

令和元年度第1回横浜地域地域医療構想調整会議 議事録

日時 令和元年8月6日(火)

場所 横浜市医師会会議室

開 会

(事務局)

それでは、定刻になりましたので、ただいまから第1回横浜地域地域医療構想調整会議を開催いたします。私は本日の進行を務めます、神奈川県医療課の由利と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

さて、本会議は先に委員の改選がございまして、改選後初めての会議となります。改選後の委員の方々については、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いらっしゃいますので、ご紹介させていただきます。横浜市医師会の恵比須委員です。

(恵比須委員)

どうぞよろしくお願いいたします。

(事務局)

全国健康保険協会神奈川県支部の阿部委員です。

(阿部委員)

阿部です。よろしくお願いいたします。

(事務局)

昭和大学横浜市北部病院の門倉委員です。

(門倉委員)

よろしくお願いいたします。

(事務局)

弁護士の高岡委員です。

(高岡委員)

よろしくお願いいたします。

(事務局)

神奈川県医師会の高井委員です。

(高井委員)

高井です。よろしくお願いいたします。

(事務局)

神奈川県病院協会の窪倉委員です。

(窪倉委員)

窪倉です。よろしくお願いします。

(事務局)

なお、修理委員、平原委員におかれましてはご所属に変更がございましたので、申し添えます。

次に委員の出欠です。本日の出席者は、座席表のとおりです。なお、奈良崎委員、松本委員からは欠席のご連絡をいただいております。

議題の一部非公開について

(事務局)

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、原則として公開とさせていただいており、開催予定を周知いたしましたところ、傍聴の方が10名お見えです。

なお、本日の議題のうち、4（5）につきましては、公開すると医療機関に不利益を及ぼすおそれのある情報を扱うため非公開とし、その他は公開することとしてよいでしょうか。

(異議なし)

(事務局)

ありがとうございます。また、公開の議題につきましては、会議記録としてこれまで同様、発言者の氏名を記載した上で公開させていただきますので、よろしくお願いいたします。

本日の資料は机上にお配りしておりますが、何かございましたら、会議途中でもお申しつけください。また、神奈川県地域医療構想を1個のファイルに綴っておりますので、適宜ご参照ください。

次に、会長及び副会長を選出させていただきます。横浜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、会長及び副会長は委員の互選により定めると規定されております。どなたかご推薦いただけますでしょうか。お願いいたします。

(新納委員)

昨年度同様、東京医科歯科大学の伏見先生にお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

(拍手)

(事務局)

それでは、異議がないようですので、伏見委員を会長として選出いたします。伏見委員

は会長席へ移動をお願いいたします。

それでは、会長になられた伏見委員より一言ご挨拶をいただきます。よろしくお願いいたします。

(伏見会長)

ただいま会長のご指名をいただきました、東京医科歯科大学の伏見でございます。どうぞよろしくお願いいたします。横浜市は全国でも比較的まれな、医療需要がまだまだ増加し、場合によっては病床が不足するかもしれないと言われている珍しく稀有な地域ですので、皆様の活発なご討論をどうぞよろしくお願いいたします。

(事務局)

それでは、以後の議事の進行は伏見会長をお願いいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

(伏見会長)

わかりました。それでは、議事を始めさせていただきます。まず初めに、横浜地域地域医療構想調整会議設置要綱第4条第2項によりまして、副会長も委員の互選により定めることとなっております。特にご意見がありませんでしたら、前期に引き続きまして、横浜市医師会長の水野委員及び横浜市病院協会会長の新納委員を副会長に推薦したいと思いますが、よろしいでしょうか。

(拍手)

(伏見会長)

どうもありがとうございます。それでは、水野委員と新納委員を副会長に選出したいと思います。水野委員、新納委員、副会長席への移動をどうぞよろしくお願いいたします。

議 題

令和元年度 地域医療構想調整会議の進め方について

(伏見会長)

それでは、早速これより議事に入りたいと思います。まず、令和元年度地域医療構想調整会議の進め方につきまして、ちょっと遠いですが、事務局からよろしくお願いいたします。

(事務局から資料に基づき説明)

(伏見会長)

ありがとうございました。ただいまの事務局からの説明について、何かご意見はあります

でしょうか。特によろしいですか。それでは、次に進みたいと思います。

協 議

(1) 横浜市の現状について

ア 平成30年度病床機能報告結果について

イ 定量的基準について（速報値）

ウ 病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関について

(伏見会長)

まず、(1) 横浜市の現状について、事務局から報告をよろしく願いいたします。

(事務局から資料に基づき説明)

(伏見会長)

ありがとうございました。

エ 横浜市病院協会 地域医療検討会開催結果概要について

(伏見会長)

続いて、議題エで、横浜市病院協会の地域医療検討会開催結果概要について、新納委員からご説明をよろしく願いいたします。

(新納副会長)

横浜市病院協会では、昨年度から横浜の構想区域を7つに分けまして、それぞれの地域で情報共有しようということで、7つの検討会を開いております。令和元年度は、資料5をごらんください。13ページです。2番の「議題等」の(1)「情報共有・意見交換」で、横浜市の現状についてということと、平成30年度に増床する病床配分を受けた医療機関からの整備計画の報告、機能転換する医療機関からの整備計画の報告、その他を報告して検討しております。

7つの地域の検討結果は13ページ、14ページに書いてあるので、時間があるときにごらんいただければと思いますが、まとめを14ページに書いてあります。各エリアで、増床する医療機関、機能転換する医療機関の整備計画の情報共有・意見交換を行いました。それぞれの医療機関において、今後の医療機能等を考える材料になったものと考えております。それから、病床が不足しているエリア、できれば転換が望ましいエリアがありまして、各エリアの状況を踏まえた意見が出ました。それから3番目に、看護師不足などの地域にお

ける課題に対する新たな取り組みの情報共有や意見交換も始められまして、今後連携を促進する場として、検討会が機能することを期待しております。以上です。

(伏見会長)

どうもありがとうございました。それでは、ただいま事務局、病院協会から説明がありましたので、これについてご質問・ご意見がある方は、どうぞ挙手をしてよろしくお願いたします。

(窪倉委員)

次の項目で病床機能の転換について議論する場があるので、その前提としての中身についてちょっと確認しておきたいのですが、資料4の12ページで聖マリアンナ医科大学西部病院の非稼働の理由について記載してあるところでは、再開時に回復期の病床として開棟予定と書いてあります。14ページに移って資料5では、西部病院の転換計画に対して、急性期機能を確保する目的であることから必要ではないかというような表現をされています。これは西部病院にとっての急性期機能を確保する目的でという理解なのかどうか、そこをお聞かせいただきたいです。要するに、前ページでは回復期という言葉が出ていて、ここでは急性期という言葉が出てきているので、ここに矛盾がないかどうかを確認したいです。

もう一つは、地域包括ケア病棟を開設するという方向性のようですが、地域包括ケア病棟にはいろいろな性格づけがあります。先ほどの定量的な基準のところに出てきた地域密着型急性期病床として運営される地域包括ケア病棟もありますし、在宅療養をしている方々を後方支援するような役割を持つ地域包括ケア病棟もありますし、あるいはケアミックス病棟の中で後方ベッドとして、内部急性期向けの病棟として機能するものもあります。ですから、西部地域の中で聖マリアンナ医科大学はどういう回復期をやろうとしているのか、地域包括ケア病棟をやろうとしているのか、そういう議論があったらぜひここで教えていただきたいと思います。

(伏見会長)

