

令和7年度第1回  
横浜地域地域医療構想調整会議

令和7年8月5日（火）  
横浜市医師会会議室・ウェブとの併用  
（ハイブリッド形式）

## 開 会

(事務局)

それでは、定刻となりましたので、ただいまから令和7年度第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、本日の進行を務めさせていただきます、神奈川県医療企画課の柏原と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

まず初めに、会議の開催方法等について確認をさせていただきます。本日はウェブでの会議でございますが、一部の委員の方々は事務局の会場からご参加いただくハイブリッド形式での開催とさせていただいております。ウェブ会議進行の注意事項につきましては、事務局から会議前にもアナウンスをさせていただきましたが、「ウェブ会議の運営のためのお願い」と題した資料をご確認ください。

後ほど議事録は公開をさせていただきますので、本日の会議は録音をさせていただいております。ご容赦いただきますようお願いいたします。

さて、本会議でございますが、委員改選後、初めての開催となります。改選後の委員につきましては、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5名いらっしゃいますので、恐れ入りますが、事務局からお名前のご紹介をさせていただきます。

横浜市医師会副会長の豊福委員、横浜市歯科医師会会長の佐藤委員、弁護士の海野委員、横浜市医療局保健所長の木村委員、横浜市健康福祉局高齢健康福祉部長の新井委員です。新井委員につきましては、本日はご欠席のご連絡をいただいております。なお、神奈川県医師会理事の小松委員から、事前に欠席のご連絡をいただいております。本日は代理で神奈川県医師会理事の石井様にご出席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。本日の会議につきましては、原則として公開とし、開催予定を事前に周知いたしましたところ、傍聴の方が本日10名いらっしゃいます。公開の議題につきましては、発言者の氏名を記載した上で後ほど議事録の形で公開をさせていただきます。

次に、本日の資料でございますが、事前に委員の皆様にはメールでお送りをさせていただいております。お手元に届いていらっしゃいますでしょうか。本日は、資料を画面共有させていただきながらご説明もさせていただきますので、併せてご覧いただければと思います。

次に、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、「会長は、委員の互選により定める」と規定されております。事務局といたしましては、改選前に会長を務めていただいております、東京科学大学の伏見委員に引き続き会長をお願いしたく、推薦させていただきたいと思いますが、委員の皆様、いかがでしょうか。

(異議なし)

(事務局)

ありがとうございます。それでは、伏見委員を会長として選出させていただきます。伏見委員、一言ご挨拶をお願いしてもよろしいでしょうか。

(伏見会長)

どうもありがとうございます。東京科学大学の伏見でございます。引き続き地域医療構想調整会議の会長という大変な重責ではありますが、微力ながら、議論が活発に進みますよう務めさせていただきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

(事務局)

ありがとうございます。それでは、以後の議事の進行につきましては、伏見会長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

(伏見会長)

承知いたしました。それでは、まず会議に先立ちまして、副会長を選出させていただきたいと思います。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。特にご意見がないようであれば、横浜市医師会会長の戸塚委員、横浜市病院協会会長の松井委員を副会長に推薦したいと思いますが、いかがでございましょうか。

(異議なし)

(伏見会長)

どうもありがとうございます。それでは、戸塚委員と松井委員を副会長に選出させていただきます。

次に、本日の議事について皆さんにお知らせがございます。横浜地域地域医療構想調整会議設置要綱の第5条第2項におきまして、「会長は、必要があると認めるときは、委員以外の者の出席を求めることができる」と定められています。そこで、本日の報告(1)データ分析から見えてくる地域医療の状況・特徴等についての資料は、横浜市立大学講師の

清水様にご出席をいただきご説明いただきますので、委員の皆様にご承知おきいただきたいと思ひます。

## 議 事

### (1) データ分析から見えてくる地域医療の状況・特徴等について

(伏見会長)

それでは、早速これより議事に入りますが、本日ご出席をいただひている清水先生のお時間の都合がござひますので、初めに、現在の横浜地域の状況・特徴について、データ分析から見えてきた結果をご報告いただひたいと思ひます。議題の順番が前後しますが、まずは報告事項の(1) データ分析から見えてくる地域医療の状況・特徴等についての資料について、ご説明をよろしくお願ひいたします。

(清水講師)

ご紹介いただひまして、ありがとうございます。横浜市立大学の清水沙友里と申します。現在、神奈川県で実施しているデータ分析基盤の構築事業として、地域医療構想や医療計画などで、皆さんのご議論に資するよう主にオープンデータ等を使った分析を実施しており、このたびその内容についてご説明します。この説明の目的は、地域の状況の可視化になります。

この分析結果は、何が地域のボトルネックになっているのか、もしくは課題と思われていたが広域で対応すれば解決可能ではないかなど、様々な論点があるかと思ひますが、こういった点について、当該地域ないしは県の他の構想区域の状況を比較しながら議論するための資料として活用することを想定しています。

こういった分析については、データを分析した数字を見たら何かが分かるということよりも、元々どういった課題があるのか、どうひう地域の特性があるのか、ということがそもそも重要ですので、このような点について先生方のご見識をお伺ひできればと思ひています。

また、今回お示ししているスライドの図表以外にも多数のグラフを作成しており、今回はその中からの抜粋になりますが、それでも少しボリュームが多めかと思ひますので、駆け足にはなりますが、概要をご説明させていただきます。

今回、Tableauというデータを可視化する専用のソフトウェアを使っており、動的に色々な軸でデータを見ることが可能です。今はパワーポイントのスライドとしてそれを切り取ってお示ししていますが、実際には、プルダウンのリストで他の構想区域を選んだり、他の疾患を選んだり、他の医療機関を選んだり、同じグラフを地域と他の疾患で比べられる構成になっています。

