

令和6年度第3回川崎市地域医療審議会 議事録

1 開催日時

令和7年3月19日（水）19時00分～20時45分

2 開催場

川崎市役所本庁舎3階304、305、306会議室

3 出席者

(1) 委員（五十音順）

明石委員、荒木田委員、伊藤委員、内海委員、恵木委員、太田委員、岡野委員、梶委員、小泉委員、鈴木委員、関口委員、寺澤委員、野口委員、橋本委員、原委員、原田委員、邊見委員、堀田委員、松山委員

(2) 事務局

【健康福祉局】

川島保健医療政策部担当理事、砂川医療政策担当部長

〈保健医療政策担当〉土元担当課長、伊澤課長補佐、矢部担当係長、横島職員、西岡職員

〈地域医療担当〉渡邊担当課長、藤井担当係長

〈環境保健・アレルギー疾患対策担当〉弓田担当課長

〈医事・薬事担当〉田中担当課長

〈健康増進担当〉高橋担当課長 〈医事・薬事担当〉田中担当課長

〈地域包括ケア推進室〉竹田担当課長

〈看護大学事務局〉岡田担当部長、関担当課長、

【消防局】

〈救急課〉根本係長

4 欠席委員（五十音順）

谷合委員

5 議題

(1) 令和6年度 川崎市病床整備事前協議について（審議）

(2) 重症患者救急対応病院に係るアンケート結果について（報告）

(3) 地域医療支援病院（日本医科大学 武蔵小杉病院）について（報告）

(4) 紹介受診重点医療機関について（報告）

(5) 保健部会の開催結果について（報告）

(6) 暮らしからつながる在宅療養について（川崎市在宅療養推進協議会の取組状況）（報告）

(7) 川崎市立看護大学大学院の開学について（報告）

(8) その他

6 会議公開状況 公開（傍聴人なし）

7 会議内容

1、開会

○土元担当課長 定刻になりましたので、ただいまより令和6年度第3回川崎市地域医療審議会を開催させていただきます。

初めに、会議の公開についてでございますが、川崎市審議会等の会議の公開に関する条例第3条の規定により、審議会等の会議は公開することが原則になっております。

そのため、この会議についても公開となっております。本日の会議録につきましても、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ので、どうぞよろしくお願いいたします。

本審議会の傍聴は、会場でのみ可能となっておりますので、適切な情報管理の観点等から、本審議会の開始後は、原則として委員の方お一人で御参加くださいますようお願いいたします。

次に、本日の会議成立についてでございますが、本日は委員20名中4名が会場参加、15名がZOOM参加、合計19名の出席をいただいております。本審議会が有効に成立していることを報告させていただきます。なお、谷合委員につきましては、御欠席の旨、御連絡をいただいております。

次に、推薦団体における役職の変更等に伴い、新たに本審議会に委員になられた方がいらっしゃいますので、御紹介させていただきます。

本日ZOOMで御参加いただいております川崎地域連合副議長、梶委員でございます。また、橋本委員が川崎市工業団体連合会副会長から会長へ変更となっております。どうぞよろしくお願いいたします。

なお、梶委員の任期は、他の委員の皆様と同様に、令和8年3月31日まででございます。

また、専門部会につきましては、慣例により、前任の委員が所属していた調査部会に所属することとさせていただきたいと存じます。

次に、本日の会議開催に当たりまして、本審議会の幹事を代理いたしまして、保健医療政策担当理事の川島から御挨拶申し上げます。

○川島担当理事 挨拶

○土元担当課長 それでは、会議開始に当たり、これより傍聴者に入室をいただきますが、現在、傍聴者の申出はございませんが、途中で申出がございましたら、許可させていただきますと存じます。

それでは、川崎市地域医療審議会条例第6条に基づき、岡野会長に議長をお務めいただき、これ以降の会議の進行をよろしくお願いいたします。

2、議事

(1) 令和6年度川崎市病床整備事前協議について（審議）

○岡野会長 それでは、前回に引き続き、議長を務めさせていただきます。それではよろしくお願いいたします。

次第に従いまして、進めさせていただきます。

まず（１）審議事項、令和６年度の川崎市病床整備事前協議について、事務局から御説明をよろしくお願ひいたします。

○渡邊担当課長 資料１に基づき説明

○岡野会長 御説明ありがとうございます。

ただいまの御説明に対しまして、委員の皆様から御意見、御質問等はございますでしょうか。

それでは、ただいまの説明に対しまして、特にならなければ、進めさせていただきますが、事務局から提示されました協議事項、配分案の審議について御承認いただける皆さん、挙手をお願いしたいと思います。

