

令和4年度第1回
相模原地域地域医療構想調整会議

令和4年8月2日（火）

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)

それでは、ただ今から／令和4年度／第1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、本日の進行をつとめます神奈川県医療課の佐藤と申します。どうぞよろしく願いいたします。

まず、はじ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。新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、ウェブを活用しての会議開催とさせていただきました。ウェブで御参加の委員の皆様は、カメラは常時オンにさせていただくとともに、発言の場合を除いてマイクはオフにさせていただきますようお願いいたします。

事前に送付させていただきました「ウェブ会議運営上のお願い」と題した資料にも同様の内容を記載しておりますが、今一度内容を御確認いただきますようお願いいたします。なお、今回の会議から新たに就任された委員がいらっしゃいますので、お名前のみとなりますが、御紹介させていただきます。

- 神奈川県／看護協会／相模原支部／支部長／の阿部委員です。
- 相模原市／病院協会／理事／の安達委員です。
- 相模原市／健康福祉局／地域包括ケア推進部長の若林委員です。

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。

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け付けとさせていただき、ウェブ視聴が5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させていただきます。

本日の資料は、お集まりの委員の皆様には机上に配付しております。ウェブ参加の委員の皆様、お手元に資料は届いておりますでしょうか。もし届いていない場合は、大変申し訳ございませんが、本日は資料を画面共有にて投影いたしますので、そちらをご覧ください。なお、もし届いていないようでしたら、資料は追って再送させていただきますので、事務局までお申し出ください。会場にお集まりの委員の皆様も、何かございましたら会議途中でもお申し付けください。

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。細田会長、よろしくお願いいたします。

(細田会長)

皆さん、こんばんは。お疲れのところお集まりいただきましてありがとうございます。今日は盛りだくさんでございますので、早速でございますが、議事を進めていきたいと思っております。

協 議

(1) 令和4年度保健医療計画推進会議及び地域医療構想調整会議の運営について

【資料1】

(細田会長)

協議事項の1番、令和4年度保健医療計画推進会議及び地域医療構想調整会議の運営について、事務局から説明をお願いしたいと思います。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ありがとうございました。ただいまの事務局からの説明につきまして、ご質問・ご意見等ございますでしょうか。ありましたら手を挙げていただければと思います。いかがでしょうか。よろしいですか。特にご質問等はございませんか。

(発言なし)

(細田会長)

ありがとうございます。それでは、これからのこの会議の計画ということですが、特にご意見ありませんので、そのように進めていただければと思います。よろしいでしょうか。

(異議なし)

(細田会長)

ありがとうございました。

(2) 令和4年度病床整備事前協議について【資料2-1、資料2-2】

(細田会長)

それでは、次の議題に参りたいと思います。令和4年度病床整備事前協議についてということで、これが今日の一番大きな問題だと思います。これについて事務局から説明をお願いしたいと思います。よろしくをお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ありがとうございました。ただいまの事務局からの説明につきまして、ご質問・ご意見を頂きたいと思います。よろしくをお願いします。

(井關委員)

今の説明で、4ページの協議いただきたい事項の中に、応募の対象とする病床機能等と

ありますが、これは回復期機能の病床のみ入っています。確かに3ページを見ると、回復期が相当足りないということになっていますが、足りない数は1,300床ということです。ですから、1つは、これについて抜本的に考えないと、小手先では無理だろうということが分かります。

もう一つ、資料5の速報値というのがありますが、神奈川県全域では同じく回復期は1万2,352床足りないということになっております。ですから、この回復期の問題は相模原市だけの問題ではなくて、県全体ではその10倍に当たる数が足りないということで、これは県一体となって抜本的に考えなければいけない。回復期の病床を増やすということは大切なことですが、これはやはり県と一体となって、他の行政区分と連携を取りながらやる問題で、それとは別に直近のそれぞれの分、二次医療圏の中で必要なものも、コロナ禍の2年間の中でまた出てきています。そういう機能も考えたほうがいいのではないかと考えていますが、いかがでしょうか。

(細田会長)

資料5の数字との関係についてはいかがでしょうか。回復期が県全体で足りないことに関して、これは相模原だけの問題ではないということですが。

(土屋委員)

いつも議論になるのですが、急性期にくくられている中でも回復期機能の患者さんもいるわけですし、療養型の中にも慢性期の中にもそういった方がいます。なかなかその線引きが難しい中で、そこだけに集中しないで、急性期中、慢性期中のどのくらいの部分はその役割を果たしていくか、もうちょっと精密にやらないといけないのかなと思っています。実際にはこんなに数が足りないわけではなくて、そこに含まれている中には回復期機能の病床として使われている部分もかなりありますので、そういった議論も必要だと思います。今、井關委員からお話があったとおり、地域によって急性期でも足りない部分があります。急性期中に回復期もかなり入っていますので、急性期が足りているとは必ずしも言えなくて、これでは急性期はオーバーなのですが、急性期でも部分的に足りないものがあって、回復期がかなり急性期に食い込んでいる部分もありますので、その辺も議論していかないとなかなか難しいのかなと思っています。

(井關委員)

土屋会長のご意見に賛同しますが、補足いたしますと、急性期が足りているかもしれないというお言葉がありましたけれども、実は全く足りていないというのが昨年度の相模原市の消防局の資料から出ております。救急車の搬送で、相模原市から市外に搬出された受入れ困難症例は1,400以上になっております。これはかなりの数でありまして、急性期医療が二次救急でこなせていないということで、まず直近のコロナ禍での二次救急をどうするかということも考えながら対応しないと、将来の回復期の問題よりも目の前の急性期をまず解決しなければいけないのではないかと考えております。以上です。

