

令和5年度 第2回県西地区保健医療福祉推進会議 議事録

(令和5年10月17日(火)19:00~21:00 WEB会議)

1 開会

出席状況及び会議公開の確認

2 議題

協 議

(1) 第8次保健医療計画素案たたき台について

資料説明：医療課

- ・資料1-1 第8次神奈川県保健医療計画素案たたき台の概要
- ・資料1-2 「神奈川県保健医療計画」素案たたき台(第8次 令和6年度~令和11年度)

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

説明ありがとうございます。

計画素案のたたき台の概要ということで、現時点でご質問やご意見ございますでしょうか。

今、説明がありましたように、この時点で何かなければ後でまた出していただくということでもよろしいでしょうか。

(意見なし)

それでは次に進めさせていただきます。

協議事項2の「第8次計画における基準病床数の検討について」です。事務局から説明をお願いいたします。

(2) 県保健医療計画の改定について

資料説明：医療課

- ・資料2 第8次医療計画における基準病床数の検討について

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

説明ありがとうございました。

今、説明あった部分が一番大切になってくるのではないかと考えています。

もともと基準病床数の計算式については、国が一元化して出してくるものと、地域の状況がかなり違うのではないかと、皆様思われてきたと思うのですが、神奈川県内だけをとってみても、地域によってかなり状況が違っているわけで、今ご提案があった中で地域に見合ったものにチョイスして計算し直した方がいいのではないかと、三つぐらい出たわけで

すね、パターン①②と最後にお話していただいた配分目標病床数と。

今こういう考え方が示されましたということで説明があったと思うのですが、何かこれに関して質問というか聞いてみたいことがある方は、挙手をお願いします。

県西地域の試算でも、この配分目標病床数というカテゴリーを入れてくると、劇的に変わってくるわけですね。果たしてその変わり方が本当に現実に近くなっているのかどうか、ちょっと疑問に思うところもあるのですが。ご意見いかがでしょうか。

(小松委員) (神奈川県医師会理事)

今回、県から示されたデータ全般的に言いますと、やはり県西地域においては人口の減少を受けて、基準病床数は現在の既存の病床よりも少ない数字が出てきます。

最終的にその数字の中のどれかを選ぶという形にはなっていくと思いますけれども、最後に県の方から説明があった、このところで国から全国一律で今まで用いてきた式の中の一部を、地域の実情に合わせた柔軟な運用をしていいというものも示されているので、今日の段階ではこの数字のどれが実態に即しているかどうかというのを選ぶということは、保留でよろしいのではないかなと思っています。

一方で県西地域の場合に考えていかなければいけないこととしては、その病床の有効活用と、あとは例えば平均在院日数が県内では長いということですが、これを短くしようとするとなす先があるのか。在宅を推進できる環境にあるのか、あとは出す施設が十分にあるのか、その辺りは考えていかなければいけないのかなと。

やはり一番大事なことは今ある医療資源と今いる医療従事者で、今後の医療需要に対して適切に対応していくということを地域で考えていくことだと思います。以上です。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

小松先生ありがとうございました。まさにその辺だと思うのですよね。

この地域の在院日数が増えている理由の一つというのは、出すところがない、うまく見つからないのではないかとこのころが大きいような気がするのですが、その辺、病院側から南先生いかがでしょう。

(南委員) (神奈川県病院協会常任理事)

配分目標病床数という言葉が出てきたわけですね。最初は基準病床数、それを少し見直してパターン1パターン2。さらに配分目標病床数。

そもそもが、国が基準病床を定めるのに全国一律で考えたというところに、無理があるのかな。当然、人口だけではなくて、地域の人口密度とか、年齢構成、それから今言われたような医療供給側の対応ですね、在宅がどこまでできるかというようなことで決まってくる。

ですから、もう少し違ったパラメーター、人口密度とか、かなり山間の地域だとかですね、全国的に言えば例えば離島とか、そういうところでかなりこの数値が変わってくるはずなんですよ。

