを作ってもらえたらということがあり、川崎市全体の医療界としてはそういう思いが強かったことは私も十分承知しておりますし、当時の宮川先生も非常に熱い思い入れでやっていただいたと。ただ、別に言い訳でも何でもないので、文書的な条件では入っていませんでした。これはあくまでも熱い思いだったというので、多分その辺の思いがあって宮川先生はおっしゃっているのかなというのは私もよく理解するところであります。

大分時間がかかってしまってちょっとというところではありますが、現在は多分それなりに小児の受入れはやっているのかなと思います。それと、聖マリアンナ医科大学の話が出ましたが、ちょうど今、宮川先生がおっしゃった周産期の問題があって、明石先生のご尽力で総合周産期センターをつくっていただいたときも私が担当させていただきました。北部の救急の在り方を見ていますと、恐らく将来的というか近い将来、私的に非常に面白くないのは、県の西に1か所高度救命、それから横浜に1か所と、150万都市で高度救命がないというのは、私はずっと以前から非常に不本意でありました。今、宮川先生のそういう思いというのはむしろ今後、すごく近い将来、この場で言うのも変なのですが、私としてはやはり聖マリアンナ医大に高度救命をぜひやっていただきたいと。それは市としても応援していきたいという中で、先ほどから補完という意味が出ていますが、聖マリアンナと新百合はちょっとランクが違うのかなと。片方は150万を代表する高度救命で、その意味での補完の三次もありかなと私的には考えています。それは新百合ヶ丘総合病院をつく

ったときに、高度な周産期とかそういうものやっけていききたいという形でした。

したがって、先ほど新百合ヶ丘の先生方もご意見を言っていましたけれども、開かれて、いろいろな会議を持って地域の要望を取り入れて、救急に関してもオープンな会議をやっけていききたいという意思表示をしています。それは、なおさらできて10年という中で十分、地元とかそういうところのコンセンサスとか仲間意識とか、そういう意味ではちょっと希薄だったのかなど。私のような行政の人間がそういう批判めいた言い方をしてはいけません、そういう観点からもぜひ地元も盛り上げる形でそういう会議を設けていただいて、宮川先生が持たれた懸念の払拭に今後努力していただきたいと、私からは意見として申し上げたいと思います。以上でございます。

(宮川代理)

坂元先生が一番ご存じのことと存じますが、今までいろいろ話がありましたけれども、やはり今までの実績が大きな問題だと思えます。したがって、どうしても三次ということであるならば、二次救急で少し3年なり5年なりそれなりの実績を積んで、それで三次が十分応需できる体制をきちんと皆さんに示された時点で三次にしても、今の川崎市内の三次救急は1%前後の非応需率であることを考えれば、全く必要がないのではないかなと思えます。先だって病院協会の理事会においても、全員と言っていいと思えますが、必要ないのではないかという意見が強かったです。ということは、聖マリアンナ医科大学、それから武蔵小杉の日本医科大学、この2つの病院がものすごい力を持っていらっしゃいます。したがって、2つの病院に協力していただくことによって、中部と西部の北のほうの三次は十分賄っていると思えます。

しかしながら、この2つの病院に三次をきちんとやっけていただくことに関しては、二次がしっかりしないといけないわけで、二次を十分に補完していかないとできないと思えます。したがって、これは川崎市全体に言えることだと思えますが、二次救急病院にももう少し力を入れる。そのためには、大変ですが、補助金とか何かを少し出していただきながら、人員の確保とか設備の拡充を図り二次をきちんとやる。そうすることによって、三次救急をかなり補完できるだろうと思えます。そういうことから考えると、ここで三次をつくる必要はないと思うし、また、現在ある聖マリアンナ医科大学、日本医科大学、市立川崎病院の三次救急を少し充実させる形にすれば十分に補完できると私は思えます。

(岡野会長)

先に確認させていただきたいのですが、僕らも地域の医療として新百合ヶ丘総合病院の開設のときには、周産期医療と小児救急というお話を伺っておりました。今この審議会の中では議事録に、その課題をぜひともやっけていただきたいと入っているとは思いますが、要するに、最終的な意見書なりそういった文書の中に活字として残っていないのでこれには拘束力がないとかそういうことをおっしゃっているのか、そこをちょっと教えていただければと思います。

(坂元委員)

拘束力という意味では、病院をつくったときに、法定拘束力は究極的にどれもなくて、唯一、拘束力を現在持っているのは、かつて社会保険病院が譲渡されたときに、あれは10年間法的拘束力を持って、それを満たさない場合は指定を取り消すという契約条項がちゃんとあるのですが、契約という意味ではないだろうと。ただし、その思いは強かったというのは、私もその思いを持ってやっていた一人なので、岡野先生ご指摘のように、法的拘束力というよりは、やはりその思いのほうが大事だろうと私は思っております。

だから、今、宮川先生からも、やはり二次救急をちゃんとやるべきではないかということも拘束力がないと言ってしまえばそれまでですが、私としてはやはりそれをやるからには二次救急をちゃんとやっているかどうかという監視もしっかりやらなければいけないなど。三次になったから二次をやっていないじゃないかということがあれば、また同じことの繰り返しになるので、認めるか認めないかという議論は別として、そこら辺は例えば何かの会議の形でしっかりフォローしていくと。例えば、今その形でフォローさせていただいているのは川崎幸病院で、重症拠点救急という形で川崎の2公立病院の病床を与えて、しかし6号基準を満たすことを条件にしているので、毎回会議でフォローしていくというようなことをやっています。確かに病院にとってずっとフォローされるのは多分、相当、心理的には重荷だと思いますが、それぐらいの二次救急のフォローをちゃんとやるというのは、私はしっかり一つこの会議で入れてもいいのかなと。法的拘束力はないけれども、やはりそれは一つの信義則だと思っています。だから、私はさっきの話は信義則と理解して、やはりみんなの思いはそうだったということは私が否定するものではないし、十分に理解していると思っています。以上です。

(岡野会長)

そういう意味で、思いというものが常に、開設なり開設した後の連携がしっかり取れていることが必要だったのかなと思います。

(宮川代理)

