

平成 30 年度第 3 回三浦半島地区保健医療福祉推進会議（地域医療構想調整会議）の 開催概要

1 開催日時

平成 30 年 10 月 23 日（火）19 時 30 分～21 時 20 分 神奈川県横須賀合同庁舎

2 議事内容

- (1) 公的医療機関等 2025 プランについて
- (2) 2025 年に向けた対応方針について
- (3) 過剰な病床機能への転換について
- (4) 地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入について
- (5) 基準病床数の見直しについて
- (6) その他

3 主な意見等

(1) 過剰な病床機能への転換について

- ・①県への理由書提出と②理由等が十分でない場合は調整会議での協議への参加の間にぜひ地元で下話をするよう働きかけをしてほしい。②に関しては、理由書の理由が十分かどうかを問わず、基本的に調整会議で直接当事者に説明してもらうのが一番円滑であると思う。
- ・機能転換するにしても、少なくとも調整会議の委員には予め機能転換をする理由や具体的な内容を知らせていただいて、同時に神奈川県にもそれを提出するというステップを踏まないと、突然問題提起をされても混乱するだけだと思う。

(2) 地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入について

- ・これから定量的な基準を会議で、もしくは県単位の会議で一つ一つ作っていても、必ずそこには賛成もあれば反対もあり、出てきたデータも想定外の範囲、想定外が出てきて国の目指すものと同じになるとは限らないので、できるだけ県も医療機関も負担の無い、かつ国が文句を言ってこない程度の定量的な基準を編み出してもらえれば助かると思う。この話は、これから高齢者の患者が増えてくるので、以前のように急性期一辺倒の病院の比率だと高齢者の入院がさげなくなるので、少し皆で役割を考え、役割を分担しようというのが趣旨で、その中で患者を診るというのがゴールであるので、数合わせにこだわると会議は迷走する。

(3) 基準病床数の見直しについて

- ・基本的には入院受療率というのはこの 5 年、10 年でものすごい勢いで下がっている。この地域のように、人口の減少が始まっているが、高齢者の増加が続く地域は、あと 10 年 20 年経つと全部が下がってくることになる。実感としても平均在院日数もかなり短くなっているし、特に療養病床がものすごく下がっている。在宅医療が充実してきたという捉え方もできるし、従来の救急車を呼んだらどんな方でも救命するというやり方が、今はその人らしいという形で取り組まれており、高齢者医療に対する提供の在り方が大きく変化してきている。算定式は一つの指標なので、地元の先生方のご意見として、実態や将来予測を考えた時に、この数字を是とするか、それとも今回は見送るかという議論をしていかざるを得ないと思う。
- ・この地域において、非稼働が 300、400 ある中で本当に地域力が崩壊しているかと言うとそこまでではないと思うので、今ある有効な資源を有効活用してうまく役割分担をする、非稼働も効率的に動かしていく、救命センターや急性期にかなり負担がかかっていることに関して、受け皿となりうる急性期から回復期の機能の充実を図っていくのが一番望ましい処方せんだと思う。
- ・非稼働の病床が大変多いのでその利用と、医療スタッフの確保と、病床利用率を上げることが問題ではないかということであるが、今回は 135 と非常に不足が多い病床の予測になっている。これをまた事前協議の対象としないというのは、急性期の患者は病院の入院日数が少なく、受け皿が非常に問題

となっているところでそのままという訳にもいかないので、この不足分を埋めるのに、例えば、回復期に限定するという条件をつけて見直しを行うかという考えもある。

- これから人口は減少するが、75歳以上の高齢者は年々増えていくので、医療環境は整えないといけないという考えがある。今回、第7次の計画の基準病床数であるが、まずは受け皿が必要ではないか、できれば三浦半島地域の医療圏内である程度おさめるような検討は必要であると思う。
- 回転を速くしようと考えたと急性期においてはおけないが、回復期リハ病棟や療養病棟にすぐ適合しない患者が多いことが問題になっている。一般的に回復期リハ病棟は受入条件に制約が大きいので、回復期を増やせば解決するという訳ではない。
- 急性期を脱した患者の受入先は、一言で言うと足りない。
- 今の仕組みの中では、ある程度急性期の中で地域包括ケアみたいなのでも受け入れていく、中間を受け入れる必要があると思う。もう一つ、横須賀は在宅医療が非常に進んでいるので、そちらにいつているというところもあると思う。
- 救急を受けている病院の受け皿となる地域ケアなりもしくは急性期でもすぐに転院を受け入れてくれる病院があれば、より2次、3次の救急に特化できるので、より効率的に医療提供できる。入院需要は減っていく可能性はあるが、今のままだと救急の搬送件数のデータ上は増えていくことになると思う。非稼働病床を有効にと3年後も同じ話をしているのであれば、なかなか稼働しない非稼働病床よりは動く可能性があるところにとという考え方もあると思う。急性期の病院がパンクしてしまうのが一番困るので、早く受け皿になる場所を皆でどのように考えるか、地域の中で地域包括ケア病棟の立ち上げを支援することも必要なのではないかなと思う。
- ベッドは満床というわけではなく、100のベッドであれば8割しか入ってなくて2割は空いている中で増やすことに関しては慎重にという考えであるが、基本的には地域の中で特にワーキングの意見も重きをなすと思う。
- 7%の休棟があつて3%をどうするかという話なのでバランスが悪い議論と思う。一方で、回復期の自己完結率は6割しかないので、全体を俯瞰すると地域としては回復期が足りないというデータだと思う。個々の病院は埋まってなかったり、埋まっていたりするのだと思うが、地域で考えれば足りないということだと思う。ただ、休棟の原因は患者がいない、医療者がいないということなので、全体としては非常に足りないのにそこに資源が集中できていない、あるいは患者がバランスよく医療提供を受けてないことに問題があると思っている。
- 単純に数でいうと、ふれあい鎌倉ホスピタルは今建替中で来年には再開できるので、112床以上期待できる。久里浜医療センターが医師のスタッフが足りないとのことだが、医師はパートも含めて26人で45床を回している。三浦市立病院は136床を15人で回している。人が少ないということではなくて経営様式を変更すれば、精神病だけではなく認知その他をすれば41床開けるのではないかな。その辺も含めれば不足はなくなるのではないかな。

【結論】

- 次回のとりまとめに向けて、ワーキングを含めてもう少し検討することとなった。

(4) その他

- 病院開設許可を受けた逗子葵病院をワーキンググループのメンバーにするかどうか検討した結果、現段階でメンバーにするのは時期尚早なので、12月のワーキンググループにはオブザーバーとして参加してもらうこととなった。