

平成29年度第2回横浜地域地域医療構想調整会議

平成29年10月4日（水）

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2回横浜地域地域医療構想調整会議を開催いたします。本日の進行を務めます、神奈川県医療課地域包括ケアグループの鈴木と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

本日の出席者は、お配りしております座席表のとおりでございます。全国健康保険協会の内田委員の代理として、斉藤様にご出席いただいております。また、横浜市医師会の鳥山委員、横浜市薬剤師会の寺師委員、横浜市立大学の井上委員からは事前にご欠席のご連絡をいただいております。

次に、会議の公開について確認させていただきます。本日の会議は、原則として公開とさせていただきます。開催予定を周知しましたところ、傍聴の方が9名見えております。

なお、審議速報及び会議記録は、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、よろしくお願ひいたします。

本日の資料につきまして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。

それでは、以後の議事進行につきましては、伏見会長にお願ひいたします。

協議・報告

（1）平成29年度第1回会議の概要について

（伏見会長）

それでは、早速議事に入りたいと思います。まず報告ですが、第1回地域医療構想調整会議概要について事務局からご説明をお願ひいたします。

（事務局より資料1に基づき説明）

（伏見会長）

ただいまの事務局の説明につきまして、ご質問・ご意見等ありますでしょうか。こちらは特によろしいですね。

(2) 地域医療構想の見直しについて

(伏見会長)

それでは議題(2) 地域医療構想の見直しについて、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

資料2につきましては、横浜市病院協会からご提出いただいております。内容につきまして、ご提案いただいた横浜市病院協会からご説明いただきます。よろしくお願いいたします。

(新納副会長)

病院協会の新納です。よろしくお願いいたします。

神奈川県地域医療構想、横浜構想区域版の見直しについてですが、なぜ見直しをしていただきたいかということですが、地域医療構想において推計された必要病床数と、基準病床数に乖離が生じた場合の対応について懸念が生じたため、該当部分の修正を提案するものです。

お手元の、平成28年10月策定の神奈川県地域医療構想の、本文63ページをごらんください。「3 将来において不足する病床機能の確保及び連携体制の構築」の3段目の文章で、「医療提供体制の整備には、基準病床数に2025年の必要病床数が速やかに反映される必要があります」と記載されています。この速やかという言葉が難しい問題なので、これを「医療提供体制の整備には、既存の医療提供体制に与える影響も考慮しつつ、2025年の医療需要に対応できる基準病床数が適切に設定される必要があります」と、このように変えてほしいと思います。

それから、本文65ページをごらんください。「4 将来の医療需要を踏まえた医療提供体制を目指す施策の方向性」の(2)、将来において不足する病床機能の確保及び連携体制の構築に向けた取組みの、2段目の文章を、「2025年に必要な病床数については、今後も病床稼働や平均在院日数、患者の受療動向など、在宅医療の提供量も含めたさまざまな要因についてモニタリングした上で、適宜精査していきます。また、基準病床については、国等と協議しながら適切な数を確保していきます。」に変更したいと思いますが、いかがでしょうか。

趣旨ですが、神奈川県は緩やかにこれから考えていこうというのですが、横浜は速やかに何でもしなければいけないというすごく強い言葉だったので、これを県と同じように緩やかな方向に進めるために、このような文章に変えています。

(伏見会長)

以上、事務局と横浜市病院協会からご説明いただきましたが、ご質問・ご意見等についてよろしくお願いいたします。

(修理委員)

どうもありがとうございます。構想の横浜区域版は、横浜市ベースで作らせていただいた

のですが、実際これを作っている過程では、基準病床数と地域医療構想の必要病床数の関係性が明確になっていなくて、必要病床数そのまま基準病床に反映されるかどうかはよくわかっていなかったという事情があります。地域医療構想における数値と、基準病床との関係をはっきりさせてほしいという意味合いもあって、一応こういう書き方にさせていただきましたが、現状は、連動しないということがはっきりしましたので、むしろこのような形のマイルドな書き方のほうがよろしいのかなと横浜市も考えているところでございます。

(水野副会長)

横浜市医師会も、そのほうがいいのではないかと思います。

(伏見会長)

よろしいでしょうか。基本的な内容を大きく変えるものではなく、より適切な形に修正するという方向だと思います。では、この修正意見についてはご承認いただいたということで、事務局のほうで修正作業を進めていただくという形でよろしいでしょうか。それでは、よろしく願いいたします。

(3) 基準病床数について

(伏見会長)

続きまして、議題(3) 基準病床数について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局(神奈川県)より資料3-1から3-3に基づき説明。引き続き事務局(横浜市)より資料3-4に基づき説明)

(伏見会長)

論点が大きく2つということで、病床利用率について、どの利用率を用いるかということと、特例を活用することについての検討という形になります。

病床利用率につきましては、資料3-3の一番後ろのページで、丸数字6の、現在の既存病床数が2万2869床に対して、一番左側の列、上段の、病床利用率を国の基準で行う場合と、下段の、実態に合わせた場合で700床ぐらい差が出てくる。病床利用率が、基本的に高いわけですから、病床は少な目に出ることになります。

それから、特例の活用については、2020年の推計人口を使った推計が、丸数字2の欄になります。県の方で出した推計では2万7000床、2万6000床という数値にはなりますが、横浜市の方で推計した資料3-4では、人口推計を市が推定した将来人口を用いるという形で修正することによって、2万4571床。市の将来人口推計が、どちらかというとな目なので、基準病床数も少なくなり、現在からの増え幅は1702床ということです。

一応この2つが論点になると思いますので、2点同時でいいと思いますので、ご意見をお願いいたします。

(新納副会長)

資料3-1で、【計画策定時の対応】のところで、「急激な人口の増加」という文面がありますが、何となく感覚的にはわかるのですが、何をもって急激な人口の増加と考えるのでしょうか。

(事務局)

急激な人口の増加について、例えば人口の何%が増えれば該当するかといった明確な回答は、国からはもらえていない状況でございます。

(新納副会長)

そうすると、何となくということですね。

(事務局)

事務局の県の医療課長の足立原でございます。補足させていただきますと、もともとの基準病床数自体の考え方が、全国のほとんどの地域で人口が減っているのです、減っている人口をベースに考えられています。そうすると、急激に人口が増える地域は非常に少ないという中で、その「急激」の定義はないのですが、基本的に、2025年あるいは医療計画の6年間で見たときに、明らかに人口が増えることがわかっている地域に関しては考えましょうという意味と理解いただければと思います。

(三角委員)

