

令和8年度第2回県央地区保健医療福祉推進会議 議事録

日時：令和8年9月3日（木） 19:00～21:00

方法：WEB会議

1 開会

会議の公開について

本日の推進会議は、協議項目(2)を非公開とし、それ以外は公開とすることとされた。

2 議事

(1) 新たな地域医療構想の策定

○資料説明 説明者：事務局（医療企画課）

資料1-1 新たな地域医療構想の策定

○資料説明 説明者（横浜市立大学清水講師）

資料1-2 構想区域毎データ分析結果（入院医療等）

○資料説明 説明者（厚木保健福祉事務所）

参考資料① 県央地区病院情報連絡会の意見

<委員>

資料1-2中、急性期病棟の稼働率のご説明で、急性期病棟の病棟ごとで見た場合には、稼働率が非常に低いところが見られるというご指摘ですが、搬送困難理由を見ると、満床が一番多い回答でした。これはどうしてか疑問を感じます。ベッドの空きはあっても人材がいなくて回っていないのでしょうか。その辺りのデータ分析はできますか。

<講師>

消防が病院に受け入れの連絡をした際に、搬送が受け入れられない理由として、その病院が示された理由になります。満床の実態は分かりませんが、おそらく専門外であるとか、その他不明、処置困難と資料に記載していますので、このような理由も大きいと思います。おそらく、実態は地域の消防本部が、よくご存知ではないかと思います。満床の支障理由も、地域によって比較的異なりますので、他の地域の理由を比べてみると何かのヒントになるかもしれないなと思います。

<委員>

人材、例えば看護職員とかの不足等によって、ベッドの空きはあっても、病床をうまく回せないようなデータは抽出できますか。非常に気になることです。

<講師>

実態としてかなり多いと思います。専門職の医師がいないことによって救急搬送を受けられないというようなことがあります。持っているデータではそういったことに関しては記載がないと思います。

<委員>

高齢者、独居高齢者の割合が増えてきていると思います。そういう人たちが、入院して家に帰る時に、独居で療養することが重要になるとご指摘がありました。その時には県央で人材がいけないという現実がある中で、非常に大きなジレンマがあると思います。独居高齢者をみんなで支えるためには、非常に多くの人材や連携が必要になりますが、どのようにクリアしていくのか、我々が考える必要があると思いますが、講師はどのようにお考えですか。

<講師>

非常に重要なご指摘だと思います。地域によって、独居高齢者をどのように支えるかは、地域の医療資源配置によって決定される要因が大きいと考えています。例えば高知県のような、かなり病床が多い地域であれば、独居高齢者は病床に入っていると思います。施設を含めてベッド数が多い地域はそこに入り、一方でベッドが少ない地域はどのように受け入れるか、都市部にはかなり共通する課題です。10人や20人であれば、頑張ることができるかもしれませんが、特に都市部においては一度、数が飽和した後がどうなるか予測が難しいというところがあります。地域的課題を明確に解決する方法はないと思います。新たな地域医療構想の苦肉の策なのかもしれませんが、地域で医療資源配置を適正化させてなんとか受けられないか、ということになると思います。あとは、例えばかなり遠い将来に現在とは全く違う技術の発展を見込めるかもしれませんが、現状ではあまり正解がないと思います。

<委員>

委員の質問について補足すると、満床の理由は、実際に満床である場合もあると思いますが、病院の病床はある程度重症の方と高齢の方に対応ができるベッドの区別が難しく、例えば、独歩の方以外は入れないベッドがあるので、正確には満床でなくても、この患者さんに対応できるベッドがありませんという答えが、おそらくベッドがないという答えになって、満床という形で理解されている気がします。

私からも質問します。地域の病院が面で受けるとは、どういう意味でしょうか。

<講師>

面で受けるとは、連携して受けることだと思います。各医療機能を持った医療機関、在宅施設等を含め、どこかの現場がうまく効率的に回すのかを地域全体、地域の最適化を考えて行う。例えば、診療所が最大限に努力して対応可能になる地域ではないので、交通整理をする必要があると思います。

他の小さい地域でも話を聞きますが、先日行った地域ですと、その区域内には大きい病院は2病院しかないので、病院で受ける疾患ははっきり決まっています。さらにかかりつけ医、住民の数も少ないので、診療所の医師もみんな顔見知りで、誰がどうなっているかを地域の人が認識している状況です。考えてなんとかなるような地域と、どこかが中心となって交通整理をしないと回らない地域があって、神奈川県は多くの場合、交通整理をしないと回らない地域に該当するのではないかと思います。