それでは、初めの病院協会のご質問について、新納委員、わかりますか。

(新納副会長)

実は田口院長とお話ししたのですが、急性期を確保するという意味は、結局、急性期から地域包括とか回復期など地域など受入れができないため、地域包括をつくって急性期をもう少し確保したいということです。

(窪倉委員)

ケアミックスとして役割を果たす内部向けの病棟ということですね。

(新納副会長)

急性期病床を働かせるために、地域包括をつくりたいという意味らしいです。

(伏見会長)

ありがとうございました。もう一点、西部病院の方向性について、次の議題にもありま

すが、事務局のほうでここで何かご説明いただくことはありますか。

(事務局)

では、ご説明させていただきます。西部病院から今年度はプランの更新が出されておりました。それによりますと、先ほど急性期の話があったかと思いますが、急性期を脱した患者の受け皿とするため、現在休床としている病棟を地域包括ケア病棟として開棟すると。病棟間での病床稼働率や重症度の差を解消し、一般病床の平均在院日数の短縮、重症患者割合の向上につなげる。それからもう一つが、地域との連携に当たっては、後方連携病院、救急隊や地域の開業医等との連携を強化するための仕組みづくりが必要なので、特に地域包括ケア病棟開棟に当たり、外部からの紹介入院の敷居を低くするための相談窓口の明確化や迅速な連絡機能を備える地域連携機能の充実が必要であると。また、より厳密な入院調整も必要になることから、ソーシャルワーク機能の充実も必要であるということで、今後、そういったものを持ちたいということが一応プラン上には書かれております。以上でございます。

(伏見会長)

ご説明いただきましたが、次の議題もありますので、今回はこれでよろしいでしょうか。

(水野副会長)

今の関連で、12ページで、聖マリアンナ医科大学がずっと休棟していたのですが、何が原因で休棟かというのは書いていません。なぜ急性期で許可をもらっているところが急性期で休棟になっているのかということと、急性期のものを了解を得ないでほかのものに変えていいかどうかという。

(新納副会長)

それは後でやりませんか。

(水野副会長)

では、後でいいです。もう一つ質問があります。14ページで横浜は1医療圏になっていますが、病院協会は7つに分けて考えているということですが、まとめの2つ目の丸の病床が不足しているエリアはどういう意味ですか。どういう根拠で病床が不足しているエリアが出てきているのかということです。それから、できれば転換が望ましいエリア、各エリアの状況を踏まえた意見ということですが、我々は意味がさっぱりわかりません。要するに、医療圏は横浜で1つということで、全体として計算上は不足ということが出てくるのですが、その中で病床が不足しているエリアと書いてあるのはどういう意味なのか、ちょっとわかりません。

(新納副会長)

病床が不足しているというのは、慢性期、回復期とか、地域包括病床など7つの地域で検討会を行った結果その地域では不足しているということを行っているだけであって、横浜は構想区域が1つとして考えなければならないと思います。

(水野副会長)

何が不足しているのですか。

(新納副会長)

慢性期です。

(水野副会長)

よろしいですか。3医療圏を分けているときに、横浜は交通の便も患者の動態にしても、非常に早くどこでも移動できるということで1つの医療圏にしたと。そうであるならば、病床が不足しているエリアという考え方の……

(新納副会長)

だから、そうです。先生、実は私は地域検討会に全部出てはいないので、地域地域での結果をまとめたただけであって、横浜の構想区域は1つだということは間違いありません。ですから、次回の西部病院のことに関してもエリアごとの検討ではなくて、構想区域1つとして考えていきたいと思います。

(松井委員)

全体的なことを言っているのではなくて、これは各地域で考えて、多いところもあるわけです。ここでは少ないところと書いてありますが、多くて困っているところもあって、それを全部統合した場合には、横浜では多いと出てくるのではないかなと僕は思っています。まだ全部統合していませんが、確かに慢性期が少ないところがあるという事実を把握しないと検討できません。それぞれのところで多いと。南西部なんていうのは、病床をふやすという話は聖マリアンナ医科大学以外は全然出ていません。充足しているというような話です。どちらかというとその関係のない話が出ていて、全体としては恐らく足りているのではないかと思っているわけです。

(水野副会長)

こういう表現になってしまうと、現在は急性期だけれども、いわゆるミックスになっていて、回復期と急性期を混ぜているところで急性期をやっていると。実態として全体的に不足という感じはありませんが、こういう結論の書き方というのは非常に矛盾していると思います。言っている意味はわかりますか。

(新納副会長)

わかります。

(水野副会長)

例えば、この地域で慢性期が不足しているのだから、その地域からほかのところでもし入るのであれば、そこに対しての移動というのは全く時間的にも搬送の手段にしても問題がないのに、せっかく1つにしたのになぜ7つに分けてここはこうだあだという書き方になってしまうのか、これは全く最初に1つにしたことに対する矛盾だと思います。

(窪倉委員)

資料2にあると思うのですが、2025年の必要病床数と現在の病床機能報告結果の届け出の数との病床機能区分ごとの差で、横浜全体では2018年度の段階では回復期と慢性期でマイナスになっています。こういうデータがあつて、恐らく7方面別にこういうデータがあるのだろーと思います。その根拠に基づいて不足を議論しているのと、あとその地域地域で仕事をしている人たちの実感の2つがないまぜになつてああいう表現になっているのだろーと私は思います。ですから、そんなに根拠がないわけでもありませんが、先ほど行政のほうから言いましたけれども、必要病床数というのはあくまでも推計結果であるということなので、余りそこを突き詰めてもしようがないのではないかなと。

(水野副会長)

今の議論からいったら、2025年の数字は、僕は架空の数字だと思っています。それに対してどれだけ差があるか、何年間でどうしようという話は全くナンセンスです。だから、横浜は毎年の計算にしようということで、その都度実態を見てという話になったと思います。ほかのところは3年ごととか何かになっていますけれども、この数字を無視してはいけないと僕は思います。それを根拠に話し合ったということ自体がおかしな話だと思います。それは1医療圏にしたのに7つに分けてどう連携をとるかというのならわかりますが、7つに分けてこちらは不足だ、こちらはプラスだ、だから不足のほうは何とかしよう。そうではないでしょ。7つに分けて、こちらがマイナスだったらどこかがカバーしようという話し合いをするならわかりますが、7つのままでその結果を出してどうだこうだ。不足のところは何とかしよう。多いところはそのままほっておく。これでは全く調整ではないですよ。感覚的に足りないところを埋めるというだけであつて、プラスのところを減らすのかという話になりますよ。

(伏見会長)

いろいろご意見はありますけれども、病院協会のほうでは引き続きご検討をお願いします。

(松井委員)

データがないとどうしようもないので、みんなから聞いたということですから、聞かなくてもいいということになってしまって、横浜全体のことをみんなで話してもわからないわけです。だから、細かく分けてそれぞれのところの状況を知るというのは当たり前だと思います。

(新納副会長)

後でまた。

(伏見会長)

この件については引き続きまたご検討をお願いしたいと思います。

(松井委員)

ちょっと話が違ふのですが、3ページ目の括弧の中の、高度急性期から最後の介護施設

等と入っていて、ここにはずっと棒線がかかっている、2025年になると突然幾つか出てくるのですけれども、これはどういう意味でしょうか。介護施設等というのは何を示しているのか、教えていただきたいと思います。

(事務局)

介護施設等は、介護医療院への転換などを予定している機関の数を入れております。

(伏見会長)

松井委員、よろしいでしょうか。それでは、いろいろご意見がありましたけれども、この件につきましては一旦終わりにして、次の議題に移りたいと思います。

(2) 病床機能の転換について

(伏見会長)