(細田会長)

この地域医療構想の会議が始まってから、超急性期、急性期、回復期、慢性期、この定義が非常にあやふやでありまして、それから、地域医療構想調整会議では、診療報酬の点数の大体の区分で分けるようなところがあったり、病床機能報告の結果とこれが合わないということで、実は実態があまり分かっていない。無理やりそれを組み合わせて、大体これに当たるであろうと。現場ではどうしても超急性期から慢性期、回復期に至るまではグラデーションなんですよね。ですから、同じ病棟のところにも超急性期からある程度の慢性に至るまでの人を収容し、それをどこかでばさっと線を引いてすぐに移動させるわけにもいかないものですから、現場からするとこの区分けは非常に抵抗感がありますよね。この辺についての議論をしても多分、かみ合わないのではないかと考えております。ただ、どうでしょう、回復期に対しての不足感がどうもあるような気がします、ご意見いかがでしょうか。

(小松委員)

神奈川県医師会の小松です。まず今日の議論としては、病床事前協議の募集をするかしないかが最初にあると思うので、先にそちらを決めたほうが良いと思います。その上で募集を行うことになれば、今回の場合は、基準病床数が上がったというよりは既存病床数が減ったわけですね。なので、減った部分を埋めていくことになるので、実際に回復期機能を担う病床が良いのか。あとは井關先生もおっしゃった、コロナ禍で見えてきた急性期病床の中でも救急対応できる病床が不足しているという考え方ですとか、あとは横浜市さんとかがされているコロナに特化したような形の感染症対応をするための病床——これは感染症の病床と考えるべきか一般病床と考えるべきかいろいろな議論があると思いますけれども、まずは募集するかしないかを決めた上で、どんな病床を募集するかについて今日いろいろなご意見を伺って、決めていくことになるのかなと思いました。以上です。

(細田会長)

ありがとうございました。そのとおりですが、取りあえずご意見だけ頂戴したいと思います。ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それではまず、83床不足について公募するかに関して、皆様ご意見いかがでしょうか。まずそこから入っていきたいと思います。特に公募しなくてよろしいというご意見はございますか。ちょうど83床ということで、病棟2つ分ぐらいですね。

(土屋委員)

地域の病院での僕なりの手応え感ですが、80病床というのは1つの病院をつくるといっても不可能な数です。今回のコロナとか、またこれから2025年、2040年を迎えて、急性期病院もほかのカテゴリーもそうですが、少しずつ形を変えていかなければいけない。ただし、1つの機能だけを担うのではなくて、連続してどこの病院もある程度、そのカテゴリーの大きさは機能によって違いますけれども、急性期があつて、回復期があつて、療養が

あってという形ですが、恐らく一つ一つの病院で足りないところが少しずつ見えてくると
思います。ですから、今後、高齢化を迎えて、または感染症に強い病床に少し変えたいと
いうことで、少しずつそれなりに皆さん、幾つかの病院が時代に合った病棟運営に変えて
いきたいという思いがかなりあるように僕には思えます。ですから、そういうものが充実
するための病床に使えたらなという考えはあります。だから、足りない回復病院を1つつ
くっても、なかなか地域的に連携を取るのは非常に難しいことですし、もしそういうもの
ができたとしたら、必ず医療スタッフの奪い合いが起こります。ですから、そういうもの
に緩やかに対応していくには、時代に合ったやり方、一つ一つの病院が充実していくやり
方にそれが使えればという考えがあります。一応、僕の意見としてはそうです。以上です。

(細田会長)

ありがとうございます。確かに中途半端な数字で、病院を建てるには少し少な過ぎると
ころがあります。取りあえず病床を公募して増やすと。83床補充することに関しては、皆
さん特に異論はないのでしょうか。いかがでしょうか。ご意見は特にないですか。

それでは、相模原の病床整備の83床の不足分に関しては公募を行う方向で進めたいと思
いますが、皆様いかがでしょうか。

(異議なし)

(細田会長)

ご異論なし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。では、これで話
を進めていく方向にしたいと思います。事務局ではこういう方向で作業を進めていただき
たいと思います。

あと、内容についてはどうでしょうか。今、病床の数、回復期が足りないという数字も
あるのですが、急性期も足りないのではないかという現実問題もありますので、それにつ
いてはその議論の中で進めていただければと思いますけれども、それでよろしいでしょ
うか。

(異議なし)

(細田会長)

異議なしということで、そのように進めさせていただきたいと思います。

(事務局)

条件をつけないということでよろしいですか。

(細田会長)

条件？

(事務局)

発言してよろしいですか。医療課長の市川です。今、病床を配分することについては、
おおむね皆さんのご意見は一致したということで、もともとの相模原市さんの提案として
は、不足しているであろう回復期病床を募集してはどうかというのが案でした。今、土屋

先生からのお話で、急性期もちょっと不足しているのではないかというご意見もある中、全体の流れは要件自体をつけなくてもいいのではないかなとされていると思うのですが、そういったことでよいのかどうかを確認させてください。というのは今、一応形式上、病床機能報告として各病院さんに提出いただいた内容ではありますが、急性期が過剰であるという状況になっている中で、結果としてまた急性期が入ってくるとなれば、そこが混んでくることになったときに、今後また何かあったときに調整していく、していかないみたいな話になるかと思います。

なので、そういう意味である程度ここで以前、定量的な基準ということで、急性期の中に回復期が入っているだろうと想定した議論をしたことはありますが、病床機能報告自体については特に変更せずに、そのまま病院の提案というか申告をそのままにしてあるので、今のところいずれにしても急性期が過剰な中であっては、後々、募集したところに対してまた回復期をやってくださいみたいな話になると、ちょっと具合が悪いのかなと思います。そういった意味で、もう少し議論したほうがいいのかと思いました。

