

令和4年度第3回
川崎地域地域医療構想調整会議

令和5年2月20日（月）

ソリッドスクエア東館

（ウェブとの併用：ハイブリッド形式）

開 会

(事務局)

定刻となりましたので、ただ今から令和4年度第3回川崎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。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、はじめに会議の開催方法について、確認させていただきます。

感染症対策の一環として、ウェブも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。

事前に送付しました「ウェブ会議の運営上のお願い」と題した資料にも同様の内容を記載しておりますので、併せて御確認ください。

次に委員の出欠についてです。

本日の出席者は、事前に送付した出欠表のとおりですが、高井委員の代理として、神奈川県医師会の石井貴士理事にご出席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、開催予定を周知しましたところ、ウェブにて8名が視聴していらっしゃいます。

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。

本日の資料につきましては、会場参加の委員の方には机上に、ウェブ参加の委員の皆様には事前に、それぞれ配付させていただきました。ウェブ参加の委員の皆様、資料等は届いておりますでしょうか。もしも届いていないということでしたら、大変申し訳ございません。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ますようお願いいたします。資料は後日改めて送付させていただきます。なお、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、以後の議事進行は岡野会長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

(岡野会長)

本日はウェブでの会議開催になりました。どうぞよろしくお願いいたします。

協 議

(1) 令和5年度から適用する基準病床数の見直し検討について【資料1】

(岡野会長)

最初に、協議事項（１）令和５年度から適用する基準病床数の見直し検討についてのご説明をお願いしたいと思います。事務局からどうぞよろしくお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(事務局)

お世話になります。医療課長の市川です。よろしくお願いいたします。繰り返しになりますが、私から一言申し添えさせていただきます。スライドの11ページにもありましたとおり、少なくとも2045年までは人口が増加し続ける見込みになります。この地域におきましては、第7次医療計画策定時に必要病床数と既存病床数の乖離が県内でも特に大きい地域ということで、毎年度の最新の人口の病床利用率により再計算した結果を見た上で、基準病床数の見直しを見据えて検討するというでこれまで整理をしてきました。そういったこともあり、医療需要が増加することが予測される地域でありますので、住民が等しく全国と同程度の医療を享受できるように医療体制を整えるためには、医療需要の増加を先取りして整備していくことが必要なのではないかと考えております。行政としては定期的な基準病床数の見直しを行うことで進めていくのがよろしいかなと考えております。説明は以上になります。

(岡野会長)

ありがとうございました。今回この会議で検討する議題、論点としましては、基準病床数を見直すか否か、また、見直すとした場合に令和元年度または令和3年度、病床利用率のいずれの試算結果が適当であるか、この2点がポイントになるのかと思います。事務局の説明につきまして、何かご質問・ご意見があればお願いしたいと思います。いかがでしょうか。特にございませんか。

(菅委員)

神奈川県病院協会の菅です。ご説明ありがとうございました。確かに人口が増えていくということで、高齢化率も上がって医療需要が増えていくのだらうと思います。いつもこの会議でこういうお話になると必ず、足りなくなるから病床を増やすことで何とか受け皿にしていこうという方向に進んでしまうのですが、国として、在宅医療が今後増えていく中で、入院せずに済むような、在宅で診る患者さん、在宅医療の需要も増えるし、最近では在宅医療を提供している医療者も増えているという実態があります。仮に今の人口増加によって受け皿が全部病院になった場合は確かに大きな不足を招くと思いますが、施設とか在宅で何とか診られるというのは多分、一定数いると思う一方、この計算式にはあまり加味されないところもありまして、全部病院で受けなければいけないという前提に立てばこういった数字になっていくのではないかと思います。そうではない現状もあると思っております。

あとはもう一つ、川崎北部の医療人材が増えているというようなデータというか資料がありましたけれども、1つの病院が病床を拡大しているのでは増えているのではないかと思います。あとは、先ほど申し上げたとおり開業の先生とか在宅をやっている先生のところの医療人材も併せて増えているので、看護師数、医師数が増えているからいいではないかということではなく、その属性が一体どうなのかというのがここでは詳細には記されておりませんが、神奈川県の人口に対する看護師数が全国でワースト3に入るというのは、今日ご出席されている小松先生もよくお話しされていることだと思います。コロナ禍がやっとちょっと落ち着いてきて、当院のことですけれども、看護師の離職が例年より多いという実情もあります。その中でまた病院をつくっていきましょうということになると、看護人材の分散とか、今は看護師だけではなく看護助手、看護補助者の問題には診療報酬で全く光が当たらず、介護施設に取られてしまっています。病院にとって非常に大事なスタッフなのですが、これもまたなかなか採用困難になって、いろいろな意味で病院の経営がかなり厳しくなっているのも実情です。