議題(2) 病床機能の転換につきまして、先ほどからも既に議論が始まっておりますけれども、これについて事務局からの説明をいただいた後に議論をお願いしたいと思います。事務局、よろしくお願いいたします。

(事務局から資料に基づき説明)

(伏見会長)

ご説明をありがとうございました。今の事務局からの説明について、ご質問・ご意見がありましたらお願いいたします。窪倉委員。

(窪倉委員)

先ほどの聖マリアンナ医科大学の件ですが、事務局からの説明で2025年プランの差しかえがあったというお話がありましたよね。これは何回差しかえてもいいと思いますが、7月4日の西部地区の地域医療検討会開催の時点で変更したプランが地域の先生方に開示されていますか。それをちょっと確認させてください。

(事務局)

一応こちらのほうにプランが提出されたのが5月ということになっておりますので、本来であればその段階で何らかの提示なり、もしくは病院側からの説明があってもしかるべきかなとは思いますが。

(窪倉委員)

実際にあったのかどうかです。そのご説明があって、地域の方々がそれを認めたのであれば、それは地域が合意したということになりますので。先ほど病院協会の新納会長からは、当該の病院長からは内部急性期向けのケアミックスのための病棟づくりだみたいなこと、回り回って結局、急性期が充実するということでもあるかもしれませんが、救急車

を本当にたくさんとるのかとらないのか、現状は余りそうになっていないみたいなので、やはり連携を強化しながら地域からの救急をしっかり受けますよとか、在宅療養をしている方々を後方支援しますよというようなことがプランの中に盛り込まれていて、地域の方々に説明されて、これはありがたいということであれば、私は結構ですけども、ちょっと説明が不十分であれば、やはり地域の中で十分にもんだほうがいいのかなど。まだまだ来年に間に合いますので、そういったことを考えましたものですから、確認させていただきたいのです。

(事務局)

申しわけございません。先ほどの窪倉先生に対して、正しい答えをしていなかったなと思いましたが、7月の地域医療検討会の際には、こういった資料6のような形で資料としての提示はたしかあったと記憶しております。一応地域の方々も地域包括ケア病棟に転換するという事は多分承知はしているものと思います。失礼しました。

(窪倉委員)

地域包括ケア病棟の中身なのです。地域包括ケア病棟のやることにはいろいろな種類があるので、内部向けの地域包括ケア病棟ではやはり地域への恩恵が少ないでしょうから、そのところをしっかりと議論しないといけないのではないかと、私を提案しているのです。

(新納副会長)

横浜市病院協会として意見を述べたいと思います。聖マリアンナ医科大学西部病院について、まず地域包括ケア病棟というのは200床以下の病院が持つものでありまして、高度急性期とか急性期の受け皿としての地域包括ケア病床のはずです。それが国の定めたルールで、それを公的病院や公立病院がこういうものをしていいのかどうかということ。これは中小病院、民間病院が生きるすべとして国が認めたルールなので、この原則を破ってしまったらどうかということなのです。

それからあと、病院協会でもこういう話をしたのですが、西部がやるならばうちもやりたいという公的病院もありますし、200床以上の地域医療支援病院もそれがやれるなら我々もやりたいという話が出てきます。ここ横浜でこういうような先鞭を切ってはまずいような気が僕はします。水野先生が言われたように、地域構想区域は横浜で1つですから、西部地域だけの患者を回すのではなくて、全体に回すことによって、西部のいろいろな問題まで解消できるので、やはり病院協会としては反対します。

(水野副会長)

これは非常に難しいと思いますが、医師会というのは病院協会の先生方もみんな医師会員ということで、やはりある程度中小病院の立場を守るのも医師会の仕事だと思います。一番根本的なのは、急性期として認められている病床が休棟になっていると、使わなくても済むということであれば、本来、これは返上だと思います。返上が正しいやり方であっ

て、転換に大義名分があればいいですが、今聞いている中でいくと、余りないなという感じがします。やはりその辺はしっかりとルールづくりというか、はっきりとした筋道を立ててやったほうがいいのではないかなと思います。

(益田委員)

教えていただきたいのですが、よろしいでしょうか。聖マリアンナ医科大学西部病院がどうしてそのようにしたいのかよくわかりません。私が知っているわけではありませんが、例えば私どもの事情でいくと、高度急性期で重症の患者さんたちをいっぱい引き受けていて、長期化したときに引き受けてくれる病院がないというジレンマがあります。つまり、余りに患者さんが重症過ぎて、回復期の病院がとってくれないために、急性期病床を埋めたままずっと患者さんをケアしなければならないという現状があります。横浜市全体としては、そういう問題は余りないのでしょうか。つまり、重症の患者さんが急性期を過ぎた時点で、こういう回復期の病院が全ての患者さんを引き受けられる状況にあるのかどうかを教えていただきたいです。

(新納副会長)

重症のままですか。

(益田委員)

そうです。

(新納副会長)

重症のまま……

(益田委員)

例えばレスピレーターがついていたり、透析が必要な患者さんで退院のめどが立っていない方がおられて、そういう患者さんたちをお願いしても、逆にいろいろな病院さんは、そういう重症の患者さんはちょっとと言われて、結局、院内でずっと見ている患者さんが、私たちの2大学病院どちらにもあります。いろいろなところをお願いをしてやっと転院していただくという事情があって、そこはかなり苦戦しています。多分ひよっとしたら聖マリアンナ医科大学さんはそれを院内でやろうと思っておられるのかなどうなのかなというのは、新納先生は多分話されたと思うので、そういう状況のことを教えていただきたいです。

(新納副会長)

そこまでは聞いていなかったのですが、結局、自分のところの急性期で長くなった患者さんに移したいという話がありました。我々中小病院で、いわゆる重症患者さんを長い間全部受けられるかということ、地域にそれぞれの病院がありますから、今ここでは返事ができません。

(益田委員)

横浜市全体としてどれぐらいそういう患者さんがおられるのか、もしわかったら教えて

いただきたいという質問です。

(新納副会長)

そういう患者さんがどのぐらいいるのか、むしろ先生に対して聞きたいです。

(修理委員)

どのぐらいいるかということについては把握していませんが、高度急性期の病院の先生方と話をする、そういう患者さんがかなりいらっしゃる、送り先に苦勞しているという話はよく聞きます。ただ、横浜市としてその数がどのぐらいなのかということについては、把握していません。わからないでしょ。ですから、本来であればそういった調査もしながら、そういう患者さんをどこで受けられるのかという議論もあったほうがいいなと思います。もしかすると、高度急性期がそういった患者さんを地域包括とかで受けられるほうがベターなのかもしれません。それは議論が分かれるところだと思います。

(益田委員)

多分、三角先生のところとかはかなりうまくやっておられると思いますが。

(三角委員)

ご指名いただきましたのでお話しします。横浜市内の地域中核病院の会というのと、市立病院等が集まる会があります。そういうところで、今、益田先生が言われたような議論はいつもされていて、例えばうちの病院を例にとっても、大体入院患者さんの1割ぐらいは先生が言われたような、長期化して他に転院できないような患者さんです。実際に病床数の1割程度はそういう形で使われている。使わざるを得ない状況にある。本当はいわゆる後方病院などに送りたいものが送れない。それはそれなりに重症だから、あるいは別の社会的理由とかも含めて、なかなか送れないという患者さんがいるのは事実だと思います。

