

令和5年度第1回  
相模原地域地域医療構想調整会議

令和5年8月1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)

それではただいまから、令和5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。私は、会長が選定されるまでの間、本日の進行を務めさせていただきます。

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。本日はウェブ会議とさせていただいておりますが、一部の委員は事務局の会場から参加するハイブリッド形式での開催とさせていただきました。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。また、会議終了後、議事録を公開させていただきますので、本日の会議は録音をさせていただきます。ご容赦いただきますようお願いいたします。

さて、さきに委員改選がございまして、改選後初めての会議の開催となります。改選後の委員につきましてはお手元の委員名簿のとおりでございますが、新たに委員となられた方が8名いらっしゃいますので、時間の関係上、事務局よりお名前のみご紹介させていただきます。まず、相模原市歯科医師会の寺崎委員。相模原市薬剤師会の佐藤委員。神奈川県医師会の磯崎委員。全国健康保険組合協会神奈川支部の平手委員。健康保険組合連合会神奈川連合会の坂本委員。相模原市健康福祉局地域包括ケア推進部長の鈴木委員。相模原市健康福祉局保健衛生部長兼保健所長の三森委員。相模原市健康福祉局保健衛生部医療政策感染症対策担当部長の宮崎委員。以上、8名でございます。

次に、委員の出欠についてです。本日の出席者は事前にお送りした名簿のとおりとなっております。

次に、会議の公開について確認を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、開催予定を事前に周知しましたところ、傍聴者の方が4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とさせていただきます。

なお、本日の資料でございますが、委員の皆様には事前にメールで送付させていただいております。お手元に届いていらっしゃいますでしょうか。お手元に届いていらっしゃらない場合は、恐れ入りますが、本日は資料を画面共有させていただきますので、そちらをご覧くださいと存じます。

それでは続いて、会長を選出させていただきたいと思っております。相模原地域地域医療構想調整会議設置要綱第4条第2項により、会長は委員の互選により定めると規定されております。委員の皆様、どなたかご推薦いただけますでしょうか。土屋委員、お願いいたします。

(土屋委員)

審議の継続性とか医療団体を統括する立場であられる細田医師会長に引き続きお願いし

たいと思います。

(事務局)

ありがとうございます。ただいま土屋委員から細田委員を会長にご推薦いただきました。委員の皆様、いかがででしょうか。

(異議なし)

(事務局)

ありがとうございます。異議なしとさせていただいて、細田委員を会長として選出させていただきます。

それでは、今後の進行につきましては、会長にご就任いただいた細田会長にお願いしたいと思います。細田委員、恐れ入りますが、一言ご挨拶を頂き、議事の進行をよろしくお願いいたします。

(細田会長)

ただいま会長にご推挙いただきました細田でございます。前期に引き続きまして引き受けさせていただきたいと思います。

コロナ禍で非常に厳しい状況にありました。この地域医療構想、2025年問題、もう2025年まであつという間でございます。その後は2040年とか随分先まで見越して、今後は人口が減ったり、いろいろな問題がございます。そういった中で、医療の提供体制、こういったものを、きちんとした形で先を見てプランを練るということで、非常に大事な会合であると認識しております。この会ではぜひ忌憚のないご意見をたくさん頂いて、これを地域に反映していきたいと思います。この相模原地域は、二次医療圏がそのまま1つのブロックになっておりますので、比較的考えやすい、動きやすいところだと思います。それが直接、相模原市というところに落ちていきます。ただ、この地区は、隣は東京都町田市、北のほうは八王子市。それから、山梨県と接する部分もあり、横浜市、県央部の厚木市、座間市、綾瀬市、大和市。周りにたくさん、関係性のあるところに囲まれておりますので、そういうところの流入・流出といったものも加味しながら頭を絞っていかないといけないということでございますので、どうぞよろしくお願ひしたいと思います。

少し挨拶が長くなりました。今日は議題が非常に多くございますので、ぜひテンポよく議事を進めてまいりたいと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。それでは、早速議事に入りたいと思います。

## 協 議

(1) 地域医療構想調整会議等の運営について【資料1】

(細田会長)

協議事項1番の(1)地域医療構想調整会議の運営についてということで、事務局からよろしくご説明ください。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ありがとうございました。ただいまのご説明に何かご質問・ご意見はございますか。特によろしいでしょうか。それでは、先に進めたいと思います。

(2) 地域医療構想の進め方(2025プランの更新等)について【資料2】

(細田会長)

2番、地域医療構想の進め方(2025プランの更新等)について、事務局よろしくお願ひします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ありがとうございました。これに関してご意見はいかがでしょうか。何かございますか。よろしいでしょうか。

(3) 令和5年度病床整備事前協議について【資料3-1、3-2】

(細田会長)

それでは次に、(3)番目の令和5年度病床整備事前協議についてということです。これも事務局から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。243床不足しているのを今後どうするかという非常に大事な問題です。昨年は回復期を公募して81床を確保しましたが、まだ81床は動いていないのですよね。というところで、今年、引き続いてこれを公募するかどうかということで、これに関してはそれぞれの委員の方々からご意見を頂きたいと思います。いかがでしょうか。では、土屋委員。

(土屋委員)

病床数というのは、単に数の問題だけでなく、常に医療スタッフとリンクしているものです。医療スタッフの充足がきちんと計画されていなければ、近隣の医療施設または他の

二次医療圏からの流入を期待するということになりますので、これは、医療計画としてはそういったものを無視した計画になります。やはり十分に、充足できて初めて病床の確保と。削減の場合は問題ありませんが、特に神奈川県、相模原市は、医療スタッフ、看護師等々足りない中で、それを十分議論しないで進めることはできないと思います。以上です。

(細田会長)

ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。井關委員、お願いいたします。

(井關委員)