基本的な質問ですが、県の資料3-3の最後のページで、病床利用率が、下段は平成28年度病床機能報告を用いて出した数値だというお話がありましたが、横浜市の資料4-4を見ると、これは平成27年の病床報告となっているのですが、これはどういう意味なのでしょうか。

(事務局)

神奈川県の出したものは、病床機能報告で、各病院から報告されたものの集計値になります。横浜市の方は病院報告ですので、厚生労働省のデータから出しております。

(三角委員)

先ほどの説明では、病床機能報告の数値を超えてはいけないというルールがあったと思うのですが、これはどの報告を言っているのですか。

(事務局)

ご案内のとおり、病床機能報告制度と病院報告は違います。要するに、根拠がある数字であればよいが、根拠のある数字を超えてはいけないと国から言われているということです。

(三角委員)

それは病床機能報告制度でなくても、何でもいいのですか。

(事務局)

おっしゃるとおりです。前回のこの会議で、病床利用率を例えば3%、5%上げるという目標を立て、その目標値で基準病床数を算定することは是非かというご質問があったのですが、国に確認したら、これは非で、架空の数字は使ってはいけませんと。ただ、根拠の

ある実態数字であれば、病床機能報告に限らず使うことは構わないということです。

(三角委員)

しつこくて申しわけないですが、市が出された平成27年の病院報告というのが多分、出ているデータとしては一番病床利用率が高く、実態を反映している数字であると考えていいですか。

使える、一番高い数字であると。

(事務局)

現時点では、平成27年の病院報告が一番高い数字になっています。

(三角委員)

わかりました。ありがとうございます。

(小松委員)

県医師会の小松です。病床利用率に関しては、高い数値で割り戻せば、基準病床数は低く抑えられるので、一番いい数字をとりたいというのは、多分皆さん共通だと思います。基本的には、病院機能報告は1年間の利用率で割っていますが、当然1年間の中でも季節性があって、病院のベッドの利用状況はかなり変わります。例えば1月、2月頃の、高齢者にインフルエンザや肺炎などが流行して、一番ベッドが埋まっていた大変だという時期の病床利用率と、逆に、暮れの利用率が低い時期というのがあります。できるだけいい数字を、県も市も検討しているのだと思います。

今一番新しい情報として、9月20日に厚生労働省医政局地域医療計画課から基準病床の算定方法における留意事項の通知が出ていますが、今までは基本的には、人口が減少するので、病床利用率の下限を定めていて、上限に関しては実績値という形だったのですが、今回の通知では、読み上げると、「このため、地域の実情に応じ、当該地域における直近の病床利用率を定めることも可能であること。なお、各地域における直近の病床利用率については、9月下旬に公表が予定されている病院報告の平成28年分の結果や、各都道府県において作成している病院報告台帳の月次のデータ、病床機能報告、独自の調査結果を活用することが考えられること」と書いているのです。おそらく、この病院報告台帳の月次のデータで、2月とかを探してくれば一番いい数字がとれる可能性はあるので、もしそれが今後数字的にとれば、そうしていただくのがいいのかなと思います。それが、要するに病院としてはもっとも受け入れた数字で、実績になるのではないかと思います。

(伏見会長)

月次のデータを使うということは可能ということになっているのですか。

(事務局)

月次のデータがあれば可能だと思いますが、活用も含めて、国に改めて確認したいと思います。

(水野副会長)

市と県とで、出している数字が大分違ってきてしまうので、具体的に市と県が病床利用率

幾つで出したのかを教えてください。

(事務局)

横浜市の方は資料3-4に記載してございまして、一般病床82.6%と療養病床94.7%です。

(事務局)

県の方は資料3-3、一番後ろのシミュレーションの1ページ前に、縦長の【二次医療圏別の病床利用率】というページがございます。その真ん中の列、採用病床利用率の欄で、療養病床が、横浜北部が0.93%、西部が0.93%、南部が0.90%、一般病床が、0.76%、0.79%、0.82%、これが採用の病床利用率でございます。

補足しますと、これはどちらも実在の数字なので、どちらも使えます。また、冒頭の説明の中で、2020年に見直しをしますと言いましたが、通常は6年間固定なのですが、途中で見直しをするというのも国に協議しようと思っています。2020年の人口を使いつつ、直近のなるべく生の病床利用率を使うという考え方は県も横浜市も一緒です。より精緻な市の独自の推計を使って、病院報告の利用率を使ったら下がったとご理解いただければと思います。

(水野副会長)

そうすると、この資料3-3の最後から1枚前のページでいくと、一般の方を0.85%にして、療養のほうを0.96%にするということは可能だということですね。そうすると、今横浜市が言っている一般82.6%が85%、療養の方が、94.7%が96%ということで、かなり数字的には変わってきてしまうと思うのです。

地域医療構想の中で、横浜の場合は急性期が多く慢性期が少ないと言っている。慢性期というか、療養病床を、一部在宅の方に回す割合が、横浜の場合は全国よりも福祉施設が充実していて、特養・老健の数が他地域に比べて非常に多いわけですが、実態として、施設が空いているという状況があるので、それをどう勘案していくかということを考えないと、作ってしまうと、療養病床の利用率がかなり変わってしまうということが1点。

それから、非常に緩やかに考えていかなければいけないという理由の最大のポイントは、高齢者の人口推移が、全国的には2025年をを考えていますが、横浜の場合の高齢者のピークは2040年で、これよりも15年遅れるわけです。それに対する対応なり考慮というものを考えた場合、かなりゆっくりなペースで考えていかないと、先を読み誤るということもあると思うのです。ですから、最初に必要なものというのは、従事者の確保という部分に関して非常に厳しい状況で、それに対する対応なり対策というのができ上がっていない中では、より慎重な進め方が必要ではないかと思うのです。考えられる中で、最小の数でやっていき、ゆっくり進んだほうが、横浜の場合は一番いいと思うので、意見を述べさせていただきました。

(事務局)

ありがとうございます。ゆっくりということですが、先ほど1704床という数字を出させていただきました。横浜市の病床配分の方法論はこれからご相談させていただきながらまとめていきたいと思っています。今の横浜の医療体制を守っていくという中で、既存の医療機関を優先的に配分とか、そういうことも考えていますので、その配分の数、配分方法やスケジュール

ル感については、この基準病床数は出ささせていただいたうえで、現実的な対応をしていきたいと考えています。

(水野副会長)

ですから、ここで横浜市当局が考えた一般病床82.6%、療養病床94.7%でいくのか、それともここに出ている数字で、最大に使える数字を使ったほうがいいのかというところの議論をしないと、それによって大きく変わってしまうと思うのです。

(増住委員)