<委員>

面で受けるに関して少し付け加えると、病院同士の面で受けるとは、病病連携的なこともあります。例えばある地域では救急は、A病院とB病院が受け入れるとだいたい決まっていますが、今後は、平日の日中であれば上り搬送を受けられる回復期や療養型の病院があっ

たり、逆に救急対応はできないが、下り連携は速やかに受けられる病院があったり、一つの病院での病院完結型から地域完結型といったところで、一つのプレイヤーではなく、複数のプレイヤーがやっていくことが、面で守るということです。点というのは、ある特定の医療機関や病院や診療所が頑張れば、点を中心として形ができますが、面はそこに加わる人たちの標準的な質が担保されないと面にはならないので、実現するのは簡単ではないとは思いますが、結局、面で受けるということは、地域の医療関係者が集まって話し合いをしない限りは、絶対に面にはならないので、黙っていても面になることはない。少し解説みたいになります。委員がご発言された中ですごく大事なことは、これから老老介護や独居になった時に、退院はできますが、退院しても自宅での生活がマンパワー不足なので支えきれないようなことが出てきます。地域の中ではっきりそのように思いながら、お金がない、本人が家に帰りたい、それから、施設に入るにも本人の意思が必要ですが、本人が判断できない。結局家に帰るしかないって言って帰った人を支えるために、人手が足りない中でさらに一生懸命支えなければいけないといったような事象も出ていますが、地域力、地域を支える人のマンパワーが落ちてきているので、ここから先はある程度そういう人に関しては、もう自宅での療養は無理だからと伝える。入所系施設等でサポートしていかないと無理になる時代が近づいていると思います。ただし、神奈川県は相当都市部なので、在宅を支えてくれる医療機関や、看護師達が、例えば目的地に向かうついでに家に寄って効率的に回したりすることがまだできるので、郊外のところよりは、独居の人の自宅療養を支える機能はまだあると思います。いずれは、難しいので少し断っていかないと、持たなくなるといった印象です。

<委員>

病院情報連絡会でも話題になりましたが、県央地区は流入流出が最も多い地区です。特に流出が多く、同じ地区の中でも相模川があって、厚木地区と大和地区の行き来が少ないということがあります。今回の資料は、非常に参考になりましたが、構想区域を越えた分析、例えば、厚木地区と湘南西部地区と合わせて分析することはできますか。将来の構想区域になるかもしれませんので、そのためのデータとして、どのように使えるのかお聞きしたい。

<講師>

今回のデータは、病院の住所情報が入っていますので、住所であれば、東西別に粒度で分析することはできます。例えば市区町村の粒度に落として分析することも可能です。病床機能報告のデータ等は、患者の住所が入っていませんが、医療機関名がありますので、そこから住所情報を使って、もう少し細かい病院の地域で見えることは可能です。問題は、患者の住所が分からないことですが、患者の住所に最も近いものが、救急搬送データだと思います。救急搬送データは、消防本部の管轄コードを保持しているので、コード別に東側と西側に分けて、どこからどこに搬送しているかといったことを見ることができます。人口等の将来推計、死亡場所は市区町村単位のデータになります。こちらでも東西別に組み替えられます。患者に近い情報は、例えばDPC病院における病院ではなく、患者の動向になってくると細かい地域単位の分析は難しくなってくる。一方で公表データについても、病院所在地が使えるもの、消防においては所轄コードが使えるものに関しては、もう少し細かい分析は可能という形になります。