今回の件は、北里大学から243床の返納ということがありました。このベッド数というのはかなり多い上に、また多くが高度急性期病床であると。ですから、全てを現在もっとも不足している回復期リハ募集に振り向けるという画一的な対応には疑問が残っております。そもそも増床は、市中の既存病院の増床計画を優先すべきだと私も思っておりますが、昨年、回復期リハ病床83床の公募を行い、そのうち81床が埋まったという状況です。去年、市中で83分の81までは埋まったわけですが、それプラス、今、ウクライナ情勢などのこともあり、建築費もかなり高騰しております。さらに、そもそも看護師の人材不足の中、すぐに回復期リハ増床をさらに連続して行える市中の病院はそれほど多くないのではないかと考えています。

つまり、現状では、急ぐ必要はないということです。もし回復期リハ病床を増やそうということでしたら、まず検討すべきは、休棟中のベッドの精査をすとか、急性期病床として十分機能していない病床の回復期リハ病床への転床を進めることが先ではないかと思っております。真の急性期病床と回復期リハ病床の過不足分を十分精査した上で決めるべきだと思っております。

さらに今、働き方改革の中、今後の相模原市内救急医療の動向は予断を許さないところであります。現在でも市外への搬出症例は年2300例を超えておりますが、今後、働き方改革の中、各病院の対応が十分できなければ、予想以上に急性期病床として機能する病床が不足し、市外搬出症例がさらに増加すると思っております。さらに、光熱費の高騰や来年の診療報酬の改定などで、急性期を維持できないところが出てくる可能性もあると思っております。

当院の二次救急への対応を見ると、病院単独では急性期病床が不足していると感じております。しかし、各病院の必要急性期病床数というのは、後方支援病院の状態にもリンクするという話であり、相模原市内での各病院の役割分担を改めて話し合っ、二次救急に相模原市の各病院がワンチームとして対応できるようにする時間的なものが必要だと思っております。ちょうど今年基準病床の見直しも始まるわけですから、二次救急体制を維持するために、急性期病床がどのぐらい必要であるかとか、市内の病院の中で回復期リハ病床に幾ら回すことができるかということも十分検討しながら、基準病床の見直しを見て、十分検討して結論を出すべきだと思っております。

結論として、箱物としてすぐにつくるという募集は急がずに、まずは相模原市の中での体制づくりを再検討して、それで必要な急性期病床、回復期リハ病床がどういうものであるかという結論を出してから募集数を決めるべきだと考えております。

(細田会長)

ありがとうございます。では、安達委員よろしく申し上げます。

(安達委員)

私は81床を認めるときに委員として参加したのですが、これは具体的に実際動くのかどうか、実働してくれるのかどうかというのは、やはり見るべきだと思いますので、これでもただ増床していくということはちょっと現実的ではないのではないかと思います。すごく強力な実現性のあるところが特別手を挙げた場合はまたあれですが、今はめばしいところの病院は手を挙げてくれているように思いますし、多くの病床が実働するのかどうか見たいので、また急いで募集する必要はないのではないかと思います。

それと、医療機関の増床という点で、私どもの状況で言いますと、今、NHOは医療収支できちんと黒字を出さなければ……人員の増、医師の増、看護師の増というのを新たに4月に入れてきたんですね。そういう意味で、経常収支であればうちの経営は悪くないのですが、そういう条件も入れると、私どもの病院としては、今の病床数を維持して7対1を堅持することに注力していかなければいけない時期なので、それが許されたらその後はまた考えていきますけれども、現時点では増床ということは考えていません。

ただ、東病院の分をどう考えていくのか、あるいは今の他の病院がずっと急性期を担えるのかどうかという、不透明なところが幾つかあるのです。それがどういう動きになるのか、本当にそのまま担えるのかどうか、やはりその辺を注視しながら、補う必要があるのかという今の井關先生のご意見のことは一つ調査する必要があるのではないかと考えています。というのが私の意見でございます。

(細田会長)

ありがとうございます。ほかに手挙げはありますか。小松委員、よろしく申し上げます。

(小松委員)

県の医師会の小松です。今、井關先生、安達先生からも話題が出ていますが、やはり人材難の中でこれから医師の働き方改革が始まっていくと、もしかすると足りないベッドは全部回復期という考え方ではうまくいかない可能性がある。今年度、8次医療計画を立てて基準病床数の議論を再度していくときに、今日結論を出せというのであれば、今年度はちょっと立ち止まってきちんと、今言ったようなことと現場の声を反映させてもいいのではないかと思います。恐らく今、回復期だけで募集をすると、地域から手挙げがなくて、地域ではないところから新しくというのがあり得ると思いますが、何せ人も少ないですし、数年前よりもコロナ禍の後、急性期の一部の病院以外は回復期を含めてベッドが結構空いているのではないかと印象があるので、その辺はゆっくり議論してもいい

のではないかと個人的には思っています。以上です。

(細田会長)

ありがとうございます。ちょっと途切れ途切れだったのですが、大体の要旨は、このまま様子を見て、今決めるのは少し時期が早いであろうというご発言だと思います。

ほかにいかがでしょうか。ご意見は大体出そろいましたかね。これは決を採らなくていいですよ。

(事務局)

一応方向としては、まず一旦ここで、今のご意見でいくのであれば最終的な地域としての意見の整理を。

(細田会長)

そうですね。皆さんからのご意見は、今、病床整備については243床回復期でというような相模原市からのご提案が1個ありますが、そういうことではなく、今はもう少し状況を見ながら慎重に、今回は先延ばしする形のほうがよろしいのではないかというご意見がほとんどです。一番大きいのは、箱物ではなくて、ベッドの数を確保するのではなくて、それに伴うスタッフの手当てができるかどうかということが、現場としては非常に心配なことです。まず、医療スタッフ、医師もそうですし、看護もしかりです。特に今、働き方改革ということが一番大きくて、地域医療がこれで運営できるかというところに来ておりますので、それを見据えてからでも遅くはないのかなど。あとは、やはり病棟のスタッフで、特に神奈川県は看護師が慢性的に不足しております。ですから、もしこれを推し進めた場合には、その辺を十分に準備して進めないと、結局、地域での医療スタッフの取り合いになるとか、他地域からもし新しい参入者がいたときには、そういうところの問題が出てくるであろうということは目に見えています。