水野副会長がさきほど言われた病床利用率は、「参考病床利用率」のことをおっしゃったのでしょうか。

これは、現状に対してプラス3%しているということで、国からは使えないと言われた数値で、さきほどの説明では、資料中の「採用病床利用率」の方なら適用可能な数字だと思うのです。それに比べると横浜市が今使っている病床利用率は、療養病床についても一般病床についても高い数字になっていると思います。

(水野副会長)

小松委員からお話があったように、月次のものが使えるかどうかを確認しないとまずいと思うのです。多分、月次では、この参考値に近いかなり高い数字までいくものがあるのかなと。あるいはそれ以上の数字が出てしまうかもしれませんが、その辺を考慮してもいいのかなと思います。

(増住委員)

今、水野副会長がおっしゃったことは、事務局が月次でとれるかどうか国に照会することなので、それを待ってればいいと思いますが、12カ月ある中で一番高い月を標準にして、年間の病床利用率とするというのはある意味、目標に近いですね。現状に対して見ると、そこまで引き上げるという話になるから、先ほどの県の説明からすると採用は難しいのではないかと思います。あくまで国に照会いただければと思います。

(事務局)

今、増住委員がおっしゃったとおり、国に照会した結果次第ではございますが、確かに年でならしたものではありませんので、言われる可能性はあるかと思いますが、そこも含めて確認させていただきたいと考えております。

(松井委員)

2025年に向かってどんどん作っていくと、もちろん患者数も増えていきますが、2025年のピークに達する前に先にどんどん病棟ができてしまう。そうすると、病床だけ増えて、空きベッドになってしまう病院ができて、そういう病院はつぶれていってしまいますよね。急激に作るとそういうことがあると思うのです。徐々に、その年に必要なものをというのはある程度わかりますが、何年か先の分も一遍に作り始めると、その途中でマイナスになっていってしまうのではないかと考えています。

もう一つ思い出していただきたいのは、今皆さんスマホを使っていますよね。iPadができ

たのが2010年3月です。7年しかたっていないけど、もう完全に普及しています。今から10年先のことを考えても、どういう社会になっていくか全くわからない。もちろんある程度は予測できますが、全くわからないところもある中で、一生懸命こんなに作るというのは、ちょっと違うのではないかと思うのです。私たちは10年後のことは本当にわからないし、もちろん医療もすごく変わるだろうというのがあります。それから、私は、本当に病棟が足りなくなったら、プレハブで作ればいい、おそらく10年後の建築はものすごく進歩していて、すごくいいプレハブができてしまうと思うのです。今から必死になって用意する必要は全然ないのではないかと思います。

(新納副会長)

県の方針で、資料3-1の番目の丸で、「今後高齢化に伴い県内の医療需要が増えることは推計から明らかとなっており、病床利用率を上げること等で一定の対応は可能とし」とありますよね。横浜市の場合は、今2万3000床ぐらいのベッドがあるわけです。最低10%以上は、看護師や医者がいない、人材不足で休床しているわけです。ですから、今急にここでベッドを増やすのではなくて、今後はモニタリングしながら考えていってもいいのではないかなと思います。

それから我々病院の、要するに医師の働き方の問題もありますよね。もしベッドを増やしてしまったら、では、医師は、看護師はどうなるのか、それだけの対応ができるのか。松井委員が言われたように、早くベッドをつくってしまって、空きベッドになって、病院がつぶれてしまうということも考えられないことはない。そういうことで、横浜は今数字を出していますが、まず月次の利用率とか、近々に人口が変わるといのがわかりますので、それも含めて、また考え直したほうがいいのではないかと感じています。

(事務局)

いろいろな要素をモニタリングしながら見きわめていくことは大事だとは思いますが。一方で、新納委員がおっしゃるように、人の手配は1つ大きな要素であり、地域医療構想の3本柱の1本で、人材の確保・養成というテーマもあります。現在、看護師でいえば、医師会、それから病院協会にもご協力いただき、看護学校を運営していただいています。今後、例えば新専門医制度への対応、これも今、市大等といろいろと話をしていますが、そうしたドクターへの対応とか、それからそもそも横浜市は働きやすい環境だということで、院内保育や病棟保育の充実とか、そういうものもセットで取り組んで人材の確保をしていかないといけないと思っていますし、基金の活用なども含めて詰めていきたいと思っています。

(平原委員)

私も最初からこの地域医療構想調整会議は出席させていただいていて、何回かお話しさせていただいたことがあるかと思うのですが、結局、日本の医療制度は、診療報酬制度に左右されながら、市場原理でみんな動いてきたというのが現実ではないかと思うのです。ですから、7対1といったら、みんなが7対1になっていき、肥大化してしまった。そのときに、あわせて看護師がみんな不足して、それで今また修正しようという方向になっている。医療

制度は、診療報酬制度や、今度介護報酬も変わりますが、そういったものの市場原理の中で動いていくほうが、モーメントとしては大きいのではないかと考えています。ですから、ベッドが足りないからこうしましょう、ああしましょうと、一桁まで数を出すという意味が本当にどこまであるのか、正直言って疑問なのです。

結局、私が言いたいことは、フレキシブルに動かせる仕組みを担保してもらおうということが一番大事なのではないかと思うのです。実際、今いろいろな医療機関で困っているようなことというのも、例えば総合診療医というのが、優秀な医師が、制度が発達すれば、在宅医療もかなり対応できるような状況が生じる可能性も十分あるわけですが、それが今はわからない。それは診療報酬制度が付与されてくれば、多分充実すると思うのです。これから先のいろいろなことが、診療報酬制度も定まらない、どういう方向になるのか確定しない、それでいてベッドだけは決めなさいという、何か非常に不自然なことを、我々が雁首並べて真面目に議論しているということが、本当にどこまで意味があるのか、私は疑問に思っています。

何回も申し上げますが、とにかくできるだけフレキシブルにやれるようにしていただきたい。横浜市の中でも地域ごとに状況は違います。私は戸塚におりますが、戸塚の状況も違いますし、横浜市立大学に前おりましたが、金沢区の状況も違いますし、横浜市の北部や東部も違うと思います。それぞれの状況が違うのに、一括して計算することも不自然で、北部、西部、南部という昔の二次医療圏がまだ計算のときに出てきていますが、それをもう少しきめ細かにやっていく必要があるのではないかと思います。余り建設的な意見でなくて申しわけないですが、以上です。

(伏見会長)