病床利用率も、例えば非常に寒村だとか離島で病床利用率が8割9割に上げなければなら

ないとかということ、ちょっと考えにくいですね。やはりその辺が医療というものの特殊性で、経済原理だけで考えるべきではないだろう。やっぱり地域の住民に対する健康と不安を除くということでの安全保障なわけです。それを全国一律でできるかということそもそも無理がある。そういうことで、少しいろんな計算式を挙げて、配分目標病床数ということが出てきて、国がこれでやっついていいよということであれば、少し参考にはなるだろう。ただやっぱり地域ごとの特性というものをそれぞれが出して行って考えるべきじゃないか。ただそうすると、なかなか経営的に成り立たないとか、何らかの補助があるとかいうようなことが出てくるのですが、その辺は、国との考え方をすり合わせということなので、やはり今までの基準病床の決め方というのは、かなり無理があったんだというふうには思っています。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

全体の状況の説明ということでありがとうございます。何かご意見他にありませんでしょうか。

(長谷川委員) (小田原保健福祉事務所所長)

今の小松先生のご質問関連で確認したいのですが、今日のご説明の中ではどのパターンでも県西地域の場合には、既存の方が基準よりも多くて病床過剰地域になるというような感じだったので、ただ資料の 27 ページの介護医療院の 178 というのが既存から減るわけですよ。それで 24 ページで一番県西地域の基準病床が少ない配分目標病床数の 3070 というのは、プラス 22 になっていますよね。この数字になった時に、既存病床が 3092 から 178 減ると既存の方が少なくなって、病床が足りない地域になるのではないかなと思ったのですが、それで正しいかどうかまずお伺いしたい。

(事務局) (医療課)

ご質問ありがとうございます。説明が一部不足をしております大変申し訳ありません。ちょっと考え方が複雑でございます、長谷川所長がおっしゃられたように、介護医療院の転換分の 178 床は、令和 6 年の 4 月 1 日時点では 3092 から引かれる形になります。計算すると、2800 何十という形になりますが、今回この配分目標数値病床数という形でお示しさせていただいた数値が、先ほどもご説明したように平均在院日数が 16.1 日で計算をしたものでございます。他の地域を見てみると、国告示の 14.7 より低くなっている数値については、これを活用して、配分目標という形で短く出すということが運用上の工夫の中で検討してみてもどうかということで資料をまとめさせていただいているのですが、国の施行規則等でまとめられているルールによるとこの国告示を上限と定められてございます。何が言いたいかということ既存病床数を計算するのに、14.7 日より長い平均在院日数は、基本的には使えないということになってございますので、長谷川所長がおっしゃられた先ほどの 24 スライド目 3070 床というのは、現実的には県西地域の場合この数値は基準病床数の算定に用いて出すというのが現状ルール上できないことになっております。まずその点についてお答えさせていただければと思います。

(長谷川委員) (小田原保健福祉事務所所長)

ということは県西地域が、要は新しく病院なりが建てられる 200 床ぐらい空いてしまうということは、平均在院日数が短くなるから、それはないだろうというご回答と解釈したのですが、それですらよろしいでしょうか。

(事務局) (医療課)

追加でご説明させていただくと、3070 というのは、現実には基準病床数としては使えないのですが、その隣にあるパターン 2 パターン 1 については、国の算定式に基づいて出せる数字になっています。例えば 2950 という形で基準病床数を今回決めた場合に、令和 6 年の 4 月 1 日時点では、この 2950 をおそらく下回ってくるのが予想されます。そういった場合は、病床配分について本県の場合病床事前協議という形で、配分の要否も含めて、検討するという流れになるという可能性がございます。説明になっておりましたでしょうか。

(長谷川委員) (小田原保健福祉事務所所長)

ありがとうございました。わかりました。

(小松委員) (神奈川県医師会理事)

今、長谷川先生がおっしゃった理屈上は、当然その介護医療院の移行分 178 を引けば、県西地域の既存病床数が 2900 ぐらいになりますので、それよりも多い基準病床数になれば、病床不足という形になると思います。ただ今、いくつかのパターンと選択する数字を地域の実情に合ったようなものを選択するというのを作業として、今日出した数字以外にも検討していくと、これ恐らくないのですが、県西においては、やはり今言った 2900 を超えない数字が出てくるのではないかなと。それが実際じゃあ今ベッドが足りないよねという声が県西でものすごく強くあるのでなければ、恐らくはそういった数字を選択していくということになるのではないかと思います。