（挙手）

○岡野会長 ありがとうございます。総員挙手でよろしいですね。

それでは、出席委員の過半数を超えておりますので、本審議会として、この配分案に対しまして、承認とさせていただきますと思います。ありがとうございました。

（２）重症患者救急対応病院に係るアンケート結果について（報告）

○岡野会長 それでは、議事を進めさせていただきます。

議事の（２）番、重症患者救急対応病院に係るアンケート結果について、この御報告でございます。事務局のほうより、よろしくお願ひいたします。

○渡邊担当課長 資料２に基づき説明。

○岡野会長 ありがとうございます。

以前、この報告に対しまして、御意見をいただいたところでございます。

アンケートをいたしましたところ、いくつかの意見がございました。一定の報告は必要である、年一回程度の簡単な報告は、あったほうがよいと思うというような意見、そして、定期的な認定更新の際には、必要な資料と考えるというような意見が幾つかございました。

その中で行政のほうで、今お話ししましたような実績報告は毎年度求めるとし、その上で、市地域医療審議会においては、これの報告は、施設基準とか、人員配置の大幅な体制の変更があったときを除いて、毎年度は行わず、基本的には更新の際、いわゆる５年ごとの更新の際に、市による検証を行った上で、その結果報告ということでいかがでしょうかというものであります。

そうすると、次回の指定更新が令和９年４月となりますが、このような意見に対しまして、御意見いただければと思います。

明石委員、よろしくお願ひいたします。

○明石委員 前回も申し上げたと思いますが、機能はよいとして、重症患者救急対応病院という名称は、恐らく医療法に定めがないと思われまして、一般市民から見ても、救命救急センターとどう違うのかと、非常に特異な名称だと思えます。誕生当時、苦肉の策で生まれたのかもしれませんが、ぜひふさわしい名称をもう一度再考されるべきではないかと思っておりますので、御検討願ひしたいと思います。

以上です。

○岡野会長 ありがとうございます。

このいわゆる重症患者救急対応病院という、まずこの名称について再度検討してみてくださいという提案でございますが、行政のほうで何か御意見はございますでしょうか。

3次救急との区別というか、この辺が少し一般市民目線から見ると違和感があるとの御意見と思っております。

○渡邊担当課長 明石委員、御質問、御意見をありがとうございます。自由意見のほうでも、確かに重症患者救急対応病院という名前が分かりづらいというようなことで、変更を検討すべきではないかということをお願いしております。一般的には、6号基準病院というような言い方を県内ではしているかと存じます。他都市の状況なども踏まえながら検討してまいりたいと考えております。

○岡野会長 要するに、これは受入困難患者対応ということであって、これに対して、この重症患者救急対応という名称がいかがかと、そういうことでよろしいでしょうか。

○明石委員 代わりの名称はそれであっても、なくてもいいと思っておりますが、とにかく重症患者救急対応という、これは定義的には、まさに救命救急センター、3次救急を指すものだと思いますので、誤解を受けやすいのではないかと思います。

○坂元委員 この病床をつくったときの責任者で、実はこのネーミングはすごく苦労しまして、法令的には特例病床になります。特例病床というのは、医療法の中で、公立病院の病床が二つ以上合わされば、ある病院に与えても構わないという、それを医療法で特例病床と呼ぶようです。

当時、井田病院も川崎病院も、病床のダウンサイジングを考えているときに、そのままダウンサイジングしてしまうと、ただ市内の病床を減らすことになってしまうので、せっかくある病床を減らしてしまうのはもったいないという意見が出され、二つの公立病院の病床を合わせて、同じ医療圏の他の病院に与えることができる特例があったので、市内で手挙げ方式、ただし、救急患者を漏れなく受けてくださいという6号基準を要件にしました。そのため、本来であれば、特例対象病院になりますが、それでは全く意味がわからないので、いろんな人に聞いたら、現在の名前がいいのではないかと意見があり決めました。あまり深い意味でつけたわけではないので、明石先生が御指摘のように、確かに救命救急センターとどこが違うのかとか、当時はそうでもなかったのですが、そういう疑問も出てきましたので、本来特例病床というような名前をつけてやるというのが、法律的な趣旨に添っているのかなと思っておりますが、特例病床って、また何か別次元の病床と思われるので困るということで、その辺は、明石先生の御指摘のことはもっともだと思いますので、一度市のほうで検討させていただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