ですから、今回の病床整備については様々ご意見があったところですが、病床の配分を行わないという方向で今、皆さんからご意見があったと思います。これに反対で、令和7年に回復期病床が1710も足りない。現状が451ということで、かなりの数字の乖離がございます。待ってられないので、もう募集をかけてやったほうがいいのかというご意見の方はいらっしゃるのでしょうか。特にそういうご意見の方はあまりいないのでしょうか。ほかにご意見はございますか。

それでは、今回の相模原市の提案で、243床の配分については、配分を行わないで慎重に考えるということによろしいでしょうか。よろしいという方は挙手いただけますか。

(挙手)

(細田会長)

皆さん手が上がったようでございますので、その方向で今後の会議等に提示をいただければと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。

(4) 県保健医療計画の改定について【資料4-1～4-4】

(細田会長)

それでは、次の議題に参りたいと思います。4番目、県保健医療計画の改定について、よろしくお願ひします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ありがとうございます。非常に長くてご理解いただけたでしょうか。非常に難しいですよ。今日初めて委員になられた方々は全く分からないのではないかと思います、いろいろなこういう国が定めた方法によって、それをある程度柔軟に使いこなして、その中でどれかにしろという理解でよろしいですかね。その中には、地域のことを考えて、知事が4割でしたか、変えるというようなことも書かれております。最後の「本日の会議でご意見をいただきたい事項」で推計人口を活用する是非についてとかあるのですが、これを使うかどうかを今日決めなくてはいけないのですか。要するに、最終的に出てきたデータによって、こういうことを理由にしてこう決めましたという理由づけをすればよろしいという理解でよろしいでしょうか。今日決めなくてはいけないわけではありませんよね。

(事務局)

県医療課の柏原と申します。今日、全ての項目について結論を出す必要はなくて、冒頭にスケジュールをお示しさせていただきましたが、今後、2回目、3回目の調整会議の中で、最終的に2月、3月あたりに基準病床数を確定していきたいと考えております。ただ、推計人口を活用する場合は、国との特例協議というのを行う必要がございます。7次計画のときには、国との協議を9月頭あたりから始めておりますので、推計人口を使うかどうかについては、可能であれば今日、一定のご意見を頂ければと考えております。以上でございます。

(土屋委員)

推計人口は基準病床数が増えると思いますので、実際の人口で良いのではないかと思います。

(細田会長)

ありがとうございます。小松委員。

(小松委員)

県の医師会の小松です。いきなり言われてもなかなか難しいというか、急には理解するのが難しいのではないかとはいいますが、地域医療構想調整会議の上の会議になる県の保健医療計画推進会議でもこのところの議論は出ていて、今出されている項目について、各地域の調整会議で地域からのご意見を出してほしいということになると思います。今、土



屋会長もおっしゃいましたが、まず推計人口を使うか、リアルな人口を使うかというのは、あくまでも基準病床数という、ベッドの数を国が示した算定式で出さなければいけないという縛りがあり、推計人口を使うと、神奈川の場合には、必要とされるベッドの数が増え過ぎてしまうということがあるので、県としてもできればリアルな人口でやっていったほうがいいのではないかというような趣旨だと思います。ここは推計人口ではない人口を活用してはどうかという意見が、どちらかというところになるのかなと思います。

あとは2番目の、毎年、基準病床数の見直しを行った地域がございます。それは横浜、川崎、横須賀・三浦なのですが、毎年これをやると、実はさっき相模原でも話題がありましたけれども、毎年わり振った病床が稼働するまでの間の医療提供体制がわかりにくくなってしまい、かつ、毎年振り分けるということで事務的な結構手間がかかってしまうと。ですから、基準病床の見直しを行うのであれば、6年に一遍にするのか3年に一遍にするのかというような形で、毎年行うことはないのではないかと。これは県や市の立場でも我々の立場でもリーズナブルな提案かと思います。

それから、3番目に関しては、あくまでもこの議論をするときに国が定めた式があって、その式なりにはめてみると、どうやっても神奈川の場合にはベッドを増やせというような結論になります。一方で、例えばベッドを500床増やせということは、看護師を1000人増やして医者を500人増やしてというような形になります。そのような、人のことを検討しないでベッドの数だけ増やすというのはいかがなものかということ例えば施設で行われる医療ですとか在宅医療という、いわゆる病院のベッド以外でも医療の提供が行われているので、その辺も含めて地域のベッド構想ではなくて、地域包括ケアという視点で検討してはどうかということです。これもその方向で検討するのがリーズナブルかと思っています。

あとは、最後の基準病床算定に向けたということは、今後、先生方や委員の皆様にも、この式にいかにかに矛盾というか限界があるかというようなことをどこかでご説明する機会が必要なのではないかと考えていますが、いろいろな意見、要するにベッドの数だけで議論すべきではないとか、あとは何でもかんでも回復期と縛りをつけるべきなのかそうではないのかとか、そういう意見を自由にこの会議で出していただければと思いますし、今日の会議だけでなく次回とかもこういうご意見を出していただくということでよろしいのではないかと思います。

(細田会長)

県の事情についてお話いただきました。非常に説得力があるのではないかと考えています。あと一つ、今までこの地域医療構想の会議に出ていらっしやなかった委員の先生方に、この地域医療構想がそもそも始まったいきさつは、日本にベッドが非常に多く、それを適正化してベッドを減らそうということで始まりました。ところが、全国的に見て首都圏、特に神奈川県は、その計算式でいくと、そこだけベッドが不足していると。そういう特殊な地域です。医療費は西高東低と言われております。関西より西のほうが医療費