やっぱり病床利用率とか、あとは非稼働病床とかを考えると、実際は既存の病床数の中でも、まだまだ余力があるはず。要するに既存の病床数の中で、例えば今日の時点で空いているベッドはそれなりにあるので、そこでやりくりが可能なのではないかなというふうなことを地域で選択されていくのではないかなと思いますので、理屈上は長谷川先生のおっしゃるご懸念はありえますが、現実的には、おそらくそういう結論にはならないのではないかなと思っております。以上、感想です。

(長谷川委員) (小田原保健福祉事務所所長)

ありがとうございました。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

ありがとうございます。

おそらくどういう層の方が、その入院の割合を占めるかというのも大きな問題だと思うのですよね。県西地域、もちろん高齢者の方の入院が非常に割合としては多くて、若い人の人口はこれからどんどん減っていくので、若い方たちの入院数というのは割合としては減るわけで、ご高齢の方たちがどういう疾患の内容でどういう入院をするかというところが、これからやっぱり絡んでくるのではないかと考えているのですけども。その中の一つが、介護医療院というところに流れていく人口がどのくらいこれから増えていくかという問題にもなるのではないかと思います。

あとさっきお話したように、ある程度入院して療養を済ませた方たちが、どこに移っていくのか、その移っていくところ自体も、今、本当の意味でその病気を抱えて、元のところに戻っていく方という割合が非常に少ないわけで、どうやって、もっと極端なこと言うと、看取っていくかというその部分が入院と絡んでくるのではないかと考えるのですね。

それを考えると、今の計算式のどの辺がこの地域に合ってくるかということなのですが、この配分目標病床数という概念を入れる、入れないということもあつたのですが、その前にこれに目をつぶったときに、パターン1パターン2、この地域の病床利用率というのを反映したパターン1と、国の告示の病床利用率を反映させたパターン2のどちらの方がこの地域に合っているとか、そういうところも含めながらこれから先、考えていった方がいいのではないかなと私は考えているのですけども。その意見に対して、皆さんの意見をぶつけていただきたいと思います。

今日の時点では本当に最初にお話があったようにどれにしようかと絞っていくことではなくて、この地域でどういう問題があるのかというのを、ここである程度出して、次回、そこをどういうふうに詰めるかを考える会だと思っているのですが。何かありましたら、お願いできますか。何でも意見出してください。あとは一般の医療関係ない方も入ってらっしゃるので、そういう方々が普段生活している中でこういう人たちが困っている、というものでも結構ですので、そういうところも意見を出していただけるとありがたいと思います。

あと足柄上の飛弾先生いかがですか。ちょっと事情は小田原の方とは違うかもしれませんが。

(飛弾委員) (足柄上医師会会長)

足柄上病院は医療施設が少ないので、やはり高齢者の看取りにかなり苦労している面もあります。

金銭的な問題もあって、老人ホームであるとか特別養護老人ホームに入れられない方が、特養待ちで、ショートステイとかロングショート滞在するのですね。しかもリスクの高い方、誤嚥性肺炎を繰り返していつお亡くなりになるか来わからないようなそういう方が、ショートステイに随分いるのですよ。そうすると、そのショートステイの施設では看取ることができないので、救急搬送してしまうという、そうするとまだ病院に負荷がかかってしまうことが、私は今そういう医療施設が少ない地域では、お亡くなりになる方の受け皿が減ってしまうのが心配です。実際私ショートステイで亡くなった方を、住所は自宅にして看取った例もあります。

