平成30年度第３回三浦半島地区保健医療福祉推進会議　会議記録（H30.10.23）

＜議事経過＞

出席状況及び会議公開の確認を行った。（傍聴者入場）

〇議題１　公的医療機関等2025プランについて

久里浜医療センターより資料に基づき、説明。

（久里浜医療センター　新井様）

　当院は精神科をメインにやっている。今回の2025プランでは、一般病床としては45床で運営している。41床については平成18年、平成20年に休棟となっている。その理由は患者数が少ないことと、医師の採用ができなかったということで現在に至っている。

　現在45床、内科だが、病床の運用率は現在90％で40名ぐらいの状況である。

実は平成32年10月に建替を予定している。まだ入札は行っていないが、建替の計画の中では内科病床については45床ということで独立行政法人の機構本部との調整を行っている。41床の病床については現在のところ運営は考えていないというのが正直なところである。ただ、現在90％の運用なので新しい病棟が竣工した際、多少の患者数の増が認められるのかなと考えている。従って41床について当院としてずっとそのまま残しておいてほしいということはないが、多少なりとも患者数の増が認められれば、数床できれば６床くらいいただきたいというのが正直なところである。他はいわゆる精神を行っている。当院についてはアルコール依存症をメインに、ギャンブル依存、ネット依存等、特殊なところでは医療観察法病棟をもっているので、そういった意味で内科は今後大きく広げるつもりはない。

＜質疑応答＞

（遠藤会長）

　ただいまのご説明について、何かご意見ご質問等はあるか。非稼働の41床は今のご説明だと2025年になっても残る可能性はあるということか。

（新井様）

41床は回復する予定はございません。

（遠藤会長）

　何か、利用されるということではなく。

（新井様）

　もう、ございません。

（遠藤会長）

もうなくて、返上ということか。

（新井様）

　はい。ただ６床くらいは。

（遠藤会長）

　まだ、要求があると。

（新井様）

45床は動いているので。

（遠藤会長）

　了解した。何かご質問はあるか。

１つお伺いしたいのは、常勤の職員数について、端数まで細かく書かれているが流動するということか。他の病院と比べると、小数点以下まで記載されかなり細かい。

（新井様）

非常勤職員がいるので、１とカウントしないで0.8とか0.6とか細かくなっている。

（遠藤会長）

了解した。他にあるか。

（小松委員）

　41床は今後稼働させる予定がないということはイコール返上ということだと思うが、県に教えていただきたいのだが、41床まるまる返還になるのか、それとも2025年以降に６床は運用したいということなのか、結局６床は今のままで保有するというか、病棟単位で考えたときの捉え方や、特に公的な病院なので、最終的には病院の主張があるが、ルール的なところを教えていただきたい。

（医療課　足立原課長）

　今の小松委員のご質問であるが、今41床、休床中がある。新井様のご説明では、全部を再稼働させる予定はないが６床は将来また稼働させたいということだと思う。今、許可病床の中で非稼働が41床あるが、建替計画の中で例えば６床、あるいは10床でもいいが、非稼働の一部は建替え終わったらそこに加えたいという計画があるので、41引く６あるいは10を、久里浜医療センターとして取っておいて、残りのところは将来使わないのでこれは返上したい。これは許可上大丈夫である。そうなると６でも10でもいいがわかりやすく10とすると、この10床は今は休床中だが、32年の建替えが終わり33年なり34年からは加わって稼働する。これが例えば回復期で稼働するとか急性期で稼働するとかここは地域の中で情報共有していただければ、そういう形はありと捉えている。

（遠藤会長）

　他に何かご質問はあるか。特にないか。

この議題１に関係して公的病院のプランだが、三浦市立病院の小澤先生にお伺いしたいが、三浦市立病院の場合は2025年の中長期計画が地域包括ケア病床増床の予定ということで、あまり数字が出ていないが、どのくらい増やすという具体的な見通しはないのか。

（小澤委員）

　当院の病棟が３病棟ある。そのところで47床あり、今、地域包括は40床運用している。個室が4床あるが、そこも踏まえて１病棟を地域包括とするかどうかというところである。

（遠藤会長）

　地域包括ケア病床は。

（小澤委員）

　今40床で満床状態である。

（遠藤会長）

了解した。他によろしいか。

〇議題２　2025年に向けた対応方針について

事務局（医療課）より資料に基づき、

・地域医療構想を踏まえた「2025年に向けた対応方針」

について説明。

事務局より資料に基づき、

・「2025年に向けた対応方針」提出状況

について説明。

＜質疑応答＞

(遠藤会長)