の1床当たりのベッド単価が高いですし、診療報酬の請求も高いというようなことで、そもそも収容するベッド数が西のほうほど高いと。同じようなことが全てのことで言われています。ですから、神奈川県、首都圏、この辺だけベッドが全国平均からすると、かなり少ない不足地域と見られてしまいます。この地域療構想というのは、ベッドを減らすための計画の一環という意味合いが当初はものすごく色濃く出ておりました。最近はそのようなことはあまり注目されていませんでしたが、そういうことなので、不足した地域は非常に私の目から見ると、ある資源を効率的に使ってきたというように見えます。ですから、神奈川県は診療報酬も平均からするとすごく安い値段でよく動いている地域ではないかと思えます。ベッド数も同じではないかと思えます。

そういうことを考えると、国の一律のこういう考え方がそのまま当てはまるかどうかということは非常に難しいですし、地域によっても神奈川県の中を見ても随分違うのではないかと。今回の地域医療構想調整会議は、まさに地域の意見を言って調整できるという非常にいい会議ですので、神奈川県地域医療構想到委員の方々の忌憚のないご意見をぜひ反映していただきたいと思えます。特にこの資料4、それからメールで配られた、最後のメールにこの4-4の別冊というのがついております。4-4の別冊の中で実はすごく大事なものは、在宅医療とかこういう病院以外での医療提供体制、この部分に関しては今まさに非常に見えにくいところですが非常に大事な部分ですので、今日お帰りになった後はぜひつぶさに見ていただければありがたいと思えます。これからの肝の資料の一つではないかと思えます。

ほかにご意見はいかがでしょうか。井關委員、どうぞ。

(井關委員)

まさに会長のおっしゃるとおりだと思っております、それぞれの地域が同じ人口だったら同じ病院で同じパワーを持っているということはありません。それぞれの地域によって病院、医療の特性も違います。そういう違いを調整しながら、この地域ではどのようにやるかというのが大事なのであって、私が感じていたのは、結局それぞれの地域で、この地域ではこのように組まなければいけないだろうというときの落としどころとして、統計値を用いて結果ありきで動くと、その地域の特性を持った地域医療というのができなくなるのではないかと感じております。ですから、この相模原地域では相模原地域で、ワンチームとなってそれぞれの病院がどのようにやるかというのをまず考えて、その中でお互いに、うちはここをやりましょうと。そういうことをまず決めた上で数字を出していくというのが大事かと思っております。以上です。

(細田会長)

ありがとうございます。ほかにご意見はございませんか。それでは、このところはまとめなくてはいけないので、推計人口は使わないでリアルの人口を使うと。それから、基

準病床数の毎年の見直しはしないで、相模原は今までやっていませんでしたので、今までどおりでいくと。それから、医療供給体制の事前協議においての運用の工夫等についてということですが、今日は地域医療構想の数合わせではなくて、やはりそこで働く医療スタッフの供給の問題とか働き方改革の問題とか、いろいろな問題を絡めて今後もやっていくと。同じく8次の病床のことも同じようなことで皆様よろしいでしょうか。

(異議なし)

(細田会長)

ということで事務局、よろしいでしょうか。

(事務局)

医療課長の市川です。ご議論ありがとうございます。特に今回、資料の27ページで出した論点として、推計人口の活用の是非ですとか毎年度見直しの是非、医療提供側の供給量を踏まえた検討、先ほど小松委員からもお話がありました。一定、この方向性については推進会議でもいい線なのではないかというご意見を頂いております。ただ、例えば③の医療提供側の供給量を踏まえた検討、これを具体的にどうしていくのかは、まだまだ議論していかなければいけないことがあります。したがって、引き続き次回以降も、我々が検討したことを皆様にお諮りしながら、着実に進めていけるように検討していきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。本日はこの件の方向性について承りました。ありがとうございます。

(細田会長)

よろしくお願いたします。そのようにしたいと思っております。それでは、まだ議論することが山積みなので、次に参りたいと思っております。

#### (5) 紹介受診重点医療機関について【資料5】

(細田会長)

協議事項の5番目、紹介受診重点医療機関についてということで、事務局よりご説明をお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

いかがでしょうか。何かご意見等ございますか。よろしいでしょうか。

(土屋委員)

各療養施設が裁量によって重点機関になる、ならないというのは基本なのですが、地域医療構想でそれが何を基準に是非を決めるかというのがよく分からないのです。単純にメリット・デメリットがあつて、その病院がメリット・デメリットを総合的に勘案してそれ

をどう受けるかというのに尽きると思うのですが、何となくよく分からないので、その辺は分かりますか。むしろこのぐらいの数があったほうが医療資源等に適切に、大きな病院にかからなくて負担が少なくて済むという、何か比率みたいなのではないのでしょうか。

(事務局)

医療課長の市川です。今のお話ですが、もともと外来機能報告が始まった趣旨からすれば、働き方改革とかそういったこと全般を進めていく上で機能の分担をしていかなければいけないと。入院に関しては病床機能報告ということで今進めているわけですが、外来についてはそういったことをやっていませんでした。なので、こういった外来機能報告制度を使って、病院に報告していただいたことによって進められないかというのが考え方だと思います。そういったことで、ここで言っている紹介ですとか逆紹介というのは、要は紹介状がなければ直接かかれない病院と、そうでない病院・医療機関に大別することによって、分担ができないかということでの一つの物差しとして出てきたものです。結果今、希望があって水準を満たしているところ、意向はあるけれども水準を満たしていないところを、国の基準に従って整理するところになりますというのが、今日ご説明した内容です。これを軸にして公表して行って、医療機関の外来の医療機能が分担されることによって、結果、最終的なところは病院の機能分担によって、少しでも患者さんが分かれることによって、うまく病院の診療が回っていけばということが狙いにあると思うので、本当にこれがそのとおりにいくのかどうかというのは、やってみないと分からないところも正直あるのではと感じているところです。