どうもありがとうございます。地域差の問題とか、将来推計の不確実性の問題とか、いろいろな課題は当然あります。皆さん、そういうご意見が非常に多いところではあるとは思いますが、決まり事として、それなりのルールに基づいて基準病床数は決めなければならないという、これはもう決まりなのです。その中で、一応県と市のほうで実情をそれなりに勘案した上で、例えば病床利用率については地域の特性を十分生かした形の推計値を用いる、場合によっては月次などのデータも参考にして、横浜地域の実情を踏まえた病床利用率を用いたいということと、それから特例については、人口が、かなり需要が増えるということも用いる必要があるのではないかという、この2点が、ある意味、皆さんのご意見を最大限に酌んだ上でのご提案なのかなとは思いますが、今日の調整会議でどこまで決めなくてはいけないのか。

(水野副会長)

根本的なことをお伺いしたいのですが、要するに地域医療構想というのはベッド数を定めることを目的にやるのですか。それとも、その地域の医療構想を考えていく上では、地域包括ケアの基本である老健あるいは特養のベッドがどういうふうにその地域の地域医療構想に関与するかということがなければ、全くベッドの数が変わってくる。横浜は、急性期は足りていて、慢性期が足りない、その慢性期は、ただベッドをつくるだけでいいのか。既にある

老健・特養の空きの状態とか、その地域の在宅医療の状況とか、そういうものも何も勘案しないで、ただベッド数だけを決めるのが地域医療構想なのか。それとも、そうではないのか。要するに、横浜は慢性期が足りなくて、急性期は余っているのです。その慢性期に対する対応をベッド数だけで決めるのかということをお伺いしたいと思うのです。

(事務局)

ありがとうございます。地域医療構想の必要病床数を計算する際に、老健等に入院している方は病院でなく在宅医療の対象患者としてまずは切り分けています。ただ、先生がおっしゃるように、慢性期の人たちが特養・老健で対応できる方という部分もあろうかと思いますが、大きな影響を与えるものではないのかなという考え方もあります。次の議題、医療と介護の一体的な整備についてというところで、先生がおっしゃるような部分の説明がありますので、そちらをまず聞いていただければと思います。

(水野副会長)

実はそれが一番大きな問題だと思うのです。横浜市の試算では2020年までで1700床のベッドが足りないが出ていますが、実は老健だけの空きでいうと、1日で800床幾つの空きがあるので、もうそれだけで不足のベッド数の半分以上を占めてしまう。これは老健の推計だけなので、さらに特養の空き、あるいは未使用分は幾つあるのかを考えたら、1700床のうち、慢性期の数を考えたら、下手したら要らないのではないということも起きてくる。要するに、急性期が足りないというのであればまだわかるのですが、慢性期が足りないというのであれば、老健も特養も、市の税金あるいは国の税金を使って作ったものをそのまま空きっぱなしにして、さらに横浜市は今300床から毎年600床の特養を作ろうという案まで出ている状況においては、何だか空洞を作ってしまうような感じもするのです。そちらの連携のほうをまず考えないと、先にベッド数を決めるというのは逆ではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

(事務局)

介護側と医療側の調整につきましては、資料3-3の5ページ、「基本」と書いてある表をご覧くださいなのですが、太く囲われた「横浜計」の左から2列目に、7523とあり、その隣に「在宅医療等対応可能数」824という数字があります。これは療養病床の医療区分1の70%、この70%がいいか悪いか、現実と合っているか合っていないかというのはあるのですが、国のほうで機械的に、70%は在宅医療等としていて、「等」とは何かというところ、これが介護施設なのです。療養病床の入院患者数のうち医療区分1の7割、横浜の場合は824という数字が、在宅や介護施設に移行できますよねと、国から機械的に示されてしまっています。ですので、これはもともと基準病床数から引かれているのです。引かれている中で考えていかなければいけないというところが1つありまして、その辺も含めて勘案して考えなければいけないというのも我々も苦慮しているところでございます。

先ほど先生がおっしゃった、地域医療構想は、ベッドの数だけ決めるのか、全体の地域の介護を含めたビジョンなのか、当然後者でございます。介護と医療の連携のビジョンを示し

ていくものです。2025年の必要病床数は、医療需要をベッド数に換算しているということが1つと、それからサービスの質が2015年のまま、サービスは全然進歩しないで同じサービス・人員でやったらそれぐらい必要だという意味です。ですので、完全にフィックスされたものではなく、また、実は病床稼働率も全国一律のものを使っているの、地域性はあまり勘案されていない、全国平均でやったらこれだけ増えてしまうというあくまで推計です。そこは、今の段階でどこまで未来が見通せるかというのはあるのですが、もっとこれから、その都度その都度精緻にやっていかなければいけないと思っております。ですので、これから次の議題でもやりますが、介護と医療の連携の中で、介護側でどれだけ受けられるのかというところはまた別途考えていかなければいけないというのは事務局も認識しているところでございます。

(松井委員)

実は介護の方では、去年から今年にかけて1年間に新しくできた特養は、全国で調べると8割しか埋まっていない。こういうことは今までなかった。これは恐らく近々厚生労働省から統計が発表されると思いますが、20%は介護する人がいなくて入居が埋まっていないのが事実なのです。横浜は特養を更に作っていくとのことですが、多数の空きベッドになってしまうのではないかと思います。千葉は、新しい施設を作ると、古いところから人が行ってしまい、結局同じなので、新しい施設は作らないと決めたとのこと。横浜は、水野副会長が言われたように、特養や老健も空いているので、それも活用し、医療設備ではないけど、そこに少し医療を加えるとかいろいろな工夫をすれば、何とかなるのではないかと思います。新しい病院を作り、そこに患者さんが行くと、古い病院がつぶれてしまう。それでは幾ら作っても同じです。病院側の事情を言うと、患者さんが多ければ潰れないはずですが、結構潰れていまして、表面上は続いている中身が変わっているということも多くあるので、そういう状況もよく調べていただいて、たくさん作ってもしょうがないということをぜひ知っていただきたいと思います。

(小松委員)

基準病床についてどういうプランをとるかという話の中で、横浜の中だけで考えるとどうしても増床するしかないということになってしまう。県は2020年の人口の推計で考えていて、市は、2020年の人口で、病床利用率の高い値を採用して、できるだけ低く抑えた数字が、1700床幾つ不足ということだと思います。この1700床不足というのは、水野委員もおっしゃったように、主に慢性期、回復期だと思いますが、ここは、1つは介護施設で飲み込める可能性があり、あと一部は、高齢者で認知症の身体合併症の方なので、精神科の病院でも飲み込める可能性がある。あとは、横浜オンリーではなく、オール神奈川の中で、慢性期の長期療養の患者さんは、今までも、横浜以外の療養病院でかなり飲み込んできています。相模原はその典型ですが、そういうところも介護施設が増えたことで意外と空いている。そういうことも含めると、1700床という数字を、病院を増やさずにどうやって飲み込むのかという対策をして、少なくとも3年間ぐらいは様子を見るという考え方があります。そういう意味で