そういう意味で、先程新納先生が言われましたけれども、院内でそういう患者さんを別の地域包括ケア病床に移して、急性期病棟は急性期病棟として使いたいというのが本音です。もし西部病院でそれが行われると、多分幾つかの病院でもそういう動きが出る可能性はあるかなと思います。でも、僕はそれが正しいとはやはり思えないので、本来それは地域の中でつくって行って、高度急性期病院、急性期病院に関しては必要な部分を中心にやっていくべきで、ほかの病院が回復期、慢性期機能と役割を果たすような形ができるのが一番いいのではないかなと思います。

(小松委員)

県医師会の小松です。今、益田先生がおっしゃったのは、高度急性期病院で、その後まだ集中的な治療が必要な患者さんの受け皿として地域包括ケア病棟が有用であるかどうかというご質問だと思います。地域包括ケア病棟も回復期リハ病棟も基本的には診療報酬は包括性なので、持ち出しが多い患者さんは受けられません。では、なぜ急性期の病院が一つの選択肢として地域包括ケア病棟を、自院の患者さんの受け皿として使うかというのと、メリットは入院期間に2カ月の猶予が得られて、その中で退院させられる。急性期で2週

間で帰すことはできないけれども、2カ月だったら帰せる患者さんというのはいっぱいいるので、そういう使い方が多分、今の地域包括ケア病棟一つのトレンドだと思います。

本来は地域包括ケア病棟はむしろ、急性期までいかないというか、入院が必要だけれども集中的な治療は必要でない、例えば在宅だとか施設の患者さんを直接引き受けてそのまま帰すという、そちらが本筋です。しかし、今は基本的には一つの病院内で完結して出そうとするために、2カ月の猶予としてこういう選択をするというのが出ています。

ただ、中医協でもかなり話題になっていまして、まずは地域包括ケア病棟という存在を普及させたいということで、今までそこに関してはどちらの性格でもいいと言っていました。地域包括ケア病棟に入っている患者さんの90%以上が自分のところからという病棟がかなりあるので、そこに関して恐らくブレーキをかけて、外からも直接受けて帰すとか、そういう縛りになっていくのかなと思います。だから、この西部病院がどちらの考えで言っているのかちょっとわかりませんが、いわゆる重症者の受け皿としてということではないのかなとは思っています。

(新納副会長)

西部病院との話し合いの中では、結局、重症者を送るというのではなくて、余り処置のいらぬような難病で、要するに帰せないけれども処置のいらぬ患者さんなんかは急性期に置けないし、よそもとってもらえないから作りたいということをしていました。ですから、先生が言われた、いわゆる重症患者をそのまま引き受けるというものではないみたいです。

(修理委員)

横浜市としては、送り先のない患者がいらっしゃるということ自体が問題だと思うので、本来であれば、そういった受け皿となるような病院がきちんとできてくれればいいなと思っています。ただ、それがどうしても絵に描いたようにきれいに患者さんが高度急性期、急性期、回復期というように流れていかないということも我々は重々わかっているので、その辺が地域連携のところだと思います。ただ、西部病院の場合は、周りにあまり地域包括ケア病棟がないというような情報もあったので、これはどうなのかなという意見が出たのだらうと思います。ですから、やはり地域の中で患者さんの行き先がなくなってしまうというようなことだけは避けてほしいと思います。

(伏見会長)

ありがとうございました。基本的にはどちらかという反対意見のほうが多いように思います。ほかにこの転換についてご意見はありませんか。今の流れですと、基本的には、この地域医療構想調整会議としては転換を了承しないという議論の流れになっているかなとは思いますが、それについてほかに特にご意見はないでしょうか。

(新納副会長)

いろいろ話し合いましたけれども、これはやはりもう少し検討を深めなくてはいけない

かなと考えます。病院協会としてももう少し西部病院とか地域の病院とか、横浜市全体を考えた構想として考えていきたいと思います。

(平原委員)

結局、地域医療構想に関しても病床機能というのは縦割りの機能で、前も私が話しましたけれども、基本的に病床がここは回復期、ここは急性期といっても、長患っているような年寄りには、部分的には一部急性期かもしれないけれども、大部分は慢性期の患者さんがいて、それが在宅だったりとか、いろいろなところから発生しています。急性期の手術をしたからといって、その部分は治ったかもしれないけれども、大部分は慢性期のケアをしないといけない状態で、いつ急変するかわからないということは、これから先、多分多発してくるだろうと思います。結局は多疾患の患者さんが高齢化してきて、それをちゃんと診られる病院といっても、それぞれの病床機能で縦割りにしたからといって、患者さんがその縦割りの中にはめ込まれてうまくいくかという、いくわけがないと思います。

考えてみたら、今の7ブロックなら7ブロックにしても、地域の中で基幹病院があり、その周辺に支える病院があり、在宅の先生方がおられたり、かかりつけ医の先生たちがおられたりというのをいかに機能させ、患者さんたちをそれぞれの場所で精いっぱい診られるような体制をとられるかという議論を進めていかないと、恐らく急性期だけで、あとの長患っている人はちょっと診ていてくださいねとはいきませんし、二次病院にお願いしたからといって、一部急性期で急変したときにそこでずっと診続けるというのも、患者さんにとっても医療機関にとっても非常にストレスフルな話だと思います。そういった議論を深めていただきたいなという気はしています。

(伏見会長)

重要なご指摘をありがとうございました。まず、今回出されている上の2つの病院につきましては、大口東総合病院と緑協和病院については転換を了承するという形で、これはよろしいでしょうか。特に異議はありませんか。それから、西部病院につきましては、いろいろご意見をいただきましたが、大筋としては、今回の地域医療構想調整会議としては転換を了承しない、ただし地域の回復期、あるいは地域包括ケアの需要等については、今後この会議も含めてきちんと情報を収集して、地域の連携体制がきちんと維持されるかどうか確認していくことを継続して行っていくという形になるかなと思います。今回のこの会議では転換を了承しないという結論を出すという形でよろしいでしょうか。松井委員、お願いします。

(松井委員)

賛成ですが、一応会長、大口東総合病院を検討する場合には当人がいらっしゃるので、外して決を採らなければいけないのではないかと思います。賛成ですが、やはり当人がいるところで賛成か反対かを決めてはまずいのではないかと。ちょっとだけでも退席していただいて、決めたほうがいいと。

(新納副会長)

何だって。

(水野副会長)

当該者がいるとだめだと。

(新納副会長)

だから、結論に入らなければ。

(伏見会長)

事務局、どうでしょう。

(松井委員)

いるとやはり言えない人もいるかも知りませんから、普通はどこでも当人がいた場合は出てやります。

(新納副会長)

ただ、内容的に別に反対する理由がないような。

(松井委員)

ないです。だから、賛成だと言っているではないですか。でも、決を採るのだったらやはりいてはいけないのではないかなという、そういう意見です。

(新納副会長)

どうしましょう。

(伏見会長)

事務局、お願いします。

(事務局)

事務局です。県の医療課長の足立原でございます。松井委員、ありがとうございます。確かに事務局もこれは承認事項というよりは協議事項ですので、特にそこは分けなかったのですが、今のご意見を踏まえて、次回からは当事者がいる場合には、新納先生、済みません、場合によっては外していただくことを検討させていただきます。以上でございます。

(伏見会長)

どうもありがとうございました。では、以上で病床機能転換についての議論は終了という形にしたいと思います。

(3) 病床整備について

ア 基準病床数及び既存病床数について

イ 令和元年度 横浜市の病床整備の考え方について

(伏見会長)