今、坂元先生がおっしゃいましたけれども、あくまでもあのとき、小児の24時間体制と周産期は必須条件だと、文書の中には確かに入っていなかったかもしれませんが、必須条件、約束条件ということで、これはやはりきちんと守るべきだったと思います。それが何年も守れなかったと。現在もどれだけでできているか私はよく存じ上げませんが、先だって病院協会で、小児救急の問題で新百合ヶ丘の病院が問題になったこともありました。そういうことから考えると、やはり実績を、二次をきちんとやって三次にも応需できる体制を整えた上での話になるのではないかと。これはあくまでも信頼の問題ですからね。

(事務局)

川崎市です。議論のご参考に実績だけご報告させていただきます。まず、本日、新百合さんが説明された救急の応需数ですか、10ページです。こちらに、年間6000件から7000件

の救急車を受け入れているという実績がございます。ただ、こちらは市境にあり、東京市民の方も受け入れられているので、これが全て川崎市民ではありません。例えば去年はコロナの影響があったので例外として、おとし令和元年度の実績で申し上げますと、本市には救急告示病院と、救急告示病院以上の高度救急をやられている聖マリさんがございます。その実数が26病院ございますが、そんな中で新百合さんは、川崎市の救急隊が送り込んで受け入れていただいた患者件数は5397件となっております、受入れ数で言うと上から4番目でございます。実績のデータをご参考までにご紹介いたします。以上です。

(岡野会長)

新百合ヶ丘総合病院は、二次救急は本当に非常によく取っていただいていることはもちろん存じ上げております。1つ、新百合ヶ丘さんに質問させていただいてよろしいでしょうか。新百合ヶ丘さんの資料の4番「救命救急センター指定申請にあたり」の2番目で、継続的にどうこう、緊密に連携したどうのこうのとございますが、これまでに救命センターの申請の話が出た段階で、いわゆる地域医療、例えば麻生区であるとか北部の医師会であるとか、そういうところに対する三次救急の申請に対する説明会とか意見交換会とか、何かそういったものがこれまであったのか教えていただければと思います。

(関係者)

それに関しては今のところ行っていませんでした。

(岡野会長)

ありがとうございます。病院協会の内海先生。

(内海委員)

私は川崎市病院協会の会長としまして、ここに委員として呼んでいただいているわけです。そして、今回の救命救急センターの問題はなかなか難しい問題になっております。ここで私は病院協会の代表として来ているわけで、やはり川崎の我々の会員病院の意見を取りまとめてお話する必要があります。我々病院はもちろんそれぞれ連携し合って、川崎の医療を毎日やっているわけです。救命救急センターのある聖マリアンナ医科大学病院も我々の会員病院ですし、今、救命救急センターの指定を申請していらっしゃる新百合ヶ丘総合病院ももちろん会員でございます。それぞれの病院をよく知っていますし、お付き合いもありますし、日頃どのように何が行われているかということも我々はよく分かっています。特に北部の病院の毎日によく分かっています。ここで私見を述べてもしょうがないので、もちろんそれらの病院の総合した意見として1つ申し上げておかなければいけないのではないかと思います、意見を取りまとめたので、そのお話をしたいと思います。そして、委員の皆様方には資料といたしまして、私が今からしゃべることですけれども、それを配付させていただきたいと思います。

では、北部医療圏における救命救急センターの必要性について。地域医療構想調整会議において、北部医療圏に新たに救命救急センターを指定することについて議論を重ねてま

いりましたが、このたび地域の会員病院と新たな救命救急センター指定の必要性について臨時会議を開催し、各病院の代表の意見を伺いました。以下がその意見を取りまとめたものでございます。

北部救命救急センターの現状として市から提示された資料では、三次救急の非応需率が5から6%となっているが、三次救急要請件数の中には二次救急が含まれているなど、不正確な部分があり、実際の非応需率はずっと低いと考えられる。また、他の統計資料や周辺の医療機関からの客観的評価を踏まえると、現救命救急センターの三次救急対応は、地域の需要を十分に賄っているものとする。約1年後には、聖マリアンナ医科大学病院新築に伴い、ICUが50床に増床され、さらなる三次救急対応の強化が見込まれる。川崎市北部の人口増加とともに徐々に三次救急の需要も高まると思われるが、現状において早急な対応が迫られているわけではない。今はむしろ二次救急の充実が急務であり、優先順位は高いと考えられる。そもそも、この地域医療構想の趣旨は、医療資源と医療需要のバランスを調整し、無駄を減らして過不足なく全ての人に必要かつ十分な医療が行き渡ることだと思う。財源や人材も含めて、医療資源は余分にあればあっただけいいというものではないと考える。このような意見から、救命救急センターの必要性を認める根拠が不明瞭であり、現状では必要があるとは言い切れないとの意見集約になりましたことを申し述べさせていただきます。以上でございます。

(岡野会長)

ありがとうございました。この議題の必要性についてということで、結論として必要性がないという文書だと受け取らせていただきたいと思います。この文書の取扱いについてですが、これは病院協会の理事会として正式な文書と考えてよろしいのでしょうか。

(内海委員)

そのとおりです。

(岡野会長)

そうしますと、例えば必要性について審議している1つの文書としての参考資料というか、資料添付することは可能でしょうか。

(内海委員)

よろしいと思います。

(岡野会長)

提出する側として。

(内海委員)

はい。賛否両論ということでございますので。

(岡野会長)

賛否両論の1つの、病院協会としてまとめた意見ということでよろしいわけですね。菅先生、先ほど手を挙げられていましたが。

(菅委員)

今の内海会長、宮川委員の意見のサポート的な意見ですけれども、必要性は認められないということは私も賛成しております。この議論の一番大事なところは、何であってはいけないのかということではなくて、現状必要かどうかをこの地域医療構想調整会議で協議することです。両論併記はもちろん構いませんし、ここでの結論を導くことが難しいことは重々承知していますけれども、冒頭に会長がおっしゃったとおり、この調整会議の中身というか空気感というか、五分五分の賛否でしたという形にはどう見てもならないと思います。やはり8対2とか、場合によっては9対1ぐらいの反対意見と賛成意見で、もちろん反対が9もしくは8、賛成が1、2、それが伝わるような意見書にならないと、やはりそれは県に上げるにしても正しい意見書ではないと思います。そのことを一委員としてここで述べさせていただきたいと思います。