ですから、やはり病床の削減というのは拙速にすべきではないと私は思っています。以上で

す。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

飛弾先生、ありがとうございます。まさにそういうケースがこれからどんどんどんどん増えるはずなので、その受け皿、そこに入った方たちが短期間で、14日とかそういうところで退院できるということではないような気がするので、そうすると、単純にその病院の病床数というカウントが効かなくなってしまうのではないかと思うのですが、そういう中でもやっぱり病床数をカウントしなければいけないので、どういうカウントの仕方をしていいかというのをやっぱり考えるべきなのではないかと思っているのですが、ご意見ご発言があればどなたかお願いします。

多分皆さん頭の中でどういうふうに考えたらいいかちょっとわからなくて、グルグル回ってしまっているところは多いかもしれないと思うのですが、この時間内でもしご意見がまとまらなければ、別の方法でご意見を出していただければいいと思います。そういう方法でよろしいですか。県の方ではそんな感じでもよろしいでしょうか。

(事務局) (医療課)

資料で説明した内容と口頭で説明した内容と少しわかりづらい部分あったかと思えます。

資料で説明したことに関して簡単に申し上げますと、基本的にこの地域については、病床の過剰な状況があるという状況の中、他の地域では配分目標病床数というの、使うか使わないかみたいな議論をしているのですが、ちょっとなかなかこの地域で配分目標病床数を使うという議論自体はなかなか難しい状況がございます。

もう一つ加えて、最後口頭で申し上げたのが、今、国の方でも全国的に病床自体が過剰な傾向になっていると。不足する傾向が出てきているような状況があって、ちょっと今、県西地域についてはその不足の状況なっていないのですけれども、そういった傾向が見て取れるという状況のなか、もう少し係数としてリアルな数字を反映する方法もあるのではないかということが提示されています。なので、これについては再計算した結果を、またちょっと数字が変わってくるところもあるので、その部分については次回以降また改めてお示しして、ご相談させていただければと思っています。

そうした中で、先ほど小松先生からも話ありましたが、今示している数値よりももしかしたらさらに病床が過剰な方向に振れる可能性もあります。なので、この辺りについてちょっとどういう状況になるかについては、次回引き続き議論させていただくような形にさせていただきたいと思っておりますので、ご承知おきいただければと思います。

また加えて、次に在宅と介護の按分の話をしていただきますが、この話はまた後程説明しますが、病床との話とも連動は直接的にはしないのですが、関係性が深い内容ではあるので、まずその話を聞く中で、新たな疑問も出てくるかもしれません。したがって、ここで決をとらずとも、その次のものも含めてご質問いただければ良いのかなと思いました。以上です。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

ありがとうございます。それでは今のこの内容に関してはこれで一旦ちょっと閉じさせていただきます。次に進みながら一緒にいろんなことを考えていきたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

では協議事項3の「医療と介護の一体的な体制整備について」説明をお願いいたします。

(3) 医療と介護の一体的な体制整備について

資料説明：医療課

- ・資料3 保健医療計画と高齢者保健福祉計画等との整合性について（在宅と介護の按分）

（渡邊会長）（小田原医師会会長）

説明ありがとうございます。今の内容について何かご質問があればお願いします。全体のスライド6のところですよ。要は議題になっているところは、このBとCのところをどういうふうに考えて分けていくかと。

（小松委員）（神奈川県医師会理事）

先ほどの議題に続きますけれども、やはりベッドの数だけではなくてこの地域で在宅、それから施設、あとは入院病床、そこをどううまく使うかというのが一番大事だと思うのですよね。国が示した式に従うのではなくて、今、県西地域ではベッドをこういうふうに運用している、となれば、無理に平均在院日数を減らすというよりは、今までのやり方が適切かどうかを先に検証するべきだと思うのです。

全国的に言うと、在宅医療を推進しようといえることができる地域の方が、むしろ今だんだん減ってきているような印象があります。全国の会議に行きますと、むしろもう在宅が難しくなってきた、距離的なことですかに関わる医療従事者の年齢が高くなってきたり、そういうことがあるので、むしろ県西の場合には、今、病床が過剰と言われてはいますが、過剰の病床をうまく使えば、施設や在宅ではなくて県西は県西なりの地域医療の提供ができると思います。その辺を今後、検討していくということがやはり大事ですし、神奈川県にとってみると県西地域でそういうことを検討していくことが、将来的には全県で必要になってくる課題ですので、ぜひ積極的な検討をしていただければと思います。よろしくお願いたします。