まず、医療機能の状況をお示したスライドがこちらになります。前提条件として、2040年にかけて横浜地域においては生産年齢人口が0.87倍になる、一方で75歳以上人口が1.09倍になるため、現在よりも大幅に減少する生産年齢人口で高齢者医療を支えていく必要があります。特に横浜は急性期機能を担っている医療機関が多いので、そういったことを担保しながら、増えていく高齢者の医療需要に対応していく必要があります。

横浜の構想区域の特徴として、回復期・慢性期病床が病床全体の37%で、ちょっと見にくいですが、一番左上の右上の囲っているところが全体を100としたときの回復期と慢性期の病床の割合になっていますが、当然他の地域に比べたら低いということになります。高度な入院機能は維持しつつ、転院先・入院先をどのようにスムーズに連携していくかという点が課題になってくると思います。

また、右上のスライドです。こちら少し小さくて恐縮ですが、急性期において休床の病床が多い、となっています。この左下のグラフは稼働率のようなものを示しているのですが、少し小さいので、次のスライドに大きくしたものをお示ししています。こちらが平均在院日数が40日までのところを示していますので、もう少し長い期間の、例えば回復期病床や慢性期病床などを示したところまで表していますが、その一部を抜粋したとお考えください。こちらを見ますと、先ほど休床が多いという話をしましたが、稼働率に関しても急性期の病院はかなりばらつきがある、稼働率が低いところが多いという形になっています。回復期も同様の傾向にあると思います。一方、慢性期病床は、比較的高稼働の病棟が数多くあるという状況になっています。

次は、医療従事者の状況についての報告になっています。こちらは病床のある医療機関の医療従事者の数を見えています。つまり、病床のない診療所の医療従事者は、この集計の中には入っていないということです。横浜地域の特徴として、医療従事者のうち15.2%を医師が占めていて、非常勤割合は、やはり都市ということで低く、13.43%となっています。看護師の割合も50.2%と、他の地域と比べてやや高いという現状になっています。また、看護師で常勤が1万6832名いるうち、非常勤が1153名と、非常勤割合が他の地域と比較し

て低い状況です。

この左下の方には他の地域との比較が載っています。横浜が一番下のところですが、例えば上の県西ですと、グラフから看護師比率が40%くらいとなっていることが見て取れます。このように、他の地域と比較する、非常勤割合を見ていくというのも、今後の検討に資することではないかと思っています。

次のグラフはD P C病院の状況を見るものになっています。こちらはD P C公開データから作成したものになりますので、D P C病院としてデータ提出している医療機関のみが含まれているという点にはご注意ください。資料では医療機関名を伏せておりますので、データの意味合いが少々分かりにくいかと思いますが、このようなD P C公開データから分かることとしては、この横浜地域におけるD P C病院に通っている患者の症例数、対応している医療機関がどのくらいあるか、手術の有無、別の患者の数、例えば当該地域でのある疾患のシェアとか、そういったものが分かるようなものになっています。例えば、人口構造が変化すると、増える疾患、減る疾患、増える手術、減る手術もあると思いますので、そうした状況に向けて、各医療機関がどのように対応するか、例えば減少が見込まれる疾患に対応してどうやって集約化していくかなど、そういう議論につながるデータになると思います。

横浜地域は、他の地域と比べて医療機関数が非常に多いということですので、シェアの状況としては、例えば他の地域では、とある疾患の手術を実施している医療機関が3つしかないとか、とある病院がシェアの60%を占めています、というようなこともあるのですが、横浜はそういう状況になっていないということだと思います。

ここから先は急性期医療とは離れまして、在支診・在支病の各医療機関が年に1回報告している報告書のデータから起こした分析になります。こちらは病院の所在地で集計をしていますので、その医療機関に通っている方が横浜の構想区域にお住まいの方とは限らないという点にはご留意いただければと思います。例えば、このように直近1年に在宅療養を担当した合計の患者の数がどれくらいいらっしゃるかと、それを実数で、人口1万人対で見えていくと、横浜に関しては診療数がかなり急激に、令和2年、3年、4年、5年、6年と比較していくと増加していることが分かります。

また、こちらは75歳以上の人口1000人当たり患者数で、在支診のみのデータですが、多くの在支診がある地域では多くの患者を診ています。例えば都筑区が非常に多いですが、全部が都筑区の患者とは言えないということはあると思いますが、地域差がかなりあることが見

て取れると思います。一方、横浜は他の構想区域と比較すると在宅診療を受けている患者がかなり多い地域になっています。

また、看取りの状況も明らかにすることができており、こちらでお示ししているのは、在宅療養を担当した患者のうち、死亡した患者数です。自宅で死亡しているのか、自宅以外で死亡しているのか、医療機関等で看取りされているのか、その中でも連携先か連携先ではないのか、というような形で分析しています。横浜における医療機関以外での死亡は、令和2年に72.7%だったところから、78.8%まで上昇しています。この上昇傾向は、ほとんど全ての構想区域において見られている傾向です。この一番上が横浜市のところですよ。

こういった分析をしていくと、例えば在支診・在支病で「療養して1年間で死亡した患者のうちどのくらいの方が自宅で看取りされているか」を医療機関ごとに分析することも可能になってきています。

時間があまりないので、駆け足になってしまいましたが、こうした公開データまたは報告書等のデータを分析していくことによって、皆さんの議論に資するようなデータを提示できればと思っています。

私からは以上になります。ありがとうございました。

(伏見会長)

どうもありがとうございました。ただいまの説明につきまして、ご意見、ご質問等がありましたらよろしく願いいたします。石井委員、お願いいたします。

(石井委員)