(細田会長)

メリットというのは、真ん中に書いてある800点という。これは外来を受診した人が入院すると800点の加算がつくというところ以外の……

(事務局)

なので、加算があるということを前提に、いきなり受診を受けるのではなくて、紹介で外来をやってくださいということで、役割分担のすみ分けができればという考えなのだと思います。

(小松委員)

小松です。地域の手挙げをするかしないかというのは病院ごとの判断で、結局は紹介状を持っていない患者さんの診療のときにお金を頂くか頂かないかということと、お金を頂くということは、逆に紹介状を持たない飛び込みの新患の患者さんが減り、病院全体としては収入が下がってしまうので、外来ではなくて入院の患者さんから800点を1回取っていいという仕組みなのです。もともと地域医療支援病院を取っていらっしゃる場合には、そっちの加算のほうが点数がよくて、1000点ですよ。だから、そっちを取られると思うので、地域医療支援病院にはなっていない病院で紹介率・逆紹介率の条件を満たしている病院さんがこの基準を満たすということになって、そのときに、これ

に手挙げをすれば紹介状のない方からお金を取るということになりますし、逆に紹介状を持っていない方からお金を取らないという選択肢も各医療機関の意向として示すことができるという話なので、どちらかというときつき土屋会長がおっしゃったように、これは地域の中で手を挙げる、挙げないというのを調整するかというと、あくまでも個々の医療機関の医師を地域として了解しておくというか、そういうことになるのかなという気がします。

本来ももとは、外来機能報告のデータを地域医療構想の入院ベッドみたいに使おうというような思惑があったり、あとは今後、どちらかという診療所メインにかかりつけ医療機能報告制度みたいなことをやっていくことになると思いますが、最終的にそのところまで調整し切れるのかというのは、なかなか厳しいのではないかと考えています。今のところは、この報告制度を行った結果、基準を満たす、満たさないということが各医療機関に知らされて、その医療機関が手を挙げるか挙げないかということを地域医療構想調整会議として了解するということが、当面の我々のお仕事かと思っています。以上です。

(安達委員)

今、小松先生が言われたとおり、これをやる相模原病院にとって、診療点数の面ではメリットがないのですが、当院の方針として紹介受診で救急やそういうところに力を入れるということを挙げていますので、紹介受診病院としては公表していただきたい。協同病院も同様と考えられ、相模野病院だけこのメリットがあるということです。

うちの病院の実情で言いますと、外来、消化器、循環器、急性期を担っている外科系は、100%以上の逆紹介をして、紹介率も84~85%あります。ただ、ももとの政策医療というか、リウマチの患者さん、ぜんそく、それから、東病院が閉院したことで神経難病の方の行き場がなくなって、専門の先生もいらっしゃるのですが、外来通院するというところに限りがあって、この3つのところが24.5にしているだけなのです。これも今、いろいろ外に出て少しずつ増やしているところで、じきに25にはなるのですが、うちは急性期をやりながらアレルギー、リウマチ、要するに法律で認められたアレルギーのナショナルセンターですけれども、専門医やいろいろな資格の問題で今、頓挫していて、そういう開業の先生のところに、重症の方をお任せするようなどは限られているので、外来で診ている。ただ、少しずつこれが進んで、5年、10年たって、そこの方を外来にお任せできるのが多くなれば全然できるので、公表としてはしていただきたい。地域支援病院にとっては、それほどこれはメリットがないけれども、名前を入れておいてもらわないと困る。、紹介率は84%ぐらい、逆紹介は100%超えている状態で、他の要件は十分クリアしていると思うので、公表されることを希望しています。

(細田会長)

ほかによろしいでしょうか。

(西委員)

相模原日赤病院です。うちは津久井地区ですごくへんぴなところであって、北のほうに行くと、紹介状を書いて出すような病院や診療所がありません。相模原市自体も診療所を、実は国保をまだ3つ持っていて、うちは市立の診療所を3つ経営しているのですが、来年か再来年には6つを3つに統廃合するということを市が決めています。それで、その場所も、公共の施設の費用を4割削減するということで、どちらかのほうに移行するというので、今、署名活動があつたりして反対意見が出ているのです。というのは、6つを3つに統廃合するときに、真ん中の地域に診療所か何かをつくるならいいのですが、片方に寄せてしまいますので、そこに職員を集めたりとかドクターを集めたりして、結局片方のなくなるところはすごくへんぴになります。年間受診者数は2000~3000人いるのですが、そのように市も削減するし、とても紹介状をもらうとか逆紹介をすとかというレベルのものでなくて、診療所も兼ねたような、全てを総合診療科で診たりとか、一部の専門家で診るような状態なので、とても紹介型の病院とかというものには全然なりそうもないです。そういう理由で、そのままオープンで、診療所の受診も兼ねた医療体制になっています。以上です。

(細田会長)

ありがとうございます。相模原日赤の実情ですね。ほかにいかがですか。小松委員、どうぞ。

(小松委員)

恐らく今、西先生がおっしゃったように、地域によってなかなか紹介・逆紹介が難しい地域でも、国のルールでいうと、200床以上だと初診は全部お金を取らなければいけないということになってしまうので、そうならないために、こういう手挙げ制を敷く場が紹介受診重点医療機関の一つの意義なのだと思います。ちょっと分かりにくいのですが、要するに、200床以上の一般病院、一般病床を持つ病院は、紹介状を持たない患者さんから一律でお金を取らなさいということになってしまうと、地域的にどうしても難しい地域、例えば北海道とかいろいろな地域でそういうことが起こり得ます。そうではなくて、今言ったように、うちの場合はこういう状況、こういう特徴があるので、あえて基準を満たしたとしても手を挙げないと表明した意思表示を追認するというのが、この調整会議での扱いなのではないかと私は理解していますが、県のほうはそれでよろしいのでしょうか。