○岡野会長 明石委員、いかがでしょうか。

○明石委員 ぜひ御検討いただければと思います。ありがとうございます。

○岡野会長 ありがとうございます。内海委員、よろしく願いいたします。

○内海委員 そもそもこの重症患者という名前になったのは、搬送困難例の中に、2週間以上入院になる患者さんが多かったということにつけたのだと思いますが、実際には重症ではなくて、高齢者の肺炎や、入院期間が長くなってしまふような患者さんが多かったということですが、それを重症というネーミングをしたというところだと思うので、確かにこのネーミングはあんまり的確に合っているとは言えないと思うので、やっぱり考えていただいたほうがいいのかなどは思います。

以上です。

○岡野会長 ありがとうございます。

一度つけた名称を変えるのもちょっと大変なのかなとも思いますが、内容的には、皆さん認識は共通していると思います。いわゆる受入困難ということで、もちろんただ、とにかく入院期間が長くなる可能性、高齢者、それから少しアルコールや精神疾患等、いろいろな事例があるのかと思いますが、この名称について、検討の余地があれば、行政のほうでも検討していただければと思います。よろしくお願ひしたいと思います。

その他いかがでしょうか。

よろしかったでしょうか。いろいろと意見いただきまして、ありがとうございます。

(3) 地域医療支援病院（日本医科大学 武蔵小杉病院）について（報告）

○岡野会長 それでは、議事を進めさせていただきたいと思います。

(3) 番、報告事項、地域医療支援病院（日本医科大学 武蔵小杉病院）について、事務局から御説明よろしくお願ひいたします。

○渡邊担当課長 資料3に基づき説明。

○岡野会長 ありがとうございます。

今回、日本医科大学武蔵小杉病院から、この地域医療支援病院への申請がございました。承認要件の中で、紹介率65%以上であり、かつ、逆紹介率40%以上になりますが、日本医大のほうで67.6%と50.3%ということになる。それから、病床が372床ということですので、200以上の病床数を満たしております。承認要件もしっかり満たしているということで、今回の申請となっておりますが、いかがでしょうか、何か御意見、御質問等はございますでしょうか。

関口委員、よろしくお願ひいたします。

○関口委員 紹介率67.6%が、仮に今後65%を切るような場合は、この名称の使用というのは、どうなりますでしょうか。

○渡邊担当課長 地域医療支援病院になりますと、年に1回実績報告を市に行うこととなります。その中で、基準値となっている65%を切るようなことがありましたら、基本的にはすぐにそれをもって、承認を取り消すということはございませんが、経過を見ていく形となるものでございます。

○関口委員 取消しの明確な基準というものはないわけですね。

○渡邊担当課長 申し訳ございません。確認の上、後ほど御回答させていただければと思います。

○岡野会長 基本的には、これまで川崎市内では、少なくともそういった取消事例というのは、特にないということでよろしいですね。

では、また分かり次第教えていただければと思いますが、何かその他、御質問、追加等はございますでしょうか。

ただいまの件に関しましては、よろしいでしょうか。

○田中担当課長 取消しの基準について確認させていただきまして、改めて委員の先生方にお送りするという形でよろしいでしょうか。

○岡野会長 はい。それでお願ひいたしたいと思います。ありがとうございます。

(4) 紹介受診重点医療機関について（報告）

○岡野会長 それでは、続きまして、(4)番で、報告事項になります。同じく紹介受診重点医療機関について、これは事務局から御説明をお願ひしたいと思います。

○渡邊担当課長 資料4に基づき説明。

○岡野会長 はい、ありがとうございます。

正直言って、この紹介受診重点医療機関、特定機能病院、地域医療支援病院、幾つかある中で、一般の素人の方たちには、とても理解が難しいのかなとは思いますが、いずれにしても、この紹介受診重点医療機関に関しましては、特定機能病院と同じように、選定療養としてのある程度の窓口負担が生ずるということで、よろしかったですね。