ただいまの説明について、何かご意見ご質問はあるか。

これは民間の医療機関の2025年プランということで、今説明があったように本題になるのは非稼働病床の利用計画、そして過剰病床への転換の問題であるが、非稼働病床についてはほとんどの医療機関が稼働させるということである。先程の久里浜医療センターの41床は返上の可能性があるが、これはよく分かったと思う。過剰病床の転換については議題３でまた検討するのでよろしくお願いする。他に何かよろしいか。

（特になし。）

〇議題３　過剰な病床機能への転換について

事務局（医療課）より資料に基づき、

・横須賀・三浦構想区域における過剰な病床機能への転換について

について説明。

事務局より資料に基づき、

・過剰な病床機能への転換を検討している医療機関（2025対応方針より）

について説明。

＜質疑応答＞

（角野委員）

先程のご説明で障害者病棟は急性期に入るのか。普通は急性期で障害者を診るわけではなくて療養型の中から例えば障害者病棟に移ってもらった方が良いなどのために障害者病棟に27床を分けたいと思っている。障害者病棟は一般病床からでないと移れない規則なので、そのような書き方をして出したのだが、その障害者病棟は急性期の中に入っている。しかし急性期を扱うわけではないので、ベッド数には入れないということなのか。そうしないと23床が超えてしまうことになる。

（遠藤会長）

本来の急性期ではないということか。

（角野委員）

　急性期を扱うわけではなく、障がい者一般を扱う病床です。

（医療課　足立原課長）

先生よくわかりました。障害者病棟をつくるということか。

（角野委員）

そうです。最初お出ししたときに書いてあったはずです。

（医療課　足立原委員）

一般病棟からしか障害者病棟へ移れない、療養病棟からはできないということをよく理解した。病床機能区分上どうするかについてはこちらでも整理できるので、委員の皆様もそういう形とお分かりになったと思うので、そういう形で情報共有できたと思う。

（角野委員）

お願いしたい。

（遠藤会長）

では23については急性期の扱いにならないということか。

（医療課　足立原課長）

会長のおっしゃった通りである。障害者病棟が必ず急性期ということではないので、医療区分の中でどのようなに扱うか個別に協議させていただく。いわゆる一般的な急性期ではないということが分かったのでそのように扱わせていただく。

（遠藤会長）

了解した。ご意見はいかがか。

（小松委員）

　他にも逗子病院など、ニュアンス的に慢性期だとか、地域包括ケア病棟に近いが、療養病床からではなくて一般病床からしかいけないというようなケースもここに入っているので、単純に地域医療構想上の急性期を担うということに数字をカウントしてしまうのは適正ではない。ただ、今回は時間が限られた中で、実際の病院の皆様方に意見を出していただいて、この中にかなり時期が決まっていて具体的なものと、2025年までにやろうというものと、いわゆる青写真のもの、実際に動きかけているもの、時間軸の違いもあると思うので、よくケースを確認して最終的にもう少し区分けをしていく、整理していく予定でよろしいか。

（医療課　鈴木副主幹）

　そのような形で、今回のご報告内容について、詳細を確認して、ワーキングなどで状況をお聴きし、整理した上で改めてご報告させていただきたいと思う。

（小松委員）

　資料の鑑の部分だが、過剰という判断自体が非常に難しい部分があると思うが、病院が具体的な計画をもって進み始めるにあたって、まず都道府県へ理由書を提出する、理由書の理由が十分でない場合は調整会議への参加、調整会議が整わない場合は医療審議会という流れが示されているが、基本的に県に理由書を提出するのと同じタイミングで、少なくとも地域の医師会や地域の病院の方にこういう計画をもっているという下話が必要だと思う。

三浦半島のワーキンググループや、医師会長、病院協会長に対しての説明があった方が、より調整会議での協議がスムーズに、円滑にいくと思う。これだけいきなり出されると正直わからなくて、この委員だけでいきなり決めろといわれても不可能だし、まして協議への参加は理由書が十分でないというのは、県の判断で十分でない、十分と判断したとしても、実際に委員から質問が出た時に、当事者がいないと答えられないと思うので、まず①と②の間にできれば、県としては書類上残せないのかもしれないが、ぜひ地元で下話をするよう働きかけをしていただきたいのと、②に関しては、理由書の理由が十分かどうかに問わず、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。