枝葉のようなことを言ってすみません。神奈川県が出してきた資料1-1に関して反論させていただきますと、川崎市は縦長ですので、南北で分けること自体がもう既におかしなことで、数字が独り歩きするようなことをしてしまっていると思っています。今日、資料として出ていなかったのびっくりしたのですが、事前に神奈川県から出ますよと言っていた資料で、前回の第1回地域医療構想調整会議で資料4-4というのがあって、いわゆる救命センターへの搬送時間の問題、麻生区からだ11分52秒かかって遠いから必要ですよという意見がありました。でも、それは、聖マリアンナまでの距離の話ですけれども、今日の資料にはないです。ですので、探していただかなくても構いませんが、川崎北部というのは高津、宮前、多摩、麻生ですけれども、実は高津区から聖マリアンナまでの距離は13分12秒で、麻生区よりも時間がかかっています。これを僕は見ていて、そうだなと思って。

今度は南部への、流出率の話がさっき16%で問題だとなっていましたけれども、高津区から中原区へ行く救急車が、中原区というのは日本医大武蔵小杉の事ですが、高津区から宮前区の聖マリアンナに行く救急車の倍あるのです。分かりますか。だから、既に現状、地理的な問題ですよ。高津区から中原区の日本医大武蔵小杉に行くまで9分14秒しかかからないです。高津区は北部だと言われてはいますが、地理的なことを考えてもむしろ南部寄りです。だから、例えば平成30年から令和2年の3年分の平均が出てはいますが、高津区から1年間で日本医大武蔵小杉に流れた救急車は184台、高津区から聖マリアンナ医大に流れたのが99台だから、倍が高津区から日本医大武蔵小杉に流れています。理由としては近いからです。

だから、南北問題を語ろうということによく資料に出されますが、今日の資料1-1のスライド7とかを見てみますと、1床当たりの所管人口は北部のほうが多いですねと、問題ですねと言っているけれども、高津区は16万5000人の人口だと思いますが、2対1の割合で南部に流れているので、近さから流れているわけです。だから、この16万5000人を、

2を南部、1を北部として案分すると、北部対南部が大体77万人対75万人でほとんど同じぐらいになります。だから、この南北の議論というのが、日本医大武蔵小杉が真ん中にあることによって、もう既にあまりデータとして意味をなしていないと。北部の高津区からマリアンナに行くよりも、高津区から日本医大のほうが近い。時間的にも短い。先ほど宮川委員が、日本医大とか今いる病院の三次救急の機能を上げたほうが有効だと言うのは、そういったところですよ。北部の麻生区が一番端っこに三次救命センターをつくっても、今後の医療需要にうまく対応し切れるかどうかはちょっとよく分からないところがあります。

では、僕の資料をもう一個、委員の皆さんだけに2つあるのですが、お配りいただいて。MC協議会のことをすごく買ってくれているこの会議ですので、こちらはちょうどMC協議会がつい最近ありましたのでご覧いただいて、資料5-2という資料があります。A4縦の資料ですけども、ありますでしょうか。こうなっているんですね。こちらは以前この会議にもお話がちらっと出ていた6号基準とって、4回以上照会しても受入れに至らない、または現場到着後30分以上経過した場合を搬送困難として、今だと川崎幸病院に搬送するというルールがあります。こちらは一番上の1、保健医療圏別搬送件数というようなことがありまして、これまた南部と北部で分かれていますけれども、北部のほうがやはり多いぞという話です。高津区が先ほど言った理由で、非常にバランス的に南部寄りと僕は捉えています、21%。宮前区も24.8%。中原区も22%。搬送困難事例総数の7割は高津、宮前、中原の3区で発生しているのです。

そのうち、重症、軽症、中等症を見ると、重症で搬送困難事例になるのは17件、下の2の表になると思います。計を見ていただいたら分かりますが、重症自体がそもそも少ない。重症があつて搬送困難になることは、川崎市の中では少ないです。年間に303件しか搬送困難事例は発生していません。令和2年は特別でしたけれども、川崎の救急は大体年間でたしか6万8000件ぐらいでしたかね、前年に比べてコロナの影響で8500件ぐらい減ったと言われています。それぐらいの中で、300件ぐらいしか搬送困難事例が発生しなくて、そのお断りの理由も、重症ではない患者さんのことが非常に多かったということで、次のページを見ていただいたら分かりますが、搬送困難になる事由はほとんど二次のことが問題になっています。

この先の救急需要に関して、縦長のA4で横浜市の救急体制に関する第8次提言、川崎に似たような資料がなかったので横浜の資料を引っ張ってきました。これは平成31年で今後の横浜市の救急需要の将来予測はどうなっていくかという資料になります。一番最後の裏面を見ていただいたら分かりますけれども、線を引いて汚い資料で本当に申し訳ないのですが、やはり若年層の0歳から74歳の救急需要はどんどん減少していくわけです。一方で、75歳以上の高齢者の救急が増えると。増えていく数、先ほど救急全体が川崎市は130%増しだ、横浜市は120%増しだというグラフが出ましたけれども、その内訳がどうなっているかは示されていませんでした。内訳を見ると、もちろん三次もちょっと増えます

が、二次に当たる軽症・中等症の増える数の桁が違うわけです。皆さんも感覚的には分かっていると思いますが、二次救急はやはり三次救急より絶対数も増えますし、ますます必要になるのはやはり高齢者の二次救急、一番多いのは中等症、入院が必要ですが命には別条がない。次に軽症、入院も必要ない。こういった救急車がこの先増えていくので、二次を強化することと、今言った高津、宮前、中原の二次救急を強化することで、川崎全体の市民のための救急医療が過不足なく提供できる。よく、市民目線と皆さんはおっしゃいますが、どこの救急のどういう救急、どこのエリアのどの救急、一次、二次なの、三次なの、そのあたりをはっきりしないと、市民サービスの向上につながらないのかなと思っています。市民目線だと皆さんがおっしゃるのであれば、こういったことをちゃんとファクトとして出さないと、何となく北部で足りないから、そこで三次救急をやらせようとかということではないのではないかと思います。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございました。確かに川崎の場合は救急隊が川崎市の救急隊ですから、北部へ持っていきが南部へ持っていきが、中間のところは別に越境ではないので、この辺は自由に運べるのかなと。横浜、東京、あとは稲城のほうへ持っていくとなると、基本的に管轄が違いますのでちょっとここには躊躇が入るのだと思いますが、確かに北部だから日本医大が近いけれども持っていけないとか、越境しているという考え方は救急隊にはこれっぽっちもないと思います。その辺でこのデータをどう読み取るのか、確かに微妙なかなと思います。また、三次救急の概念がちょっと複雑なのかなという気もいたします。明石先生、どうぞ。