何か追加、御質問等がございますでしょうか。

ここにも一定の基準があって、今選定をされているというところでございます。

(5) 保健部会の開催結果について（報告）

それでは、報告事項を次に進めさせていただきます。

(5) 番、保健部会の開催結果についてでございます。

まずは同部会を代表しまして、部会長である関口委員から、御報告をお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

○関口委員 川崎市医師会の関口です。保健部会を代表しまして報告させていただきます。

川崎市地域医療審議会として行いましたアレルギー疾患対策の方向性に関する答申を受け、令和5年度に策定された川崎市アレルギー疾患対策推進方針を踏まえ、川崎市として取り組まれたアレルギー疾患対策の進捗を点検し、評価するために、事務局と協議の上、本年度は保健部会を書面にて開催いたしました。

開催状況につきましては、この後、事務局より報告いたします。

私からは以上でございます。

○岡野会長 よろしくお願ひいたします。

○弓田担当課長 資料5-1、5-2、5-3に基づき説明。

○岡野会長 ありがとうございます。ただいまの御説明に対しまして、何か御質問、御意見、追加はございますでしょうか。

特にございませんか。

いずれにせよ、こういった啓発も、このような基本的なところに、とにかく重点を置いて、事業を進めていくということかと思ひます。ありがとうございます。

(6) 暮らしからつながる在宅療養について（川崎市在宅療養推進協議会の取組状況）（報告）

それでは、続きまして、進めさせていただきます。

(6) 報告事項の暮らしからつながる在宅療養について、川崎市の在宅療養推進協議会、この取組状況を事務局から御説明いただきたいと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

○竹田担当課長 資料6に基づき説明。

○岡野会長 ありがとうございます。

ただいまの御説明に対しまして、何か御質問、御意見はございますでしょうか。

関口委員、よろしくお願ひいたします。

○関口委員 川崎市医師会の関口です。御説明ありがとうございます。

何点かありますが、病院にいるよりも在宅でリハをしたほうがADLの改善に有用だという御意見ですが、それは多分、個々の症例を見ていただかないと、ある程度もともとADL

が維持されていた方が在宅に戻ってというのは分かりますが、寝たきりになった人が在宅に戻って、週1回、2回の40分又は60分の専門職リハを受けたところで、どうにもならない。よっぽど病院にいる間に集中的にリハビリを受けたほうが、その方のADLの改善に役立つような症例は多分幾らでもあって、何か切り抜いて、ここに出していらっしゃるように感じました。

あと、これまでも情報共有は、ICT活用ということを申し上げていましたが、川崎市は紙媒体でやるんだと、ずっと連携ノートを利用して、在宅に置いておこうということでしたが、実際にはほとんど使われずに、個々の医療機関でそれぞれのICTツールを活用して情報共有を行っていたのが、これからは川崎市として、ICTを活用しようという受け止め方でよろしいでしょうか。

さらにACPについても、これはずっと前から、本人の望まぬ終末期を迎えないように、ACPをどんどん広げていきたいと思いますという事は言われていたのが、今更ACPがここで大事だと言われても、今まで何やっていたのだと感じます。大事なことは分かっていますが、今までやってできなかったことが、これからできるようにするためには、何か今までと違う方策があるのか教えてください。

○岡野会長 ありがとうございます。

○竹田担当課長 それでは、1点目の在宅でのリハの適応については、関口先生の御指摘のとおり、全員が全員、身体的なリハを在宅でやれば、必ずADLが回復するという状況ではない、特にもう寝たきりの高齢者の方については、そういうことではないだろうと考えており、当然、この取組に対しては、ケース・バイ・ケースになっていくと認識はしております。

ただ、状態像としては、在宅医療を利用される方、現状も様々でございますが、当然、例えば急性期の疾患や心疾患で入院をされて、そのまま体は動くが、在宅生活をどう気をつけるか、骨折で入院される方も、その後、廃用症候群になってしまう方もいるという現状もあるので、そうした方については、きちんとリハをやっていきたいと思います趣旨で捉えていただければと考えております。

また、2点目のICTの活用につきましては、現状、在宅でやられている皆様はICTのツールが使われていると考えておりますが、今回改めてこうした暮らしの状況を、御本人の御意思や御希望、また、御本人の生活状況はどうかということも含めてICTで共有してこうとすると、これはかなりの情報量になっていきますので、効率的な情報共有が必要だろうと考えております。既存の在宅医療で使われているツールでは、おそらくそこまでスペックが追いついていないと考えておまして、その部分については、協議会または川崎市も一緒に、どのようにICTも含めて活用していくかを考えていきたいと、この検討結果を踏まえて、考えをしているところでございます。