小松の代わりに今日は参加をさせていただいております、神奈川県医師会の石井と申します。清水先生、丁寧なご説明ありがとうございました。昨日も相模原の地域調整会議に参加をさせていただきましたので、地域による違いを興味深く拝聴しました。新たな地域構想におきましては、外来とか在宅、介護の視点が入ってくる中で、今お示しデータ、元産業医大の松田先生は、地区診断とおっしゃっていますけれども、やはりデータを可視化して、これを見ながら議論をしていくということが大事になってくるのではないかなと思っています。特に横浜におかれましては、ハイボリューム、患者さんの数も非常に多いですし、医療機関も非常に多い。清水先生のスライドの2番目のところに、医療機関数が多いから、入院から在宅までのスムーズな地域連携が容易ではないというところ、このあたりは、やはりこういうデータを見ながら、市民の安心・安全・健康を守るのは当然ですけれども、ステークホルダーになりますクリニック、病院また介護関係、各所の関係者、

一人の負けも生み出さないという会議になっていけばいいかなと思っております。感想でございます。以上です。ありがとうございました。

(清水講師)

石井先生、大変貴重なご意見をありがとうございます。お話しいただいたとおり、やはり連携というのは、数が増えれば増えるほど大変というところで、そのあたりは、話し合いは難しいかとは思いますが、こういったデータを客観的に比較したりしていくことで議論につながれば、と思っております。ありがとうございました。

(石井委員)

ありがとうございます。

(伏見会長)

三角委員、お願いいたします。

(三角委員)

済生会横浜市東部病院の三角でございます。清水先生、どうもありがとうございました。本当にいいデータを示していただきまして、今後参考にさせていただきたいと思うのですが、内容ではなくて申し訳ないのですが、せっかくのスライドなのですが、プリントアウトされたものでどうしてもよく見えないので、もし可能であれば委員向けに、例えばPDFのデータとかをご提供いただくと、ゆっくり後から拝見できるかなと思うのですが、いかがでしょうか。

(清水講師)

ありがとうございます。非常にスライドがビジーになってしまい、申し訳ございません。私もその方がよいかと思います。

(三角委員)

ありがとうございます。それから、もっとゆっくりといろいろな細かいところをぜひお聞きしたいので、もしチャンスがあれば、どこかもっと時間を取ってお話を聞きたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

(清水講師)

ありがとうございます。

(伏見会長)

県医師会の磯崎委員、お願いいたします。

(磯崎委員)

神奈川県医師会の磯崎です。清水先生、ありがとうございました。在宅をやっている我々からすると、何となくイメージでこんな感じではないかなと思っていることが、こういった数字の裏づけではっきり分かるということは、非常にありがたいと思っています。また、在宅医療が増えてくると、どうしても不適切な在宅医療というのも入ってくると思っていて、その際に、別の見方のデータを清水先生からもご提供いただいて、今、県医師会と県庁と併せてデータ分析事業というのをやっているのですけれども、先生からいただいている資料をもし共有できたら共有したいのですけれども、今、共有は可能でしょうか。共有させていただいてもいいでしょうか。

先生からいただいた資料で、こういうのもあるのですが、これは丸の大きさが在宅医療機関の担当の患者数で、右に行けば行くほど、担当した患者さんの亡くなった数が多い。縦軸が自宅で亡くなった数です。そうすると、大きい丸の割には看取りの数が少ないとか、右斜めに上がっていくところが大体適正な値ではないかと推定されるわけなのですが、このように可視化することによって、在宅医療機関のばらつきや看取りの数、ほかにもいろいろ先生にデータをいただいているのですけれども、そういった分析事業も今行っております。こういったことによって、医療業界内部から適正化、自浄していくことが大事なかなと思っております。磯崎からは以上です。ありがとうございました。共有を停止します。

(伏見会長)

どうもありがとうございました。ほかにはよろしいでしょうか。それでは大変有用な分析をありがとうございました。引き続き様々な視点からの分析をぜひよろしくお願いいたします。本日はどうもありがとうございました。

(清水講師)

ありがとうございました。

(1) 「2025プラン」の変更

(2) 病床整備事前協議により配分を受けた病床の入院料の変更

(伏見会長)

それでは、次の議題に移りたいと思います。議事事項(1)「2025プラン」の変更について、事務局から説明をお願いしたいと思います。また、次の議事事項(2)病床整備事前協議により配分を受けた病床の入院料の変更についても、「2025プラン」の変更に関連した

ものですので、併せてご説明をお願いしたいと思います。

(事務局)

(説明省略)

(伏見会長)

ご説明、どうもありがとうございました。ただいまのご説明につきまして、ご質問、ご意見等がありましたらよろしくお願ひいたします。特によろしいでしょうか。特にご異議等はありませんでしょうか。もしご異議等がなければ、この協議事項については了承ということにしたいと思いますが、よろしいでしょうか。それでは、特に反対意見はないというふうに認めますので、この議事につきまして了承としたいと思います。どうもありがとうございました。

(3) 現行の地域医療構想の振り返り

(伏見会長)

続きまして、協議事項(3)、新たな地域医療構想の策定に向けて、現行の地域医療構想の振り返りについて、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(伏見会長)

どうもありがとうございました。事務局からご意見をいただきたい事項として、現行の地域医療構想の評価のまとめ、新たな地域医療構想の策定に向けた課題、その他これまでの取組についてという3点が挙げられております。それでは皆さん、ご意見、ご質問等がありましたらよろしくお願ひいたします。

(赤羽委員)

横浜市医師会副会長の赤羽と申します。私からは、新たな地域医療構想の策定に向けた課題についてというところで幾つかあるのですが、まず在宅医療・介護との連携というところなのですけれども、実際、在宅となると、訪問介護士、ヘルパーさんと言われている人たちが、去年の介護保険の改定で、とても続けられなくなって事業所を閉めてしまいました。このため、家で介護する人がいなくなってしまったので、生活を診る人がいないので、我々医療が入っても、結局家族が疲弊してしまうので、続けられないと。そうすると