(明石委員)

私どもの病院の話題も出ているので事実をお話いたします。病院の建替えのメインビルディングが来年の今ぐらいには完成して、再来年の1月1日オープン予定であります。そこには全ての病床と救命センターが入り、念願のヘリポートも屋上に計画しています。ですから、我々は地域のためと言うべきでしょうが、やはり大学で救急医学教室を長くやっている以上は、さらに上を目指すという意味でも、医局員も豊富にありますし、当然ながら高度救命救急センターを目指したいと思っています。ただ、後ろにいる方に誤解のないように言わなければいけないのですが、建物も検査をしていただいて基準に適しているかどうか、そういったもろもろのステップを経て認可を頂く。恐らく国・県だと思いますが、そういう性質のもので、私たちがやりたいと言っているからやれるという確証は一切ありませんけれども、目指しているのは事実でございます。ですから、新百合ヶ丘総合病院さんとは今でも十分な交流があって、いろいろ努力をされていることも分かっておりますし、私どもも高度救命救急センターになった暁には手元が薄くなると。足元が薄くなるのはちょっといいことではないと思いますので、その時点で連携が組めれば、ローカルな救命センターという位置づけであってくださると我々は動きやすくなるかなとは思



っております。ただ、みんな仮定の話ですので、いつからとかとあまり厳密なことは申し上げにくいです。

ただ、1つ、そのこと以外に私がちょっと気にしているのは、この会議の議論がちょっと迷走しているのではないかと。つまり、内海会長がおっしゃるように、ここは地域医療構想調整会議ですから、必要性があるかどうかという議論は十分に皆さんですべきだと思います。ある病院が申請したのはふさわしいかどうかということになると、ショックの症例を何例引き受けて、多発外傷は何例受けて、そのうちの生存率は何%だとか、そういう医療の内容に関してふさわしいかどうかを議論すべきだと思いますが、この会議がそれにふさわしいとは、私はとても思いません。ですから、やはりここは純粹に必要性の議論だと思います。そういう意味では、たった今、内海会長のおっしゃるとおり、必要性があるというのは言いにくいと思いますが、近い将来、必要性が出てくると私は思っております。そこへ向けて、宮川先生のおっしゃるように、着実な地元での二次救急なり、私どもとの連携なりを、しっかりこなしていただくという時期がまだもうちょっと必要なのかもしれないと考えます。

それからもう一つ大切なこと、一番大事なことを言い忘れました。県が冒頭に説明された今日に至るまでの意見と議論の中で、私は前回申し上げて、議事録も確認したらちゃんと書いてありましたが、余分にあったら住民は反対しないという理論を地域医療構想調整会議に今後も生かしてつなげていくおつもりですか。これは、僕は地域医療構想の根底を覆す考え方だと思います。つまり、だったらやる必要がないですよ。みんな地域の方は高度急性期病床だって余分にあつたほうがいい、急性期だって余分にあつたほうがいいと、もし問いかければそうおっしゃると思います。ただ、国家国民のために医療需給をもっとサステナブルな状態にしていくためには、地域医療構想というのは国策として優れていると僕は思いますが、ここに到達する今まで地域医療構想調整会議に市民の意見は入れてきませんでしたよね。そこに突然、いや、市民意見でいくんだというのは、どうもちょっと腑に落ちない。だから、むしろ県のこのお考えだけは確認したいと思います。

(岡野会長)

ありがとうございます。今、確認をしたいというお話がございましたけれども、回答はいかがでしょうか。

(事務局)

ありがとうございます。保健医療部長の高山でございます。明石先生、ご意見ありがとうございます。私も議事録を確認させていただきまして、確かにそういう発言があったことは承知しています。地域医療構想については様々なご意見もあると思いますし、今までも活発なご議論をいただいて、何がこの地域において最も望まれる医療なのかについて真剣にご議論いただいていると承知しています。

1つは、今の議論の中にもありましたけれども、医療の量の問題と質の問題は少し別な

のかなというのが私の考えでございます。量については、確かに人口動態の変化に伴って、患者さんの実際の年齢や疾病構造は変わっていきますので、求められる量、役割はそういったものに合わせて変わっていくべきものだと考えています。一方で、質についてはやはりどの病床機能においても高めていく。これは当然、医療である以上は先生方も同じだと思いますし、そのために、その両方が組み合わさってその地域においてこういった医療が必要なのかということが議論されていくべきなのだろうと思っております。

ですから、前回私はこちらにおりませんでしたので議事録を確認させていただいたのですが、県からご説明させていただいたことが必ずしもこれまで先生方にご議論いただいたものをひっくり返すという観点ではなかったと考えていますし、これからも機能分担とか役割分担はしながらも質をどうやって高めていくか、そういうご議論をいただければと思っておりますし、私たちもそういう観点で先生方のご意見を伺いたいと考えています。以上です。

(小松委員)

県医師会の小松です。私は全地域の地域医療構想調整会議に出るので、今後もこういった話題が出たときに、やはり調整会議として協議できることというのは限りがあります。例えば、救急の問題というのは専門家で判断する部分が大きくあると思いますし、一方でこの県の資料もそうですし市の資料もそうですけれども、市民が希望しているからという話にされれば、要するに我々の現場感覚からすると、市民の希望に応えられない場合もあります。例えば今、コロナでベッドを増やせといっても、人が足りないからできないということは幾らでもあるわけですよ。でも、それは市民にとってみれば不都合なことで、我々がもっと頑張れということかもしれませんが、いないものはいないという現実もあります。