3点目のACPの部分につきましては、関口先生のおっしゃるとおり、この間、5年ぐらいかけて、これは大事だということは言ってきているところではございますが、なかなか普及もしてきていない現状もございます。

一方で、これから新たな地域医療構想の議論を進めてまいります。終末期の部分だけを捉えるだけではなくて、退院するに当たっても、御本人の意思の確認や、御希望にかなう形で持っていかなないとなかなか在宅への移行や、その後、その中で定着ということではないんでしょうけれども、再入院に至らないようにするという事には、多分ならないと思いますので、そうしたことをきちんとくみ取れるような形で、改めてもう一度、ACPの範囲も広めて、幅広に捉え直して取組を進めていきたいと考えております。

御説明は以上でございます。

○岡野会長 他に、御質問はございますでしょうか。

○関口委員 協議会だけで話を進めても、実際にそれが現場で取り組まれなければ、何の役にも立ちませんので、川崎市がリーダーシップを取って、話を進めていただくことを期待しています。

以上です。ありがとうございました。

○岡野会長 ありがとうございます。

その他、何か御意見、御質問はございますでしょうか。

明石委員、よろしく願いいたします。

○明石委員 このテーマを見ながら少し気になりましたが、現在、大抵の高度急性期病院、急性期の病院、あるいは急性期の病院もある程度の規模になると、ほとんどがDPCといって、疾患ごとに入院期間、在院日数みたいなものが、ほぼ定められています。私たちの病院も、それに縛られているというか、規定されているわけですが、その在院日数は何を基に計算しているかというのと、その疾患の平均的な治癒日数とか、検査、治療、治癒に至るまでの日数で計算していて、非常に短いです。

そのため、そこに在宅医療に関わられている皆さんから希望される十分な調整の時間というような要素は、そもそも組み入れられていなく。その役割や時間をつくり出すことを、急性期あるいは高度急性期病院、特にDPC病院に求められても、非常に難しいと思います。

むしろ早期の転院先の病院、医療機関で十分な時間を設けて、御本人の意思にかなう方針というのを決めていくというほうが、現実的なように思います。なぜなら、高齢者在宅医療をやっている、救急搬送が必要になるような肺炎というのは、これは間違いなく重症で、その疾患の重症度の判定で見ると、大概がやっぱり高度急性期と急性期病院へ求められることが多いと思います。そこで在宅につながるまで調整をするのは、時間的に無理があるように思いますので、何か新しい方法のほうがよろしいようにも感じましたが、先程の説明の中にも、病院の都合だと書いてありますが、病院の都合ではなくて国がそう定めており、それに沿ってやらないと、難しいと思います。

○岡野会長 ありがとうございます。

その他、御意見、御追加はございますでしょうか。

内海先生、いかがでしょうか。何かあれば、ちょうど急性期、超急性期の大学病院、そして今度、いわゆる川崎の病院協会、この中間的な病院ばかりではもちろん全然ないですが、そういった先生方をまとめられている内海先生のほうから、少し何か御意見があれば、いただければと思います。

○内海委員 患者さんの状況によって、まちまちではございますが、DPCの病院はもうほとんどDPCの病院になっていますので、確かに明石先生がおっしゃられるように、なかなかそういう余裕がないというのも、事実ですが、その中でできるだけ協力できるところは協力して、あるいは協力していただいとということだと思っておりますが、やってい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。

本当に今は特に急性期、大学病院辺りはもうルールに固められた状況の中で、いろいろな患者さんを受けの必要があり、こういう中で、例えば正直なことを言うと、我々、診療所レベルから、何か具合が悪くなった患者さんが、急性期、大学に入った場合、まだ、退院には

早いだろうという患者さんは、やはりどうしても病院は移動しなければいけない。ケアミックス、療養型、ここが有る程度しっかりと充足していれば、そういうワンクッションというものもあると思いますが、時には、そのまま大学病院は、退院しなければいけないけども、家にも戻れないから、在宅の先生たちを紹介しましょうということで、我々が紹介した医療機関に戻ってくる前に、在宅医療のほうに、そのまま移行してしまうというケース、それから、そうすると今度、その後の情報というのが、なかなか得られないケースというのも多々ございます。