続きまして、課題(3)病床整備につきまして、事務局からの説明をよろしく願います。

たします。

(事務局から資料に基づき説明)

(伏見会長)

どうもありがとうございました。今の事務局の説明について、ご質問・ご意見等がある方は挙手をお願いいたします。水野委員、お願いします。

(水野副会長)

横浜市医師会としては、今年度の病床配分はしない、見送ると提案したいと思います。その理由というのは、まず昨年度809床という病床を配分したわけですが、それに対しての検証がなされていません。かなりおくらしている、あるいは実行不可能というのも結構耳にするのですが、それがされていません。それからもう一つ、これは病院のほうでお願いしたいのですが、実質的な休床がどのぐらいあるのか、あるいは今後休床する予定のあるところがどのぐらいあるのかということも、まずは調べないといけないかなと思います。

それからもう一つは、病院の入床率の改善が昨年度に比べて結構ふえてきているということで、その伸びは、一番は医療スタッフの問題が出てくると思いますが、医療スタッフがふえれば、今現在で81~82%ですから、2万幾つあるうちの少なくとも1日に数千床というベッドが、計算でいくと8割しか使われていないということは、1割でも2000床あいているわけです。ですから、その辺の利用率がどのぐらい上がるのかということも検証して、それで再度検討していったほうがいいのかかなと思います。ことしはいろいろ調べなければいけないことがいっぱいあるので、病床配分は見送ったらいかがかなという提案をしたいと思います。

(新納副会長)

病院協会としましても、ことしの配分はなしということで。理由は全部、水野先生に言われてしまったので言うことはありません。結局、2万2000床ぐらい許可病床があるわけです。82%の利用率ですから、少なくみてまだまだ2000床近くあいているわけです。利用率を上げることによって169床も吸収できますし、我々頑張りますので、あと検証もしていないということで、今年度は配分はなしと考えたいと思います。

(伏見会長)

どうもご意見をありがとうございました。ほかにご意見はありますか。

(修理委員)

横浜市です。横浜市としては提案どおりにやりたいとは思っています。医師会と病院協会のご意見はわかりました。ただ、水野先生が先ほど検証というお話をされたのですが、去年配った809床に対して、実際に確定するのは3月ですよね。そうすると、検証といっても次の年にそれを配るのはこの時期でないと間に合わなくなるという時間的なものがある

るわけです。そうすると、水野先生がおっしゃった検証というのは、要するに今までの間にどのぐらい順調にしているのか、計画どおりにしているのかという、そういうような流れの検証ということでよろしいですか。

(水野副会長)

当然、計画書が出ています。それを十分検討した上で、選考の一つの理由にしていると思うので、それに対する実績のおくれや何かがどうなっているのかと。完成予定がどのぐらいずれなのかというのも大体809床に関しては出てくると思います。それを見れば、平成30年度に配った809床のうちのかなりの数ができないという見通しがあるのかなという話も聞いているので、そこはやはり押さえてやっていかないとまずいかなと思います。どうでしょう。

(修理委員)

そうすると、例えば前年度に配った病床数の、あるいは事業者ですよね。例えば10カ所配ったとすると、総病床数のどの程度が順調にしていれば次の年もいいのかなという、客観的な指標が必要になりますよね。

(水野副会長)

本当は、10年も前からというか、10年までいかないかもしれませんが、僕が区の地元の会長をやっているときから、中核病院の中では急性期、超急性期支援病床がないということがずっと続いています。職員不足の話とずっと並行してきているということで、去年809床つけた回復期、あるいは慢性期の病床で困っているのは、一番はそこです。逆に言うと、今はどんどん医師会でも地域包括ケアシステムの中でも、かなり往診医の区別をしなければいけないぐらい高度の往診をする人と、一般の往診とがふえてきています。それで、要は結構、医療ニーズの高い人もどんどん在宅へ出てそれを賄っていると。回復期、慢性期で一番問題になっているのはそこなので、ここが解決されれば、計算上これだけベッドができたのだからつくるということを厚労省も示しているのではなくて、ただ一つの目安ですよ。実態としてその地域でそういう入院なり対応なりに困る人がいなければ、別につくらなくてもいい。それはなぜかといったら、人がいないからです。

さっき調べてくれというのは、休床とかできない理由というのは、急性期の患者さんの疾病構造がどんどん変わっているから減ってきているということと、人がいなくて入れられないということとあるので、その実態をまずは調べなくてはいけないのではないかと思います。ここでただ単にあいているから出す、出して公募するというのは全く意味がないので、これは国でもあくまでも数値目標で、過剰なところが全国ではほとんどなのですかね。そちらに合わせた計算基準なので、そういったことでいくと横浜はマイナスが出てしまうのですが、本当ならもっと少なくて済むのかもわかりません。ですから、計算式の実態も本当に正しいかどうかわかりませんが、実態として我々が困っているのは何かというのをはっきりできれば、やはり検証なり検討をしなければいけないのは、医師会員だから

言わせてもらおうと、病院協会の中で高度急性期をやる病院と後方支援病院との連携がもう少し明確に、具体的に出てくれば、出てくる数字以上の必要性はないと。

一旦与えてしまったら、これから横浜市というのは人口が減ってきます、病床も過剰になってくるので、できたところで弱い中小病院からどんどん潰れるという実態は、まず5年、10年したら出てくるだろうと思うので、僕はそれを防ぎたいと思います。やはりここで一つ足踏みしても実態をもう一回考え直して、目先の1年、2年の病床ではなくて、5年後、10年後も考えた地域医療構想をやっていきたいなと思うので、ことしはひとつ見送って、もう一回本音でみんなで話したらどうかなと思います。

(修理委員)

ことしの考え方は十分わかりました。そうすると毎年実情に合うような形で病床数を出していこうということが一番最初のときに合意されたので、ことし配らなかったとしても、来年についてはまた基準病床との差し引きが出ますので、それはそのときにきちんと議論するということによろしいですか。

(新納副会長)

我々が考えているのは、数だけではなくて本当の医療事情を考えながらやっていこうということで、数を出すのはもちろん出していいのですが、それをもっと検討してやろうということを考えています。

(水野副会長)

必要なら幾らでもつくる。やはり数字ありきではなくて、実態がどうかということできっかりやっていかないと、えらく間違ったことになって、お互い首の締め合いになるか、あるいは多いところが全部丸抱えでやっていくか、二極化していつてしまうなという心配があります。そうすると、本当の意味での地域住民に対する医療提供状況が悪くなるということが十分考えられるので、そういうことを考えて整備していくのが医師会の使命ではないかと僕は思っています。ぜひとも我々医師会と勉強会でいろいろ話し合っていきたいと思うので、ことしは見送りにしたいと思います。

(新納副会長)

もちろん数も必要ですが、まずは横浜市は、医師、看護師、介護士とかの医療人材育成に力を入れてほしいと思います。病床をふやすだけではなくて、それをバックアップするものがなければ、我々が病院をつくっても潰れてしまいますから、そちらのほうもまず横浜市にはしっかりやってほしいなと考えております。

(小松委員)

神奈川県医師会の小松です。私も今年度の基準病床数の見直しについてはゼロでもよろしいのではないかという意見を持っています。以前から神奈川県医師会はベッドをふやすということは極力避けて、できるだけ効率的かつ連携で乗り切ろうという提案をしています。参考資料3、41ページ、42ページを見ると、今、神奈川県の中でも明らかに事実とし

て救急の出動件数、搬送人数がものすごくふえています。これは、例えば42ページの右のグラフで見ますと、わずか5年の間で1万6000人、搬送人員数がふえているわけです。そういう意味で言うと、やはり救急の件数がふえていることをどうするか、全部が必要なのかどうなのかという検証は必要だと思います。