ですから、地域住民に不都合があるかという視点で議論してしまえば、地域の方が希望されていて市長に要望書が出されているのだから認めろという話であれば、はっきり言えば我々の協議は要らないという事になります。ですから、今部長がおっしゃったように、常に地域医療は地域の方に提供するものですから、地域住民の声を全く無視するわけではありませんが、この会議に住民にとって不利益があるかの是非を押しつけられるのは我々としても正直苦しいなと。むしろこういった意見があつてということは行政で、議会等で市民と向き合って、必要であればお話しすべきことであつて、それを調整会議でやりなさいというのはちょっと違うかなと思います。県だけでなく市にも、我々はこの地域におけるさらなる救命センターの必要性、そういった観点で協議しますがそれでいいのですよねということを改めて今確認させていただいてよろしいですか。

(事務局)

川崎市とも認識を確認させていただきましたけれども、先生ご指摘のとおり、行政の立場としてはもちろん医療も市民の皆様の健康を守るために、もしくは県民の皆様の健康を

守るためにありますので、私たちの立場としては、もちろん市民の意見が寄せられてきますし、それが耳に入ります。それから、我々の判断の中にもそういったものは当然関わってまいります。

一方で、この会議において市民からの意見が非常に大きなウエートを占めるのかの確認であれば、それは専門家の先生方の意見として、地域医療構想を実現するに当たってどうすべきかという比較的専門的な内容をご議論いただいていると認識しています。ご懸念の内容を正確につかめていないかもしれませんが、この会議において市民からの意見が非常に大きなウエートを占めるのかと聞かれれば、そうでない場合もあるし、そうである場合もあるのだらうと思います。

(小松委員)

あえてこういう形で紙に議論しなさいと書くのは、逆に言うと我々はこういう視点に欠けているのではないかとされているのであれば、そういうつもりでやっているわけではありませんし、あえて会議の中での議論としてこの視点を、方向性をという書き方は言わずもがなの話かなと。前回の会議で私が言いましたけれども、これから医師に関しては、特に救命の部分は働き方改革で人の確保は今以上に困難になる。そういう時代の中での人材確保は大変に困難になります。特に救命分野はそうだと思います。その中で実際、予定だったものができなくなってしまうこともあるわけですから、そういったことも懸念しているということが議論であって、それはこういったことも含めて議論しているわけで、何も書かなくてもいいのかなと。あえて書くのもどうかとは思いますがけれども。

(事務局)

分かりました。それに対しては回答させていただきます。先ほどは私が先生のご指摘を正確に理解しておらず、大変失礼いたしました。こちらの意見の論点整理については、先生方から頂いたご意見を整理したもので、私ども事務局側の意見ではございません。こういった意見が前回もしくは前々回に出されまして、今回の資料については先生方から頂いたご意見に対して、私どもが資料としてご提示できていなかったものについて、できるだけ資料をそろえたということと、こういったご意見があったのでこういう議論をされてはどうかということで論点を挙げたということです。少し私どもの出し方に問題があったと言われればちょっと反省すべき点はあるかもしれませんが、私ども行政の側からこういった投げかけをしているわけではないことをご理解いただければと思います。また、ご意見については今後、進め方について私どもも配慮いたします。

(小松委員)

もう最後にしますけれども、この意見は多分、前回、川崎市さんがおっしゃったような気がするのですが、それは委員の意見ではなくて行政さんの意見ですから、ここにそれをとというのはどうかと。これまでの会議で出た意見ではなくて、事務局の意見だからどうかと思ったので言ったわけです。

(岡野会長)

ありがとうございました。いろいろご意見・ご審議いただきましたけれども、この会議は意見を最終的に取りまとめる必要性がございます。本日頂いている全ての先生方からの意見をしっかりと受け止めまして、最終的な意見書を取りまとめさせていただきたいと思っております。今ここには資料番号がついておりませんが、案として2枚ホチキス留めにしてある資料を添付させていただいております。資料1のシリーズから2のシリーズの間に挟ませていただいております。「川崎北部地域における救命救急センターの新規指定に対する意見書(案)」を地域医療構想調整会議として取りまとめさせていただきたいと思っております。この中にこれまでの意見・協議のまとめとして書かせていただいておりますが、最終的には今日のご意見、それから、これを皆さんの中でお目通しいただいた上で、最終的な修正案を県に提出させていただきたいと思っております。資料としてお渡ししてありますが、簡単に目を通していただければと思いますけれども、いかがでしょうか。

読んでいただいている間に補足としてですけれども、先ほど来、この調整会議は医療専門の、現場の医療関係者の意見ということで意見交換・審議をする場でございますので、そういう意味では先ほど内海会長から提出されました病院協会の最終的な意見は、非常に重きを置いて資料として添付させていただきたいと思っております。この辺もよろしくお願ひしたいと思っておりますが、それは可能でしょうか。

(事務局)

今回、意見として取りまとめていただきたいと思いますので、意見書に盛り込んでいただければと思っております。よろしくお願ひいたします。

(岡野会長)

では、内海会長、意見書の案を作成しておりますけれども、そこにさらに付帯として先生方のおまとめになった、いわゆる最前線、現場の意見ということで盛り込ませていただきたいと思います。その辺は一任とさせていただきますよろしいでしょうか。

(内海委員了承)

(菅委員)

それは、川崎市病院協会の会長名としてこういう意見を出したという形で盛り込んでいただかないと、こういった書面で出した意味がなくなってしまうので。ぼんやりとその文面の一部だけ抜粋して載せられても一委員の意見みたいな形で消えてしまうのかなというところと、できれば要望としては、メディカルコントロール協議会委員の意見のように、A委員、B委員、誰がどんなことを言ったか個人名は特定できないまでも、こういった形で載せていただかないと、この会議の雰囲気とか空気とか、誰がどのように考えているのか、個人名が特定できないまでもどういう優劣か、優劣で決めることではないかもしれませんが、必要性ありなが議論されていたかというのが伝わるようにぜひしていただきたいと思います。

(岡野会長)

資料1と3の形では今の先生のお話のようにちょっと漠然としたというか、発言ソースのはっきりしないこういった文書が出ております。そういう意味では、病院協会さんのほうでこの名前でよろしいということであれば、これは資料としてしっかりと添付させていただく必要があるのではないかと考えます。これは意見書その2として、僕の名前の一部に入れるのではなく、添付させていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

その他、何か。野口委員。

(野口委員)