（渡邊会長）（小田原医師会会長）

ありがとうございます。この大前提として、今回のこの医療介護の按分の、この必要な病床数は基準病床の中に含まれ、反映しないというふうなことがあるのですけれども、その辺との整合性というのは、どう考えたらいいのでしょうか。どうしてもそこに割り込んでいかなければ、話が進んでいかないうような気がするのですが。県からの説明いただけますか。

（事務局）（医療課）

先ほど基準病床の算定の時に、国から示された算定式というのをスライドの中でもご紹介さ

せていただきましたが、その算定式の中に在宅医療等対応可能数という項目があったかと思えます。この在宅医療等対応可能数については、地域医療構想を策定した平成 28 年度に推計した数値に基づいて、在宅医療等対応可能数を今回も算出しております。

この在宅医療と対応可能数に該当するのが、今回のいわゆる B + C に該当する部分ですので、そのところは、関わりはあるのですけれど、その数値自体は一旦当時の国の考え方に基づいて、総量自体は決まっていますので、今回はその総量をどれだけ在宅に、どれだけ介護に按分するか、これをご協議いただくものでございます。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

理解としては今のところは別々に考えておいて、最終的にはその辺はまた病床数の方に反映するタイミングがあるということですか。

(事務局) (医療課)

在宅医療等対応可能数の数値自体は、国の考え方に基づいてもう決まっておりますので、今回の介護と在宅の按分によって、その数字が基準病床の計算に影響があることはないです。

総量自体は地域医療構想策定時に推計した数字を使うことになっていきますので、その数字を在宅と介護にそれぞれ幾つずつ充て、分けるかと言うのでしょうか。在宅医療等対応可能数、仮に 100 とすると、もう 100 という数字は、国の考え方に基づいてもう決まっております、この 100 のうち、介護に幾つ在宅に幾つ振り分けるのかというのを、今日ご協議いただくもので 100 という数字自体はもう国の考え方に基づいて整理をされている数字ですので、基準病床数の算定に使うのも 100 という数字で、基準病床の算定には影響がないというような形になっております。お答えになってますでしょうか。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

解説はわかりましたが、なぜ 100 が変わらないのかという理屈が今のところ理解できないので、またちょっとそれはどこかの時に説明してください。

今日はそれはちょっと置いておいて、この按分に関して、その B と C の境目を 6 ヶ月にするのかどうか。データに基づいた決め方で本当にいいのかなという、そこだと思っておりますよね。

とりあえず決めなきゃいけないからこれで決めましょうというのであるのか、本当にこれを信じてそれでやっていこうとしているのか。そこは私としてはちょっとどうなんだろうと思うのですね。

例えば一番最初の基本病床のところ、要は急性期の病床と亜急性期、慢性期の病床のところ、すごくクロスオーバーして、境目がわからなくなってしまったという経緯がありましたけれども、ここの部分も 6 ヶ月というところで無理やり分けてしまって、結局境目がわからなくなってしまいうという可能性もあるのではないかなと思っていて。皆さん、意見があったら教えてください。

(小松委員) (神奈川県医師会理事)

渡邊会長がおっしゃる通り、この数字がどれぐらい具体的な数字なのかというのは、正直なかなか理解が難しいところです。

そもそもこの数字自体は、入院している患者さんだけ入院してなくてもいいよねという人たちの数なのです。つまり在宅医療を、今までだったら百名入院している患者さんのうち、50名は施設で、30名は在宅で、20名は外来通院可能だというふうにみなした式なので、本来であればそこから6年経っているのです、本当にこういうふうになっているのかということ国が検証しないで、まるっきり同じことをまた6年経ってやられても、実際この6年間この数字についてほとんど誰も検討も検証もしていない中で、どれぐらい意味があるのかなということなのだと思います。