(細田会長)

県としては、今不足している回復期という条件をある程度つけたいと。

(事務局)

つけたほうがベターなのではないかと。

(井關委員)

先ほども申し上げたように、県のおっしゃる回復期の大前提というのは、県全体でやるべきだというのは私も申し上げました。ただ、数が県下で1万2,000ということですよ。相模原市だけでも1,400ということですよ。これは小手先では解決しない問題ですから、県としてどのようにやるか、抜本的にやらないとこの数は出せないです。ですから、回復期リハの問題は先ほどから、急性期、慢性期からも、療養型からも入っているのではないかといろいろな意見がありますが、もう一遍きちんと県で見直して、相模原市だけでなく県下一斉にきちんと決めたほうがいいのかと思いますし、それはまた別の話ではないかというのが私の考えです。

(事務局)

医療課長の市川です。今、井關先生からお話のあった話で、今最大の回復期が不足している地域は横浜市です。病床についてはある程度人口が前提になってきますので、令和4年度で相模原の不足は80数床ですよ、あくまで人口が増えたことによって病床が整備できるということになるので、今の瞬間1,000床整備できるわけではない。あくまで計画的につくっていかないといけないという話があるので、病床の必要性ができたそのときに初めて整備できるという話になって、それはあくまで今の瞬間でいくと80数床ということになります。それぞれの地域で患者さんの見込みだとかを推計してこの病床を出しているのです、もちろん相模原市さんで最終的には2025年ということでしたときに1,400とかそ

れぐらい不足することになるのであれば、徐々に増やしていくほうに行かなければいけないということを見ると、一定、やはり地域地域でカバーしていかなければいけないと思います。それを県全体で全部カバーできるかという、それだけの病床をほかの地域に配分できるわけではないので、それはそれ、これはこれ、というところがあるのかなと考えます。

(小松委員)

今出ているご意見は、病床を募集しましょうとなったときに、地域によってその看板が回復期でなくて急性期でもいいじゃないかということに関しての議論だと思いますが、そこには今、市川課長が言った、ある程度整合性のある形で急性期でもいいじゃないかにしないと、急性期でも回復期でも何でもいいじゃないかという募集の仕方は私もやめておいたほうがいいと思います。というのは、それを認めてしまえば、例えば県内で療養型のベッドが減ったときに、それを買い取った法人が急性期でやりたいと。そのためには、先ほど相模原市さんにつくっていただいた資料の配分に当たっての考え方で、地域の医療需要との整合性とか、幾つかの形では地域が認めたものもいいですよということにはできますけれども、例えば急性期でもいいというよりは、急性期の中で救急対応をするために必要な病床だったらいいだとか、コロナの感染に対応するための病床だったらいいという、あくまで既存に対して増床みたいな形にしないと、今回は80何床あったから新たに急性期をやりたいんだということに対して、そういった理屈も何でもありになってしまいます。むしろ例えば相模原でそういうことがあると、全県オーケーになってしまう部分もあるので、そこはこれから恐らくは市の病院協会の先生方のご意見とか意見交換をして、このスケジュールに間に合うように公募条件をすり合わせたものを協議会に出したいというのが多分、土屋会長が最初におっしゃったご本意ではないかと思いますが、いかがでしょうか。

(細田会長)

ありがとうございます。ある程度回復期に限定したほうがよろしいだろうというご意見です。特によろしいですか。

(土屋委員)

土屋です。膨大な数の足りない回復期機能、恐らくこれは今後、国が少しずつ急性期病床のハードルを高くしていきます。必然的に丸々病棟に移行するような形に実際なっていくと思うのです。そうすると、ある程度やはりそれなりの数になってくる。しかし、今現在、急性期で足りないものもいきなりそちらに行ってしまうと、補わなければいけないものが長いスパンの中でなかなか補えないで穴の空いた急性期ができてしまっただけでは困ることなので、やはりそこはある程度、大前提として回復期機能を充実させながら、足りないものはいざというときに何とか調整してできるように持っていければなと思っています。ちょっと言葉が足りなくて申し訳ないのですが。

(細田会長)

では、土屋先生の言われていることは、一応回復期でもよろしいということでしょうか。
(土屋委員)

そうですね。

(井關委員)

私も回復期を否定しているわけではありません。回復期は回復期でやらなければいけないと思っているのですが、今の県の説明だと、この程度のもので埋め合わせをしていくと2025年に1,400増えると聞こえるので、そうではないでしょと、もっと抜本的にやらなければ駄目でしょというのが私の意見です。そういう中で、直近、相模原市に特有の必要なものについては考えてもいいのではないですかというのが私の意見です。

(細田会長)

ありがとうございました。ということは、ある程度限定して問題ないという皆様のご意見のようですから、そのような形で話を進めていただきたいと思います。ただ、地域の現状をある程度その中で酌み取っていただきたいと思いますというの、ひとつお考えいただきたいと思います。今は特にコロナ禍でてんやわんやしている状況ですが、こういった話はコロナの前の状況で始まっています。コロナになってから医療環境は全てががらっと変わってしまいました。ですから、そういうことで新しく新興感染症の対策とかそういうのも施策の中に加わってきたと。要は、平時にはこういった区切りでいいと思いますが、いざというときに瞬発力を持てる余裕を持った構成にしておかないと、今後、我々は自分の首を絞めることになるので、その辺を十分配慮した形の今後の計画——ある程度回復期ということで全然構わないと思いますが、そういうことを配慮した上で、ぜひ話を進めていただきたいと思いますと考えております。

(事務局)