それから、あと大学へは、我々が一生懸命紹介状を書いて、お願いしても、ケアミックス、療養型にワンクッションを置くと、そうすると、元がどこから来た患者さんか分からないということで、またそこで、じゃあどこかいませんかということで、在宅の先生に移行してしまうケースがあります。

現在、特に川崎の場合は、ある程度医療機関も増えている地区が結構ございますので、そういう中では、一人一人の患者さんを、大事にしようと思っている先生たちにとっては、ちょっと困った流れが少し生じていると感じています。例えば、我々のほうにワンクッション、紹介元のほうに打診をしていただければ、自分が行かないまでも、せめて我々のコミュニケーションの取れている在宅の先生でお願いしていこうとなると思います。またよくなったら再度外来のほうに通ってもらう、そういったつながりもできますので、地域との連携が本当に大事であると感じています。

また、EHRはICTの件で、これから今非常に大きな話題になるかと思いますが、今県も国もこのいわゆるICTでとにかくつなげようと、ネットワークをつくろうとしています。今現在、ICTに関するツールが多岐にわたっているような状況で、病院ごとによって、このツールが違っており、そういう中で我々1人の患者さんに対して、どこかの病院とつながるといのはもちろん分かりますが、今、訪問看護ステーション等が、患者さんごとに病院が違くと、患者さんごとにそういったツールを全部使い分けするという非常に負担がかかっていることは確かです。

そういう中で、今、ICTを統一できないかとか、EHRのほうで、まとめていこうというお話がございしますが、我々医師会としても、ある程度の面で構築されるのであれば積極的に応援させていただきませんが、その辺がまだ見えてきません。県のほうも、一度やりましようと言ったところが、まだ流動的な状況ですので、我々としてもまだ今ちょっとついていけないというところがございますけども、今大学であるとか、そういったところで、それから横浜の南部、それから横須賀、逗葉、あっちのほうでも、積極的につくっております。川崎でも、ある程度まとまるものであれば、それも積極的に我々としても、支援していきたいと思っております。

ただ、どこまで求めているのかが、みんな違っていると思いますので、この辺もしっかりとコンセンサスの得られるような、そういったツールができてくれば良いと思っています。

この辺も含めて何か御意見、さらに追加があれば、いただければと思います。いかがでしょうか。

明石委員、よろしくお願いいたします。

○明石委員 今、医療機関が川崎市は比較的豊富というのは間違いないと思いますが、そうはいっても、各医療機関の役割とか、機能とかを考えると、やっぱり150万都市にとって、貴重なリソースだと思います。市民が十分にこのリソースを共有することが大事なので、全部が例えば高度急性期がごく短期間の治療を担当して、次のネットワークの下にある

病院が、次を引き受けて、その間に在宅と連携していく。この在宅と連携するときに介在する方々がいて、岡野先生がおっしゃるように、医師会の今まで見ていたかかりつけ医と、在宅医療の調整を図るとか、もちろん患者さんが主体というのも理解しますし、患者さんの視点で組むとこうなってほしいというのは分かりますが、むしろ市内のリソースを我々がどう提供していくかという角度から見て、この構築を考えていくほうが、市民全体にとっては有益な方法ではないかと、少し感じました。

○岡野会長 ありがとうございます。こういう問題に関しまして、正解は当然ございませんが、ケース・バイ・ケースで本当にじっくりと議論され、そしていろいろな選択肢が提供されるような、そういった川崎市になってくれればよろしいのかなというふうには考えています。

また、ぜひ皆様方の意見交換を積極的にさせていただければと思います。よろしく願いいたします。

その他、何かございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

(7) 川崎市立看護大学大学院の開学について（報告）

○岡野会長 それでは、議事をまた進めさせていただきます。

報告事項の7番に移ります。川崎市立看護大学大学院の改革について、事務局から御説明をよろしく願いいたします。

○岡田担当部長 資料7に基づき説明。

○岡野会長 ありがとうございます。

今、時代のニーズでもあると思います。より専門性の高い、より高度なこういった人材が求められているというところではあります。

いかがでしょうか。ただいまのこの大学院の開学につきまして、何か御意見、御質問、御追加等はございますでしょうか。

私がこんなことを言っただけではいけないかもしれませんが、より専門性が高い、より高度な人材は、養成というところでも、それなりのコストはかかって、当然、給与面であるとか、当然上がってくると思います。ただ、今その財源を考えたときには、今の医療費、今のいわゆる診療報酬、こういった中で、私たちにこういった看護師さんたちが目の前に出てくるとは、正直言ってないと思いますが、それなりの高度医療に関わっている大学等にとっては、ある意味では、こういった方たちは脅威にならないのかというのを、正直なところ考えてしまいますが、こういったところでお話をしてはいけないのかもしれませんが、明石先生、いかがでしょうか。