は、このシミュレーションの「検討1」の153床不足にしておいて、3年間は今いったような方法でやっていけばいいのではないか。それで大丈夫かという話ですが、大丈夫でないものの指標としては、例えば救急の患者がたらい回しになるとか、入院難民になるということだと思のですが、結局、県の中で飲み込めれば、ベストではないが、次善の策ではないかと思います。会長が県の案と市の案と言いましたが、私は個人的には「検討1」でもいいのではないか、だから3つぐらい選択肢があるのかなと思います。

(水野副会長)

医療の進歩というのはものすごいので、老人が増えていく中で、今までと同じような有病率になっていくかどうか、あるいは入院必要パーセントが持続するかどうかは全くわからない、むしろそれは減っていくのではないかと思います。そういう中で、特養・老健というのは、これは在宅医療で、在宅医療が賄える分が多くなれば、それだけベッドを作る想定が減ってくると思います。また超急性期、急性期に関しては、横浜市内で賄えなければ、市民にとってマイナスですが、現状としては既に横浜はそれが充実しているとなると、慢性期に関して、果たして本当に横浜だけでやること自体が、言い方を変えれば、他都市に迷惑をかけるかどうか。県内でうまくお互い助けられるかどうかということも考慮しなければいけないというのが1つ。あと他都市に比べて、横浜は福祉施設が充実していて、福祉に対しての手当が非常に厚いので、医療との連携をまず考えてから話を持っていかないと、無駄に税金を使っていくだけで、本当の意味での市民のためにならないという考えがあると思うのです。本当は、医療局と健康福祉局ともう少し話し合った中で、これをどう考えるかということを示唆していただかないとおかしいと思います。

(増住委員)

先ほどから出ている、慢性期病床の代替を、福祉の方で代替できるのではないかという点は、私もそう思います。ただ、一言だけお伝えしておきたいのは、今、不足病床数を丸めた形で出しておりますが、高度急性期、急性期、回復期、慢性期という区分で考えると、水野副会長からもお話がありましたが、高度急性期、急性期については、ほぼ充足していると考えておりますが、回復期、慢性期について不足が今後見込まれるのではないか。その中でも、ウエイトからいうと圧倒的に急性期の受け皿となる回復期病床が足りなくなるのではないかという見通しを立てているということは申し上げさせていただきたい。ですから、回復期、慢性期ともに不足が見込まれておりますが、慢性期についてはいろいろな手を尽くして、福祉、介護との連携が考えられると思います。それから回復期のリハについても、介護老人保健施設などで今後リハ機能がさらに充実することで、一部代替されるのではないかという期待はもちろん持っておりますが、急性期の在院期間がどんどん短くなる傾向があり、国も明確に誘導している状況で、退院した人が全て在宅復帰していくというのは現実的ではないので、受け皿としての回復期病床について、どの程度用意していかなければいけないかということは、ぜひ考えていくべきだと思います。

(水野副会長)

急性期病院の後方病院の手当てというのは、これは我々も十分認識していて、その対応というのは今後、医師会と病院協会ですら十分やっつけていかなければいけないと思っています。ただ、急性期で、急性心筋疾患というのは、今後ますます減っていく可能性があると思います。超急性期は現状と同じですが、急性期疾患はどんどん減っていく傾向にある。そうすると、今まで急性期で入っていた病院で、回復期までずっと見ていってしまうということが出てきますが、ではそういう場合に急性期なのか、回復期なのかをどう区別するか、国も何も示していないのです。

日本医師会の中川先生の話では、明確にするのであれば、治療点数でやれば一番わかる、急性期の治療の初期に関する治療費と、病状が安定しているときの費用というのは全然違ってくるわけです。しかし、急性期の人から回復期になったから、回復期病院へすぐ出せるかといったら、それはできないので、1人1人の治療の過程において、例えば回復期までは診て、慢性期になったときに出すというのが今の病院で、むしろそれをやっつけていかないと、多分急性期病院も赤字になって潰れていってしまう状況がかなり想定されると私は思うのです。ですから、急性期なのか回復期なのかという、明確な提示もないし、また、本当に、そこを切り分けて転院させてしまっているのかどうかということ是非常に疑問になっているので、今もう国の方は多分、入院日数を減らせという指令はなくなったと思うのです。

あと、慢性期病床と急性期病床の、病床の明確さもないということで、これも今、日本医師会が厚生労働省に、病棟単位なのか、病床単位なのか、ベッド数なのか、どの区分なのかというのを質問しているということで、多分もう少ししたら答えが出るだろうと言っているのですが、本当に区分というのが曖昧模糊で、現場は困っていると思うのです。

そういうところも考慮していかないと、ベッド数は決められないと思うのです。

(伏見会長)

議論が尽きないことと思いますが、今の水野委員のご意見について、私は座長の立場で意見するのは本当は余りよくないのかもしれませんが、基本的に慢性期の推計と急性期の推計は方法論が違うのです。急性期、回復期の推計は基本的には人口動態等に基づいているもので、ご指摘のように、急性期と回復期の区分というのは非常に曖昧なものというのは、まさにそのとおりなのですが、基本的に慢性期分の推計とは違いますので、急性期、回復期と、高度急性期を一体として一定の基準で推計すると、横浜市の場合はかなり増えるという推計が出て、それに沿った形で推計してきているというのが多分状況ではないかと思えます。

なかなか議論が収束しないので非常に困ってしまっているのですが、事務局、どのような形にしますか。では、ご意見、お願いいたします。

(吉田委員)

県病院協会の吉田です。うちは、精神科、心を扱う病院の病院長なので、そういった立場から。患者さんの一部は精神科である程度対応できるのではないかという、小松委員のご意見ですが、現実的に精神科の薬は非常によく効くようになっていきます。統合失調症で入院し

ていた患者さんが、本当によくなって退院している。精神科の病院は代わって、認知症の患者さんがベッドを占めてきているという傾向にはあると思います。85歳以上の人、3人に1人はある程度の認知症の症状が出ている。その認知症の症状が、通常の病棟で対応できればいいのですが、徘徊があって、外へ出ていくタイプの方は建物の構造上、閉鎖病棟が必要になってくる。認知症疾患治療病棟や、認知症疾患療養病棟、積極的に治療は必要ないけれど、うちには帰せない、あるいは老健や特養でも難しい人に対して、非薬物療法を中心とした療養病棟というのは、必要になってくる。だからかなりの数を精神科領域で引き受けているところはあるのではないかと思います。