（遠藤会長）

　他にいかがか。高度急性期、急性期に転換する場合に問題となると思うが、これまで事前協議で配分を受けたものについては、例えば湘南鎌倉総合病院の29床は承認したということなのでこういう場合は認めていいのではないか、28年29年と事前協議で対象となって認められた機能であれば認めていいのではないかと思う。ただ、例えば、ふれあい鎌倉ホスピタルは15床が18床になっているというケースもあるが、事前協議で認められた機能であれば認めるということでよろしいか。後から駄目と言うことは厳しいと思うので。

　その他のケースについては今後のワーキンググループで意見交換させていただいた上で、必要であれば次回の推進会議で当該病院に来ていただいてご説明いただくというような流れでよろしいか。

（池上委員）

　小松先生が提案された事はすごく大事なことだと思う。最近、厚木の七沢リハビリテーション病院の問題がある。七沢リハビリテーション病院は開設間近、開院間近になって機能転換のような提案をして、元々一般病床とか急性期を扱うと言っていたにもかかわらず、色々な理由をつけて療養型の病床としてオープンしたいということがあり、調整会議の委員はほとんど知らなくて、突然、県に理由書が提出されたという経緯があったように思う。急な事だったので、調整会議でも県でも非常に混乱して、８月１日の開院予定日が色々と問題になり、１年後にまた指導する話になっている。従って、機能転換するにしても何にしても、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、突然こういう問題提起をされても混乱するだけだと思うのでこの点については是非よろしくお願いしたい。

（丸山委員）

　小松先生、池上先生の言われたことは、資料３の１というのは、あくまでも国の通知、国の考え方で、国の通知ではこう書いてあるが、関係の皆様方とよく相談して丁寧に進めてほしいというご意見と思う。当然そういったご意見を踏まえて、行政として進めていくことが必要だと思っているのでよろしくお願いしたい。

（医療課　足立原課長）

　事務局としても異論はない。ワーキンググループがこの後開かれると思う。その中で先程、遠藤会長が言われた例えば湘南鎌倉総合病院のように配分の時に急性期であると配分しているのは逆の例外で除くのはいいだろうと。それ以外にも今回新たな計画で転換予定として出されてきたところは原則理由書をいただいて、地域の皆さんと共有するという形を取らせていただければこちらもありがたいと思っている。

県に理由書が提出された時には、医師会、ワーキング、このメンバーで共有させていただいて、今度、ワーキングの中で、ここはご参加いただかなくていいというところがあれば別だが、原則ご説明に参加いただくという流れで進めさせていけたらと思っている。よろしくお願いする。

（遠藤会長）

　そのような流れでよろしいか。

一つ伺いたいのは、急性期に転換したいということでそれが自分の病院の持っているベッドの範囲内であれば、最終的にいくらこちらで話を聞いて説得しても駄目という場合は強制力はないわけか。

（医療課　鈴木副主幹）

医療法上、調整会議自体には強制力はない。ただ、法律上、過剰な病床機能に転換する場合は、調整会議で協議が整わない場合、医療審議会にまで上がっていく。医療審議会で整わなければ次のステップという形なので、そういった中で調整会議のご意見も反映させながら進んでいくことになろうかと思う。

（医療課　足立原課長）

　冒頭、小松委員がいいことを言われたが、急性期への転換、急性期には上の方の急性期と下の方の急性期がある。この後も、定量的な基準という別の議題も用意されているが、在宅の後方支援が足りない中で急性期と言っても下の方の急性期がこれを受け持つので、それならよい、と実質的な議論をしていただいて、上の方の急性期は足りているのにあくまでそこに移行するという場合は理由を求める、そういった中で協議を進めてさせていただいて、整わなければ医療審議会に上がっていく、こういう流れになっていくと理解している。

〇議題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

事務局（医療課）より資料に基づき、

　・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

について説明。

＜質疑応答＞

（遠藤会長）

ただいまの説明について、何かご意見ご質問はあるか。

（小松委員）

委員の皆さんは４つに分ける議論をまた繰り返しているように思うと思う。線を引くこと自体が、国が患者あたり一日にどれくらいお金がかかったかで線で分けて４つに分けたものである。高度急性期、急性期、回復期、慢性期という看板をつけたもので様々な誤解があって、何点から何点の間の患者さんを回復期にしたことで回復期の病棟が非常に足りないという誤解を与えてしまった。それは誤解だと昨年、国は認めたところであるが、今でも無理やり分けたいという執念、怨念をふりかざしているのが国の現状である。

従って佐賀県、埼玉県、奈良県では急性期で病院が自己申告しているものを、その中の一部を我々が言っている回復期を国が回復期と思っているところにむりやり移したい、それで辻褄を合わせたいということをやろうとしている。