一方で、41ページの下病床利用率を病院別に分布を見ますと、急性期の病院で病床利用率が75%以下というのが結構あります。例えば高度の場合ですと、政策医療的にも分母も小さくて病床利用率が低く出てしまうというのはわかりますが、急性期の70%以下の病院が回復期に転換したりすればうまく病診連携も含めて別の役割を果たせる可能性があります。それからあと、回復期に関して二峰性になっているのは、恐らく80から85%のところは地域ケア病棟だと思います。回復期リハのほうは95から100%のところはほとんどだと思います。要するにベッドが満床でも回せるというのは、例えば急性期の病院に100%で回してくださいと言うと、実際的に診療科も幾つもありますし、現場から難しいという声があると思います。一方で、例えば回復期のリハ病棟ですとか慢性期の病棟でいいますと、今現在でも90%近いですが、ここは本当に100%でも受け入れる能力はあります。

ですから、そういったことをもう少し検証しないと、結局、病床数の協議をする算定式だとか方法に関しては、最初に今回基準病床数を決めた2年前と判断の仕方が変わっていないというのは、単純に人口がふえれば基準病床数が上がるという結論になってしまいます。だからこうなったというだけの理論であって、むしろ抑制的に考えようというのは、こういういろいろなパラメーターを含めて国が言うとおりでこうなっているけれども、実際にあれから何年かたって、別に病床不足で困っていることはないよねとか、あとは逆にこのように我々のほうで変わってきているよねということを実証するのもよろしいのかなと思います。

東京都も昨年、大幅に病床配分を行いました。逆にことは立ちどまって、ことしだけか来年もかはわかりませんが、やはり配分した病院の効果が出るまでは恐らく2～3年はかかってしまうので、ある程度バンと配分して、1～2年検証してまたという、今、県内の多くの地域は3年後に基準病床を見直しとなっていますから、その間にやはり全体的なことも含めてしっかり検証するというのもいいのかなと思います。行政の立場もそうですし、医療団体もそうですけれども、ベッドが足りなくて患者さんの行き場がなくなって治療が受けられないということだけは避けなければいけないので、もし今そういう状況になっていて本当にたらい回しだとか孤独死だとか、そういうことが問題になっているようであれば、四の五の言わずにベッドをふやすしかないと思いますが、まだそこまではいっていないかなという認識です。

(伏見会長)

ありがとうございました。水野委員。

(水野副会長)

大事なことを言い忘れました。きょうは福祉局が来ていませんが、おとし横浜市医師会で調べてもらったのは、横浜国保と高齢者と生活保護しかありませんけれども、往診が各区で何人ぐらいいて、往診で看取った数がどのぐらいいて、各区の往診が幾らというデータがあります。非常に詳しいデータです。これをもとにして、今、横浜市医師会では全体的に往診医を何人つくらなければいけないという想定でやっている数字があるのですが、それは1回しか出ていません。そのときで3年前でした。ですから、それを毎年全部出してもらうと。

ここへ来て急速に在宅医がふえています。横浜の場合ですと、多分地方と違うのは、往診医が高度な技術を持ったり、機械を持ったりして往診をやっているところが結構あります。往診専門だけでやっているところがどんどんふえてきています。要するに、慢性期病床が足りないところ、今は病院から直接在宅に行ってしまうのも結構出ています。ですから、そういった数字を出さないと、数字ありきだけでやっていったら間違ったり、逆に言うとお剰になる可能性もありますので、ぜひともそういったデータも今後は出してもらって、それも考慮してやっていくようにしたほうが。だから、本当に困っているという実感が無いのです。困っていると前から聞くのは高度急性期の病院だけで、引き取ってくれる病院がないということはかなり前から言われています。

ただ、それ以外のところで普通に人は入院するので困るという話は、現場としてはあまり聞きません。というのは、やはり横浜は非常に特殊な事情があるところだと私は思っていて、いろいろなところで吸収してやっけてしまっているところがあると思います。ぜひともそれを考慮した検討も加えないとだめだと思うので、よろしくお願ひしたいと思います。

(伏見会長)

ありがとうございました。ほかにご意見は。三角委員。

(三角委員)

地域中核病院の立場で意見を言わせていただきます。結論から言うと、今年の配分は必要がないのではないかなと僕も思っています。確かに先ほどもありましたけれども、高度急性期病院が満床というか、後方に患者さんを送れないで、ベッドが空いていなくて救急をお断りするという形は結構出ていると。実は横浜の中では出始めていますけれども、まだ幸い他に何らかの方法をとって工夫することによって、問題となるようなたらい回しとかにはならないような形が今の段階ではできていると思います。やるべきことというのは、むしろ回復期の病床を増やすことよりも、連携をしっかりとって、滞ってしまっている患者さんをいかにそれぞれの地域でうまく動かしていくかということのをこれから工夫すべき段階かなと思います。それは在宅かもしれませぬし、回復機能の病院かもしれませぬが、エリアに分けた最大のメリットは、顔と顔が見える関係をそこでつくって行って、そこでそういった連携をしっかりと進めていくことで、今はそれをやるべき時期だと僕も思います。

(伏見会長)

ありがとうございました。ほかに。

(松井委員)

最初から言っていますが、医者がない、看護師がない、介護士がない、そういう状況では、幾らニーズがあるからとつくっても、空床をつくっているだけになってしまいます。そういう事情を考えるのではなくて捉えていただければその辺はわかると思うので、ぜひそうしていただきたいと思います。

(修理委員)

皆さんのご意見はよくわかりました。ただ一点、水野先生がおっしゃっていた在宅医療との関係ですが、地域医療構想での考え方は、そもそも病床の必要量と在宅の必要量はたしか別々に出していた気がするのですが、伏見先生……

(水野副会長)

だから、全国一律の数値が出たらだめだと。横浜は特殊だと。

(修理委員)

わかりました。了解いたしました。

(伏見会長)

それでは、地域医療構想の意見としては、今年度については病床配分を行わないという形の意見になりますがよろしいでしょうか。ただし、来年度以降については、地域の実態をより十分に情報を把握して検討を引き続き行うという形でお願いしたいと思います。

(4) 地域医療介護総合確保基金（医療分）について

(伏見会長)

続きまして、次の議題に移ります。（4）地域医療介護総合確保基金について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局から資料に基づき説明)

(伏見会長)

ありがとうございました。ただいまの事務局の説明にご意見・ご質問等のある方は挙手でお願いいたします。

(益田委員)

昨年もここで提案させていただいて、最終的には却下されたのですが、今、松井先生がおっしゃったように、例えば病床をふやしてどうするのかと思います。医者も足りないし、看護師さんも足りないし、医療従事者も足りないとおっしゃいました。医師に関して言え

ば、神奈川県は医師不足県だと認識していますが、新専門医制度では神奈川県は都会だから医者がいっぱいいるじゃないかということで、シーリングといってキャップがかけられて、これ以上の医者は応募してはいけないという話がありました。これに関してはずっと神奈川県さんとも一緒にタッグを組ませていただきまして、来年からは神奈川県に対するシーリングは外れることになりましたが、神奈川県は決して都会ではない、全国でいくと中くらいの位置だという話です。ただし、神奈川県の中では、医師過疎地はないというのが厚労省の見解みたいですが、とりあえず医者は決して足りていない県であると認識しています。