もし本当にきちんと考えるのであれば、結局今までよりもかかり増しで、入院じゃないということは地域に出てくるわけですから、地域に出てきたときに、例えばその施設分がこれだけ出てくるよということであれば施設を増やすかどうかとかの検討の材料になる可能性はあると思いますし、逆に在宅がこれだけ増えてくるよとなると、本当に増やせるのかどうかという、そういう数字にはなると思います。

ただ、その6ヶ月と3ヶ月と12ヶ月の数字上のところも含めて、説得力のある数字ではないという印象を私は持っているのです、どの程度この数字というのは基準病床数以外にあまり具体的な数字ではない印象を持っています。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

ありがとうございます。私も同じイメージで考えているのですね。

例えば施設の問題もあるのですが、在宅医は確かに足りている。この地域に関しては足りているのですがその内容ですよね。在宅医のパワーというのを考えると、いろんな病態のその重い軽いに対して、対応できる体制がいつでも維持できているかどうか、その辺は疑問ですし、後は外からその在宅医が来ている施設も結構あるのですね、大きな老人の施設とか、そういうところだと在宅医がいないのですよ。ちょっとでも重くなれば入院させると。そういう傾向が非常に強いので、そこで、あくまでも在宅でこれだけの按分あるから、在宅医がいるから医療ができるだろうと思込むことが非常に難しい。

そういうところを考えると、それ以上のところをどういうふうに計算して見込んでいくのかというのが、年によって、時代によってもちょっと変わってくるのではないかと思うのです。

国はこれから在宅医療を増やして、在宅の厚みを増していくんだというふうに多分考えていると思うのですが、本当にその通りに内容が厚みを増していくのかどうかというのはちょっと疑問なところがあります。それは我々医療者の責任かもしれませんが、それだけという話ではないような気がします。

要は、高齢者たちの、それを受ける側のニーズ、その考え方、求める部分。そこら辺がどういうふうに変わっていくかによるのではないかと思うのですよね。

ちょっと余計なことと言って申し訳なかったのですが、とにかく今ここでどのぐらいの按分だっているのを決めなきゃいけないというのであれば、とりあえずどこで決めるか。

(磯崎委員) (神奈川県医師会)

今決めるのは、按分の数ですか、それと何ヶ月後に見るという期限の方を決めるということではなかったですか。

(医療課)

期限の方を決めていただいて、それを元に按分が決まっていくという形になるかと思いません。

(磯崎委員) (神奈川県医師会)

在宅医療をやっている者としては、確かにこういった計算式でその人の医療の必要度だけで在宅または施設で許容できるというふうを決めていくのはなかなか難しく、これなかなか数を出すのが本当に難しい話だと思っております。

ただ一方で今日決めなきゃいけないその期限に関しては、半年というのはエビデンスがあるわけではないですけど、半年後に見てその方が施設でいいのか、在宅でそのまま居宅でいらっしゃるのかということ判断するという意味であれば、期限は半年くらいというのは、感覚的なものありますが妥当ではないのかなというふうに考えております。以上です。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

磯崎先生ありがとうございます。

本当にどういうふうになるかというのはやってみなきゃわからないというところは当然あると思いますので、例えば今のこのデータを基にして6ヶ月やってみようというのであれば、仮にそこで設定して、それでまた問題がどのくらい乖離してくるのか、そこを見ていくというやり方でもいいわけですよ。

だから、今この時点ではこういうデータが出ているし、とりあえずこれで行って見ましょうというのであれば、それに皆さんが同意していただければ、6ヶ月で変な言い方ですけど手を打ちましょうということだと思っております。いかがでしょうか。

(南委員) (神奈川県病院協会常任理事)

病院の立場というより、在宅も見ておりますし在宅からの入院も見ておりますので、そうしたことから、6ヶ月で切るか3ヶ月で切るか、どこかで切らなきゃいけないとしたらとりあえず6ヶ月で切るかということですね。それはもうそれで決めるしかしょうがないかな。ただ、流れで見ますと、出てきたデータ見させていただくと、3ヶ月経った、その方々が6ヶ月経ち、12ヶ月経ったときに、どんどん、在宅から介護へ移っていったという現実が見えていますよね。これはどこが正しいということではないんですよ。在宅に戻された人も、12ヶ月経ったら半数以上が施設に入っている。入らざるを得ない。これが現実なんですよ。