県もこれに付き合わされる、医療機関にとっても定量的というものは細かくやればやるほど負担になるし、いくら定量的なものを作っても、国が分けたものは単純に患者の１日当たりのお金で分けたものなのでイコールにならないわけである。全く意味のないことをまたやらされそうになっているのが現状である。

ましてや、その分け方が都道府県毎に違うというのは、そもそも国が地域医療構想ということで本来全国で同じ考え方になるはずが、何県方式と言って、都道府県で分け方が全然違っていて、それでもとにかく地域医療構想上の必要病床数の数字と比率に近づけばいいと言っていて、脇道にそれたものがさらに脇道にそれながらゴールを目指しているのが現状だと思う。

もし、本当にこれをやるのであれば、国が最初に分けたレセプトデータを拾ってきて、１日あたりの医療費投入量で分けるしかないと思う。

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っても、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、かつ国がごちゃこちゃ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。

そうしないと、この議論によって、過剰な病床の転換の話になって、そもそもなぜこの話をしているか立ち返ってみると、単純に言うと、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ばけなくなるので、少しみんなで役割を考えたり、役割を分担しようというのが趣旨であるし、その中で患者を診るというのがゴールである。数合わせにこだわってしまうと、この会議は迷走するので、その辺はよろしくお願いしたい。

（遠藤会長）

　確かに小松委員の言われるとおりであるが、ただ県ではある程度の定量的な基準を作る方針か。

(医療課　足立原課長)

資料にもあるとおり、国の厚労省からは今年度中に各県で導入せよと言われ、導入しないといけないと思っているが、正直、小松先生と同じ考えで、各病院にもすごい労力がかかると思うので労力はなるべくかけたくない。要は、これは地域で、特に三浦半島は議論が進んでいるが、病院だけではないが、どういう連携をされていくかの中で、今、話題になっている急性期、先ほども上と下の話をしたが、軽度の急性期、重度の急性期というか、そのあたりの感覚がわかればよいのではないか。従って、何県方式とあったが、なるべく労力の負担が少ない、シンプルな形にしたいとは考えている。当然議論の参考にするための指標なので、この定量的指標づくりそのものが目的ではないと考えている。

（遠藤会長）

もう試案は出来上がっているのか。

（医療課　足立原課長）

まだである。

（遠藤会長）

　了解した。他に何かご質問はあるか。

神奈川県方式の基準案は次回の推進会議で報告してもらうということでよろしいか。そのようによろしくお願いする。

〇議題５　基準病床数の見直しについて

事務局（医療課）より資料に基づき、

・基準数の見直しについて（横須賀・三浦地域）

について説明。

＜質疑応答＞

（遠藤会長）

ただいまの説明について、論点は今回の基準病床数の見直しを行うかどうかということだが、何かご意見ご質問はあるか。

（高井委員）

　入院患者数は減っているが、その原因は休棟や病床を減らした為とのことだが、２年間位でそんなに減ったのか教えて欲しい。本当にそうなのか。それから、例えば湘南鎌倉総合病院から搬送するのにどれくらいかかるか出ているが、実際は横浜南部に救急患者はかなり流れている。例えば鎌倉の北の方はかなり横浜栄共済病院に流れているし、それから逗子は横浜南共済病院に出ている。従って時間が本当にかかるから救急病院がすぐ必要かという議論にはならないのではないか、調べないとならないのではないかと思う。

（遠藤会長）

　いかがか。

（医療課　青木主事）

在棟患者延べ数であるが、病床機能報告から数字を集計したもので、詳細についてまだ検証できていないが、まずは皆様に数字としてお示しした。ここから分ることとしては全体の病床数が減り、休棟数が増えたことが影響の一つの理由ではないかと思われる。

（高井委員）

　具体的にどのくらい減ったのか聞きたい。27年から29年に入院の患者は減っているがそれを休棟や病床が減ったためというのであれば、具体的にどのくらい減ったのかというのを教えて欲しい。

（医療課　足立原課長）

　今担当がお答えしました通り、休棟中がすべての原因になったとは私どもも思っていない。参考までに休床数の変化を申し上げると、平成27年が休床中が295床、28年が349床、29年が435床、だんだんと増えてはいる。ただ病院の皆様方の努力で平均在院日数も短くなっているので、在棟患者数延患者数一人の人が５日いたら５人なので、そういう意味では平均在院日数が短くなっているのも一因かと、勿論考えている。そういう形でご理解いただけたらと思う。