医療課市川です。ありがとうございます。そういう意味でいきますと、第8次保健医療計画の話の冒頭、医療課から説明させていただきましたが、その計画を立てていく中にあるのは、新興感染症も整備していくことになっています。新興感染症について今後どのように整理していくのか、今年度末に国から指針が出てくるので今明確にお答えできるだけのものではありませんが、いずれにしても新興感染症は新興感染症として、今回のコロナ関係だとかを一定総括した形で計画を立てていくことになるかと思っておりますから、そのあたりについては加味される部分があるのかなと思っております。あくまで今、我々がここで議論している病床整備は平素の医療についてどうしていくかということなので、その観点からご覧いただければいいのかなと思っております。

(細田会長)

十分配慮いただけるという力強いお言葉を頂いたと思います。ありがとうございました。

(事務局)

あともう一点だけ。昨年度の第3回保健医療計画推進会議ですとか横浜地域の地域医療

構想調整会議で議論になったことで1つ宿題になっている件がありますので、この点を申し添えさせていただきます。何かというと、精神病床を有する医療機関が一般病床ですとか療養病床に手上げる場合にどうするかということが議論になりました。県の精神科病院協会さんでは今、精神病床が過剰であることを踏まえて、新たに一般病床ですとか療養病床だとかに手上げるするときについては、見合いの病床を削減して手を上げるべきだろうということ自主ルールとしてやっているそうです。これはやはり単純に精神病床を返してくださいという話になれば、その医療機関にとっては収益減になってなかなか成り立たない。だから、せめて病床を配分した際に何とかそこをツープイする形になるかどうかは別として、そういう見合いでやったらどうだという取組です。

県精神科病院協会さんとしてはこれを進めていきたいというお考えがあって、これを県のルールとしてほしいと要請されておりまして、今、県の精神保健福祉審議会というところでこの話が議論される予定になっています。ですので、次の第2回保健医療計画推進会議で、精神保健福祉審議会での審議結果を踏まえて、このように要綱を改正したいというような提案がある見通しですので、今回の病床配分の際にはこの点についても次の保健医療計画推進会議で審議して、一定ルールとして容認いただきたいという方向になろうかと思えます。参考までにちょっと申し添えさせていただきます。ありがとうございました。

(細田会長)

ありがとうございました。ということで、今日の4ページに精神と感染症と結核と、こういうのが突然出てきたのですね。今までこれは議論の対象ではなかったのですが、今後こういうものを含めて議論の対象にしなくてはいけないということをご承知おきたいと思えます。

(土屋委員)

先生、しつこくして申し訳ないのですが、1つよろしいですか。市の資料の7ページですが、配分後の病床機能の維持についてという部分は、以前の審議会ではほとんど議論されずに、やったところ任せになっていました。今後、地域医療構想調整会議ができたことで、これをしっかりやっていきたいと思います。これをやらないと、せっかくこれを決めたのに意味がないと。ところが、それについて細かいルールがまだありません。ペナルティーがあるのか、どうやって報告させるのか、そういったものが全くないので、この案はいいのですが、どういった計画でどういった検証をしていくのか、ぜひともつくって文章化していただきたいなと思えます。ほかの地域で文章化していると聞いたのですが、県ではどうですか。

(事務局)

医療課の市川です。例えば回復期の病床の転換をしました、転換したことに對して補助しますというのを今、補助事業としてやっておりますが、いずれにしても今、各病院さんでは病床機能報告を毎年報告していただくことになっており、その中で変動があった場合

に、その部分について調整できることとなりますので、一時的にその状況を把握していくことについては、病床機能報告の推移をちゃんと見ていくのが一つ話としてはあるのかなと思っています。ペナルティーどうのについては今明確になっているわけではないですが、一方で、病床機能を転換するしないについては地域医療構想調整会議でちゃんと議論することになっています。そこで皆さんの審議というかご意見を頂ける場があるのかなと思っていますので、そこで一定、均衡が保たれるようになるのかなという認識でおります。

(土屋委員)

それは転換したときですね。

(事務局)

転換したときです。

(土屋委員)

転換しないでそのままずるずるというのもあり得るので、そういったものを誰がどうやって監視するかが大事です。

(事務局)

分かりました。その辺についてはもう少し検討が必要だと思っています。今、決定打として何か持っているというわけではありません。

(土屋委員)

ありがとうございました。

(細田会長)

土屋先生の言っていることは非常によく分かります。前例が幾つかあるようです。小松先生、何かございますか。

(小松委員)

今、土屋先生がおっしゃった、配分した病床が予定どおり稼働するまでに、土地の取得でもめたとか、今だとコロナでどうか、建築費の高騰でどうかで、5年間ぐらいよく分からないという話になってずるずるすることは割とよくあります。ですから、今回、市でもある程度時間を定めたらどうかという案があるわけですから、この先、相模原市のスライドの8ページにあります病床整備検討委員会を、病床整備の必要時以外にも適正に配分した病床が回っているかチェックしたり、場合によっては何年かかって稼働しなければ配分病床を取り上げるというような機能も持たせて、年に1回やっていたら多分それで十分だと思いますが、少しそういう機能を持たせてはいかがかなと私も思ったのが1点です。

もう一つ、県にお願いしたいのは、先ほど言っていた精神科病院協会の自主ルールに関して一番気になるのは、精神科病院協会に全部の精神科の単科病院が入っているのかどうかと、あとはそこに関して今言ったようなルールを了解しているのかが割と気になります。例えば調整会議でそういうルールを決めたとか、精神科の審議会で決めたという公的なものであれば、ある程度決めたことに対して拘束力まではいかないにしてもパワーがあると