ちょっと話が長くなってしまいましたが、人材がまだ落ち着かない段階で病床を整備してしまうことは少し避けたほうがいいのではないかとというのが私の意見です。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございます。確かに計算式でいくと病床数はどんどん増やす必要があるのではないかと話がありますが、今、菅先生がおっしゃったように、患者さんの意識として最終的に入院を希望するのか、それとも在宅を希望するのかと。患者さん本人からしてみたら、今それなりの環境がそろえば在宅にいたいという人の割合がだんだん増えていくような気がします。そういう意味で、病床だけを増やせばいいのかどうか、ここは本当に難しいところだと思います。その辺も含めて、この計算は本当に評価が難しいところかと思えます。その他、何かございますでしょうか。

(坂元委員)

川崎市の坂元でございます。先ほど菅先生からご意見を頂いたことは本当にごもつともだと思っております。ただ、現状を話しますと、まだまだ川崎北部の療養病床は95%以上の稼働率と、市議会においてもまだまだ急性期病院を脱した患者さんの行く場がないという訴えも来ているのが現状でございます。ただ、地域包括ケアの趣旨から言いますと、確かに住み慣れた在宅で最期を迎えるのが多分、今風の流れであることは理解しています。今後はそのようにやってうまく在宅医療が増えてくれればいいのですが、増えなかった場合には、そういう意味での受け皿として、療養・慢性期の病床の確保もやはり必要になってくるのではないかと思います。その意味で、急性期病院の病床を空けてそちらに流していかないと急性期病院がうまく回らないという声もありますので、その辺は行政としても在宅医療という方向性では頑張りたいと思っておりますし、先ほどご懸念のありました医療従事者の確保も今後しっかりやっていかなければいけないところだと思っております。

ただ、ちなみに、これも川崎市の理由なのですが、川崎市が看護大学をつくってふたを開けてみると大体85%が市外の学生で全国から来ておまして、その学生さんに事情を聞くと、地方はだんだん就職が厳しくなってきたり都会に来ているということですので、今後は川崎市としても、せっかく地方から来られた貴重な医療人材を地域に市内に提供し、菅先生のおっしゃる医療従事者の不足をできるだけ補っていきたいと思います。その辺はぜひ、そういう市側の事情等もご判断いただいて、今後審議していただければと思っております。私からは以上でございます。

(岡野会長)

ありがとうございます。

(方波見委員)

川崎市病院協会の方波見でございます。菅先生も坂元先生ももつともなご意見ですが、今回、必要病床数を見直すとしても、68床ということで非常に数が少ない。当院も数がなくて非常に効率が悪いです。この数で募集すると恐らく150床ぐらいの病院と同じぐらいの人員が必要になるのではないかと思うので、もうちょっと数がまとまってからのほうがよろしいかなと思いました。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございます。

(小松委員)

県医師会の小松です。いつも地域医療構想調整会議が基準病床数の議論で多くの時間を費やすこと自体、正直、非常に残念だという思いは私にあります。というのは、ベッドを増やせば患者さんが診られるわけではなく、医療人材がいなければ診られませんが、病院の経営が成り立たなければ診られませんが、今、恐らく全ての病院の先生方は、光熱水費の高騰や食材料費の高騰が診療報酬に転嫁できないことで、経営的に非常に苦しい状況にあります。

もう一つは医療人材、特に菅先生もおっしゃいましたが、いわゆる看護助手と病院でいわれる介護職員さんの不足は非常に深刻な状況です。そういった中で、一方で高齢者の患者さんは増えるわけですから、入院を必要とする需要が増えてくる。ここまでは皆が共有できる場所だと思います。だからベッドを増やしましょう、ここが我々からすると一番の愚策に感じます。申し訳ないですけども。どうやってそこをうまくやるかという、今言っているベッドというのは、どこの病院も100%満床の状態ではありません。急性期でいえば80何%、療養の95~96%は坂元先生はいっぱいとおっしゃるかもしれませんが、療養病床は100%まで受けられます。そういったことを考えたときに、どうやってベッドを回すかという議論を先にして、その上でどの病床がどれだけ足りないのかという議論をしないと必ずミスマッチが起きますし、今言ったように実は医療人材の取り合いが起きます。

それからもう一つ、この議論の中に、例えば医師の働き方改革の話がありません。それから、介護施設、在宅で今どのように医療提供が行われているかという話題もありません。二次医療圏で、川崎だから川崎の中で全ての病床のカテゴリーを完結させなければいけない。これも地域医療構想で陥りがちなわなというか、横浜や川崎のように大きいところは割とそういうところを充実させなければという議論が展開されますが、もともと横浜や川崎にいらっしゃる患者さんは、横浜・川崎以外の県内の療養病床に転院されているというのが現実です。それをあえて川崎の中で完結させなければいけないという考え方自体は、理想ではあるけれども現実的にそこまでする必要はあるのか。それとも、県内のほかで受け皿があるのであれば、そちらで受けてもいいのではないかというような議論も含めてトータルで議論しないと、ベッド数と算定式の話だけで幾ら議論しても、それでいいとか悪いとか既得権益だとか、そういう話をするのはもうそろそろやめにしないといけないというような気がします。