<会長>

在宅医療を行っている医師から、救急搬送の依頼の多い時間帯は、やはり深夜×介護施設

×平日、夜間の平日等と思います。病院が救急搬送に対して受入れができるかできないかもありますが、データによれば、現在、診療所の36%が在宅の届出があつて、時間外加算は届出をしているが、往診の実施率があんまり高くない。やはり在宅を届出している、一人で開業されている医師は、例えば夜間、日中の往診がなかなかできないという実態がわかるような気がしました。結局、メガ在宅と言われているところが、病院からの受け皿にもなっているようなデータの分析があつたと思いますが、一つの方向性として、在宅の看取りの件数が12%しかないところを増強させるには、届出をしている医療機関、一般の開業医の在宅への参画が非常に重要な鍵になると思います。その中で特に鍵になると思うのが、機能強化型を届出している診療所間だと考えています。機能強化チームを組んでいる医師が、休みながら他の医師に夜間お願いすることができれば、1人で24時間365日の開業医にとっては難しいと思いますが、機能強化型を届出している医師に、機能強化型に連携いただけないかと医師会等でも勧めてみるのはいいことだと思って聞いていました。データ中、訪問診療を実施する診療所36%のうち、在宅で機能強化型になっている医療機関はどのくらいあるか、見ることはできますか。在宅療養支援診療所の届出として、機能強化型の在宅で届出している医療機関と、孤立で届出している医療機関は分かれていると思いますが、比率が分かってくると、データを示しながら、医師会等でも連携して機能強化型の参画について話しやすいと思いました。

<講師>

機能強化型の届出はあつたと思います。ご指摘いただいたような視点で分析するというのは非常に重要な観点だと思います。

<委員>

深夜の介護施設が、搬送の最も大きな割合になってきます。判断材料として、今回のデータではなく、地元の行政、市区町村に調べていただきたいと思いますが、介護施設の嘱託医が近隣に本当にあるのでしょうか。例えば、平日は定期的な訪問診療はしているが、休日夜間の往診に関しては、往診している嘱託医がかなり離れたところにあり、24時間対応はしているが、現実的に行けないので救急搬送という指示が出ているような実態がないか、行政の方で嘱託医を調べて、そういうデータを調整会議に持ち寄ることで、地元の中で機能強化型の連携を模索する議論につながると思いました。

(2) 県央地区の2025プランの変更協議

○資料説明 説明者：事務局（医療企画課）

資料2-1 2025プランの変更に関する取りまとめ結果

○資料説明 説明者：事務局（厚木保健福祉事務所）

資料2-2 2025プランの変更及び新規提出病院一覧

参考資料② 県央地区病院情報連絡会の意見

<会長>

事務局からのご説明について、委員の皆様からご質問ご意見等ありますでしょうか。各病院の2025プランをご承認いただくということによろしいでしょうか。

（質問、意見なし）

(3) 病床に関連する事項

- 資料説明 説明者：事務局（医療企画課）
 - ア 病床数適正化緊急支援事業の申請に伴う協議
 - 資料3-1 病床数適正化緊急支援事業の申請に伴う協議
 - 資料3-2 病床数適正化緊急支援事業の申請状況一覧
 - イ 基準病床数の見直し
 - 資料4 基準病床数の見直し
 - ウ 令和8年度病床整備事前協議（報告・共有事項）
 - 資料5 令和8年度病床整備事前協議

<会長>

事務局からのご説明について、委員の皆様からご質問ご意見等ありますでしょうか。

（質問、意見なし）

3 報告

(1) 医師偏在対策パッケージについて

- 資料説明 説明者：事務局（医療整備・人材課）
 - 資料6 医師偏在対策パッケージについて
- 資料説明 説明者：事務局（厚木保健福祉事務所）
 - 参考資料③ 県央地区病院情報連絡会の意見

<委員>

医師の相互派遣に関して、同一区域内での派遣は対象にならないのでしょうか。

<事務局>

改めて国に確認をしたところ、区域内での派遣については対象外といった回答がありました。区域内での医療機関同士の派遣につきましては、こちらの事業の対象外となります。

<委員>

県央地域が、医師偏在指数が低い二次医療圏になったことについて、人口増加でなったのか、医師が減ったのか分かるデータはありますか。

<事務局>

県央区域の医師数について、増加傾向となっていますが、10万人対の医師数を見ますと、減少しておりますので、人口増加も大きな要因の一つではないかと考えています。

(2) 第1回県央地区病院情報連絡会結果概要

- 資料説明 説明者：事務局（厚木保健福祉事務所）
 - 資料7 第1回県央地区病院情報連絡会結果概要

<会長>

事務局からのご説明について、委員の皆様からご質問ご意見等ありますでしょうか。

(質問、意見なし)

4 その他

○医療企画課より、参考資料 1-1「令和 7 年度病床機能報告取りまとめ結果」及び参考資料 1-2「令和 7 年度病床機能報告結果一覧」の説明があった。

<会長>

これをもって本日の議事を終了させていただきます。

(以上)