と思いますが、もともと精神科病院協会自体、全部の会員病院が了解して入っているものかどうかちょっと気になるので、そこはきちんと確認しておいてもらいたいなど。相模原市の精神科の単科病院さんからあまりそういう話題を聞いたことがないので、県もそうですし市もそうですけれども、確認というかご意見を頂ければと思います。市の病院協会でも確認したいのですが、結構、単科病院で名前としては入っていらっしゃるけれども、ふだんあまりコミュニケーションを取っていない病院も割とありますので、そこはチェックしておいていただければと思います。よろしくお願いします。

(細田会長)

ご意見ありがとうございました。ぜひよろしくお願いします。

(事務局)

ありがとうございます。

(細田会長)

それでは、協議事項はこの2件ですが、この方向でやらせていただくということでご了承いただきたいと思います。

報 告

(1) 令和3年度第3回地域医療構想調整会議結果概要について【資料3】

(細田会長)

それでは、次に参りたいと思います。以後は報告事項になります。報告事項の(1)令和3年度第3回地域医療構想調整会議結果概要について、事務局からお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ありがとうございます。これに関してご意見・ご質問はございますでしょうか。特にございませんか。それでは、次に進めたいと思います。

(2) 地域医療介護総合確保基金(医療分)について【資料4】

(細田会長)

地域医療介護総合確保基金(医療分)についてということで、よろしくお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

これにつきましてはいかがでしょうか。相模原は確保が少ないですね。発言どうぞ。

(宮城委員)

全国健康保険協会の宮城といいます。私から1件あります。こちらの資料を拝見しまして、昨年度も同様の意見を述べさせていただいているのですが、6ページの県内の地域別執行状況を見てみますと、相模原地域の平成26年度から令和3年度の8年分の執行額は7億360万円、こちらからその他(全県対象)を除いた合計額に対するシェアを出してみると、4.1%です。今年度の資料の金額から昨年度頂いた資料の金額を差し引くと、要は令和3年単年度の執行額で見ても、こちらでも5.4%と若干上がっておりますが、資料2-1の3ページにあった令和4年度4月1日時点の相模原地域の既存病床数は6462ですかね、こちらのシェアが10.5%。神奈川県における相模原地域の人口シェアは7.9%。こちらと比較しますと、まだまだ執行額自体が下回っていると言えらると思います。

先ほどの資料の2-1の3ページでは、相模原地域の既存病床数が基準病床数を83床下回る状況ということで、その差が1年前の61床からも拡大している状況があるかと思えます。県については、この病床数をはじめとした当地域の医療提供体制の整備をさらに進めるためにも、基金の執行額を増やすと。そのためにいろいろ課題とか対応方針を整理いただいているとは思いますが、さらなる事業提案の取組強化を行っていただきたいと思っております。私からは以上です。

(細田会長)

貴重なご意見ありがとうございました。ほかにいかがでしょうか。毎年少ないですね。ですから、皆さん事業にどうぞ手を上げていただきたいなと思っております。これについてほかにご意見がなければ次に参りたいと思えます。

(土屋委員)

よろしいですか。事業区分I-1の、今お話が出たような箱物ですね。やはり地域医療構想実現のためには、これからはいろいろシステムが必要になってきます。そういったものを認めるようなことにはなかなかならないのでしょうか。例えば地域でIT化を進めるとか、そういったことで今まで事例はないのでしょうか。その辺をお聞きしたいのですが。

(事務局)

参考資料1をご覧くださいと、A4の1枚物で右上に参考資料1というふうに打ってあると思えます。こちらをご覧くださいと、区分Iの中に事業区分I-1からI-6の6つございまして、今、委員ご指摘のICTの関係でいうと、I-1でICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備という、国にもともと標準事業例として用意していただいているものがございまして。このI-1について、他の圏域ですけれども本県でも活用実績がございまして、こういった医療・介護の連携ネットワークは既存の標準事業例の中に載っております。そのほか、先ほどの標準事業例に載っているのですが、ほかにICT

に関連した事業がございまして、例えば、今、見ていただいている参考資料の裏面に標準事業例50がございまして、標準事業例50では、各医療機関の勤務環境改善や再就業促進の取組への支援ということで、医療クラーク、ICTシステム導入というものもございまして、そういった勤務環境改善に結びつけられるICTの導入については標準事業例の中でも述べるような形になっていますので、そういった事業についてご提案いただくことは県としてもありがたいと考えてございます。以上です。

(土屋委員)

ありがとうございます。大学病院とか国立さんとか協同病院さんは少しずついろいろなシステムを使ってそれを始めているのですが、それぞれ基金が適用なのか、手を上げてやっているのかどうか、その辺がちょっと分かりませんが、そういうものが一気に広まれば、例えば地域全体でやるようなこともやっていければなと思っています。その実績はどうか。よく分かりませんが、活用はできているのですか。

(事務局)

支給ということですか。

(土屋委員)

例えばそれぞれのところが個別にそういうものを認められているのか、その辺がちょっとよく分からないのですが。実際に相模原でも使われているのか。

(事務局)

委員ご質問の内容に全てお答えできるかどうか分かりませんが、この基金事業はあくまでも地域医療構想に資するという視点で事業化をしておりますので、例えば単体の医療機関様が電子カルテを導入するから基金を使わせてほしいといったものは、本来の事業の趣旨からは少しずれてしまう点もあるかなと思います。ただ、そこは標準事業例50で示されているような、勤務環境の改善につながるようなICTの導入ということであれば事業としては成り立つと思いますが、今の県下でどの程度この基金を活用できているかというのは、すみません、お手元に資料が……

(土屋委員)