受皿はどこになるかという、当然施設になってきます。今施設に入る方がすごく多いのですが、ただ施設といっても、今一番増えているのが有料老人ホームでありまして、この有料老人ホームの中に、介護付有料老人ホームと住宅型有料老人ホームというのがありまして、この住宅型のほうが実は全部外付けなので、結構自由に、つまり介護度が変わったり医療依存度が変わってきたときに、外付けなので自由に動かせるということで、住宅型有料老人ホームというのがすごく増えてきています。神経難病やがんの末期の方など、医療依存度の高い方々が住宅型に入っているのです。つまり看取りの場になっていっていません。在宅医療とざっくり言っていますけれども、いわゆる自宅で診る在宅医療よりも、はるかに施設のほうが、ニーズが増えているのです。これを、この地域医療構想の中の病院のベッド数と同じようにきちんと数字で出せるのかということところです。ここが医療資源としてすごく大事なので、この新たな地域医療構想を語るのであれば、こういった有料老人ホームを今までの病床数と同じような感じで、数として、今幾つあって、どれぐらいの数が増えていく勢いがあるのかというのをここに置いていって、しかもそこがどれぐらいの医療依存度を見ていけるのか、そこに入る医師や看護人材をどのぐらい確保できるのかというのがある程度数字で出てこない、この話が進まないのではないかと思いますので、以上、提案です。

(伏見会長)

ありがとうございます。事務局、いかがでしょうか。

(事務局)

事務局、神奈川県医療企画課長の渡邊です。赤羽先生、ありがとうございます。大変重要なお話だと思っています。住宅型有料老人ホームを含めて、そのような課題があるということは十分認識していかなければいけないと考えております。また、先ほどもお話があったとおり、今回、新たな地域医療構想の中では、在宅、介護施設も含めて、今お話のあった有料老人ホームなどの実態も踏まえて考えていく必要はあると思っていますので、どういう形で数字が出せるか、これからまた検討していきたいと思います。新たな地域医療構想を作成する際には、そのような視点も含めて検討していきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

(伏見会長)

ありがとうございます。続いて、県医師会の磯崎委員、よろしくお願いいたします。

(磯崎委員)

神奈川県医師会の磯崎です。今の赤羽先生のお話は僕も賛成でして、これから住宅型の有料老人ホーム、いろいろなやり方があるのですけれども、さっき赤羽先生がおっしゃったような一部の有料老人ホーム、不適切な訪問看護が言われております。そういった実態も踏まえて、それを一部の人間だけが知っているわけではなくて、全体の病院の退院を支援するような窓口の看護師さんたちやMSWさんたちも含めて、そういった情報を共有して、どのように退院から在宅に向けてやったほうがいいのか、そういったこともまだまだ知られていない実態がありますので、そういうところをつながっていけるような会議や協議体がさらにあつたらいいかなと思っています。以上です。

(伏見会長)

ありがとうございます。続いて、県医師会の石井委員からお願いできますか。

(石井委員)

今の赤羽先生、磯崎先生のお話の続きになるのですが、住宅型の老人ホームもいろいろ問題になってございます。それを受けまして、厚生労働省は、結局この住宅型有料老人ホームは、有料老人ホーム自体ではやはりなかなか収益が上がらない、特養等に比べて、同じ値段にしないと患者さんが集められないということで、訪問看護ステーションの訪問看護を増やすことによって、診療報酬からかなり報酬を得ているということで、こちらに関しては、厚生労働省が厚生局で医療と同じように個別指導を厳しくしていこうということがもう決まっております。また、今、住宅型に関しては、介護士等の人員配置も全くフリーになっていますので、このあたりからも少しきっちり国が見ていかなければいけないという中で、一番初めに赤羽先生がお話しになった、こちらの数値やカウントができるようになっていくのかということも今後また神奈川県医師会、日本医師会、厚生労働省あたりからお示しがあると思いますので、その辺また情報提供ができればなと思っています。私からは以上です。

(伏見会長)

どうもありがとうございます。よろしくお願ひいたします。それでは、会場の松井委員、お願ひいたします。

(松井委員)

横浜市病院協会の松井ですけれども、先ほど赤羽先生がおっしゃったように、確かにそういうデータが絶対に必要ですし、どうなっているかということなのですが、実は訪問診療の診療報酬が非常に高いようで、大学や何かで研究している先生たちも給料で引き抜か

れてしまうのですね。この場合はちょっと違いますけれども、引き抜かれてしまって、医学教育もだんだんおぼつかないというか、変な状況になっていますので、その辺の診療報酬との絡みですけれども、何とかしてもらわないと、医学全体がだめになってしまうのではないかなと思います。そういうところで、先ほどとちょっと違いますけれども、それはすごく重要だと思っていますので、よろしくお願いします。

(伏見会長)

松井委員、どうもありがとうございます。ほかにはご意見、ご質問等、ありませんでしょうか。佐藤委員、お願いいたします。

(佐藤委員)

横浜市歯科医師会の佐藤と申します。先ほどの赤羽先生のご意見は、歯科の領域でも全く同じことを思っています、急性期病院、回復期病院から退院されて在宅、施設で切れ目なくやらなければいけないのがまさに歯科口腔保健だと思っています。特に誤嚥性肺炎予防、口腔機能回復、栄養サポートが非常に重要なところなのです。しかし国が示しているところの人材育成、人材の確保のところ、歯科衛生士が特に足りないというところがございます。そこのところも取組の一つとして考えていただかなければいけないというところ、あとはやはり体を治すだけではなくて、お口が体の入り口になります。今日も在宅と施設に訪問診療へ行きましたが、ヘルパーさんが圧倒的に少なく、外国籍の人がほとんどなのです。今日も有料老人施設に行きましたけれども、ほとんどの人が外国籍の人、非常に優しく手厚いところではあるのですが、ではお口の中を見られるかという、見られないわけです。ヘルパーさんが口腔清掃していいと認められているのは重度の歯周病ではない方となっています。よってまず歯科医師が診断しなければならないわけです。奥歯で噛めるか、飲み込めているかなど。STさんの出番も増えます。そういう意味では、もちろんメインはお医者さん、看護師さんになるでしょうけれども、やはりそういったお口の中を含めたりハビリの方々、様々なところとの連携が必要だと思いますし、そこはかけ離すことができないのではないかなと思ってお聞きしておりましたので、現場の実情というところも含めてお話しさせていただきました。