来年は8次医療計画の改定年で議論をしていくわけですから、そこで1年間、いろいろなことをトータルできちんと話し合わないと、結局、基準病床数の算定式自体は5～6年前から何も進歩していないわけですよ。検証もされていません。その中で、高齢者人口は増え続けるからベッドを増やしましょうという議論を続けていくこと自体が、ちょっといかなものかと思っています。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございます。本当に重要なお話で、一番問題なのは数字ではないぞということも一つなのだと思います。その他、何か。

(明石委員)

私も今、小松先生のおっしゃっていたこととほぼ同じなのですが、恐らく全国一律がとても難しい理由は、例えば施設を新設するときのコストが随分違うのだと思います。つまり、川崎とか横浜で患者数が増えて病床が足りないとありましたが、それはもしかすると、施設在宅になかなか流れていかないということで、病院にとどまっていた慢性期の稼働率が高過ぎるということもあるのではないかと思います。私どもの出身の医師たちに聞いても、今、川崎市内で施設在宅を施設として開所しようと思っても、採算の取れるような土地はまず空いていないと言います。大抵宅地として非常に坪単価の高いところが多いので、採算が取れないと。だからなかなかつくれるという声も聞きますので、開設に関わる経費みたいなものが都市部と地方で大分差があるのではないかと思います。ですから、そこへただ病院病床だけを増やして追いかけるというのが、小松先生のおっしゃるように本当にふさわしいかどうか、両方比べてみないといけ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す。さらに、もう一つの論点の令和元年と令和3年度、いずれの病床利用率の計算が適当かどうか、どうしてもこういう結論のところには話がいつてしまうの

ですが、この辺に関して何かご意見はございますか。令和3年と元年で一番大きなポイントは、やはりコロナがあったか、影響していたかどうかだと思いますが、この辺について何かご意見があれば頂きたいと思います。いかがでしょうか。特になければ、様々な意見が出ておりますので、ここで事務局の考え方、事務局の受け止めをちょっと確認したいと思います。どなたか発言はございますか。

(事務局)

医療課長の市川です。私から県としての考え方を少しお話しさせていただきます。冒頭の説明の後に、県としては、一定増えていくということなのであれば整備していくべきではないか、見直しをしていくべきではないかということを申し上げました。いろいろと今ご意見を頂き、ごもっともなご意見だと思っております。そうした中、来年は第8次の計画として見直しをしていかなければならないということになっておりますので、そういう意味で今回の見直しだとかにつきましても、横浜市、横須賀・三浦地域においても議論をしています。同じように今見直しをするかどうかという議論をしていた中で、やはり今回については見直し自体を一旦やめて、第8次計画の中でというような方向で議論が進んでいることを考えますと、この地域においても一定こういった結論になるのはやむを得ないのかなと思っています。私からのコメントは以上です。

(岡野会長)

ありがとうございます。他の地区では見直しに対しての慎重論が出ているということですが、坂元先生、いかがでしょうか。

(坂元委員)

令和元年度と3年度、恐らく令和3年度はコロナの流行により多くの入院患者さんが増えたという想定での議論だと思いますが、実際、逆に入院控えも起こってしまったと聞いているので、その辺は両者の間で、コロナで増えた分と入院控えが起こった分の計算はちゃんとされているのでしょうか。もしお分かりになればお教えてください。

(岡野会長)

ありがとうございます。この意見に対して事務局から何かございますか。

(事務局)

事務局の神奈川県医療課の佐藤でございます。坂元委員のご質問ですが、そこまで含めて厳密に計算できたかどうかは分かりません。いずれにしろ、病床機能報告において各医療機関様からご報告いただいた在棟延べ患者数を基に病床利用率を算出してございますので、その数字を見ると令和3年度は、一般病床の病床利用率に関して申し上げますと、令和元年度の83%に比べれば81%ということでやや下がっています。もしかしたらそこが控えられた部分の数字として出ている可能性はありますが、それが本当にそうなのかどうかというところまでの検証はまだできていません。

(事務局)

医療課の市川です。私からちょっと補足させていただきます。スライドの5ページをご覧くださいと、川崎北部地域の病床利用率についての記載があります。令和2年4月時点で療養病床が93%、一般病床が84%という病床利用率に対して、今回の計算では療養病床が96%、一般病床が81%となっています。療養については一定復元しつつも、一般については必ずしも全て復元されているわけではないので、そういった意味でいきますと、まだコロナの影響は一定残っているのかなと思います。

(岡野会長)

ありがとうございました。逆に今の数字を見ると、コロナの影響はこの程度だったのかなというのが実感ですが、いかがでしょうか。令和元年度と令和3年度、どちらの評価、内海先生、いかがでしょうか。

(内海委員)

コロナの影響で病床利用率がどう変化したかという、全体としてはコロナの時期には下がったということです。下がりますと計算式上、基準病床数は多くなるという計算結果が出ているわけです。これからもまた起こるとかいろいろなご意見はあると思いますが、やはりコロナ禍は特殊な状況でありまして、我々は通常の状況が長く続いた場合に必要病床数がどう変わっていくのかを考えなければいけないわけですから、やはり令和元年のコロナの影響がないときの病床利用率、その他の数値を使っていくのがまっとうなやり方ではないかとは思いますが、どうでしょう。以上です。