今、個別の病院がおのおの、例えば地域の医療機関と連携し、カルテを共有したり情報交換したり、少しずつ始まっていますよね。将来的には地域で全部使えるような仕組みができればいいですが、そうではなくておのおのに始めるしかないのです。そういったところに個別だからといって使えないのではなかなか広まらないと思います。うまくこの基金が使えるような工夫は、どういうことがクリアできれば地域に貢献していると認められて少し支援が頂けるのか、その辺が知りたいところです。個別にいくしかないなので、それが今進んでいる現状なのですが。

(細田会長)

土屋先生が言われたのは、市内の病院が大体単独でシステムをつくっていて、その傘

下にある程度の数の地域の医療機関が参加する形がせいぜいで、市全体で共有したシステムとかそういうところまではとてもできないですね。ですから、そういうものにするのであれば、誰かが大きく音頭を取ってやらなくてはいけない。そうすると、今の段階でこの基金を使うのは、個別のどこかの医療機関が地域の、例えば区単位ぐらいのレベルのものがせいぜいで、もうちょっと大きくするのだったらそれなりの予算とかも必要になりますし、ランニングコストも結構かかってくると思います。今までICTを使ったそういうシステムは随分古い昔からやっています、私もICTをずっと担当してきましたが、みんなことごとく失敗しています。それはなぜかというと、どんどん新しいシステムにバージョンアップしていかないといけないので、それだけお金がどんどんかかってくる。走り始めたらずっとお金がかかってくる。それに耐え得るかということに近いので、こういった補助金や何かを一時的にどんどもらっても、生き延びられるかというのは非常に難しい問題ですね。何か県としてはいかがでしょうか。

(事務局)

そういう意味でいきますと、先行事例として今進んでいるのは、ご承知かもしれませんが、鶴見でやっているサルビアねっとなるかと思えます。このサルビアねっつに関してどのように進めているかということ、済生会の東部病院が中心になって、地域の医療機関に参加いただいて協議会をつくっています。この協議会によって、要は公費的な部分に関していきますと、あくまでイニシャルコスト、導入経費に関して補助する形でやっていて、運営自体についてはそれぞれ参画する医療機関の皆さんから会費を取って、その会費で運用するというやり方をしています。システムそのものについては、この話が進む中でガイドラインをつくったりして、国の将来想定されるであろういろいろな形式だとかを気にしながら事業を進めてくれていると思いますので、このやり方が一つ参考になるのかなと考えます。これは時期的に最初にやれるところで組んで、話を始めて、徐々にこれを拡大するというやり方で進めているので、先行事例としてはかなりいい事例なのかなと思います。いきなり相模原全域でやるのは無理だとしても、幾つかの病院が集まって話を始めて、それを少しずつ広げていくやり方で進めるのは、方法としてはあるのかなと思われま

(細田会長)

ありがとうございました。

(小松委員)

今話題が出ている、いわゆるICTを使った地域連携ネットワークに関しては、私の前任の増沢先生が県医師会の理事をしていたときに、県とお話をさせていただいて、地域で県内5か所ぐらいですかね、導入しました。相模原は国立の金田先生に話題があって、一時導入のところまで行ったのですが、やはりかなり縛りがあるということで、最終的には導入されませんでした。実際にほかの県内の5か所ではどうだったかということ、惨たんたるものです。正直に言って、もちろんこれは県医師会が責任を取らなければいけないこと

だと思えますけれども、ほとんど地域の中で有効に活用できませんでした。これは幾つか理由があると思えますが、便利だと思って使っている人もすぐに飽きる程度の便利さではないということで、なかなか定着しない。例えば今、サルビアねっとの話題がありましたけれども、人と手間とお金をかけて何とかやっています。そのところを私は細かく了解していませんが、相当大変なのではないかなと思います。

例えば今、東京都医師会が何年か前から東京総合医療ネットワークをやっていますよね。これはカルテの互換性を持たせて、ID-LINKとかHumanBridgeとか、別のカルテでもよその病院のカルテがのぞけるようにしようということでやっていますが、恐らくこういったことも含めた費用対効果でいうと、ほぼ10個に1個も成功していないのではないですか。ほとんどIT業界——富士通さんとかそういうところにいろいろな意味でお金をあげているようなものではないかなと正直思います。ですから、うまくいっている好事例というのは、民間病院と地域の医療機関同士で連携のネットワークがもともとあるところで、要するに、ネットワークをつくりますからとか、お金をもらって始めるからやりましょうとってうまくいったところは一つもないと思います。

逆に、うまくやっているネットワークに対してお金をつけたほうがまだうまくいくのではないかなと思いますが、当然これは公的なお金ですので、1つの民間医療機関だけでというよりは、その仕切りにある程度医師会ですとか病院協会という医療団体とかが関与してやっつけていかなければいけなくて、そうやっていくと多分、いろいろな定款をつくらせてルールをつくったり会費を取ったりという話になって、じゃあやっぱりという話になるのかなと思います。なかなかそう簡単にはいかないのではないかなと思います。この基金を使つてというどうしても税金ですので。以上です。

(細田会長)

ありがとうございます。今までこういうことに関しては新しい試みでないといけないというのが非常にネックでした。既存のものをバージョンアップしてもっと使いやすくすることに関して全然認めてくれていない。そこを広く認めていただくと、もっと実効性のあるシステムになります。それから、イニシャルコストもある程度抑えられます。そういったこともあって、もうちょっと柔軟に考えていただければいいかなと、今日のお話を聞いて非常に思いました。ぜひ柔軟にさせていただくと、この基金が本当に有効性のある、市民のためになるシステムになるのではないかなと思います。ですから、今、相模原病院で独自でやっているのも、自由度が認められなくてやめたのですよね。

(安達委員)