(伏見会長)

佐藤委員、どうもありがとうございました。筑丸委員、お願いいたします。

(筑丸委員)

筑丸です。ちょっと質問なのですが、有料老人ホームの内容、それから細かいことの把

握というのは絶対今後必要だと思うのですが、有料老人ホームを大きな株式会社がやっていて、どんどんどんどん増えていっている。実情として、有料のやり方としては、入居金を取って回していくというやり方が基本的に今行われている実態だと思うので、どんどん増えていく中で、このデータを取って解析するということが基本的にできるのかどうか、またそれをやっていかないといけないとしたならば、そこら辺で何か方法を見いだしていかないといけないと思うのですが、いかがでしょう。

(伏見会長)

事務局、お願いいたします。

(事務局)

事務局、医療企画課の渡邊です。確かに有料老人ホームの問題については、我々、健康医療の部局は、福祉の部局とも連携をしていかないといけない。今、なかなか我々のところでそういった数字を持ち合わせていないところもあるので、そこはやはり今回、新たな地域医療構想では、介護の部署ともいろいろ連携し、数字をできるだけつかみながらやっていきたいと思っております。以上です。

(伏見会長)

よろしくお願いいたします。ほかはよろしいでしょうか。

(事務局)

事務局の横浜市医療局でございます。よろしくお願いいたします。有料老人ホームの関係で、重ねてでございます。横浜の場合、当然、介護保険なので市町村で運営しているところがございます。介護保険事業計画を3年に1回改定をしております。横浜の場合は高齢者実態調査というのを3年に1回取ったりしております。その中で、実際の状況や医療との提携の状況等も、つかめることもあろうかと思っております。また医療側としてもからも、ビッグデータが使えるかどうか、これからの研究ではありますけれども、データも踏まえて議論ができたなら、我々としても有難いと思っております。これから先、介護と医療を連携しながら、地域包括ケア、地域医療構想についてどう議論できるかというのがまさにキーワードかと思っておりますので、我々も研究してまいりたいと思います。

(伏見会長)

どうぞよろしくお願いいたします。それでは、よろしいでしょうか。それでは、本日はいただいたご意見がいろいろありましたけれども、事務局ではこれを踏まえて今後の作業を続けていきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

#### (4) 令和7年度病床整備事前協議の方向性

(伏見会長)

続きまして、議事事項(4) 令和7年度病床整備事前協議の方向性について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(伏見会長)

続きまして、横浜市の公募病床案について、横浜市から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(伏見会長)

どうもありがとうございました。ただいまの説明につきまして、ご質問、ご意見等がありましたらよろしくお願いいたします。窪倉委員、よろしくお願いいたします。

(窪倉委員)

令和7年度の病床配分の事前協議のあり方について、神奈川県の大体的な慎重な考え方と、横浜市のプラン遂行に基づく考え方の違いが随分大きいなという印象がございました。今、病院経営は、経営母体の違いにかかわらず、どこもおおむね苦しい状況になっておりますので、市内病院からの手挙げがどれほどあるか、大変心配でありますし、結果的には横浜保健医療プランの実現可能性というものについても、相当厳しく考えなければいけない状況ではないかなと私は思っています。それで今回、この横浜市の提案を認める、認めないというところでの議論ではなくて、今日の資料の41ページのスライド12、今回の議論に当たっていろいろな視点から考えましょうよと県が作ってくれたスライドだと思うのですけれども、この視点を若干深める立場で意見をしたいなと思っております。

1つ目は、この間、地域医療構想の評価についてですけれども、それは先ほど県から大体的な振り返りがございまして、それはそれでいいよねと私は思うのですけれども、実はもう少し踏み込んだ分析が必要ではないかなと私は思っています。この間、当初は神奈川県内で1万床の病床が不足すると見込まれていて、横浜市でも1000床単位の病床不足があるということで地域医療構想がスタートしたわけで、今年がその目標年になるわけですけ

れども、実態は、必要病床数の実現はそれほどできておらずに、実は非稼働病床が相当数あって、そして先日の病床数適正化支援事業でも、県内で1500以上の返上希望があり、横浜でも精神を含めると400床規模の返上希望があるわけですね。それでも入院ができずに患者がたらい回しされているというような話は聞いていないわけです。この背景をやはり客観的に分析すべきだと思うのです。確かに資料では稼働率が上がっていますし、平均在院日数は下がっていますし、コロナを経て患者さんの受療動向の変化があると言われていましてけれども、大きな背景は、先ほど赤羽委員が言った有料老人ホームの問題が大きく横たわっているのではないかなと私も思っています。先日、神奈川県医師会から会報が送られてきましたけれども、やはり本来は、介護度が低い人が入る住宅型有料に、要介護3以上の方々が半数以上入院しているらしいですね。その周辺に訪問介護事業者・看護ステーションがあって、この3年間で1.5倍に増加していると言われていました。そして、恐らくそのステーションの周辺には、大規模な在宅診療所、在支診があるのだらうと思うのですけれども、これがいいか悪いかは別にして、こうしたことが大きく伸びているために、病院・病床の機能を施設在宅分野で代替する仕組みが出来上がっていると。それがすごい勢いで伸びているというのが今日的な状況だと思うのです。そうすると、我々に見えない領域で大きく伸びている中身を、先ほどのデータ解析ではないですけれども、あるいは高齢者実態調査報告でも構わないのですけれども、何とか見える化していただけないと、病床の数をどれだけ増やしたらいいのかどうなのかという議論が、客観的にできないと思うのです。ですから、ぜひそれを行った上で、今後の病床整備の方向を考えるべきではないかなと、まず第1の視点として述べさせていただきたいと思います。