(岡野会長)

とにかくコロナは本当に流動的な数字を出してきたので、これを基に計算するのは非常に難しいという気もいたします。令和元年度、3年度、この辺を含めてもう少し意見を頂ければと思います。いかがでしょうか。特にございませんか。

(小松委員)

もう一つは現場の実感ですよね。結局、コロナで減ったというのは、かなり時期的に制限をしたというのであれば、波が収まればというのがあるので、数字上の評価は非常に難しいと思います。何年か前の数字を取るとしても、今後のいわゆるポストコロナとかウイズコロナ時代は、今までよりも入院が増えるかということ、恐らく以前よりはちょっと減るのではないかと感覚的には思っています。結局は、現場で受けたいけれども受けられないというような患者さんとか、そういうジャンルとかフェーズですよね。地域でよく話題が出るのは、高度急性期を担っている基幹病院が、10日ぐらいで出したいんだけど受けられないと。そういう声は割と地域によってはあります。その10日の患者さんを回復期だとか慢性期で受けるのは割と難しく、実は地域の中で高度急性期と急性期で連携することが今後出てくるのかもしれない。

だから、地域の実感がなくこの式だけで議論をすると、現場はそうではないと思いますし、行政の方からすると、この式が金科玉条になるとその式に向けてご尽力されなければ

いけないというのが起こるので、そういう意味で言えば、やはりこの1年ですよ。8次医療計画に向けてというのは、この式だけではなくて医療全体をどう考えていくか。これは働き方改革もそうですし、ここらで立ち止まって、いわゆる医療提供体制全てをひっくり返して真剣に議論しないと、国に言われてこの算定式で数だけあれして箱をつくっても、箱はあってもそこで動ける人がいないことになってしまう可能性があるのです、本当にそろそろちゃんとやろうよというような気が私はしています。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございます。さて、いろいろと意見を頂いていますが、調整会議としての意見をある程度をまとめていきたいと思えます。この見直し案に対して賛成という意見が多いのか、反対という意見が多いのか、この辺をある程度決を採らせていただきたいと思えます。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。ちょっと乱暴なようではございますが、この会議として今後の基準病床数の見直しについて、これは見直していくべきであるという意見の先生、いかがでしょうか。いらっしゃいますか。

(挙手)

(岡野会長)

一方、基準病床の見直しに対して、今ここで見直しをするのは適当ではないと。見直しに対して反対という意見の先生はいらっしゃいますか。

(挙手)

(岡野会長)

ありがとうございます。金井先生、見直しに賛成のほうで挙手があったと考えてよろしいでしょうか。

(金井委員)

特段の強い意見があるわけではありませんが、8次の改正があるとしても、この間この書式でやってきていて、それでこの地域では毎年見直すという議論をしてきたのであれば、今年度はリーズナブルな線を持っていくべきなのではないかと私は思いました。以上です。

(岡野会長)

一方、確かにここの数でいきますと、今、見直しに対してはちょっと慎重にすべきではないか、見直しに対しては反対だという意見の先生の数が多かったかと思えます。どなたか見直し反対に対して何か一言頂ければと思えます。明石先生、いかがでしょうか。

(明石委員)

同じような根拠になってしまうかもしれませんが、今までと同じ流れがここから先またよみがえるのかとか、ポストコロナという時代はどういう患者さんの受療行動になっていくのかとか、非常に読めないのが現在だと思います。ですから、おっしゃるとおり、今までやってきたとおりにやるべきだというご意見はとてもよく分かりますが、今までやってきた世の中と変わってしまうのではないかという不安感も非常に強いというので、ちょっと

待ったほうがいいのではないかという気がしております。

(岡野会長)

ありがとうございます。病床を新たに整備しても、地域の人材確保の面とか、さらに働き方改革の影響がまだまだ不透明であるとか、幾つかの課題が皆さんから意見として挙がっております。坂元先生、何かご意見はございますか。

(坂元委員)

先ほど金井先生からも意見があったのですが、確かに基準病床の計算ありきという考え方が変だというお考えは私も一定ご理解を示しますけれども、そもそも基準病床をどう考えたらいいのかというのを地域ごとに決めていくのか、それとも国がこういう一律な計算を地域に押しつけるのはおかしいと、そういう議論を今後はしていくべきではないか。ただ、今後もずっと見直さないという議論は、私はちょっと乱暴ではないかと。やはりそのときの状況を考えて判断していくべきだろうと思います。ただ現在、川崎地域においては、計算式で過剰となっているので、ある意味、見直しようがないというのは事実であります。今後、一律に見直さないと決めてしまっているのかということに対しては、私は若干、疑問を感じます。以上でございます。

(岡野会長)

ありがとうございます。これは今回の地域医療構想調整会議においての意見ということとまとめさせていただければと思います。今、これらの数が非常に不透明な中で、今後この方向で行くんだとかそういうことではなく、今は流動的な時期にありますので、ちょっと慎重にということで、拙速に見直していくことに対しては反対という意見のほうが、僕としては皆さんの中では多数なのかなという気はしております。いかがでしょうか。