そうです。私たちの医療圏というのは、神奈川県で考えていますが、隣り合った町田もあるわけです。登録支援病院は相模原市の方が中心で神奈川が中心ですが、そこに求めるよりもポジショニングで患者さんと呼び込むとなると県をまたぐということ。救急もそうですし、チームでやる以外に全部、隣の医師会とも連携していくという点で、あまりにも

フレキシビリティがなくて、今ICTで143の国立病院機構をやろうという遠大な計画が出ていますけれども、ものにならないと思います。それを結んだところでお金がかかって何のメリットがあるのかと思って僕らは勝手にやっているのですが、前院長が受けると言ったやつもお金がかかり過ぎるからと僕は反対してお金のかからない方法でやっていますけれども、個々にはかなり進んでいます。ただ、それを本当に介護まで続けていかないと。

今日の会議、僕は初めて出たので、皆さん大変苦勞している意見を言っていて、土屋先生の気持ちが痛いほど分かります。この中で、県の方々は地域医療構想のあれを回復期で数合わせをすればいいと思っているかもしれませんが、みんなが協力しないと、僕らの病院や協同病院がちょっと動かなくなると崩壊しそうになっているところをほかの急性期が担ってくれているので、そこが回復期に行けばいいんですと短絡的にできないということと先生はしつこく言われているわけです。一方、井關先生は、そうやってやってくれても、急性期でやっても回復期が83増えたからといって手上げて本当にそれで病院としてペイするだけの算段があるわけがなく解決しないから、県をまたいでやったらどうですかと言われたのは当たり前のことです。細田先生は分かっているけどまとめようがないだろうという感じで話をしているという。

この会に出て予想どおりの展開になったなと思っている中で、今問題になるのは介護のところや在宅の方たちなのです。だから、この事業は、一応形はかっこいいけど何の意義にもならない事業が1行書いてあるだけで、何のお金の使いようもないわけです。でも、介護の人たちの情報を得たら、協同病院もうちも、ほかの病院の急性期をやってくれているところを助けて情報をもったら、急性期を診て、そして回復期に送るためにこれは大事なのです。でも、実効性が全くない。見てもこんなのに乗ったってしょうがないと思っています。乗るだけ。動かなくなる。僕は民間ではないですが、相当うまくいっている例だと思います。医療の登録だけでなく、歯科連携も構築しましたし、薬薬連携もやろうとして医師会とかに提案しているところで、やはりこれでは動かないのだろうと。でも、大事なところなので、ぜひ先生たちが言われている、今、細田先生が言われた、始まっているところを拡大して、協同病院とうちらがつなげるところの費用をくれるとか、ほかの急性期の病院とつなぐところの継続で広げることにお金を使ったほうが、新しい事業をやるより意味があります。

初めて出ましたが、これをまとめる先生たちは大変だなと思って、みんなの立場で言っていること、言いたいことは全て聞いていました。でも、基本の地域医療構想が急性期のこんなコロナや感染症を想定しないで、老年人口と人口減少だけでつくったものに対して無理やり数合わせをしようとしている会議をやっていること自体がちょっとどうなのかなと、今日見ていて思いました。というのが僕の今の全ての感想です。これは大変だと思います。

(細田会長)

大変なことは、要するにこういう議論をしているのを、県の方にぜひ聞いてほしいと。これが非常に実りのあることで、今まで病床を決めることは、我々のところを全く素通りして県が勝手に数合わせで決めていました。その間に我々の意見を言えるようになった地域医療構想調整会議はものすごく意義のあるものなので、こういう議論をぜひ県の方に直接聞いていただいて、生の声を反映して県の施策と国の施策にひとつ意見を言ってほしいなど。神奈川県発でぜひやっていただきたいなど。今日は皆さん、言いたいことを全部言えたと思います。ですから、これはすごく実りがあって、ちょっと時間をオーバーしているのですが、このことで今後も結果が出ないといっても言いたいことは言って地域をよくしようというその心意気を大事にしたいと思います。変なまとめになりましたが、次に参りたいと思います。よろしいでしょうか。

(3) 令和3年度病床機能報告結果(速報値)について【資料5】

(細田会長)

時間がないので簡潔に進めてください。令和3年度病床機能報告結果(速報値)について、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。これについては先ほどの議論もありましたので、よろしいでしょうか。ご意見はいいですか。

(4) 外来機能報告制度について【資料6】

(細田会長)

では、次に参りたいと思います。外来機能報告制度について、引き続きお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ありがとうございました。病院もこれを報告するのは大変ですね。これに関して何かご意見等ございますか。よろしいですか。国がこういうのを決めてやりなさいということなので仕方ないですね。

(5) 地域医療構想をめぐる国の検討会における議論について【資料7】

(細田会長)

それでは、次に参りたいと思います。地域医療構想をめぐる国の検討会における議論について、これも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。国もこういう検討をしているということで、私も今日初めて知りました。後半の3番、4番は、相模原市でも随分前から委員会を立ち上げたりして検討を何年も前からやっております。水上委員の手挙げがあるのですが、多分その話でしょうか。

(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。どうもご説明ありがとうございました。長いところ申し訳ございません。説明にございました看取りの現状・課題、取組についての他市の事例検討ですけれども、私が担当理事になってから今4年目になりますが、市内では各自治会によって救急搬送に関わるルール用の紙が地域ごとに全然違いました。なので、搬送する救急隊員は、どの資料がどの地域にあるかばらばらだったので、受入れ先の病院の先生方も結構困っていたような実情がありました。ですので、何年か前に市内で全部統一した様式をつくりましたので、相模原市でもそのような進め方をしております。また、二次救急に関しましては、今日、病院協会の先生方も多く出られていますので、救急搬送の際に必要な情報がないとかそういった状況等がありましたら、また高齢者救急部会等で私どもが中心になって検討いたしますので、ご報告をお願いできればと思います。