川崎市医師会の野口でございます。私は中原区のだ真ん中で小さなクリニックをやっております。毎日近くのお年寄りとかを診て、いろいろ救急の二次病院にお願いしている者でございます。救急病院の先生方の高度な理論とかはまるっきりなく、ど素人的な一開業医の意見として聞いていただければと思います。

川崎北部医療圏は、救急救命センター1床当たりの所管人口が多いという議論の視点があります。また、二次、三次救急の応需状況が低く、川崎南部に流出しているというデータがあります。南部医療圏には、北部医療圏との境界に二次・三次救急医療機関が多数存在しております。日本医科大学武蔵小杉病院、聖マリアンナ医科大学東横病院、井田病院、関東労災病院と、どの病院も大学病院クラスの病院です。南部医療圏に接する高津、宮前区は実質的な南部医療圏に含まれ、アクセス上多くの患者さんが南部医療圏のそれらの病院に搬送されております。よって、単に二次医療圏という分け方をするとバイアスが生じます。むしろ二次医療圏南部・北部で分けるのではなく、南部・中部・北部と分けて考えたほうが現実的なデータが得られると考えております。

また、川崎北部地域は、その地理的な要因から、アクセス上の問題や元来のかかりつけ医が都内や横浜市内に在るということとを考慮すると、単に医療圏という捉え方をすると実際のデータと肌感覚に違いが出てきてしまうこともあると思います。川崎市では高齢化に伴い、救急搬送件数の需要増加が見込まれております。高齢救急患者の増加に応じ、搬送力の強化とともに患者の状態・意思を尊重した個別的な対応を受け入れる必要性もあると思います。

現在、北部医療圏の救急救命センターとして聖マリアンナ医科大学病院に36床のベッドがあります。99%近く三次救急に応需できております。また、第二次救急医療機関で対応できないような高度な医療を総合的に提供しなければならない重篤な患者が発生する頻度はそれほど高くないと思われまます。川崎市内の第二次救急医療機関でも重症の患者を診られる能力は十分備わっていると思います。高齢化に伴い、患者の状態・意思を尊重した個別的な対応を受け入れる必要性も多々あることから、必要なのは第二次医療機関の体制強化であると考えます。現状の救急医療体制の役割の整理や在り方の検討を行い、質が高く効率的な救急医療体制の構築のために必要な救急医療機関の機能分担、連携について真摯

に議論を深めていくことが極めて重要であると考えます。よって、地域のバランスや地域の医療ニーズ等を考慮し、川崎市北部地域における新たな救命センターの必要性があるとは言えないと考えます。以上です。

(岡野会長)

ただいまの意見は野口委員の意見として承ってよろしいでしょうか。

(野口委員)

はい。

(岡野会長)

その他。新井委員。

(新井委員)

川崎市医師会の地域医療を担当させていただいております新井でございます。私のほうでも少し意見を述べさせていただきたいと思っております。まず最初に、新百合ヶ丘総合病院の先生方に、日頃の地域医療に対する貢献、これは非常に私ども医師会としても感謝している次第でございます。内海先生もおっしゃいましたけれども、私たちは医師会のメンバーでございますので、基本的には助け合っていくというような視点がまず前提にあると考えております。今回の地域医療構想調整会議については、私は担当になってまだ1年たっておりませんので、前回からの参加ということで、私なりに少し勉強させていただいた部分もありますが、野口先生もおっしゃいましたけれども、私どもは開業医でございます。専門的なことについてはなかなか難しいと考えて自覚しておりますけれども、意見として述べさせていただければと思っております。

二次救急に関して、私たち開業医としては直接的に関わる部分が非常に大きいと考えています。ですから、二次救急を充実していただくことは大変ありがたいと考えております。したがって、三次救急の必要性に関しては、私どもがロジック的に自分たちでつくって判断するのはなかなか難しいですけれども、自分としては正直に言うと、必要性がすごくあって、どうしても必要性があるなというふうに強く感じるころはないというのが私の意見でございます。

また、最後にもう一つ付け加えさせていただければ、先ほど会長もおっしゃっていましたが、地元の医師会、区の医師会さんのほうへの説明、それから私ども市の医師会に関しても残念ながら説明というのですかね、こういうことでやりますよというようなことを事前に説明していただくと、私ども医師会としても理解がさらに深まって、もう少し積極的な意見ができたのかなと考えております。ちょっとまとまらない意見で申し訳ありませんが、以上です。

あとすみません、最後に、私はまだ2回目ということで、各先生方のご意見ということで、そういったものをもし可能であれば拝聴できるとありがたいなということで、意見とさせていただきます。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございます。それでは、いろいろと議論を進めさせていただいておりますが、まだ発言いただいている委員の方に一言ずつお願いできればと思います。まず、病院管理者でいらっしゃいます金井委員から一言ずつお願いできればと思います。

(金井委員)

ありがとうございます。川崎市立病院、特に多摩病院は聖マリの管轄下なので、川崎病院と井田病院の管理をさせていただいております。9月の前は川崎病院の病院長をしておりまして、コロナの最前線で川崎市内のどこの病院に何人患者さんが入院しているか、毎日ならめっこしておりました。何でそんなことをしていたかということ、自分たちは川崎市の公立病院ですから、とにかく全てのことをいの一番に最大限、最大数やらなければいけないということがあって、そうなる病床数の拡張に関してもタイミングを見計らってすべきことをしていかないといけないということがあったからです。そういうことで、市内の主立った病院にいつどのくらい患者さんが入っていたかというのはイメージとしてあります。実際に第3波、それから第5波になるとあれですけども、第3波のときは相当しんどかったですが、当該病院がコロナの受入れをどのくらいやっていたかに関しては、肌感覚として認識しております。

そういう中で、今回この会議に初めて出させていただきましたけれども、当該病院が救命センターに手を挙げているというのは、はっきり言ってちょっとびっくりしました。救命センターというのは助けてくれというときに助けましょうというのが救命センターだと思いますが、患者だけでなく私たち市内の大きな病院、大体5病院しか当初は診ていませんでした。大きな病院がへろへろになって大変な状態になっているときに助けてくれたのかなという思いがあります。そういった思いもあって、あともう一つびっくりしたのは、救命センターでないからコロナの重症を診られないというコメントを頂いて、それは一体どういうことかなど。これもびっくりしました。そういう状況なので、なかなかこの話は、これから地域完結型医療を地域の複数の医療機関が協力してやっていかないといけない、周辺の病院とうまくやっていくことが必要な時代の中でどうなのかなと私は思いました。以上でございます。