(事務局)

県の医療課の柏原です。小松委員のおっしゃるとおりでございます。ありがとうございます。

(細田会長)

ということだそうです。中山間地域の問題というのはまだこれから解決すべきことだと思いますが、ぜひよろしく願いいたします。

ほかにご意見はないでしょうか。なければ、これはこの方向で取りあえず了承でよろし

いでしょうか。

(異議なし)

(細田会長)

それでは、次に参りたいと思います。次からは報告でございます。

## 報 告

(1) 2025プランの更新について【資料6】

(2) 令和4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7】

(細田会長)

2025プランの更新について、資料6。それから、令和4年度第3回地域医療構想調整会議結果概要について、まとめて事務局から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。どこでも問題になっていることは同じようなことですね。これに関してご意見等、追加発言はございますか。よろしいでしょうか。それでは、次に参りたいと思います。

(3) 地域医療介護総合確保基金（医療分）活用状況について【資料8】

(細田会長)

次は、地域医療介護総合確保基金（医療分）活用状況について、事務局からお答えします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ありがとうございました。なかなかこれは使えないのですよね。特に相模原は使えないですね。内容を見ると、行政が使っている分が非常に多いよう見えるのですが、公的などころで使うのも一つの方法かと思います。相模原市からこういう要求を出すことは検討されないのですか。どう思いますか。

(事務局)

医療課長の市川です。基金の活用については、先ほどお話がありました基金の募集提案だとかを行っていますので、各地域でもいろいろと議論が始まっていて、公立だけでなく

民間病院でも使えるメニューがつかれないか、今、試行錯誤をしているところです。各地域の状況を見て、またこちらからも皆様に情報提供できることが近々あるのではないかと考えていますが、何かあればご相談いただきながら、我々としても各地域で使っていただけるように進めていきたいと考えていますので、どうぞよろしくお願いいたします。

(細田会長)

そこに関しては昔、介護保険とか何かはかなり力を入れてやっていた時期があるのですが、医療と介護という線を引くのは大変ですよ。これに（医療分）と書いてあるのがすごく気になるところで、特に病院関係だと、下り搬送といいますか、病院から退院をさせる。そうすると、病院から病院ではなくて、病院から施設という方向性を大きくつくっていかないと、今後、病院はやっていけないと思うのです。そうしたところで、医療と介護というのにあまりにきちんと線を引かれてしまうと、その連携のところにお金を使えないということで、非常に使いにくいのではないかとかねがね思っております。ですから、その辺はぜひ神奈川県として柔軟にお金を出していただけると、例えば病院から地域の医療のところはほとんど終わっているのですが、地域の介護施設のほうにもっと早く患者さんを送ってバトンタッチしたいというようなところにこういう基金を使っていければいいのではないかと思います。ですから、その辺を使いやすくするのに、どうしてもそれは介護分でしょうか医療分でしょうかということをすぐ言われて、そこは非常に出していただきにくいところがございます。これは私の実感として、今までやっていた仕事がそういうところなので、ぜひ医療から介護へのバトンタッチに使えるような基金にしてほしいと。今日は公的な会議で、これは議事録に残ると思いますので、ぜひそうしていただくと、地域がもっと活性化していくのではないかと考えております。ぜひよろしくお願いいたします。

(安達委員)

まさしく僕もすごく感じていたところで、この場で言うつもりはなかったのですが、例えば今、問題点になっているのは、土屋先生が常々言われていますけれども、老健施設から片道切符で二次救急病院へとにかく診てくださいと来るわけです。今言ったように、医療資源としては大したことがない。ただ、診るところがないから診る。しかし、元の施設に戻そうにも戻せない。その方たちが普通の在院日数の倍以上になって当院の経営を圧迫しています。そこで在宅の先生とつなごう、看護ステーションにつなごうにも、連絡する関係が組織化されていない、そこに行政が関与してほしいと僕もこの頃感じていて、今、細田先生が言われたことに全く同感です。だから、在宅をやっている積極的な先生と組もうと思うのですが、それよりも前のところで行政がその橋渡しをしてくれたら、随分と急性期や一般の病院の先生たち、民間の病院も、二次救をやっているところは楽だと思えます。今言っていることは本当に大事で、そうしてもらえると、より救急に特化していけるのです。そこは市に言うべきなのか県に言うべきなのか、僕もずっと考えていたところでしたが、本当に重要なことだと思うので、そこへの視点をぜひ持ってほしいと思います。



(事務局)

医療課の市川です。コロナのときの対応で、下り搬送の受入れをどうするのかということでもいろいろと試行錯誤したことがあります。そういった内容を何とか平素の医療の中に組み込むことができないかと、いろいろと研究・検討している中で、そういった視点について我々としても何かできることがないかということは検討しておりますので、またそのあたりについてはご相談させていただきながら進められればと思っております。以上です。

(細田会長)

コロナで大変苦勞したところですが、その問題はコロナの前から、昔から問題になって、高齢者救急、高齢者医療の部分で病院をすごく苦しめていた部分なので、そういうところの受皿が、今は何とか在宅へということなのですが、在宅だけでは受け入れ切れない。だから、それは施設——下流のベッドを持った療養設備のあるところが非常に大事になってくると思います。小松委員、手が挙がっております。どうぞご発言ください。

(小松委員)