（高井委員）

　27年から29年に関して医療需要が増えているのであれば、少なくとも減っていくというのは解せない。

（長堀委員）

　この病床数の議論で一つ欠けているのが平均在院日数の短縮である。当院がこの地域の入院患者の約３分の１を占めているわけだが、この４年で平均在院日数は26％減っている。当院がまだ740床とするとその４分の１くらいのベッドが減っているということになる。少し極端かもしれないが、おそらくどの病院もそこまでいかなくても減っているので、延べ入院患者数は減る傾向にあるのは当然と思っている。本当は基準病床数はそういう変化を読まないといけないと思うのだが、予測が難しいせいもあると思うので、きっと一定として考えているのでなかなか現状を反映していないと思っている。

（医療課　足立原課長）

　平均在院日数は非常に大事であり、この数年間でもかなり減っている。全国的に見ても神奈川県は平均在院日数が全国で最も短い県の一つである。これは療養も一般もならした数字だが、一番平均在院日数が長いところは高知県で、神奈川県は高知県の半分くらいである。全平均の平均在院日数はそれくらいの違いがある。それをさらに短くされようとしている状況はある。

それから基準病床数の計算の中に一応平均在院日数は入っている。基準病床数の改定は５年から６年の中で１回なので、５年前の改定のときの計算から比べると平均在院日数は短くはなってはいるが、各病院が努力して短くしているのには追い付いていない現状があるので、そのあたりを含めて今後基準病床数のご協議をされればよろしいのではないかと思う。

（池上委員）

　今のご説明でよく分からないところがあるので伺いたい。国は今、在宅診療を非常に推し進めている。今後入院患者が在宅に回る数もかなり増えてくると思う。将来的な必要病床数というのはそういった在宅診療も考慮に入れての予想数なのか。

（医療課　足立原課長）

　仰るとおりである。１年前に決めた時の基準病床数の考え方の中では、その５年前、さらに５年前の計算方法と比べて、在宅に一定数移行するという計算になっている。１年前にこの話も議論になったが、神奈川県以上に社会的入院というか、本来なら在宅に行って欲しいがずっと入院させている県も多い。神奈川県は比較的少ないと思っている。基準病床数の計算の中で、療養病床の医療区分１、軽い人は７割は強制的に在宅にいくような計算をしなさいと国は示した。

　県病院協会で１年前調査してくださった結果、７割は行けない、元々そんなに軽い人はそんなにいないので３割くらいしか行けないという議論があった。そういう形で在宅に行かせたいが、実情はどうかというところで、今の基準病床数が決まったとご理解いただければと思う。

（小松委員）

　今回、参考資料２でいろいろとデータを示していただいて、基本的には入院受療率はこの５年、10年ものすごい勢いで下がっている。この算定式だと全然現状を反映できなくて、５年前のやり方で来年の人口を被せるとこうなるという形になるので、どうしても数字的にいうと多くなってしまう。特にこの地域のように、人口の減少が始まっているが、高齢者の増加が続く地域となると、あと10年20年経つと全部が下がってくることになる。

従ってこういうデータがあって、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。この辺が在宅医療が充実してきたという捉え方もできるし、あとは高齢者に対する医療提供の在り方、これが従来の救急車を呼んだらどんな方でもとにかく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いる、横須賀の取組みもそうだが、そういった考えの中でもの凄くここが変化してくるものだと思う。

算定式でやることは限界で、一つの指標でしかないので、その中で地元の先生方のご意見として、基準病床の数ではめるとこういう数字がでるが、やはり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。

数字だけでいえば、この数字がどうという話になるが、実際的にいうとこの地域において、こういう状況かつ非稼働病床が300、400ある中で、本当に地域力が崩壊している、入院が全くできなくて、もの凄く他地域に患者が流れているかと言うとそこまでではないのではないかと思う。そこまででないのであれば、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、それから非稼働のところも効率的に動かしていく。参考資料の鑑でみると、救命センターや急性期にかなり負担が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。やはり数でいうと300,400稼働していない病床があるのにもかかわらず別のところに新しいものを建てるというのは、成長していく国、ビルド＆スクラップが回っていく国であればいいと思うが、今のこの地域やこの国の状況を考えるとやはり効率的に回した方がよいのではないか。

（遠藤会長）

確かに、前回22床の場合もそうだったが、まずは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。合わせて157である。これをまた事前協議の対象としないというのは、長堀先生が仰るように、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ということもあるので、この不足分を埋めるのに、例えば、回復期に限定して利用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。見直しを行うか、行わないかについてもう少しご意見をお聞きしたいのだがいかがか。