2つ目は、限りがある医療資源ということが誰の目にも明らかになってきた時代だと思うのです。ですので、やはり今ある資源を有効活用するという視点がどうしてもこの議論の中にはないといけないのではないかなと思います。横浜は、川崎、相模原、横須賀と接しておりまして、市の領域を超えて流出入が今でも相当するあるわけですが、今後、回復期や慢性期の病床が不足する、あるいは市内病院の増床体力が十分でない、あるいは医療従事者の確保もままならないというような状況があるとしたら、やはりそうした隣接地域で余っている医療資源、病床を活用させてもらおうと、そういう連携体制の構築という視点もないわけにはいかないのではないかなと私は思います。つまり、病院・病床の追加的な整備だけではなくて、今ある県内の医療資源を、市の境界を超えて活用する考えを持たなくてよいのかと提案したいと思います。私の意見は以上です。

(伏見会長)

ありがとうございます。事務局は、いかがでしょうか。

(事務局)

事務局、横浜市でございます。ご意見ありがとうございます。ご指摘のとおり、今回、病床の整備という観点で400という数字をお話しさせていただいたのですけれども、医療提供体制、特にこれから2030年、2040年に向かっていく横浜も、85歳以上高齢者が増えていく、という世の中全体がシフトしていく中において、どう医療提供体制を守り、また連携を深めていくかというのがキーワードなのかと思っております。そのためには、引き続き回復期、地ケア、またサブアキュート・ポストアキュートの充実という視点だけでなく、休床・空床を稼働させたくてもできない、今ある資源に目を向けていくというのは、大きなテーマかと思っております。また、病床連携の推進、在宅連携、多職種連携も含めて、病院だけで診ているのではなくて、地域完結型医療、みんなでどのように患者さんの生活を支えていくかという視点も、この5年、10年で進んできたのかと思っております。定性的な表現で申し訳ないのですけれども、そういった視点も含め見ていくというのが一つポイントかなと、改めて思いました。なお、見えない領域が見える化していく、客観的な議論ができるようにというのは、引き続き先ほどのご議論とも同じで、数字で落とせる、形で見えるようにしていくということは、我々も引き続き努力してまいりたいと思っております。繰り返してございますけれども、これから85歳以上高齢者が増えてくる中で、本当に総力戦なのかと。先ほどの議論もしかりですけれども、高齢者の住まいを見つめて、また特養もそうですし、訪問看護ステーション、当然在宅医も病院も、高度急性期から、ポストアキュート・サブアキュートも含め、全体においてどうやって支えていくのかを、横浜においてどう実現していくかを、そういった議論が恐らく新たな地域医療構想のテーマかと思っておりますので、引き続きご議論いただきながら、作っていただけらなと思っております。ありがとうございました。

(伏見会長)

ありがとうございます。続いて、県医師会の磯崎委員、お願いいたします。

(磯崎委員)

神奈川県医師会の磯崎です。今、窪倉先生の話もあったとおりののですけれども、なかなか在宅療養の現状が見えないというところの一つとして、各施設ごとに訪問医を決めてしまっているという現状がありまして、例えばAという施設があったとして、そこに入る

先生はBと決まっているので、例えば自分が外来で診ている方がその施設に入って、自分が訪問診療できるとしても、そのAという施設に入ってしまうと、もうB先生しかだめですよと言われてしまうような現状もあると思うのです。本来であれば、患者さんないし家族が訪問診療機関を決めるという立てつけになっているのですけれども、現実はなかなかそうっていないところがありまして、そうすると、そこにある施設と訪問診療機関と、またその方についているケアマネージャーの三角の関係が、横浜市内にあっても、例えば県西の山奥にあっても、同じなのです。ずっとそのまま三角の中で全部完結してしまうので、なかなか見えてこないという現実があると思っています。これは行政の方々をお願いするだけではなくて、我々医師会としても、できるだけ各医療機関に対してそういった情報提供や、あと適切な訪問診療をやっていくということ、一緒にやっついていかなければいけないのですが、そういった現実があることを皆さんと共有したくて発言しました。以上です。

(伏見会長)

ありがとうございます。松井委員、お願いいたします。

(松井委員)

先ほどの件ですが、ちょっと考えて、施設のほうで選んでいるというのはどうか分からないのですけれども、各先生方がばらばらに思い勝手に来られたら、恐らく施設は、やっていけないのではないかと思うので、施設のほうとのことは、もうちょっと詰めてやっていってもらったらいいのではないかなと思っています。

それで、最初から数字が違っているんですね。計算式が違ってしまっていて、最初から市の勉強会で言っているのですけれども、まず今3割入っていなかったら、人口が増えても3割入らないという、そういう計算式なのです。そんなことはないのです。3割いて、患者さんが増えていけばそこに入ってくるのです。そうでないと病院がつぶれてしまいますから。なので、何でそういう数式だったのか。その数式が最初から僕らは違っている、違っていると言っているのですけれども、ずっとそれでやってきたのです。そのおかげで食い違いになっているのですかね、意外と作らなくてもいいのではないか、みたいな話になってしまうのですけれども、最初から作らなくてもいいと僕らは言っているのです。そういうことがあります。

それで、最初はまだ7000ぐらい足りないとか言っていたと思うのです。それが話合いで2500まで来て、やっとなんと2000ちょっとになって、それでもまだ多いのではないかということで、やっとなんと901ということにして、何でそこにしたかということ、地域によってはやっぱり足