今回の地域医療構想に関して、精神科のベッドは何も論じられていないのですが、その辺のところも我々としても協力できる部分があるということを考えれば、必ずしも病床数を、これだけで考えるのではなく、精神科領域も、療養病棟として見ればよい。もちろんそういう患者さんはそんなに長く入院させるのではなくて、落ちついたら退院してもらい、あるいは老健・特養などに行ってもらい、でも案外また帰ってくるのです。その辺のところも踏まえた形の病床のコントロールというのが必要ということもつけ加えておきます。

(事務局)

吉田委員、伏見会長、ありがとうございます。

今日の議論の落としどころですが、今日は、今まさにご意見をいただいたようなポイントについていろいろなご意見をいただくことが目的で、結論を出すことについては予定しておりません。いただいたご意見を踏まえて、市と県で持ち帰り、また協議させていただき、またいい案を作っていきたいと思っております。

それからスケジュール的に確認させていただきますと、また次回、12月から1月に、次の調整会議があります。実はその頃は、保健医療計画全体のパブリックコメントを同時並行でやっています。この基準病床数については、パブリックコメントでは多分数字は出ないと思うのですが、考え方は出すかもしれません。ただ、この次の3回目のときにある程度の方向性の一致を見ればありがたいかなというのが1つでございます。

それから、今、回復期のお話が出ましたが、実は国からも、都道府県宛てに、地域医療構想・病床機能報告における回復期機能についてという通知が来ています。かいつまんで言うと、要は病床機能報告では、回復期が大幅に足りないと出てしまっているけれども、先生方もよくおわかりのとおり、急性期でも回復期をやっているところはたくさんあるし、回復期でも急性期をやっているところもたくさんあるから、事情はさまざまなのだ。だから単純に病床機能報告と比較して、こんなに大きく回復期が不足なので、では回復期を整備、としないで、そこは地域の事情をよくよく考えてやってくださいという通知が改めて出ています。これはもう我々も重々承知しております。ただ回復期が足りないという傾向、バックベッド、後方支援が足りないというのは皆さん一致していると思いますので、そのあたりを踏まえてというのが2つ目です。

それから3つ目は、ご案内のとおり、基準病床数というのは上限で、決めてしまうと、も

うそれ以上、病床は整備できないわけです。あとは、運用の中でやっていく方法もございません。神奈川県は病床の事前協議という制度がございます。前回の調整会議で、今の基準病床数と既存病床数を比べて、既存病床数が下回っている地域は、どうするかを協議しています。その際、横浜は、今回は公募はやめておこうとなりましたが、例えば募集はしますが、まさに後方支援が足りないから、後方支援に限って募集しましょうとか、例えば100床不足がある場合、後方支援が50床、急性期が50床とか、その辺はかなり柔軟にできるのです。そのあたりも踏まえて、これは皆さんの協議によりますが、仮に、500床整備できるとして、柔軟にという意味では、500床を一度に募集しなくてもいいわけです。そういうのも含めて、地域の協議というのは、これからまた必要だと思っておりますので、その辺をご理解いただければと思っております。

(伏見会長)

今日は結論をまとめなくていいということですので、病床利用率の考え方、将来の需要推計の考え方、それから地域の機能分化の考え方、慢性期との移行の問題、さまざまなご意見が出たかと思っておりますので、こういうものについてご意見を参考に、今後引き続き国との協議を進めていただくという形にさせていただきたいと思っておりますし、また、その結果については、逐次こちらに情報提供いただくという形でお願いしたいと思っております。

大分予定の時間が過ぎてしまいましたので、次の議題に移りたいと思っております。

(4) 医療と介護の一体的な整備について

(伏見会長)

引き続きまして、先ほどの議題と関連しますが、議題(4)の「医療と介護の一体的な整備について」、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局より、資料4に基づき説明)

(伏見会長)

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・ご意見はありますでしょうか。

(吉田委員)

3ページの「本県の実情を踏まえた対応」というところで、県病院協会が療養病床実態調査を行って、医療区分1のうち、自宅へ帰れる、あるいは施設へ入れる人は、約30%と出ていると。行政では70%と出ているのです。このギャップはどういうことなのか。

(事務局)

以前にもお話ししましたとおり、基準病床数を決める中で、この70%が固定の数字というのはそもそもどうなのかと県としては思っています。そうした中で、病院協会とも協力して、

今回調査いただいた中で、各病院からの調査結果としては、今療養病床にいる人の中で、在宅に移行できるのは、おおむね3割ではないかと。こちらの方が現実に近い数字というふうに受けとめております。ただ、基準病床数計算の数字は固定なものですから、その現実の数字を踏まえて今後の対応、病床数あるいは介護の数字を検討したいと、こういう意味でございます。

(吉田委員)

1つだけ参考までにお話ししますと、うちの病院で多少認知症が入った患者さんがいます。いろいろなアンケートをとる。病院に入院していて何が楽しいですか。行事が楽しみとか、あるいは食事が楽しみとか。そういった中で「外泊したいですか」という質問には、したいです。どれぐらい外泊したいですか。2泊3日。では、退院したいですか。必ずしも退院はしたくないとおっしゃる。なぜそういう結論になるかということ、うちへ帰ると、2泊3日以上だと叱られると。どういうことかということ、1泊2泊ぐらいなら、よく帰ってきたね、これ食べな、あれ食べな、そして、遊びに行こうとか、温泉行こうとか、そういう話をしてくれる。でも、それが2泊、3泊になってくると、またこぼしたとか、あるいはおむつ交換した後にもたすぐ排せつがあったりすると、「何で最初にしておかないの」とだんだん介護者がちょっと、叱られるということが事実なのです。だから、単純に考えないで、その辺の家庭的なバックグラウンドを充実させないと難しい。だからこれは3年、5年、10年ぐらいかかっていくのではないかという印象を持っているので、参考まで。

(吉澤委員)

看護協会の吉澤です。吉田委員がおっしゃったように、数値的に見ると、在宅でもいいと思うかもしれないけれども、家で介護する人は働く世代も多く、実際問題として働く世代の人がどこまで見られるかということ、見られないというのがほとんどだと思います。だから70%という数字は本当にすごく疑問ですし、ではその次の受け皿をどう考えていくかというのが、働く世代が少なくなっていく今後においては大事で、これから話があると思いますが、基金などの活用や、あと、行政としての在りようみたいなところを含めて考えなければいけないことなのかなと思いました。

(松本委員)