事業区分Ⅲの医療従事者の確保に関する事業ということで、例えば医師をどうやって確保するのと考えたときに、やることは自前で育成するか、ほかの地域からお医者さんをヘッドハンティングしてくるかぐらいしかありません。あともう一つあるとすれば、女性医師をどうやって活用するか3点ぐらいしかありません。これに関してどのくらいのことをされてきたのかというのをお聞きしたいのが一点です。

それから、実は、今度は働き方改革が始まります。今、私も非常に頭が痛いのですが、働き方改革が始まるまでに医師は5年間の猶予があります。ただ、今わかっていることは、時間外が一番多いのは大学の勤務医だということで、今から大学はかなり締め上げられるのは目に見えております。現在、大学からは常勤・非常勤を含めて多くの医師を派遣しているのですが、外勤、いわゆるバイトの時間も勤務時間に含めるということが決まっております。ということは何を意味するかというと、大学から先生方の病院へお手伝いには行けなくなります。今後、これが本当に実行されると派遣も出せなくなります。大学は医師を抱え込まないといけないということになります。そうしないと、自分たちが立ち行かない状況が来るのは目に見えております。ということで、この辺のサポートをしていただかないと、私どももそうですが、皆さん方も困るのではないかなと思っています。

ここからはCOIが絡んでくる話になるかも知れませんが、まず一つは育成ということでいくと、我々は医師を育成しないといけないのですけれども、現在、神奈川県が奨学金を出している学生さんは4大学に5名ずついます。ということは、毎年20名は神奈川県のお金で医師がふえていっているということがあります。ただし、大きな神奈川県で毎年たった20人です。これは多分焼け石に水ではないかと思えます。そうすると、あとやれることは、申しわけないのですが、他の領域で医師免許を取られた先生方をいかに神奈川県に集めるかという、そういう魅力ある事業をしていかないといけないということです。それをちょっと考えていただきたいです。前回は、例えば私どものほうでいくと、シミュレーションセンターを充実して、うちに来たらこんなことができますよということをアピールしたいということで、一応申請を出させていただいたのですが、横浜市大だけということでは補助は出せないと言われて結局却下されて、補助金がおりてきませんでした。これは医師だけではなくて、看護師さんたちも使える施設ですので、そういったよその地域

から人を集めるようなプランをサポートしていただきたいというのがひとつあります。

もう一つは、さっき言われたように、大学に関して言えば、働く時間を何とか減らさないといけないので、それ以外をどうやってカバーしようかなと思うと、現在余り常勤できない女性医師を活用するしかありませんが、各病院の財政はかなり厳しいものがあります。時給1700円ぐらいで医者を雇っています。これでは医師は来ません。誰も働けません。やはり時間給で言えば常勤と同じぐらいの給料を出していただかないと医師確保は厳しいと思います。広島大学はそれを国の金でやっているみたいです。国でも医療者確保のためのサポートを神奈川県に入れているので、医療者育成のためのプランを神奈川県にも考えていただかないと、医師の働き方改革の施行までもう5年もないです。4年半後には大学が潰れるか、大学が医師を派遣しない人を出さない施設になると思います。横浜市立大学は、現在、県内に1700人ぐらいの医師を派遣しています。これが多分できなくなります。非常勤もそれぐらい出していますが、それも出せなくなるということをご理解いただきたいので、ぜひサポートしていただきたいと思います。

(伏見会長)

ありがとうございます。今の医師確保に関するご意見についてはよろしいですか。事務局、お願いします。

(事務局)

事務局でございます。県医療課長でございます。時間の関係もあるので手短に。まず、医師確保の関係で一番出しているのは、おっしゃるとおり就学資金で、毎年20人です。それから、就学資金を出していない横浜市大さんの枠もあり、確かに焼け石に水ではありますが、まずはそこを育てていきます。それから、当然診療科の偏在も結構あります。診療科の偏在はなかなか難しく、希望というのはなかなか曲げられないので、そこをどううまく誘導するかというのがあります。医師が少ない地域には、やはり一人前にしないと行かせづらいというのがあります。その辺をどううまく回していくか。このあたり、今の基金の話ですが、基金をなるべくうまく使って、本当は区分Ⅲの人材のところが一番お金が欲しいのですが、一番もらえません。ですから、この中ではⅠをうまくⅢに使う、そこでソフトをとるということを考えています。

それから、先ほど市大さんを含めてご提案いただいて、なるべく我々も予算をとろうと努力しています。実は県の財政の壁も結構厚くて、国の基金は国が3分の2で、3分の1は県のお金です。そこをとるほうが結構大変で日々苦勞しているので、逆に先生方のお知恵をお借りして、いいプッシュをいただいて、連携して、あまり言っていないのかどうか分かりませんが、お金を取っていくと。それで努力してまいりたいと考えています。手短ですが、以上です。

(伏見会長)

ほかにご意見等はありますか。

(吉澤委員)

看護協会の吉澤です。確保基金のことで、当然病床数はふえるけれども、働く人が追いついていかないというのは本当に現実的なところで、ナースの確保、そして最近、介護補助者の確保が非常に難しい部分があります。そこを何とか獲得しつつも、さらに定着ということがやはり大事になって、確保だけではなくて働き続けていける、そういったところをつくっていかなくてはいけないので、働く環境も大事になってきます。あと、やはり当然、給与とかの設定もあるかと思います。

そういったことがベースにはありますが、急性期とか高度の病院だけではなくて、地域で見る患者さんが当然ふえてきました。そういう中で、24時間対応型の訪問看護ステーションがなかなかふえていきません。在宅の中で一番ネックになるのが喀たん吸引で、介護職の方がしてくださる環境もできてきてはいますが、法的にも訪問看護のバックアップがないと成り立っていかないというのが現実としてあるので、そういったことも充実させていかないと、地域のケアというのはなかなか充実していきません。訪問看護師を育成していくことも大事です。あと、多分ことしの10月ぐらいからですか、横浜市大病院さんと看護協会の訪問看護ステーションとのモデルケースという形で、病院からナースが訪問看護ステーションに出向してやっていくというようなことが始まっていきます。ああいったことは非常に、ケアの質とマンパワーを確保する上ではとても有意義だと思います。

そういったことがもっと進んでいくこととか、あと高度専門の知識・技術を持ったナースたちの所属がとても偏っています。なかなか地域の慢性期の病院とか小さい病院とかでは育成が追いついていきません。そういったところでは大きな大学病院であるとか中核病院のほうにいらっしゃるので、そこら辺がもうちょっとコラボできるというか、補完し合えると、ケースを学ぶこともできますし、ケアの質ということでもなっていければ、今度は高度急性期の病院から患者さんを受け入れるということが進んでいくことにもなっていくので、そういったことをもう少し補助的にやっていただきたいなと思っております。

(伏見会長)

ありがとうございました。益田委員、お願いします。

(益田委員)

看護師さんの件でいきますと、先ほどの働き方改革の中で、タスクシフトとあって、医者業務を看護師さんに、看護師さんの業務をもっとほかの方にとという話があった中に、特定行為ができる看護師さんを育成しなさいという話があります。今は全然進んでいないのですが、市大も多分今年から手を挙げて育成に向かいますけれども、この事業もお金と手間がすごくかかります。特定行為ができる看護師さんをつくってくださいと言うと、看護部からはそんな人は余っていませんと言われて、かなりの抵抗を受ける中で今始めようとしているのですが、教える医者も手をとられますし、そのための看護師さんを業務から外さないといけないという問題もあります。技能を持った看護師さんたちがどんどん出れ