これらを理由としまして、あくまでも今回でございます、今後というものではなくて、今期の令和4年度のこの会議としては見直しを見送るという意見で取りまとめをさせていただいてもよろしいか。ただ、これはあくまでも今後、川崎は見直しをしない地域とすることではございません。今期はコロナが今やっと落ち着きかけて、これから少し動いていくという時期を考えた上での判断とさせていただければと思います。今回は見送るということでご理解いただける先生の挙手をお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

(挙手)

(岡野会長)

ありがとうございます。それでは、総員というわけではございませんが、今期の結論としましては、このように見直しを見送るという意見で取りまとめたいと思います。事務局は、地域の意見として保健医療計画推進会議に報告をお願いできればと思います。どうぞよろしくお願いいたします。なお、事務局からもお話がございましたが、来年度には第8次神奈川県保健医療計画改定が予定されております。全ての地域で基準病床数の見直しを実施することとなります。事務局は来年度の調整会議に向けて、国の方針等も確認しつつ、

必要な準備をお願いしたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

報 告

(1) 令和4年度第2回地域医療構想調整会議結果概要について【資料2】

(岡野会長)

それでは、議事を報告事項に進めさせていただきたいと思います。最初に2番(1)令和4年度第2回地域医療構想調整会議結果概要について、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)

(岡野会長)

ありがとうございます。ただいまの県事務局からのご説明につきまして、何かご質問・ご意見等がありましたらどうぞよろしく願いいたします。いかがでしょうか。特にございませんか。これは報告ということでよろしいかと思います。それでは次に進めさせていただきたいと思います。

(2) 公的医療機関等2025プランの更新について【資料3】

(岡野会長)

続きまして、(2) 公的医療機関等2025プランの更新についてでございます。事務局から説明をよろしく願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(岡野会長)

ありがとうございました。ただいまのご説明に対しまして、何かご質問・ご意見はございますか。いかがでしょうか。名称の変更であるとか川崎病院のがん対応が一部変わったとかございましたけれども、特にございませんか。

(金井委員)

川崎市病院事業管理者の金井でございます。ご紹介ありがとうございました。1つ追加でお話ししますと、井田病院は結核病棟として1病棟丸ごと空けてあります。40床ありますが、7人ぐらいしか入っていません。もし患者さんがいれば井田病院をご紹介ください。よろしく願いいたします。以上です。

(岡野会長)

いっとき完全にコロナということで空けていた病床が、結核病床に完全に復帰したと考えてよろしいですね。

(金井委員)

そのとおりです。

(岡野会長)

ありがとうございます。その他、何かご質問・ご追加・ご意見はございますか。いかがでしょうか。それでは、特にご意見はこれ以上ないようですので、次に進めさせていただきたいと思います。

(3) 外来機能報告制度について【資料4】

(岡野会長)

それでは続きまして2(3) 外来機能報告制度について、事務局からのご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す。ただいまのご説明に対して何かご意見・ご追加・ご質問はございますか。いかがでしょうか。特にございませんか。この件に関しましてはよろしいでしょうか。それでは議事を進めさせていただきたいと思います。

(4) 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5】

(岡野会長)

最後の報告となりますが、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、事務局からご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す。ただいま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ご説明いただきましたが、何かこの点につきましてご意見・ご質問等はございますか。

(坂元委員)

川崎市の坂元でございます。どうもご説明ありがとうございます。1点お伺いしたいのは、新興感染症に関しては今回特にまだ言及がないということですが、最近の感染症法の改正に伴って、医療法30条の医療計画の中に、感染症災害医療チームを国が整備すると

ということが法律要項として挙げられております。その点に関してどこにも出ていないというのはどういうことでしょうか。もしお分かりになればお教えいただきたいと思っております。以上です。

(岡野会長)

いかがでしょうか。

(事務局)

事務局でございます。坂元先生、ご質問ありがとうございます。我々も承知しておりませんが、少し別の部署、例えば医療危機対策本部室で状況を把握している可能性があるかもしれないので、ちょっと確認をさせていただき、何か分かりましたらまたご報告、共有させていただければと思います。このような回答で恐縮ですが、以上でございます。

(岡野会長)

ありがとうございます。坂元先生、よろしいでしょうか。それでは、続きまして金井先生、お願いいたします。

(金井委員)

病院事業管理者の金井でございます。いつもお世話になっております。頂いた資料の6ページで医療計画全体に関する事項がありますよね。ここの上から3つ目のポイントのところ二次医療圏の必要な見直しとあります。川崎市は今、二次医療圏は北部と南部の2つに分かれています。実診療上の医療圏の形でいいと思います。例えば小児の救急医療は北と真ん中と南の3つに分かれています。北は麻生、宮前区、真ん中は高津、中原、南は幸と川崎、そんな感じで分けると、人口が大体50万ずつぐらいになって、生活圏ともリンクして非常にあんばいがいいと思っています。そういった川崎の二次医療圏の設定の見直しは、もちろんいろいろなご意見があると思いますが、そうやって3つに分けたりすることは可能なかどうか。今日は県の方がいらっしゃるので、ご意見を伺いたいと思って発言しました。以上です。