今、細田会長がおっしゃったことが一番大事なところなのですが、結局、急性期の病院が救急を受けたはいいけれども、今度どうやって施設に戻すかということに関してが非常に難しいし、そこで在院日数が長引いてしまうと。今回、下りコロナである程度そういう仕組みができたので、ぜひこれをバージョンアップする。あとは、ちょっと言い方はあれですが、きちんとした施設というか、ちゃんとやっている施設に送れるようにするというのを、ぜひ基金を使ってやっていただければと思います。要するにこの基金は、相模原市の負担は全くないわけですよ。であるなら、ぜひ相模原で頑張っていただきたいですが、ただ、これは全県でも対応可能なことなので、ぜひやっていただきたいということが1点です。

それと、もう既にここが金になるといって目をつけている事業所が結構増えてきています。介護事業をやっているところが、急性期病院さんに情報だけ入れてくればいろいろな施設が翌日には手を挙げて転院がスムーズに決まるというような、キントーンを真似たような仕組みを始めているところが幾つかあります。何が問題かということ、例えば相模原の病院が登録をすると、翌日には県外の施設が手を挙げていたりとか、施設の内容が分からないのにそういう状況になっているということが問題なのと、ビジネスになると思ってやっている人たちは、医療機関からはお金を取っていないのですが、どうも紹介した施設からお金を取っているようです。もしかするとそういうビジネスになるようなところなので、だからこそ、行政にきちんとそこで安心できる仕組みをつくっていただくと、出す側の急性期の病院にとっても安心して出せるようになると思うので、ぜひこのあたりは検討していただければと思います。特に相模原は施設が多いので、そういう意味で言えば、相模原からそういうのを始めて全県に広げるとか、そういう展開の仕方は多分、県としてもウエルカムでしてくれるのではないかと思います。ぜひ相模原で細田会長、モデル

事業を立ち上げ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)

そうですね。大変いいご意見をたくさん頂きました。こういうのは病院のソーシャルワーカーが中心になってやるといいと思います。特に医療・介護の連携でそういうふうに行っているのは新潟です。新潟は幾つかの基幹病院のソーシャルワーカーでネットワークを組んで、そういう形で全県を押さえてやっておりますので、そういうのをお手本にしながら、ぜひ相模原でやっていただければと思っております。

あともう一つ、今、議事録から抜いてくださいと言っていた部分ですが、同じようなのが高齢者の施設ではたくさんはびこっております。私もうちの親をそういうところに入れようと思ったときに、そういう業者がぱぱっと来て、利用者には負担がないように見えるのですが、入居の費用が高くなります。施設から仲介業者にバックがあるというようなことが当たり前のようにしてはびこってしまっていて、そこを紹介してくれたのはケアマネジャーでした。ですから、結局は利用者には負担がかかったり何かしますので、そういうふうにならないような形でやるのがいいのではないかと考えております。

どんどん時間がたっていってしまいます。ほかにご意見はございませんでしょうか。

(土屋委員)

市が使っているか分からないのですが、病院協会では潜在看護師の復職支援事業をやっています。市からもちょっと援助を頂いているのですが、ああいうのに基金は使えないのでしょうか。その辺を市から、市はどこからお金を持ってきているのか、市の財政でやっているのでしょうか。ちょっと聞きたいのですが、分かりませんか。例えば地域全体で看護師の復職支援の研修会をやったり、そういった医療従事者の確保で基金を活用できる可能性はありますか。

(事務局)

医療従事者の確保に基金は活用できるかということですよ。項目としては、医療従事者の確保についても対象の事業としては位置づけていますので、あとはその事業の形態によります。なので、一般論としては、イニシャルコスト的なところに対する支援というのはしやすいのですが、ランニングコストに対する支援ができない。人材確保系の話について、どうしてもイニシャルで何かするというのは仕組みとして難しい部分があるので、事業を生み出すのに結構難渋するというのは一般として……

(土屋委員)

例えばそれをするのにシステムを使ったり、特別な機械を買ったり、特別なシミュレーターを買ったり、そういうのは可能性はありますか。

(事務局)

そういう意味でいきますと、ある意味では鶴見で実施しているサルビアねっとも基本的にシステムの費用ではあるのですが、そういった情報の共有だったり、人材を何とかして

いこうという二元的なところもあるかと思えます。大きな意味でいくと、そういったところを考えながらやるのも方法ではないかと思えます。

(細田会長)

ありがとうございました。すみません。司会の不手際でまだ議題が随分残っております。平手委員、どうぞ。

(平手委員)

協会けんぽ神奈川支部の平手と申します。我々神奈川支部としても、資料8の6ページの図を見て、今まで議論していただいた中で、やはり先生たちのご意見に賛同させていただいて、同様のことを考えておりました。資料6ページの、相模原の基金の執行額のシェア率ですが、こちらは全体の4%程度しかないような状況でございまして、相模原の既存病床数のシェアも10%程度という形なので、かなり下回っているような状況なのではないかと我々も考えておりました。人口シェアと比べましても、人口だと8%程度ぐらいで、やはりそれよりも下回っている状況なので、こういったところを踏まえると、神奈川県として、病床数をはじめとした医療提供体制の整備をさらに進めていただきたいと考えております。それには、やはり関係団体や市町村に対して基金の執行額を増やすような事業提案をこれからもどんどん進めていっていただきたいと考えておりましたので、手を挙げさせていただきました。以上でございます。

(細田会長)

ありがとうございました。どうぞご発言ください。

(磯崎委員)

県医師会の磯崎です。先ほど在宅の話が少し出たので追加でお話ししたいのですが、病院から地域に帰すときに、病院のMSWの方がいろいろ苦勞されて帰していただいていると思えます。そういうときに、1つの事例として、訪問診療を専門でやっている先生方は外来がないので、ドクターがすぐ行ってくれるというメリットがあるわけです。夜もどんどんドクターが行ってくれて、そこはいいところなのですが、一方で、夜の訪問診療をドクターがやると、非常に高点数になります。全員が全員というわけではありませんが、一部のドクターはアルバイトの先生を雇って、もし夜に行ったら半分はアルバイトの先生のフィーになるから、電話がかかってきたらトリアージもせず、必ず行ってくれというところも存在しています。なので、これは情報として知っておいていただきたいのですが、そういった不適切な在宅診療の事例もありますので、先生方にはそういったことにぜひ目を光らせていただいて、適切な在宅医療が提供されるように考えていただければと思います。以上になります。