横浜市の高齢健康福祉部長の松本と申します。4ページの5番のところで、うち介護施設等で受け入れる人の数字が出ておりますが、医療サイドでお決めになれば、基本的には横浜市の介護のセクションとしては、この人たちについては介護の側でしっかりと受け入れたいと思っております。

受け入れるに当たってのスケジュールですが、介護保険の世界は、例えば特養、老健、在宅の介護サービスなどのサービス量を決めた上で、介護保険料を決めます。どのくらいの人が医療から介護の世界に来られるというのがわからないと、我々は介護保険料を決めるということができない状況になります。もちろんそれは、決めたところでそのようになるかどうかというのはまた別の問題ですが、とりあえず決めていただいて、それについては介護で受け

入れるというステップを踏んでほしいと思います。

それに当たっては、「医療と介護の体制整備に係る協議の場」が、この会議だと県の方はおっしゃるのですが、ごらんになっているとおり、この23人委員がいる中で、介護関係者は私1人です。これは荷が重いというか、こういう場で医療と介護の協議の場と言ってしまっているのかどうかということは疑問に思っています。また、きょう事務方が来られています、座席表で見れば、県の高齢者の方は1名来られているということなのですが、こういう医療サイドのセクションが大多数を占める中で医療と介護の協議の場と言ってもいいのかどうかというのは、神奈川県さんにお聞きしたいところであります。

(事務局)

医療及び介護の体制整備に係る協議の場の位置づけということで、先ほどご説明させていただいたのですが、協議の場につきましては、国から通知が出ております。それによると、都道府県や市町村の医療・介護担当者など関係者による協議の場を設置し、医療計画と介護保険事業計画、支援計画の策定に係る都道府県医療審議会や介護保険事業計画の作成委員会における議論に資するよう、事前に関係自治体が有識者を交えて計画を策定する上で必要な整合性の確保に関する協議を行う場ということが示されております。ですので、最終的な結論を出す場というのは、あくまでも都道府県の医療審議会、もしくは介護保険事業の計画作成委員会であると考えております。

(松本委員)

それは承知しております。では、それを前段で決める場がこういう委員構成でよろしいのですかということの問題提起させていただいております。私の方も厚生労働省に対して、「神奈川県はこういうやり方をしていますけれども」という話をさせていただきたいと思えます。

(事務局)

松本委員、ありがとうございます。ご意見はごもっともだと思いますので、これはいろいろな協議の中で具体的に、これは医療と介護の連携に限らず、さまざまなワーキング等を設置するところもごございますので、柔軟に対応させていただきたいと考えております。

(水野副会長)

私も4ページのところでお聞きしたいのは、横浜の調整状況の中で「医療と介護への按分(案)」というところで、平成32年、平成35年と書いてありますが、ここに介護施設等の1日の人数を書いてあります。これは70%より多く、介護施設等は16.66%ということですが、横浜市、特養は300床から600床に増やすという案に関して、こういうデータをもとにしているのか、それともどういうことを根拠にしているのか。計画している施設整備数とこの数字とを考えると、かなり整備数がオーバーになってしまうと思うのです。

(伏見会長)

では、松本委員、お願いします。

(松本委員)

横浜市の、今度発表する介護保険事業計画の中では、特別養護老人ホームは600床としていますが、その数の中には、この医療からの受入れの分は入っていません。老健については、もう増やさないとしています。特養については600床となっていますが、これについては、要介護認定者が2025年までに1.4倍増えるので、今のサービス水準を維持するのであれば、施設は1.4倍増やさなければなりません。今の水準に近づけるために、特養は増やしていくということで計画しています。人材確保も重要な課題なので、人材確保の対策もあわせて、両方でやっていきたいと思っています。

(水野副会長)

そのときに、現状の利用率を見てください。それをやらないで、1.4倍になるから1.4倍にするというのは全く理解できないし、情勢として、要介護者は増えても、要介護認定はどんどん減って低くなっている傾向があると思うのです。そうすると、本当に特養の利用者である要介護3以上の人数に見合う数かどうかということと、現状の利用率でどうなのかということを考えていかないと、600床というのは我々現場サイドからの感覚でいうと、とても厳しいと思います。

(松井委員)

先ほども言いましたが、新設のところは、2割は埋まらない。要するに介護士がいないのです。どんどん作られても、単なる空きベッドを作っているだけです。ニーズがあるのはわかりますが、でも介護する人が追いついていかない。だから1回設けるのをやめて、人が追いつくまで待たないと、いけないと思います。そうしないと、税金の無駄使いです。これ以上もう私たちの税金を無駄には使わないでもらいたい。

(松本委員)

確かに1つの施設だけみると8割という率のところもありますが、それ以外のところのアベレージを見ますと、特養に関しては入所率は95%とか96%なので、全体から見ればかなり埋まっているということです。

(松井委員)

それは違う、新設のところは、2割は入っていないのです。新しく募集しても来ないということです。厚生労働省が調べて、そうだとわかってしまったのです。

(伏見会長)

申しわけありませんが、議論が尽きませんので、この議論についてはここまでとして、ほかにはよろしいでしょうか。

(小松委員)

按分に関して確認したいのですが、これは、療養病床にいて、そこから出られるでしょうと言われている人ですよね。全国でいうと30万人の分で、今後の高齢者の人口増でニーズが出てくる100万人とは別ですよ。だから実態とすると、資料4の平成35年時点の823.72というのは、さっきの資料3-3でいう824人ということで、その按分割合は、療養病棟から退院した人の行き先、今まで、普通に退院できた人の行き先ですよ。在宅には、サ高住や

有料も含み、介護施設というのは3施設のことですよ。

そうすると、おそらく実態としては、医療区分1の70%の行き先としては、もう少し、按分は施設のほうに多目に入るのかなと思って質問しました。それでいいですか。

(事務局)

基本、おっしゃるとおりです。

(伏見会長)

医療と介護の一体整備に関しては議論が出尽くしたと思いますので、一応この方向で進めていただくという形です承してよろしいでしょうか。

(松井委員)

医療区分1の人が例えば、30%でも70%でもいいのですが、在宅に行くとする、その分のベッドは作らなくていいということになるのですか。そうだとすると、今まで言っていたことが全然違ってしまわないですか。

(事務局)

資料4の最後の4ページ目の、823.72、824というのが医療区分1の70%なのです。これは国の計算式では、在宅に移行するので、もともと基準病床数から引かれています。作らなくていいという数です。

(伏見会長)

どうもありがとうございました。

それでは、大分時間を過ぎておりますが、次の議題に進みたいと思います。

(5) 地域医療介護総合確保基金について

(伏見会長)

議題(5)「地域医療介護総合確保基金について」、説明をお願いいたします。

(事務局より、資料5-1から5-3に基づき説明)