(事務局)

医療課長の市川です。必要な見直しということなので、基本的には見直しができる余地はあると思います。もともと横浜地域が神奈川県としては大きな医療圏になっていますので、このあたりをどのように進めていくべきなのかということが議論の中心にはなるかなと思っておりますが、一応今のところではそういう認識で、これをどのように調整していくのかは今後またご相談させていただきたいと思っております。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございます。川崎の医療圏が2つに分かれたのも、人口とかだけではなくてどのように病院のベッド分けをしていくとか、北部と南部との既存病床のバランスが悪くて、市全体でいくと新たな病床がつかれないと。そういう中で北部と南部を分けるというのが平成18年頃にあって、これが一つの理由にはなっているのですが、必ずしも川崎市

全体の救急医療を考えた施策が加味されていたわけではなかったかと思います。この辺を含めて何かまた、坂元先生なり挙手をされていますので、ご意見があれば頂きたいと思います。

(坂元委員)

金井先生のご意見は私ももっともだと思います。ただ、地域医療構想調整会議を設置するときに、ちょうど横浜市がそのときに3医療圏あったのを1つにするという流れの中で、川崎市もどうするかという議論をした覚えがあります。それで今、岡野先生がおっしゃったような議論になったのかなと思います。ただ、全国的に見ると、いい悪いは別として、全国の政令市で2つの医療圏を持っているのは川崎市だけだと思います。1政令市1医療圏という流れがどうも全国的に動いてしまって、どういうわけか川崎市だけが2つの医療圏を抱えています。それはいろいろな議論があった中で、今、岡野先生がおっしゃったところで、必ずしも全国的に1政令市1医療圏だから川崎市はそれに従わなければいけないという意見ではないと思いますので、それも含めて、場合によると金井先生がおっしゃったことも今後、議論が必要かなと思っております。以上でございます。

(岡野会長)

ありがとうございます。いろいろな理由があって、逆に戻ること、さらに分割すること、こういった可能性についてまた、今後もし議論があれば、小松先生、いかがでしょうか。

(小松委員)

小松です。日本医師会の地域医療対策委員会に出ていますと、二次医療圏の議論が北海道辺りではかなり真剣に議論されています。というのは、面積でいうと全国のトップ15のうち12が北海道の二次医療圏だそうです。面積が広い二次医療圏の中に、住民は3万人とかそういうところがざらにあって、実際にいろいろな議論がされています。こういう大都市とはまたちょっと事情は違いますが、1つ言えることは、二次医療圏というのは、我々はすごく意識していますし行政の方も意識していますけれども、患者さんは大して気にしていないので、実際のオペレーションとしては必ずしもそこだけでは完結できない。フリーアクセスですから患者さんは自由に動きますし、逆に我々側からすると、例えば二次医療圏を今回のように分けるという議論になると、分けたところでそろえなければいけないという議論も出てきます。そのあたりは、日本の全体の話をしているときはある程度柔軟というか、二次医療圏だけで全て完璧にそろえるというよりは、この議論は「主に」というぐらいのスタンスでさばいていけばいいのかなと私は思いました。ほかの事例といっても比較の対象が全然違い過ぎますけれども、ご紹介いたしました。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございます。その他、何かご意見ございますでしょうか。今後こういった医療圏の考え方、これは救急医療の問題もありますし、僕は今日のこの議論の中で一番懸念というか抜けているなと思うのは、かかりつけ医制度の話がまだまだ不透明でこれからど

のように転がっていくか分からない中で、かかりつけ医制度というものが地域医療構想に対しても今後ものすごく大きな影響を与えるのではないかと考えています。この辺を含めて何かご意見がもしあれば頂ければと思います。今のかかりつけ医制度は、財務省の構想とは大分違ってきてはいるようですが、いろいろな意味でまだ不透明なところがありますので、この辺の動向次第では地域医療構想でも大きな問題になるかと思っています。僕らとしても注目していきたいと思いますが、いかがでしょうか。何かあればよろしくお願いいたします。よろしいでしょうか。それでは、事務局から説明いただいた国の検討会における議論に関しましては以上とさせていただきます。

その他

(岡野会長)

それでは、議事を進めさせていただいてその他に移りますが、事務局または委員の皆様から何かございますか。

(事務局)