りないというところがあるんですね。療養型が足りないとか回復が足りないという地域があるので、県みたいにゼロにしてしまうと、検討できなくなってしまうのです。なので、ある程度の余裕を持ってそこは検討しましょうということです。それで地域医療構想会議に出てきたものをちゃんと吟味して、だめなものだめ、いいものはいいと。必要だと言っている地域もあるわけなので、それまでゼロにするのはちょっとまずいのだろうということで、こういうふうに市と話し合っていて決めていって、病院協会もこれを納得してやっているのです。なので、かなり審査は大変になると思います。今の状況で、先ほどもおっしゃったように、つくるというのは本当に大変なことなので、そんなにいっぱい出てこないと思いますけれども、どうしても必要だという場合には、それは認めざるを得ないかなと、そういう立場でこの市の方針に従っております。

(伏見会長)

松井委員、どうもありがとうございます。お願いいたします。

(事務局)

すみません、ありがとうございます。横浜市医療局長の原田でございます。今、市の病院協会の松井会長から発言をいただきましたけれども、それを補足する形で少し、今回の横浜市の提案が、どうしてこういうふうな提案に至っているかということのご説明をさせていただきたいと思っておりますが、これまで皆さん方からいろいろなご意見が出ておりましたけれども、まさに総合的にこれからの病床あるいは医療そのものを考えていかなければいけないだろうと考えております。これまでの地域医療構想調整会議というのは、振り返りもありましたけれども、ともするとやはり病床の数に少し寄り過ぎていた部分があるのではないかなと感じております。それから松井会長からもありましたけれども、病床の算出の計算式が、本当に横浜の実態に即したものになっていたのかどうかということについても、もう少し見直す余地が正直言ってあるのではないかなと感じているところでございます。そういう中で、先ほどから7000床、2000床みたいな話もありましたけれども、今回の900床というものを算出する際にも、県にもかなり私も無理を申し上げまして、横浜独自の在院日数の取り方ですとか、病床稼働率の取り方ですとか、そういったものを適用して、方向性とすれば、できるだけこれから必要となる病床数を圧縮する形で、この900床というものを整理してまいりました。

現状を申し上げますと、先ほど清水先生のプレゼンにも多少出てまいりましたけれども、横浜の実態としては、数字上もやはり回復期の病床を中心に足りないという状況は見えて

きております。逆に、急性期の病床については、この間、特にコロナの後の受療動向ということも踏まえますと、各病院で急性期の病床というのは、少し稼働率も下がってきているという状況もございます。したがって、一定の目標の数値を持った上で、急性期から回復期への転換ですとか、あるいは現在休床状態にある回復期の病床の再稼働ですとか、そういったものを、目標数値を持ちながら一定程度整理をしていくということは必要だろうというふうなことで、今回の提案をさせていただいております。

それから先ほど他地域との連携という話もありましたけれども、市内外の流出入については、これまでどおりの流出入の割合で計算をしておりますので、そういったものは続くという前提でございます。さらに申し上げますと、横浜の場合は神奈川県だけの流出入ではなくて、例えば町田市とか、そういったところにも相当数出ておりますので、そういったところも加味した数字で議論をするべきだろうと思っております。そういう点を総合すると、今回の900床のうちの当面3年分で450程度というものを一定程度目標に置きながら、今後の医療体制を考えていきたいということでございます。

それから、また後ほど詳しい説明があるのだらうと思っておりますけれども、先ほど来出ております福祉・介護との連携みたいなことも、まさにおっしゃるとおりでございます。これは現在、国でも議論をされているところでございますけれども、横浜の実態というのは、これから高齢者が激増してくるという中で、待ったなしの状況になっておりますので、国での議論も横にらみをしながら、私どもはこの地域医療構想調整会議の下部にあります7方面別の検討会の中で、当面、東部地域、南部地域を中心に、この2地域ぐらいを筆頭に、医療だけではなくて、介護・福祉分野との連携、あるいは在宅との連携、その中では、先ほどご指摘をいただいた有料老人ホームのボリュームの問題ですとか、あるいは在宅医療の現場の実態ですとか、そういったことを踏まえたネットワークづくりを同時にやっていきたいと。ネットワークというのは、決してICTという意味ではなくて、まさに顔の見える関係づくりという意味でございますけれども、そういったことと併せて、この病床を整備していくというふうなことをこの1年、取り組んでいきたいと考えておりますので、ぜひその辺も含めて、これで行ってよろしいというふうなご判断をいただければと考えております。

(伏見会長)

どうもありがとうございました。特に追加でご意見、ご質問等はありませんでしょうか。病床整備につきましては、様々なご意見をいただきましたが、今年度につきましては、い

ただきましてご意見を踏まえつつ、横浜地域については公募による病床配分を行うということによろしいでしょうか。どうもありがとうございます。それでは反対意見はないと認めましたので、事務局は作業を進めていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

(5) 2040年医療提供体制の検討に向けて

(伏見会長)

続きまして、議事事項(5) 2040年医療提供体制の検討に向けてについて、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(伏見会長)

ご説明ありがとうございました。ご質問、ご意見等がありましたらよろしくお願いいたします。赤羽委員、お願いいたします。

(赤羽委員)

横浜市医師会副会長の赤羽です。私もこの地域完結型医療に賛成で、ぜひ参画していきたいと考えているのですが、ちょっと問題点があって、高齢者救急がこれから増えていく中で、この上り搬送と下り搬送の話をするときに、キーワードになってくるのが、多分地域包括ケア病棟と包括医療病棟なのです。この施設基準が非常に厳しいので、我々にとってはとても助かるのですが、ここを維持していただくのに、病棟のスタッフがすごく疲弊しているのです。この施設基準をもうちょっと、ここで話しても難しいのだと思うのですけれども、こういう構想を動かしていくには、やはりこの施設基準をもうちょっと何とかしてあげてくれないと、病棟が疲弊して、病棟の看護師さんがやめてしまう。そうしたら結局動かない。こういうことに問題が僕はあると思いますので、ぜひそこをよろしくお願いいたします。