(伏見会長)

ありがとうございました。今の説明についてご意見等ありましたら、よろしく願いいたします。

(中村委員)

資料5-2の3ページの(2)の1のアに「回復期病床等への転換促進」で「1,152,110千円」とあり、これは5ページの区分1の1「病床機能分化・連携推進事業」の「1,152,110」と同じ数字なので、おそらくここだと思うのですが、5ページの方だと、急性期病床等から回復期病床への転換を行うということで、書き方が少し違います。先ほどの3ページの方だと、回復期病床等の「等」のところには慢性期も入っているのかなと思って

いたのですが、5ページでは回復期のみに限定されているので、ここは違いがあるのか教えてください。

(事務局)

書き方が統一されていませんが、現在は回復期への補助のみとなっております。今後どのようにしていくかということもございますので、計画の中では含みを持たせて「等」という記載をさせていただいております。

(中村委員)

できる限り柔軟に使えたほうがいいので、「等」のほう、5ページのところでも入れて統一してもらえたらと思います。

(事務局)

来年度以降に向けては、また検討してまいりたいと思います。

(杉山委員)

資料5-3の2ページで、医科歯科連携ということで、歯科のない病院等への歯科保健医療等推進事業ですが、歯科のない病院が横浜市内には78.5%あります。急性期病院においては口腔機能管理によって在院日数が短縮されることや、慢性期、回復期の病院では摂食・嚥下障害の有病率が31.6%であるというようなことが、国立中央医療センターの調査で既に報告されて、多くの方がご存じのことかと思えます。歯科をコーディネートできるような立場の者が病院の中で少し仕事をさせていただけると、いろいろな医科歯科連携の具体的な仕事ができるのではないかというので、これはぜひ検討していただきたいと、新しい提案ということで考えております。

また新しいものとしては、4ページの下、今の話と少しつながりがありますが、摂食・嚥下障害に対応可能な歯科医療従事者等の育成事業ということで、食べることを目的としていく場合に、最終的には摂食障害、嚥下障害に対応するスタッフが充実した仕事ができることが、大きな成果を生むであろうと考えられております。それからもう一つ、歯科衛生士再就職の支援事業ですが、サポートのスタッフとして歯科衛生士は絶対的に必要なもので、現在、新卒の歯科衛生士の有効求人倍率が17倍とも言われていまして、復職支援ということを視野に入れてそうした人材を育成していくことが必要な現状がありますので、それについてもできるだけ多くの方に理解していただきたいと思っております。

(新納副会長)

実はこの前がんの医科歯科連携の会にも出たのですが、病院の中に口腔外科、歯科をつくったほうがいいのか、それとも地域の先生方との連携をしたほうがいいのかということではちょっと問題になったのです。

(杉山委員)

病院の中に歯科があることが基本的には望ましいとは思いますが、新たな科目を作るのは病院にとって非常に大変なことだと思いますので、地域の歯科開業医との連携を密にさせていただいて、その歯科開業医が病院にお手伝いに入れるような、そういう仕組みができること

が好ましいかなと思います。

(新納副会長)

わかりました。

(平原委員)

前にもお話ししましたが、人材の育成を一生懸命やっても、例えば医師は、今神奈川県では半分が女性ですが、女性の人たちがいろいろな職種になっても、結局家庭に入って行って、本当に機能していかないということがあります。看護職の人たちは認定看護師とかさまざまな職種をとるのだけど、本当に機能しないまま引退してってしまうのです。ですから、育成に一生懸命お金を使うよりも、むしろ育成した人たちにどう働いてもらえるかという、働き方改革に関係するかもしれませんが、そちらにぜひエネルギーを注いでいただいて、いる人材をいかに活用するかということの方がむしろ大事なかなと思いますので、ぜひご配慮いただきたいと思います。

(伏見会長)

事務局、よろしく願いいたします。

ほかはよろしいでしょうか。それでは、今いただきましたご意見を参考に、今後の事業について検討を続けていただきたいと思います。

(6) 神奈川県保健医療計画について

(伏見会長)

続きまして、(6)の議題、第7次保健医療計画素案たたき台について、説明をお願いいたします。

(事務局より、資料6に基づき説明)

(伏見会長)

ありがとうございました。今の説明についてご意見等ありましたら、よろしく願いいたします。特によろしいですか。かなり疲れてきているようですので、難しいと思いますが、よろしいでしょうか。

(7) その他

(伏見会長)

それでは、議題(6)はこれで進めていただくという形で、そのほかについて何かご意見等ありますでしょうか。

(山崎委員)

横浜市医師会の山崎です。資料3-1の「1 算定の基本的な考え方」で、最初に、地域医療構想の必要病床数は、すべて勘案して算出したものではないとある。しかし本筋は、今後高齢化に伴い、一定程度の計画的な増床は必要であるとあり、この文章は、それがメインではないですか。しかし、のところがメインというのは、何かおかしいような感じがします。

(事務局)

ご意見ありがとうございます。資料3-1の冒頭の基本的な考え方でございますが、こちらで改めて確認させていただきたかったのは、地域医療構想でまず必要病床数というものをいささせていただきます。当時の積算でいいますと、県内で1万1000床、横浜市区だと7000床必要としていますが、これが全部の要素を勘案して出した数ではない、ということでございました。ただ、需要が増えるということは、皆様ご案内のとおりでございますので、一定程度の需要が増えるということを見込んでの対応が必要であろうということを書かせていただいたところでございます。

(山崎委員)

そういうことになると、文章全体の流れとして、初めに否定的な文章が来て、それから次の問題があるというようになってはいますが、むしろこの真ん中の丸を冒頭に持ってきて、最初の丸を2段目に持ってくるほうがずっと筋が通るような感じがします。

(伏見会長)

では事務局は、参考にして検討してください。

ほかにはないでしょうか。事務局からは特にいいですか。これで用意した議事が全て終了いたしましたので、これをもちまして、本日の議事を終了させていただきたいと思っております。非常に長い時間、また司会の不手際で、予想どおりではありましたが、かなり延びてしまいました。申し訳ありませんでした。ご協力、どうもありがとうございました。事務局、お願いします。

(事務局)

伏見先生、ありがとうございました。予想どおりではございましたが、長時間、本当にありがとうございました。今日いただいた意見を踏まえまして、県、横浜市が協力しまして、よりよい方向に持っていきたいと思っております。次回、また日程をご案内しますが、12月から1月にかけて第3回を予定しておりますので、ぜひどうぞよろしくお願いいたします。

閉会

(事務局)

では、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。皆様、どうもありがとうございました。