(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。活発にご議論いただきありがとうございます。それでは、先に参りたいと思います。

(4) 令和4年度病床機能報告結果(速報値)について【資料9】

(細田会長)

次は、令和4年度病床機能報告結果(速報値)の報告をよろしくお願いします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

これに関してはよろしいでしょうか。それでは、次に行きたいと思います。

(5) 医師の働き方改革の進捗について【資料10】

(細田会長)

医師の働き方改革の進捗について、よろしく願いいたします。

(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。あまり進んでいない印象を受けますが、労働局、労基署、一応その地域の労基署から結果が出てこない限りは前に進まないと思いますが、いい結果が出ることを祈りたいと思います。では、次に参りたいと思います。

(6) 病院等の開設等に関する指導要綱の改正について【資料11】

(細田会長)

その次ですけれども、病院等の開設等に関する指導要綱の改正について、よろしく願いします。

(事務局)

(説明省略)

(細田会長)

ありがとうございました。これは明確になったということでよろしいですね。

(7) 医療法第7条第3項の許可を要しない診療所に関する取扱要領【資料12】

(細田会長)

では次、医療法第7条第3項の許可を要しない診療所に関する取扱要領の改正について。これも同じようなことでしょうか。

(事務局)

さようでございます。

(細田会長)

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。これに関してご意見はございますでしょうか。

(事務局)

1点だけ補足させてください。医療課市川です。先ほどの、病院等の開設に関する指導要綱、それから、今ご説明しました医療法第7条第3項の許可を要しない診療所に関する取扱要領の改正につきましては、今回、方向性をお示しさせていただいております。ご意見を頂いたり文言等の調整を行いまして、次回、改めてこれを提案する形でまたお諮りしたいと考えておりますので、一旦これでご覧いただいて、何かご意見があれば頂ければと考えております。以上です。

(細田会長)

7条3項は相模原でも1件議論をしたような記憶がございます。ほかにもございますか。よろしいでしょうか。

## その他

(細田会長)

それでは、その他でございますが、何かございますか。

(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。時間が超過してウェブからの参加で申し訳ございません。在宅医療担当理事として2点ほど意見を申し上げたいと思います。この地域医療構想会議におきまして、細田会長の下、病床の会議だけでなく今後の地域医療ということで、私も在宅医療の担当理事として長年参加させていただいております。回復期病床の数や、今回、確保基金の使用が少なかったという点に関しまして、市と県のほうに意見を述べさせていただきます。

まず、回復期の病床については、今日、病院の院長の先生方からご意見がありましたけれども、病床をすぐ増やすというよりは、今は在宅医療も一部でベッドと捉えることもできるかもしれません。回復期の療養の在り方につきましては、病院での療養はもちろんで

すが、訪問リハビリテーション等を使って在宅療養を、在宅医療機関を使って、より自宅での医療で継続することも可能かと思えます。

それからまた、私は安達先生や井關先生と個別によくお話をさせていただいていますけれども、救急病院に入院した後、なかなか出しどころがなくなってしまって、今度は救急患者の受入れができないと。そういった問題も多く発生しています。実際、コロナのときには、下りのみならず上りの入院も大変困りまして、保健所の入院調整だけでは回らなくなったので、神奈川県では磯崎先生が先駆けてやられていましたが、相模原地域も私が地域の在宅療養モデルのセンター長として入院の調整等を行ってまいりました。そういった中で、このたび、下りの調整・連携がなかなか困難であり、また、市民病院がない地域ということで、実際にそういった保健所と市の在宅療養患者支援センターのような役割分担というものを、今後、病院協会のソーシャルワーカーや医師会の在宅医療をやっている医療機関の相談員等が集まって、うまく入退院の調整等ができるようなセンターなんかがつくれるといいのではないかと思います。

また一方で、そういったセンターをつくるに当たっては、今もそうなのですが、私も実地で在宅医療を経験していると、病院が早期の退院を望むあまり、例えば入院して1週間で帰しますと。あと先生お願いしますと紹介状を持たされたところで、帰ってきて発熱があって、実は誤嚥性肺炎を繰り返していて、即また救急搬送というケースも結構目立ちます。ですので、実際に人生会議、ACPなどの言葉は皆さんも大分ご理解いただいていることが多いのですが、入院中に在宅医療に移行する前に、そういった人生会議やACPなども、市民が住み慣れた地域で生活を続けていくために、市が積極的に中心となって病院協会、医師会等の医療団体がしっかり話し合い、そういった入退院のできるセンター化、それから、確保基金を利用した研修、実務、そういったものを今後協議させていただければと思います。在宅医療担当理事からの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。ほかにございますか。今日は非常にご意見をたくさん頂いたと思います。それでは、座長の不手際で15分延びておりますので、今日の会議はこの辺にしたいと思います。よろしければこれで議事を終了とさせていただきます。では、事務局にマイクを渡したいと思います。

## 閉 会

(事務局)

細田会長、議事の進行をありがとうございました。また、委員の皆様、本日は多岐にわたり様々なご意見を頂きましてありがとうございました。次回第2回の調整会議は10月に予定しておりますが、本日頂いたご意見を踏まえて、事務局としても次の会議に向けた準

備を進めていきたいと考えております。

それでは、本日は以上をもちまして第1回相模原地域地域医療構想調整会議、これにて終了とさせていただきます。本日もご出席いただきましてありがとうございました。