（須藤委員）

　先ほど事務局から説明いただいた参考資料２の基本的事項にあるように、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ということで、医療環境としてはやはり整えないといけないという考えがある。今回、第７次の計画の中で、基準病床数であるが、計画ということで、まずは受け皿が必要ではないかと思っており、他の資料の中でも医療圏を超えた所での対応をしているが、計画なので、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っている。

（遠藤会長）

本日は、これについて結論を出すわけではないが、まとめは次回の会というだが、なるべくご意見をいただいてもう少し検討していただくということだが、他にいかがか。

（飯島委員）

長堀先生、沼田先生にお伺いするが、現在、横須賀共済病院、横須賀市立うわまち病院で、在院日数を短くするために苦労しているという現状はあるか。早く回転させなくてはどんどん患者が詰まってしまう状況であるかどうか、無理やり退院させるケースも必ずしもないとは言いきれないので、その辺について代表的な２つの急性期病院の先生にご確認したい。

（長堀委員）

入院するとすぐ追い出されると不評の横須賀共済病院である。今、10病院アライアンスで、治療を終えた患者さんの病態と地域に応じて２万人の入院患者さんのうち1,500人の転院を受け入れていただいている。先ほど話したように４年間で在院日数は26％短縮したが、逆に患者は16％増えており、当院のキャパシティを計算すると、あと1.2倍、在院日数で8日くらいでオーバーフローすると思っている。在院日数をあと20％減らせるかどうかがポイントである。いま話題になっているが、回復期不足、そこが解消されればいけるのではないかと思っている。

（遠藤会長）

うわまち病院はいかがか。

（沼田委員）

　まず、平均在院日数だが、当院ももう６、７年、10日前後でずっと変わらないが、DPC上の縛りがきつくなってきて、そうせざるを得ない。そこでここ数年、平均在院日数が短くなってきていると思うが、急性期病棟から回復期リハ病棟あるいは療養病棟へ転院する場合、在院日数が短いと重症度の高い状態での転院となるため、長堀先生のところは２万人中1,500人転院と言われたが、回復期リハ病棟等で受け入れ対応が可能な重症度の患者としては、意外と少ないのではないかと考える。

すなわち、受け入れ側の問題から急性期に残らざるを得ない患者がどうしても存在する。実はそこが非常に悩ましいところで、この数のことを考えると、回復期リハ病棟や療養病棟では必ずしも受け入れられるわけではないので、どうしても、急性期病床でないと受け入れられない、あるいは比較的急性期の看護配置が低い病棟で受け入れなくてはいけない形になっている。すなわち回転を速くしようと考えると急性期においてはおけないが、回復期や療養にすぐ適合するかというと、そうではない患者が多いことが問題になっている。つまり回復期を増やせば解決すると言う分けではない。一般的に回復期リハ病棟は受け入れる条件に制約が大きくて、なかなか難しいというところがあると思う。そういう保険、DPC上の問題があるところが、簡単に回復期を増やせば話が済むというところではないと感じている。

（飯島副会長）

　今の話を総合すると、現在ポストアキュート、要するに急性期を脱した患者の受入先という点に関しては充足しているという理解でよろしいか。それともまだ全然足りないということの理解でよろしいか、もう少し明確に教えていただきたいのだが。

（長堀委員）

　一言で言うと足りない。

（沼田委員）

　三浦半島内の病院を見ても、多くの病院では病床が空いているという状況であるのも事実で、ここ数年の間で平均在院日数が一般病床で5％、療養病床で10％近く下がってきており、今後療養も一般も同じく10％くらい下がった場合、基準病床数が5,500とすると、550程度病床が空くことになる。現状でも、なぜか病床は空いている。

（遠藤会長）

　先生はどのようにしたらよいとお考えか。

（沼田委員）

　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もので受け入れていく、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、そちらにいっているというところもあると思う。

（飯島副会長）

　県に伺いたい。国の試算、式に文句をつける訳ではないが、基準病床数が増えたということで、病床利用率が減っていると基準病床数が増えるというのはロジック的に矛盾しているような感じがする。分かりやすく言うと、使われていない病床があるのにもかかわらず、病床を増やさなくてはいけないという、現状からフィードバックして考えると少し矛盾を感じざるを得ない。しかも、平均在院日数も在院患者数も減っている状況で、果たしてこの式どおりにやっていいものかという疑問があるので教えていただければと思う。

（医療課　足立原課長）

　国の計算式の話をすると、確かに病床利用率が下がると計算上は病床は増える。そこは確かに私もおかしいと思う。本当は病床利用率が下がると、空いている病床が増えるわけなのでそれをもっと利用しないといけないという考え方があるが、計算上は、例えば病床利用率が50％しかなかったら、その50％でずっと進むと予見しての計算になっている。それはおかしいと思うので、神奈川県は国告示の最低限の低い病床利用率は使わずに、現状の高い方を使おうという形で今に至っているということである。