(岡野会長)

ありがとうございました。いかがでしょうか。全国健康保険協会の内田委員、恐れ入ります。

(内田委員)

私は全国健康保険協会の内田と申します。私どもは被保険者保険を担当している部署ですので、最初、市民の立場で考えたときにはもう一個ぐらいあってもいいのではないかと考えておりましたが、今までいろいろな先生方の専門的なご意見を聞きまして、今すぐには必要ではないかなと考えている次第です。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございました。同じく健康保険組合連合会の伊藤委員、どうぞよろしくお願  
いいたします。

(伊藤委員)

健康保険組合連合会の伊藤でございます。やはりこの地域医療構想調整会議の場では、  
先ほど来議論がございましたように、あるべき医療提供体制を考える場というところにお  
いて求められるものと、それを提供するためには先生方をはじめとする医療従事者の方々  
の体制があってこそ受けられるものだと考えております。そのためには、どういうものが  
必要なのかを総合的に考えるという観点が重要だと思います。そういう中で、今現在ニー  
ズと提供体制の関係性を見たときに、直ちに必要であるかということについては十分な議  
論が必要だと思いますし、直ちに必要かというともう少し時間をかけた検討があつてしか  
るべきかなと思います。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございました。それでは、神奈川県医師会の高井委員、一言恐れ入ります。

(高井委員)

救急救命センターは各二次医療圏に1つというのは、恐らくたくさんある必要はなくて、  
そこで集約してやれという意味合いが強いと思います。もちろんいろいろな地理的な問題  
とかで、例えば鎌倉と横須賀は同じ二次医療圏ですが、やはり地域的に違うということで、  
例えば湘南鎌倉病院とうわまち病院、横須賀共済が救命センターになっていると。それは  
地理的な問題で致し方ないということです。ただ、今回の新百合ヶ丘さんは、直線距離で  
聖マリアンナ医科大学から5キロぐらいですよ。地方のあれから見ればすごく接近して  
いるわけで、しかも聖マリアンナ医科大学の救命センターはほとんど全国屈指と言ってい  
い、非常によくやられているわけですので、今必要かという、必要性は今はないと思  
います。聖マリアンナの学長さんがおっしゃるように、将来そういうことがあれば協力を仰  
ぎたいというお話ですので、今後連携を取っていただいて、そういう時期があつたら申請  
していただいて協議するという形がよろしいのではないかと思います。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございました。川崎市病院協会、日本医大の武蔵小杉病院院長の谷合先生。

(谷合委員)

日本医大の武蔵小杉病院院長の谷合です。3点だけ意見を言わせていただきます。私は  
川崎に来て3年目ですが、川崎市は北部と南部という医療圏に分けていて、真ん中にある  
日本医大としては、非常にこれは分かりにくいなと思いました。先ほど来、高津区のお話  
が出ていますけれども、高津区の救急車はほとんどうちに来ます。それから、我々の地域  
で中原区の救急が大体6割、高津が3割、幸が1割、川崎区の救急隊は川崎病院に行かれ  
るので、ほとんど来ません。ですから、南部と北部で分けると非常に分かりにくいなと以



前から思っていました。小児救急の当直は北部、中部、南部で分けていますが、3つに分けたほうが分かりやすいなど。中部にいる我々の実感は、三次救急よりやはり二次救急が非常に多いなど。

先ほど菅先生に出していただいたデータでも分かるように、実は中原区の二次救急のお断りが結構多いです。これはどういうことかということ、中原区は400床ぐらいの病院が4つありまして、三次は結構取れるのですが、意外と二次はほかが取ってくれるだろうとか、そういうあれで結構安易に断っているところが多いと私は思います。それは院長として活を入れることが多いのですが、そこが一番問題なのかなと私は思っております。

あと、コロナのときに川崎市に、重症をどうするんですか、うちの救命センター10床全部コロナに対応していいんですかと。いいです、お願いしますと言われたぐらい、三次を求めるよりは、その当時はコロナの病棟を求めていたということで、実はコロナの重症は救命センターでなくてももちろん診られるわけです。我々は救急救命センター以外の一般病棟でも呼吸器を回してコロナの患者を診ましたので、救命センターにこだわる必要はないのかなと。

あと最後に、大学病院の人間として言わせていただくと、大学病院に救急救命センターができたから例えば二次もしっかり取るようになる、若い先生たちがそのようになると。これは全く違います。我々の4病院を見ていますと、院長会議で出る問題は、救急救命センターの人たちは、自分たちは三次しか診ないと。二次は診ないと。結局、内科の当直とか外科の当直が二次を診るようになってきてしまう。附属病院の本院なんかではERをつくって二次を診るところを特別につくったと。ほかの3病院、うちの現状なんかもやはり救急救命センターが三次を診て、一般の内科の当直とかが二次を診ると。そういう役割分担をする。救急救命センターができたから二次が充実するかということ、そんなことは全くないと私は思っております。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございます。それでは順番に行かせていただいて、看護協会の堀田委員、よろしく願いいたします。

(堀田委員)

川崎市看護協会の堀田でございます。看護の立場で思うところを伝えさせていただきたいと存じます。三次救急ということで体制をつくるときの人員確保という意味では、看護職の確保が欠かせないことはすぐご理解いただけたと思います。この間の議論を伺っている中で、申請をいつ受けていつ指定するかは別として、新たにそういう体制を整えるに当たっては、看護職人材の確保についてしっかりとご検討いただきたいという思いでございます。当協会の理事にいろいろ意見やお考えを聞いてまいりましたけれども、やはり救急看護に関わる人材には特殊なスキルが必要で、一般病棟の看護職とはまた異なって育成に時間がかかるということでございます。そういう中でどのように人材を確保していくかは

非常に課題だと思っております。先ほど申請された病院のご説明で、しっかりと看護職は確保していると伺いましたけれども、その中で救急看護に関する人材育成についてもお答えをお願いしたいなと思っております。