医療課長の市川です。改めまして、医師の働き方改革についてちょっとお知らせさせていただきます。令和6年4月から医師の働き方改革で、医師の時間外勤務に上限規制が適用されることとなります。各病院では今、この対応に向けて必要な取組をさせていただいている状況です。県としても医師の働き方改革を進める一方で、県内の医療提供体制、特に救急医療体制だとかの両立を図ることも考えていかなければいけませんし、医療関係者の皆様や市町村と連携して検討を進める必要があると考えております。改めて情報収集した内容を提供させていただくとともに、今後ともご協力いただければと考えておりますので、よろしくお願いいたします。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございます。医師の働き方改革は、今、病院協会をはじめ、我々医師会でも休日急患診療所の運営等に対して、その他出向してもらっている中小の病院等も含めて、本当に非常に大きな問題かと思っています。少なくとも川崎の場合は、休日急患診療所は日曜に限らず、特に多摩におきましては準夜帯、深夜帯といった時間帯も設けております。また、川崎区の休日急患診療所におきましても、今、川崎病院の先生方に大分ご負担いただいている流れの中で、川崎区の休日急患診療所が外にある以上、川崎病院の先生方のお手伝いはある程度限界が出てこようかなと思っています。この辺に関しても非常に危機感を我々は持っています。特に例えば川崎の北部休日夜間、深夜帯での運営に対しても当直という形で一応今は申請を出しておりますけれども、この結果次第では深夜帯が閉鎖になるのか、そういった可能性もあることを県でもぜひとも認識いただいて、何とかいろいろな案を頂ければと思います。いかがでしょうか。病院の先生方、この辺も含めて何かご意見

があればよろしくお願ひしたいと思ひます。

(明石委員)

おっしゃるとおりで、あと1年ちょっとで始まる割には解決できていない問題も結構あると思ひます。ただ、地域医療に穴が空かないようにということに関しては、市も県もかなり真剣に取り組んでくださっているのだから、何とか防げるのではないかと思ひます。ただ、国のレベルで一向に議論が出てこないのは、最初は言っていたのですが、各病院の財源の問題です。今、一病院がこなしている業務量を適正労働時間数で割ると必要な人数は当然出るわけですから。それは多分、今より多いですね。つまり、医者が足りない。そうすると、その分の人件費が増える分はどうなるのかとか、診療報酬に入れるという話もありますが、多分、大学病院なんかだと文科省が何とかしてくれないと足りないとか、様々な問題があります。ということで、結果的に少し医師の分布が変わることは十分予測しておかなければいけないだろうと思ひます。

それから、一番読み切れないのは、今の新しい臨床研修制度を経て育っている若い先生方です。彼らがこの働き方改革による労働時間の短縮で、非常に健全な医師の養成課程を踏めるのは確かだと思ひますが、逆に研修量が果たして足りるのかという問題を、若い先生方ご自身がシリアスに捉えておられるかどうかというのは誰にも読めません。ですから、この制度が走り出した後の医療界は、大きい目で見ると結構なリスクを抱えていると僕らはちょっと危惧しているところがあります。以上です。

(岡野会長)

川崎市内のもう一つの大学病院ですが、谷合先生、日本医大の動きなりが何かあれば教えていただきたいと思ひます。

(谷合委員)

日本医大の谷合でございます。日本医大としては、附属4病院の勤務状況を昨年12月までに全部出させました。それで、どの程度自分の病院以外の外勤に行っているのか、当直に行っているのかということを確認し、外勤に行っている当直病院が、極端なことを言えば寝当直なのか勤務になるのかということをして、厳しいとか忙しい病院に当直に行っている先生方は撒収せざるを得ないかなと。我々のOBの病院に行っていることが結構多いのですが、その救急をやって大学病院以外の当直でも勤務になってしまうと厳しいかなと。当院では川崎市の労基の人に来ていただいてチェックをしていただきましたけれども、内科の当直と救急の当直は、基本的には勤務だろうと。外科とかは4日に1回ぐらいしか手術がないから、それは寝当直とかそういうので大丈夫だろうというような判断をしていただきました。やはり一番の問題は、今の救急救命センターの先生方の人数では今の状況を維持できないことが分かりましたので、これはほかからリクルートをしてくるしかないかなと考えております。

4病院の中で回すといっても限りがありますし、あと、ちょっと話がずれますけれども、

聖マリアンナが引っ越しで救急を止めたときに、我々が年末年始で150件、救急車を受けました。その影響が1月いっぱい長引きまして、呼吸器が30何台、院内で回っているような状態になってしまって、1つの救急のところはストップするだけでもう一つの隣の救急救命センターがパンクしてしまうような状況があるということがよく分かりました。ですから、医療圏も川崎北部とか南部とか言っていないで、全体を見て考えたほうがいいのかなど。働き方改革も1つの病院で考えないで、幾つかの病院を組み合わせで考えていかないと乗り切れないかなと思っております。以上です。

(岡野会長)

ありがとうございます。これは大病院だけに限らず、菅先生、内海先生らの中規模病院の先生方にとっても非常に大きな問題かと思えます。何かご意見があれば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。菅先生。

(菅委員)