○明石委員 実際には、よくチーム診療、チーム医療ということが言われていますが、大学では、恐らく皆さんが今まで考えていらしたチーム診療とは違う次元のことが、どんどん進んできていて、タスクシフト、むしろ医者職務が広がりすぎて、特に働き方改革で、労働時間が抑制されたりすると、ほぼ今まで医師がやっていたような仕事を、チームで引き受けてくれるパートナーとして、薬剤師も検査技師も、リハもみんなそうですが、特に看護師さんに求められる能力はとて高く、知識も高いものが求められているので、そういう言い方をすると、看護師という職業の職域がうんと今広がってきている時代だと思います。

そのため、当然コストはかかるし、例えば特定看護師とか、何か手当が多いとか、様々なことがあります。でも逆に、医者への代わりをかなり埋めてくれるという視点で見ると、ト一

タルの人件費としては、十分ペイする範囲と、多分そういう考え方でタスクシフトをして、チーム医療をやっていかないと、もうもたない時代が来ているのだと考えています。

○岡野会長 ありがとうございます。そういう意味では、今、医師の数、新たな医師の数は、逆に、いわゆる地域枠とか、そういったところを今度絞る段階に入ってきて、いつか産めや育てやというようなところから、医師の数も少しどこかに上限をつけると、定員数も今少し抑えるという形にはなっていると思います。そのような中では、確かにバランス、タスクシフトが必要な流れなのかなとは思っています。

堀田委員、いかがでしょうか。

○堀田委員 ありがとうございます。今、明石先生がおっしゃったとおりですが、やはり在宅の療養を支える訪問看護ステーションの看護の専門性についても高いものが求められておりまして、特定行為ですとか、そういったところを習得したライセンスを持った看護師さんがいる、いないで、在宅での急変時の対応、そういったところも、すごく迅速にできるとか、そういう環境をつくるのに、こういった大学院で学んで資格を取得した看護師さんたちが求められていますので、いろんな分野で活躍を期待されていると思います。

この大学院の設置によって、川崎市内の看護の質が上がって、的確、迅速な対応の充実をととても期待しています。看護協会もできるところがありましたら連携していきたいと思っております。ありがとうございます。

○岡野会長 ありがとうございます。

○明石委員 先生がおっしゃるとおり、総数としては医師は増えていて、人口が減っている中で、ちょっと比率は動いていますが、よく地域の偏在とか、診療科の偏在と言われるように、必要なところに案外おりません。例えば外科の手術だとか、麻酔だとか、あるいは救命救急医療の現場だとか、そういうところでは、NP、ナースプラクティショナーみたいな人がいないと成り立たないというようなことも現実ですので、医師の偏在が解決されない限りは、どんどんニーズは高まると思っています。

以上です。

○岡野会長 坂元委員、いかがでしょうか。

○坂元委員 皆さん御懸念の点は本当によく理解しているところで、明石先生が必要を取りまとめて、言っていただいた、また堀田委員もそれに対して追加していただいたと、まさににおっしゃるとおりでございます。

この大学院が認可されましたのは、昨年8月、直営の大学院なので、条例が必要なので、条例が通ったのが10月、本来この大学院、もちろん大学から直に上がるということも想定していますが、時間割等を見ていただくと、やはり働く人、つまり現在看護師として働かれている方に、より高度な知識や技術をつけていただきたいという目的から、かなり時間を夜間や休日にシフトするということもやって、それから、駅から歩いて3分、距離的に本当に駅から50メートルぐらいの距離なので、結構仕事が終わってからでも、通いやすいということをキャッチフレーズにして、あと、授業料もかなり安くしております。普通社会人の人は、病院で働きながら来るので、病院との調整というのはかなり時間がかかると思います。