それから２点目の今後の見直しにおいてだが、ポストアキュート、サブアキュートはどうかというと、確かにレセプトデータ上も完結してはいない、他地域に比べてもそこの活用が進んでいないというところはあるが、その中でワーキングなのか、この場なのか分からないが、議論されている中で全体の基準を、基準は枠なので枠を上げるのか、もう少し待つのかはまさに地域での議論のポイントと思っている。

（遠藤会長）

　他にご意見はいかがか。なかなか難しい問題なので、基準病床数の計算式は現状を把握していないこともあるが、今回の計算では157と大きい数字ということもあるので、その辺についてどうか。ある程度今回でどのような方向にもっていくかということを出す必要があるので、小松先生いかがか。

（小松委員）

　例えば、長堀先生、ワーキング等でやはり恐らく数というよりは、救急を受けている病院の早めに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ということである。

あとは高齢者の医療が、考え方も含めて、５年前、それから今、５年後いろいろと変わっているということに関しては、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。

あとは、非稼働病床を有効にという話も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いう考え方もあると思う。

要するに急性期の病院がパンクしてしまうのが一番困るので、そういう意味で言うと早く受け皿になるところを皆でどのように考えるか、場合によっては一つの病院だけではなかなか立ち上がりが難しいのであれば地域の中で何らかのサポートをするとか、地域の中で地域包括ケア病棟を立ち上げていくことを支援していくとか、そういう形が必要なのではないかと思う。

従って、ベッドを増やすことについてどっちが正しいかどうかは正直分からないが、予測的に言うと、ベッドは満床というわけではない。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、その中で増やすのかどうかということに関して、私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皆さんのご意見というのも重きをなすという気がする。

（遠藤会長）

　12月のワーキングでもう一度検討するか。確かにこの135,157について無制限にこれを認めると一般病床になってもいいとなってしまうので、これまでの流れの中で過剰なところはある程度セーブをしないといけないので、何らかの条件をつけるか、なかなかこの会議だけで結論を出すのは難しいが、間にワーキンググループもあるので、そこも含めてもう少し検討していただくということでよろしいか。それとも、もう少しある程度の方向性を出した方がよろしいか。この問題はなかなか難しいと思う。

（長堀委員）

　ざっくり言うと、７％の休棟があって３％をどうするという話になっているので、本当はバランスが悪い議論だと思っている。一方で、回復期の自己完結率は６割しかないということなので、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。個々の病院に関して言うと、埋まってなかったり、埋まっていたりするのだと思うが、ざっくり地域で考えれば足りないということだと思う。ただそれにしては、休棟の原因は患者がいない、医療者がいないということになっているので、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のだろうと思っている。その３％をどうするかは、当然の課題として考えないといけないが。

（遠藤会長）

　これだけ非稼働病床が多いということで、根本的原因は患者が少ないこともあるし、それだけのスタッフがいない、稼働できないという理由があるので、その点を何度も言うようにまず解決するのが本題であると、あとスタッフを融通させるとか確保するとか。ただ、今回に限っては、不足数がかなり多くなると、これをまた事前協議をかけないということだとかなり大きな影響が出てくるので、その辺をある程度少し制限をつけて認めるかということだと思うが、なかなか今回結論は出ないのでワーキングを含めてもう少し検討させていただきたいということでよろしいか。

（井口副会長代理　井上様）

　単純に数でいうと、ふれあい鎌倉ホスピタルは今建て替え中で、来年には再開できるので、112以上期待できるということである。それから久里浜医療センターが医師のスタッフが足りないと言われたが、医師でいうとパートも含めて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。

それにしても一般救急病棟で最近は認知などをされているので、経営努力をすれば41床は開けるのではないか、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て認知その他をすれば41床開けるのではないか。その辺も含めれば不足はなくなるのではないか。

（遠藤会長）

　了解した。今のお考えも十分考慮していただきたいと思う。

〇議題６　その他について

事務局より資料に基づき、

・三浦半島地区保健医療福祉推進会議ワーキンググループの構成員

について説明。

＜質疑応答＞

（遠藤会長）

ただいま説明があったように、逗子葵病院をこのワーキンググループのメンバーにするかどうか検討いただきたいということであるが、何かご意見はあるか。

（飯島副会長）

逗子市の方にお伺いしたいが、確か９月27日付けの新聞に議会で総合的病院誘致の見直しについて市議会で全会一致で可決と見出しがあったが、その点についていかがか。

（須藤委員）

　否決という意思だと思う。その辺については今のままではなくて内容をもう少し吟味した上で変更等を考えて進めてくれないかという内容であり、それについては決議書に向けて一つ一つの項目も精査しているところである。今後それを議会に報告していくのではないかと思う。