あと、その下の34ページ、35ページ等のACPにつきましても、相模原市医師会が中心となって介護支援専門員の会、また、多職種研修会でも例年議題になっているということで、100人を超える研修会で毎年研修を行っておりますので、さらに議論を深めていければと思います。

最後の論点のところですが、52ページです。昨年の第5波、夏のデルタ株が流行したときに、在宅医療は非常に命の危険に直面した状況でした。自宅療養している方、これは高齢者に限らずですけれども、自宅で在宅酸素を設置しないと入院できない方が亡くなるという状況が起きてしまいました。私をはじめ在宅医療を担う我々医師も、これまで高齢者を中心とした訪問診療のやり方を踏襲して、何とか若い人たちも往診につないで入院まで死なないようにということで医師会も頑張ってきた次第です。冒頭に井關先生からも救急患者の搬送で1,400人近くが市外に出ていると。実際は経営のためにも、いつ来るかわからない患者のために病床を空けておくわけにはいかないと思います。あと、在宅医療の

普及、在宅医療の患者の増加といっても、在宅医療の患者が増加したことがイコール自宅での看取りではないということ。つまり、在宅医療に戻った患者もまた病院に戻る可能性があるという意味では、高齢者の救急、二次救急医療の病床数も非常に重要なことになってきます。

そういったことで、これからさらに病院協会とも協議していくべきですけれども、ちょっと戻りまして29ページですかね。急変時対応の現状から取組について、先ほども議論がございました病院とクリニックとのICT連携とかそういったことも、我々もまだ現場の課題からどのように次に進めていけばいいか、いろいろ考えなければいけないことがあるかと思えます。私自身もいろいろアンテナを張っておりますが、神奈川県もしくは全国的にうまくいっている事例とまだまだ勉強不足な点がありますので、ぜひ県の方々にもそういった事例等がありましたらまたご紹介いただければと思います。意見とさせていただきます。以上です。

(細田会長)

ありがとうございました。膨大な資料ですが、かなりまとまっていますし、地域で議論すべき問題点がたくさん詰まっておりますので、これをたたき台にして各医師会もそうですし、病院協会、看護協会、訪問看護とか、そういう現場でも介護の現場でもこれを進めていけば、よりいいシステムになるのではないかと思います。

あともう一つ、ACPは家族、一般の市民の方がどう受け止めるか、やはり理解がまだ不十分かなど。医療現場との温度差があるので我々は困っています。いざというとやはり救急車、救急病院、そういうところがまだ抜け切れていません。そういうところを少し交通整理できるような、国民に向かってのメッセージの発信が、これを解決する一つの鍵になるのかなど。

あとは上りと下りの問題で、今日はあまり議論に出てきませんが、救急医療でもどんなことでも、上りの議論だけでなく下りの議論をちゃんとしないとベッドが空かないわけです。地域医療も下りの先は病院でなくて介護です。在宅は下りだけでなく、上りもあるわけです。そういうことを考えて、地域医療構想調整会議で在宅医療をここまで深く取り上げたのは初めてかなということで、非常にありがたいという印象です。

水上先生からたくさんご意見を頂きましたが、第一線で介護や何かの現場で彼はこういった取組をやっていただいていますので、ぜひこれを進めていただければと思います。私ばかりしゃべっていますが、ほかにないですか。よろしいでしょうか。

では、そろそろ今日の報告事項もこれで終わりなのですが、委員の先生方、その他で何かございますか。特に今日ご発言のなかった先生方で何か感想でもあれば。

(土屋委員)

よろしいですか。先ほど出た医師の偏在化の問題で、特に病院にとって深刻なのは診療科の偏在です。特に産科、小児科。県の取組では頑張っていらっしゃるようですが、なか

なかめどが立たなくて、特に相模原は脳神経科の救急が非常に困っている中で、県独自の取組で何かその辺の見込みはどうでしょうか。

(事務局)

医療課の市川です。今取り組んでいることに即効性があるかどうかはなかなか難しいところがありますが、例えば今の話でいきますと、地域枠ということで医師を年20名採用して、どの診療科でもいいということではなくて、幾つかの特定の診療科で勤務していただくことを条件に就学資金をお貸しすることになっています。今回の議会で提案して、今まで総合診療科を含めた7診療科が対象だったのですが、脳神経外科もその中に加えて、8診療科目という形でやっています。ただ、もともと診療科を限定して少しでも不足する診療科の先生を増やそうということをやったのですが、8診療科まで増えてしまったので、大分薄まってしまっています。なので、これ以上広げるのはなかなか難しいのかなと思います。まずはそういう形で診療科偏在の是正の一つのきっかけになればということで、そういう取組をしています。

あとはキャリア形成プログラムを地域枠の方たちにも適用するようにしていますし、今、各専門医の研修プログラムをやっている医療機関にいろいろと病院の魅力だとかを伝えてもらえるようなプラットフォームを県のほうでつukれないかという検討をしておりますので、今後そういったことで医師を呼び込めるような方策をつくれればと考えています。今はその途上というところです。

(細田会長)

では、よろしいでしょうか。随分時間もオーバーしておりますので、議論がなければこの辺で終わりにしたいと思います。特にご発言はございますか。よろしいでしょうか。それでは、本日の議事はこれにて終了したいと思います。進行にご協力いただきまして本当にありがとうございます。大変活発な議論ができたと思っております。どうもありがとうございました。それでは、事務局にマイクをお渡ししたいと思います。

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して、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たいと思います。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。