(伏見会長)

お願いいたします。

(事務局)

事務局の横浜市医療局長の原田でございます。ありがとうございます。赤羽副会長のお

っしゃるとおりでございます。今回、方面別に、こういった医療だけではなくて、介護とか在宅も含めて、そういう方々が顔を突き合わせて議論をしたいというねらいの一つは、患者さんに最適な場所で療養していただくということに尽きると思っています。単純に、こういう病院があるからここに送ればいい、こういう施設があるから受け取ってもらえるよねという関係がそう簡単にはできないと思っていまして、受け取りたいのだけれどもこんな問題がある、それは施設側もそうです。それから、今ご指摘のような、特に地域包括医療病棟、ここについてもやはり運用上の難しさというふうなものがありますので、一つは、現場の工夫で解決できる部分もゼロではないのだらうと思っておりますので、そこら辺はこの方面別の会議の中で議論をしていただきたい。それから、議論をした結果、やはりこれは制度を直さなければいけないというのが恐らく出てくると思っています。それは、スケジュール的には、秋口までには何度か会議をやりたいということをお願いしたいと思いますけれども、このスケジュール感というのは、実は来年度の予算に向けて、国に対して要望をしていけるタイミングというものをある程度頭に入れております。市として、どうしてもこれは制度を変えていかなければいけないというものについては、しかるべきタイミングで、国要望望として取り上げていきたいと考えておりますので、そういう課題をぜひ出していただければと思います。

(伏見会長)

どうもありがとうございます。ほかにご意見、ご質問はありますでしょうか。松井委員、お願いいたします。

(松井委員)

先ほどの地域包括の赤羽先生がおっしゃった件ですけれども、僕の私的な考えなのですが、昔はみんな各病院でやっていたんですね。そんなすごい縛りはなかったですけれども、入院だったら入院して、治ったら帰して、ずっと入院している人はずっと入院しているとか、全部やっていたのですけれども、機能分解し過ぎてしまって、にっちもさっちも行かなくなってしまうんですよね。その病院では、次の病院にやらなければしょうがないとか。その間を埋めるために、また作らなければならなくなったのが僕は地域包括だと思っているのです。そうすると、やっぱりあまりにもそれに縛りをつけてしまうと、運用できなくなってしまうに決まっているんです。だからそれはやっぱり、はざまの域なので、ある程度自由なところを入れて、もうちょっと伸ばしていけば。僕なんか、本当に昔やっていたことです。だからぜひ国のほうに、もうちょっと縛りを取ってもらわない

と、本当にできないです。うちもやろうと思ったのですが、できないんですね。なので、ぜひそういうのも言っていただければと思います。以上です。

(伏見会長)

松井委員、ありがとうございます。続いて山口委員、お願いいたします。

(山口委員)

横浜市病院協会副会長の山口です。先生方のいろいろなご意見を聞かせていただきありがとうございました。「2025プラン」に関しては介護等いろいろな要素があって、そこまで病床を増やさずに済んできたということだと思うのですが、見方を変えますと、2025年の地域医療構想のプランは、現状に合わなくなっている。そのような状況でさらに横浜市として病床を増やすのはいかなものかなと私は思うのですが、それはそれとして、今回、2040年に向けて、精神科が地域医療構想に入ってくるということが決まりました。ただ、それに関しては、今日も日本精神科病院協会の担当常務理事と話をしましたが、まず医療法の改正から始まって、その後に決まってくるということのようです。現状として、精神科病床は全国平均で80%の稼働率です。それが今後入ってくることになると、今現在検討されていることが、福祉の入ってきたのと同様な形となって、かなり違ってくる可能性が出てくると私は感じております。その辺のことも考えながら、今後のプランを考えていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

(伏見会長)

ありがとうございました。事務局、何かありますでしょうか。

(事務局)

横浜市でございます。山口先生、ご指摘ありがとうございました。精神も横浜市内で約5000床ほどの結構なボリュームを占めているところでございます。また、精神疾患と一言でくくっても、統合失調症といった話題もあれば、精神科救急という話題もありますし、当然認知症も高齢化で増えてくるということで、キーワードの一つということは当然だと思っております。実際に新たな地域医療構想でどういうふうな合流の見せ方をするのかは、我々も引き続き研究していきたいと思っておりますけれども、やはり重要なプレイヤーの一つでございますし、これも踏まえた上で、どういう地域医療介護の絵を描いていくか、と思っております。ありがとうございます。

(伏見会長)

どうもありがとうございます。ほかにご意見等、よろしいでしょうか。それでは、この

協議事項については了承という形でよろしいでしょうか。どうもありがとうございます。  
では、引き続き検討を続けていただきたいと思います。

## 報 告

- (1) 各地域のデータ分析事業の結果報告
- (2) 地域医療介護総合確保基金（医療分）活用状況
- (3) 非稼働病床の調査報告
- (4) 令和6年度病床機能報告結果（速報値）

(伏見会長)

それでは、報告事項に移りたいと思います。報告事項（2）から（4）について、事務局から説明をよろしくお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(伏見会長)

どうもありがとうございました。特にご質問、ご意見等はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

## その他

(伏見会長)

それでは最後にその他ですが、事務局また委員の皆様から何かありますでしょうか。特に大丈夫でしょうか。

(事務局)

会場からは特にございません。

(伏見会長)

ありがとうございます。それでは、本日の議事は全て終了いたしましたので、進行を事務局にお返しいたします。よろしくお願いいたします。

## 閉 会

(事務局)

伏見会長、円滑な議事の進行、ありがとうございました。また、委員の皆様、本日はお忙しい中、ご参加いただき、また活発にご議論いただきまして誠にありがとうございます。本日いただいたご意見を踏まえまして、今後の取組を進めてまいりたいと考えております。

それでは、以上をもちまして本日の会議を終了とさせていただきます。ありがとうございました。