ば、医者も助かります。吸たん作業なども全然問題なくできるようになると思うので、そこも県にサポートしていただければと思います。

(伏見会長)

ありがとうございました。人材育成に関するご提案がありました。どうぞ。

(杉山委員)

歯科の部門におきましても、歯科衛生士の育成が急務となっていて、全く人材不足で本当に頭を痛めております。歯科衛生士の新たな育成に加えて、歯科衛生士は離職率が非常に高いので、そうした方たちの復職のための仕組みとかに少し予算を割い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。

(伏見会長)

ありがとうございました。ほかにご提案等がありますでしょうか。小松委員。

(小松委員)

基金の使い道に関して、やはり神奈川の場合は人材不足ですから、人を引きつける魅力づくりと、時間はかかりますけれども、育成にとにかくお金を割くしかありません。国は一方で事業区分のⅠで箱をつくるというよりは箱を壊すためにこのお金を使ってしまおうという、本来の地域医療介護総合確保基金とは名ばかりで、国はただ単に余ったベッドを壊すためにお金を使いたいのだと思います。ただ、やはり神奈川は従事者の確保と育成の両方が絶対に必要なので、ある意味、ⅠにつけかえられるところはⅠで主張して、ⅢはⅢで強気で押していくしかないと思います。地域医療支援センターも勤改センターも、どちらも予算と時間を割いてやっていかないと、先ほど益田先生がおっしゃったような働き方改革で、大学病院が医者を全部引き上げることにもなりかねない一方で、引き上げた医者を食わせられるのかという食わせられないので、逆にもしかしたら大学病院に医者がいなくなることもお金だけのことで言えば起こり得ます。非常にシビアな問題なので、そういうことも継続的にある程度専任で検討していくような人とネットワークが必要です。地域医療支援センターや勤改センターにはかなりのお金と人を割いてやっていかないと、せっかく育てた地域卒医師が東京に行ってしまうというだけの話で、むしろこちらはお金を出して東京に人をあげているみたいな話になっていって、東京は医師多数区域だから働けなくなるといっても、実際はそんなことをどこまで縛れるかわからないので、そういう意味でも地域医療支援センターの運営に関しては本当に桁違いにお金が必要だと考えています。よろしく願いいたします。

(水野副会長)

医師確保のところで、小松先生、この間日医で、2026年には医師過剰時代になるというあれを出していますよね。あれはどういう説明だったのですか。

(小松委員)

現状の医師が働いているというプランと、あとは今よりも残業時間、要するに月の就労

時間が80時間以内になるプランと、50時間と、3つシミュレーションをして、それに対して医師の定員数でグラフで掛け合わせていくと、真ん中のプランだと2030何年かな、2038年とかにはそうなる。一応、だから、現状よりも働く時間が減っていくシミュレーションはしています。ただ、やはりそうは言っても、もちろんシミュレーションなので、例えば働き方改革が進んでいく、女性医師がふえる、あとは専門家志向で医師が診る範囲が狭まるとか、要するに需要見込みが予測より早く達成されて医師が余るのか、逆になるかは正直わかりません。都会に関しては余るということは何とも言えないのかなと。人口が減って患者さんが減っていくということだけが下振れファクターというか、その辺の予測だと思います。

(水野副会長)

では、2026年の卒業生の研修が終わるときに過剰になるという話でしたよね。わかりました。

(伏見会長)

ほかにご提案等がありますか。よろしいでしょうか。それでは、事務局で本日の意見を踏まえまして、来年度の事業化の検討を進めていただきたいと思います。

報 告

- (1) 公的医療機関等2025プランの具体的対応方針の検証について
- (2) 医師確保計画、外来医療計画について

(伏見会長)

続きまして、議題4(5)は最後にいたしますので、先に議題5の報告について、事務局からお願いいたします。

(事務局から資料に基づき説明)

(伏見会長)

どうもありがとうございました。今の事務局の説明について、何かご質問はありますか。よろしいでしょうか。

その他

(伏見会長)

続きまして、6のその他をお願いいたします。

(事務局から資料に基づき説明)

(伏見会長)

ありがとうございました。今の県の説明にどなたかご質問等がありますか。水野委員、お願いします。

(水野副会長)

どうしても県のほうは大きなネットワークになってしまいますが、実は在宅の患者さんだけに関して言えば、往診医を中心に、本当に小さいネットワークがいっぱいできています。往診医同士の連携と、在宅の患者さんを中心にしたネットワークは、各区それぞれいろいろな形でできてしまっています。これに病院が入ってくると、セキュリティそのほかの関係で数千万円になってしまいます。ところが、開業の先生方、往診医の先生方はものすごく安いお金で、全部いろいろなところがやっているの、それとの整合性はどのようになるのですか。例えば、病院を中心に、あるいは在宅の患者さんを中心にして、その人の入院というか、かかりつけの病院まで入れると、中核病院なり中心となる病院1つに対しての1つのネットワーク同士になってしまって、なかなか病院同士の連携がとれません。あるいはネットが組めません。そういう問題と、それから、そういう小さい往診医のグループを中心に支援するお金を使うのか、それとも何千万円、あるいは億ぐらいかかってしまうかわかりませんが、そういったものしかやっていかないのか、どちらを中心にするのでしょうか。

(事務局)

手短にお答えします。もともと背景には厚労省がやっている全国保健医療情報ネットワークというのがあります。共通の仕様をつくって、全国どこでもどの情報でも見に行けるようにしようというのがありまして、そこに準拠しなければ基金を使えないということが実はあります。ですから、県内で言うと9医療圏あって、横浜は細かくするので全部で15ブロックを想定はするのですが、その15ブロックの地域ごとにとりあえずつくりましょうと。それを共通の仕様にのっとなってつくと後々つながりますよねという、これは国も同じ考え方ですので、そこを支援しましょうと。それがまず一つです。

実は私も横浜市医師会さんの在宅ネットワークを結構勉強させていただいて、かなり前からやっていたらっしゃいますよね。コストも安くやっています。あと民間のベンダーで結構安い情報共有もあります。そことどうつなぐか。一応こうつないでくださいというベンダー側のガイドラインもあります。それから、全国保健医療ネットワークというのは、電カルからの自動吸い上げが基本です。電カルに入っている病院で、電カルのシステムに入れたら、そこから何もしなくても必要な情報だけとられます。逆に必要ではない、吸い上げてはいけないものは吸い上げないという形です。ですから、必然的に当初は基幹病院さ

ん、電カルをとるようなところが中心になるとは思いますが、逆にその中でどのように中小病院さん、あるいは診療所さん、クリニックさんをどう支援するか、これも含めて県のほうで検討させていただきたいと思っております。概略ですが、以上です。

(伏見会長)

ありがとうございました。それではよろしいでしょうか。

続いて、協議事項4の(5)に進みたいと思います。医療法第7条第3項の許可を要しない診療所について、冒頭でお諮りしたとおり非公開とさせていただきますので、恐れ入りますが、傍聴の方はご退室をお願いしたいと思います。なお、非公開の議事終了後は閉会の流れとなりますので、ご了承をお願いいたします。

閉 会

(事務局)

伏見会長、ありがとうございました。本日はお忙しい中お集まりいただき、また長時間にわたり活発にご議論いただき、まことにありがとうございました。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。ありがとうございます。なお、お手元の地域医療構想のピンクのファイルは次回の会議で使用しますので、お持ち帰りにならないようお願いいたします。それに加えまして、資料10-1、10-2の回収資料と記載のございます資料につきましては、机の上に置いたままお帰りいただくようお願いいたします。以上をもちまして、終了いたします。