（遠藤会長）

　逗子葵病院については、109床については開設許可は下りているが、建設は始まっておらず、病院の実態もまだない段階である。今、話があったように逗子市議会で9月28日に誘致見直しの決議案が全会一致で議決されたということもあり本当にできるのかどうか、確実ではない段階でワーキンググループのメンバーになっていただくのは問題があると思う。ただ逆にメンバーになっていただいて、いろいろご意見を聞いていただくという考えもあると思うが、その辺はいかがか。

（須藤委員）

　先程のご質問で、私の方でもう少し詳細な話をしなければならなかったが、決議書は決議はされたが１つ票が多かったということで全会一致ではなかった。今、解決の努力をしているところである。

（池上委員）

　一応葵会の病院については109床の病床の割り当てで許可が下りているが、逗子市にしても葵会にしてもさらに病床を増やして200床あるいは300床の病院をつくりたいという希望をもっている。まだはっきりとどの程度の規模の病院ができるか全く分かっていない段階でワーキンググループに出てこられても色々なご意見が空疎なものになると思う。病院の規模そのものがはっきりしてない中で話をするというのは時期尚早ということではないか。

（飯島副会長）

　大分前から感じていることを少し述べさせていただく。葵会問題、葵会が厚木や川崎で様々な問題になっていることも承知しているが、葵会問題があるためにこの調整会議の全体像が少し歪んだと言うと言葉が悪いが、霧がかかったと言うか、皆が言い出しにくいことも多くあるようなので、この際、葵会に出てきていただいて、堂々と意見を言っていただいた方が我々にもよく姿が見えるし、皆も理解できるところは理解して、理解できないところは議論するという姿勢になるのではないかと思う。私は逆に、正体不明なだけに出てきていただきたいという気持ちである。

（遠藤会長）

　了解した。いかがか。ただ、先ほども申し上げたように実態が掴めていないと来ていただいてもいろいろなご意見を述べられても、本当にそれが実際にやっていただけるかどうか、その辺の問題もある。ある程度、例えば実際に工事の着工とかそういう確証が得られた段階で本当は来ていただいて意見を述べていただくというのが筋ではないかと考えるが、その辺の見通しもできていないということなので。確かに109床は認めらたが、本当にワーキングのメンバーに加わっていただくかどうか。他にご意見はあるか。

（医療課　足立原課長）

今のご意見を聞きまして事務局からひとつご提案なのですが、飯島先生のご意見、遠藤先生のご意見、両方わかります。そこで、例えば、ワーキンググループに当面オブザーバー出席ということはいかがか。つまり、この地域の議論の状況は知っておいてもらいたい。だけれども遠藤先生が仰るように葵会が実態がまだ正直まだないので、ワーキングの中でこうすべきだ、ああすべきだと、なかなか、言われても、というのがあると感じている。なので情報共有はする、ワーキングの中の議論、要するに知らないで、違った方向に行くよりは、議論の方向はわかっていただきたいという中で、ただ意見の議決権等々のないオブザーバー出席はいかがでしょうかというご提案である。

（遠藤会長）

確かにそういう考えもあると思う。オブザーバーは自発的な意見はできないので、次回の12月のワーキングはオブザーバーという形で参加していただくということである。そういう形でよろしいか。すぐにこのワーキンググループになっていただくというのは尚早と考えるが、今お話があったように、ワーキングのオブザーバーとして参加いただく、こちらの議長の指名でご意見を言っていただく、ということでもよろしいか。

そういう経過を見て、いずれ正式なメンバーに加わっていただくかどうか、それは葵会逗子病院の状況にもよると思う。では、12月のワーキングにはオブザーバーという形できていたくということでよろしいか。では、そうさせていただく。

（遠藤会長）

他に事務局から何かあるか。

(中羽企画調整課長)

次回の会議の予定は、２月５日火曜日の午後７時30分から行いたいと考えている。よろしくお願いする。

（遠藤会長）

日程については、正式に決まり次第、事務局から委員の皆様へ連絡をお願いする。お忙しいとは存じますが皆様よろしくお願いする。

本日は円滑な議事の進行にご協力いただきお礼申し上げる。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（以上）