ありがとうございます。やはり基幹病院から夜間の救急外来を手伝ってもらっている病院に派遣がなくなると、その中小病院の二次救急が回りにくくなるのは本当に深刻な問題で、そういう人材をどう確保するかということは、これから働き方改革がどんどん進んでいく中で問題になってくるのではないかと思います。この間、川崎市内の病院で内海先生が座長をやられた県の会議でも、時間に応じて、例えば夕方の17時から23時59分までは勤務、0時から朝の9時までは宿直という時間分けて届出をして宿日直許可を受けている医療機関が同じ県内、具体的には横浜にあると。我々もそういう工夫をしないと、杓子定規に全時間帯を勤務でカウントされてしまうようだと、やはり厳しいのではないかと考えています。9時間のインターバルの問題もありますし、基幹病院が我々のような病院の宿日直許可申請の状況を見ながら勤務しに行くのは駄目と判断されてしまうのが懸念事項です。また、そういった二次救の崩壊から、先ほど谷合先生がおっしゃった、三次救命センターにたくさんの二次救も集まってしまうと、本当に救急医療体制の崩壊がドミノ倒しで進んでしまうのではないかとということも懸念しておりますので、地域全体で考えなければならぬ問題ですし、労基署に手心を加えろなんていうことを僕らは言えませんが、そのあたりも少し緩和してくれないと、民間病院とか中小病院で救急をやっていくことはなかなか厳しくなってくるのではないかと考えております。以上です。

(岡野会長)

この働き方改革は何も病院に限らず、我々診療所や在宅をやっている診療所等におきましても、若手の先生たち、それから特殊外来、専門外来、こういったところでお手伝いをお願いしている医療機関、市内の診療所等でも非常に大きな問題になってこようかと思えます。週1日の数時間というだけではなく、やはり大学本院のほう、病院本来の業務でオーバーである、ぎりぎりであるという先生たちにさらに出向していただけるかどうか、これも次の課題として僕らとしては非常に注目しているところです。今日は看護協会の堀田

先生もいらっしゃっていますけれども、これは医者の話だけではなくて、働き方改革は当然、看護師さんたち、これは病院の中の看護師さんたちであり、そして我々の休日急患診療所にお手伝いに来ていただいている看護師さんたちにも全て影響してきますが、看護協会として何かご意見はございますか。

(堀田委員)

今、病院の看護師さんたちは、かなり早く病院に入って、いろいろと患者さんの看護にあたるために必要な情報を収集しています。その時間に対して対価が支払われていないのがほとんどです。これは一例ですけれども、やはり長く働くために、看護師の労働環境を改善し定着確保に向けた課題全体を含めて働き方改革を進めなければいけないと思います。その改革をする中でタスクシフトをどのようにするのかという、前段の議論の中でもありました補助者の確保ですとか、そういった広範囲にわたった対策が求められると思っています。現場で離職率が本当に高いとも聞いていますので、確保と働き方改革が両面というか、総合的な視点でこのことを考えていかなければいけないだろうと看護の立場でも考えています。

(岡野会長)

ありがとうございます。いずれにしろ、働き方改革というか医師に働くな改革というか、本当にこのままで大丈夫なのかという不安は持っています。何かその他ございますか。

(明石委員)

一時期、小児救急医療をめぐって全国的な動きがあった、市民啓蒙ですよ。あと1年ちょっとしかないのに、一般市民は救急を受診するのに非常に混乱を来たすだろうと思います。つまり、地域の救急医療は市民も守る方向で協力してもらわないと成り立たないということは、1年ぐらい前から啓蒙活動に入っているのではないのでしょうか。とにかくなるべく日中にかかると。夜間・休日はなるべく、無駄なと言ったら怒られますけれども、不要・不急な受診は控えるというぐらいの啓蒙をしていかないと、突然、来年の4月に始まったときには社会混乱になるのではないかという心配をしています。一番サービスを受けられなくて困るのは、我々提供する側ではなくて受ける側の人たちですから、そろそろ自治体ごとに動いてもいいのではないかと思います。

(岡野会長)

ありがとうございます。確かに我々のやっているような地域の初期医療、初期救急は本当に必要なのかという、今言った正しい受診の仕方ですよ。ここをしっかりとすることで大分、削減できると言うのも変ですけども、時間をさらに短くするとか、場合によってはアクセスポイントを少し限定するとか、そういったことも一つ考えていかなければいけないのかもしれないかもしれません。そういう意味では、やはり市民への啓発啓蒙が本当に大事なという気は僕もしています。いかがでしょうか。今日はせっかく県の方たちにもこの話題を出していただきましたので、少し盛り上がらせていただきましたけれども、最後に何か

追加がございましたらよろしく申し上げます。よろしいでしょうか。

非常にいろいろな議題が出ました。そして、最後にまたいろいろな先生方からも一つ一つご意見を頂きました。ありがとうございます。特に追加がございませんでしたら、本日の議事はこれにて終了したいと思えます。いかがでしょうか。よろしいですか。では、進行を事務局にお返ししたいと思います。よろしくお願ひいたします。

閉 会

(事務局)

岡野会長、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、会議にご参加いただき誠に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、今後の取組を進めてまいりたいと思えます。

なお、委員の皆様の任期でございますが、本年度末までとなっております。来年度以降、委員改選に向けた手続を行う予定でございますので、ご承知おきいただければと思えます。

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。どうもありがとうございました。