シフトとかいろんな関係がありますので、今年はほとんど応募がないのではないかと、心配していましたが、想定する定員をオーバーする人が応募してきていただき、非常に皆さん優秀な方々ばかりで、正直言って、ニーズの高さというものに我々は改めて驚いております。まだコースが限られているので、今後、コースも拡大してほしい、これをやってほしいとか、例えばがんの専門もやってくれないとか、いろいろなニーズが来ておりますので、そこら

辺は医療界の皆様方の御意見を聞きながら、財政と場所等のスペースもありますので、皆様方のニーズにも応えながら、やっていきたいと思えます。

また、川崎市は御存知のように、非常に若い市と言われますが、反面、今後急速に高齢化が進むという形で、やはりこういう看護師さんたち、先ほど堀田会長もおっしゃっていた現場において本当に必要になってくると思えます。明石先生もおっしゃっていただきましたが、医者だけでは、とてもじゃないけどやっていけないだろうということも出ておりますので、やはりこれを川崎市としても発展させていきたいと思っておりますので、地域医療審議会の委員の皆様方にも、今後よろしく御支援いただきたいと思っております。

学長からの拙い挨拶でございます。皆様方、本当によろしくお願ひいたしたいと思えます。○岡野会長 ありがとうございます。私もこれは否定するというよりも、今の高度な医療、医療体制、これを維持するためには、今、お話ししたような、とにかくコストがかかってくるんだと。ただ、今世の中が、医療がもう本当に財政面で大きな負担をかけているとか、いわゆるそういった財務省的な財務、こちらが優先になって、何か我々に我慢しなさい、抑えなさい、抑制しなさいというような中で、今のニーズに合わせて、どんどんどんどん高度化している、それなりのコストがかかるんだということを、我々はしっかりといろいろなところで、アピールしていかなきゃいけないのだなというのは、つくづくと思っております。そういう意味で、これだけのもの、今こういったものに力を入れて、これからこういったものができるというようなところを、我々もいろいろなところでアナウンスできればと思っておりますので、ここにお集まりの皆様方にも、ぜひとも御理解、そして啓発、啓蒙というか、そういったところにも御協力いただければと思えます。

今日は何も医療だけではございません。経済界であるとか町会であるとか、そういった方たちもいらっしゃいますので、こういった議論、こういったものも本当に貴重な機会であろうと思っております。よろしくお願ひしたいと思えます。

何か御意見、御追加いかがでしょうか

それでは、ここで議事を進めさせていただきたいと思えます。ありがとうございました。

(8) その他

○岡野会長 それでは、続きまして(8)番、その他でございますが、委員の皆様から何かございますでしょうか。

よろしくお願ひいたします。

よろしいですか。

それでは、事務局から何かございますでしょうか。よろしくお願ひいたします。

○渡邊担当課長 1点御報告がございます。

本市では、初期救急医療体制の今後の在り方を検討するため、令和6年11月に休日急患診療所連絡調整会議、及び小児夜間急病センター連絡調整会議を立ち上げ、さらなる効率的な運営体制の構築等に向けて、検討を開始したところでございます。

これらの連絡調整会議で検討した事項につきましては、今後、川崎市地域医療審議会の専門部会である救急医療体制検討委員会で、さらに検討を重ね、本審議会に諮ることを予定しております。令和7年度につきましては、救急医療体制検討委員会を開催する予定がございますので、御報告させていただきます。委員の皆様におかれましては、委員会への御協力をお願い申し上げます。報告は以上でございます。

○岡野会長 ありがとうございます。ただいまの事務局からの説明、これに対しまして、何か御意見、御質問はございますか。いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

その他、委員の皆様、はい、どうぞよろしく願いいたします。

○土元担当課長 資料8に基づき説明。

○岡野会長 ありがとうございます。

ただいまの御説明に対しまして、何か御質問等はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、特にないようであれば、本日の議事はこれにて全て終了とさせていただきます。司会を事務局にお返しします。どうぞよろしく願いいたします。

3、閉会

○土元担当課長 それでは、岡野会長、委員の皆様、本日はお忙しい中、長時間にわたる審議に御協力いただきまして、誠にありがとうございました。

以上をもちまして、本日の審議会を終了させていただきます。お忙しいところ御参加いただきまして、誠にありがとうございました。