じゃあその現実を見て、どこで線切ろうかというのはあんまり適切ではないような気がします。当然入院から在宅へ戻された人だって、結局12ヶ月経ったら施設へ戻っているんだよね、だからその人たちの受け皿を考えておかなきゃいけない。また、12ヶ月経ってどのぐらいの

方が亡くなっているかですね。そういうことも含めて考えた場合に、やはり時間が経てば経つほど、施設を増やしていかなきゃいけないのかというような議論が必要なんじゃないかな。

在宅で、訪問診療で見ていけるというのはやはり限界があって、12ヶ月が限界だというのはこのデータから見てとれるところですよ。

そこでどこで切るかというのは別に一つの基準はない。一つどこかで切ったとしても、時間経過とともに在宅から介護へ移るのだということだけは念頭に置かなきゃいけないということじゃないですか。以上です。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

本当にそれが現実だろうと思うのですがけれども。今の時点とりあえずこういう考え方でいこうということであれば、本当に今の時点では、この6ヶ月というのをとりあえずは採択しましょうというところで、あとは軌道修正していくしかないと思うのです。

ですから皆さん、大多数の方のご意見、賛同が得られれば、県西地域としては6ヶ月期限で、一応、現時点では合意しましょうということできたいと思います。よろしいですね。

(意見なし)

ではそういうことでもらいたいです。

次の協議事項(4)「地域医療支援病院の管理者の責務について」ご説明をお願いいたします。

(4) 地域医療支援病院における管理者の責務について

資料説明：医療課

- ・資料4 地域医療支援病院の管理者の責務について

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

ご説明ありがとうございます。今ここで協議するべき、提案されている(ウ)の項目に関しては、すでにこの地域では、もちろんコロナの教訓を踏まえて、地域医療支援病院である小田原市立病院、足柄上病院の二つの病院は、これからの新築病院の部分改築、全新築を前提としてそういう機能をしっかり盛り込んで計画を立てて進んでいるところでもありますので、これはもうすでにスピード感としては、この部分は新たに話し合うべきところはないのではないかと把握しているのですが、今日ご出席されている小田原市立病院の川口院長、足柄上病院の牧田院長それぞれ一言ずつ発言していただいて、この内容に関して今ここで新たに話し合うべきことがあるかどうか、ちょっと触れていただければと思います。いかがでしょうか。

まず川口先生、大丈夫ですか。

(川口委員) (小田原市立病院)

小田原市立病院の川口でございます。新しい病院の中にもきちんと区分できるように設計し

ておりますし、これはまた感染症の方で別途また協議を進めていきますので、今ここではもうこれ以上はいいと思います。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

はい、ありがとうございます。牧田院長いかがでしょうか。

(牧田委員) (足柄上病院)

足柄上病院の牧田です。渡邊会長がおっしゃった通り、再整備の計画で一部新築にし、その他の建物もちょっと一部改修するんですけども、こういった感染症や災害に対してより柔軟に対応できるような造りにしていく予定ですのでここでは別に新たに何かしなければいけないということは我々はございません。以上です。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

はい。2人の院長先生ありがとうございました。この今の県西地域での地域医療支援病院に関しては今お話があったように全く順調に進んでいるということでご理解いただけたらよろしいのではないかと思います。

あとこれから将来、もし同じように支援病院に相当するような医療機関が増えるとしても、今各医療機関は私の把握している限りでは、皆さん、それに適応するように対策を考えられているはずですので、県西地域としては、今県からご提案があった内容に関しては問題ないと思っております。よろしいでしょうか。何か他にご発言あれば。足柄上の飛弾先生も大丈夫ですね。

(飛弾委員) (足柄上医師会会長)