また、認識違いだったら申し訳ないのですが、救急看護に関して、看護職の人員配置に関する基準が救急看護に特化した形ではまだ設定されていないと伺っております。そういう中で、医療法に基づく外来看護の基準に基づいた場合、非常に手薄な状態で回っていくことは、私ども看護職を守る立場の協会ですらそういうことが発生しては本当によろしくないと思いますので、労働環境としてしっかりと継続性が維持できるような人員の確保という観点で、どうぞこの検討を進めていただければと考えております。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございます。それでは、薬剤師会の金子会長、よろしく願いいたします。

(金子委員)

薬剤師会の金子でございます。薬剤師の立場とすれば、やはり二次救急を手厚くしていただきたいと。それ1点に尽きるかと思えます。先ほど各委員の先生方から余力の話が出ていましたけれども、例えばワクチンの集団接種なんかでいくと、川病さんとか日医さんとか聖マリさんなんかもフルでご協力いただいているようですが、実際に新百合総合さんは全然関わっていないかと思えます。それで本当に大丈夫なのかなというのは、私的には思いました。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございます。歯科医師会の松山会長、よろしく願いいたします。

(松山委員)

歯科医師会の松山でございます。歯科医師ということで、救急に関しては素人でございますので、今日は、つきましては文章を事前に読ませていただいて、皆さんの意見をしっかりと聞いて、自分なりに考えようと思って参りました。この調整会議という会議の性格性というか目的と、実際の必要性を鑑みたときに、先生方のご意見、必要性に関しては否定的な意見が多かったのではないかと。私はそれを合理的に思いましたということで、私の意見とさせていただきます。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございました。4回にわたって今日もまた本当に長い時間をかけてこの件に関しましてご討議いただきました。本来、決を採る会議ではございませんけれども、皆様一人一人の意見を頂く限りは、大勢は大体見えているかなと思えます。その上で、先ほど提示させていただきました意見書案は、もう一つ、もう二つ、手を加えさせていただく必要があるかと思えます。また、先ほど来、この会の特質上、やはり専門職のご意見を大事にすべきかなということで、病院協会の意見、そしてMC、あと、菅委員の県の資料とか、これは資料としていかがでしょうか。菅委員、これは外部のデータですけれども、添

付すべき資料として考えたほうがよろしいですか。

(菅委員)

僕の意見がそこに盛り込まれて、それが補完するデータであればぜひお願いします。

(岡野会長)

分かりました。長い時間の討議ですので、一つ一つある程度漏れのないように資料として添付させていただければと。その辺は最終的に協議させていただいて、進めさせていただきたいと思います。あとは私、今回の座長の責任をもって、今頂いたご意見、資料、こういったものを加味した上で、最終案を修正して提出させていただきたいと思います。ご承認いただければ幸いです。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

(異議なし)

(宮川代理)

できれば、各協会宛てに案をもう一度見せていただくと大変いいかと思っておりますので、よろしく願いいたします。

(岡野会長)

分かりました。そのようにさせていただきたいと思います。それでは、ただいまの議題の川崎北部地域における救命救急センターの必要性についての討議、これをもって終了とさせていただきたいと思いますが、川崎市の川島室長。

(事務局)

長時間申し訳ございません。最後に議事録を整える意味で、ちょっと補足をさせていただきます。先ほど神奈川県の資料1-1の6ページの「指定により地域住民に不都合があるか」という視点も議論してはどうか」につきましては、県からこれは委員の中の意見でとご説明させていただきましたが、この件について議事録を確認したところ、これは委員の意見として出されたものをこちらに反映した形になってございます。

(岡野会長)

よろしいでしょうか。よろしければ、ただいまの件はこれにて終了とさせていただきたいと思っております。それでは続きまして、議事を進めさせていただきます。

## 報 告

- (1) 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

(岡野会長)

次に、報告事項に入ります。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、ご説明をお願いしたいと思います。事務局からよろしく

お願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(岡野会長)

どうもありがとうございました。医療介護総合確保促進法に基づく令和3年度神奈川県計画の策定の概要についてですが、ただいまのご説明に対しまして何かご意見・ご質問はございますか。よろしいでしょうか。ご意見は特にないようでございます。先に進めさせていただきたいと思います。

## (2) 病床整備事前協議の状況について【資料3】

(岡野会長)

続きまして、令和3年度病床整備に関する事前協議の状況についてでございます。事務局から説明のほどよろしくお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(岡野会長)

ありがとうございます。ただいまのご説明に対しまして何かご意見・ご質問はございますか。いかがでしょうか。川崎以外の現状もこういうところで読む限り、各自治体でコロナに関していろいろな感染症の流行した状況の中で、医療従事者の確保が難しいとか、そういった意見はいろいろなところから聞こえてくるのも確かでございます。働き方改革もこれからある意味ではもっと厳しくなっております。また、医療介護総合確保促進法の文面を見ても、やはり急性期を、これからは慢性期であるとか在宅療養、こちらが必要なんだという文章が至るところで目につきます。そういう意味では、前半の話のぶり返しになりますけれども、そういったところも含めて考えれば、非常に重い報告を今ここでお聞きしたのかなと思います。

その他、何かただいまの報告に対してもご意見があれば頂きたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。それでは、次の議題に進ませていただきます。

## (3) 令和3年度基準病床数の見直し検討について【資料4】

(岡野会長)

報告事項(3) 令和3年度基準病床数の見直し検討についてでございます。事務局から説明をよろしくお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(岡野会長)

ありがとうございました。令和3年度基準病床数の見直し検討についてでございます。ただいまの件に関しまして、何かご質問・ご追加はございますか。よろしいでしょうか。それでは、ただいまの病床数の見直し検討についてでございますが、川崎北部地域においてはいわゆる見直し検討を今回は実施しないことになりましたので、よろしく願いしたいと思います。

## その他

(岡野会長)

それでは、続きまして4、その他でございますが、事務局または委員から何かご意見がございましたら頂ければと思います。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

特にないようであれば、以上で本日の議事は終了とさせていただきます。進行を事務局にお返しします。どうもありがとうございました。

## 閉 会

(事務局)

岡野会長、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す。本日の議論を踏まえまして、今後の取組を進めさせていただきます。

以上をもちまして、本日の会議は終了となります。ありがとうございました。