はい。特にありません。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

ありがとうございました。この内容をそのままお受けするという事で合意です。

それでは報告を進めていこうと思います。まず報告事項(1)「地域医療介護総合確保基金(医療分)令和5年度計画」についての説明をお願いしたいと思います。

報告

(1) 地域医療介護総合確保基金(医療分)令和5年度計画について

資料説明：医療課

- ・資料5-1 医療介護総合確保促進法に基づく令和5年度神奈川県計画(医療分)策定の概要について
- ・資料5-2 医療介護総合確保促進法に基づく神奈川県計画(R5年度分)医療分事業(案)一覧

- ・資料5-3 令和2年度・令和4年度の国財源における活用事業の事後評価について

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

ありがとうございました。説明は以上ですけれども、何かこの場で質問がもしございましたらお願いします。

(意見なし)

それでは次に進みたいと思います。

その他(1) 令和5年度第1回地域医療構想調整会議結果概要について、(2) 令和5年度病床事前協議について、(3) 紹介受診重点医療機関の公表について、この三つをまとめて説明をお願いいたします。

その他

- (1) 令和5年度第1回地域医療構想調整会議結果概要について
- (2) 令和5年度病床事前協議について
- (3) 紹介受診重点医療機関の公表について

資料説明：医療課

- ・資料6 令和5年度の病床整備事前協議について
- ・資料7 令和5年度第1回地域医療構想調整会議結果概要について
- ・資料8 紹介受診重点医療機関の公表結果について(令和5年10月1日付け)

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

ありがとうございました。内容としては非常に濃い内容ですので、皆さんもこれまたゆっくりご覧いただければと思います。よろしくお願いします。

それでは次に(4)「県西地域におけるさらなる連携について」について、ご説明をお願いいたします。

- (4) 県西地域におけるさらなる連携について

資料説明：小田原保健福祉事務所

- ・資料9 県西地域におけるさらなる連携について

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

報告ありがとうございます。前回会議で、この地域で直近で少し話し合わなくちゃいけないだろうという議題についてまとめた資料になっております。この内容について、詳しくは次のワーキンググループ南先生座長でお話し合いをしていただきたいと思います。南先生から何

か一言ありますか。

(南委員) (神奈川県病院協会常任理事)

この県西地域における連携ですが、どの地域でもこういう連携を作っていかなきゃいけない。ただこの地域には地域の医療連携の歴史というのが、やっぱりそれぞれの地域にあると思います。それを踏まえて絵を描かなければいけない。

そういうところが十分勘案されているのか、その県の中のすべての地域が同じ図で説明すべきなのか。ちょっと違うんじゃないか。やはりこの地域の現状に基づいた連携のあり方、そういうものを考えていかなきゃいけないということかと思えます。

これはこの地域のいろんな各病院の先生方、或いは介護も含めてですね、いろんなご意見を出していただける場ではないかなと思っておりますのでよろしくをお願いします。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

ありがとうございました。それでは次のワーキンググループの時には、ちょっと活発な意見が出るように、また、前準備をしていきたいと思っておりますので、どうぞ皆さんよろしく願いいたします。

(小松委員) (神奈川県医師会理事)

今、南先生がおっしゃった、地域の中の病院間でいろんな話をする時に、どうしても国の考え方は高齢者が増えるので高齢者を看れる病院が地域包括ケア病棟を持って看なさいという流れになりがちなのですが、地域医療構想の中で足りない視点は、やっぱり診療科を全然、データの的には診療科で分けたりしていましたが、議論の中ではほとんど診療科の議論をしていません。

県西の場合には、今言ったユニークな特徴を持つ民間病院が、その長所を發揮していたりという部分に関しては、その地域として特殊な診療科に即した議論なんかも参考になるのかなというのと、あと医師の働き方改革がどのように影響していくかというこの2点も含めて、ぜひワーキングで、腹の見える関係というか、もう腸まで出し合った関係というのが地域で必要になると思っていますので、積極的なご議論を期待しています。

(渡邊会長) (小田原医師会会長)

先生ありがとうございます。県西地域は本当に競合する地域ではなくて協力協調する地域ですので、その辺の特徴を踏まえた発展の仕方を考えていきたいと思っております。

今日本本当にありがとうございました。

それでは事務局にお渡しします。

3 閉会

次回会議 令和6年1月から2月に開催予定

以上