

第2回地域医療構想調整会議結果概要

1 地域医療構想調整会議開催日時

地域	開催日時
横浜	平成30年11月21日(水) 19時～
川崎	平成30年11月19日(月) 19時～
相模原	平成30年10月29日(月) 19時30分～
横須賀・三浦	平成30年10月23日(火) 19時30分～
湘南東部	平成30年11月6日(火) 19時～
湘南西部	平成30年11月28日(水) 18時30分～
県央	平成30年10月30日(火) 18時～
県西	平成30年11月5日(月) 19時～

2 議事内容

- (1) 基準病床数の見直しについて（横浜、川崎、横須賀・三浦）
- (2) 2025年に向けた対応方針について
 - ・2025年に向けた対応方針（民間病院プラン）の提出状況
 - ・公的医療機関等2025プランについて（一部地域のみ）
 - ・過剰な病床機能への転換について
- (3) 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
- (4) その他
 - ・外国人専用医療ツーリズム病院開設計画（案）について（川崎）
 - ・急性期慢性期病院・介護・在宅をつなぐシステム構築の検討状況について（湘南西部）
 - ・地域医療連携推進法人について（県央）
 - ・七沢リハビリテーション病院について（県央） ほか

3 各地域の主な意見

【基準病床数関係】

横浜	<p>○ 神奈川県は他県に比べて入院医療費は低く、病床稼働率もよいが、これは病院と医師会の連携がよいからで、退院後、在宅でのケアがきちんとできるので、本来ならば退院できなかったような患者が退院できている。病床稼働率や人口動態に加え、退院後の連携、在宅のケアの充実という視点も、議論にあたって考慮していくべき。</p> <p>○ 今後の医療需要増加を病床で解消しようとする、市の計算では2025年までに3300床不足。今回の100床という数字は、計算上は少ない印象で、市内の一般病床、療養病床の稼働率が上がっていることを反映した結果で、過大な数字ではない。基準病床数の数と、実際にどう配分するかは並行して議論していくことであり、行政としては、111床は妥当な数字と考えている。</p> <p>○ 今年800床配分するベッドが有効に機能するか、人の確保の状況や影響も見る必要があり、それが見えない現時点で、毎年基準病床の見直しについて議論するのは難しい。2020年の見直しまでの間、少し様子を見てもいいのではないかと。</p>
----	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 横浜市を1つの医療圏にするのはよいが、どういう病床が必要か、どういう医療提供体制や病床利用体制がこれから見込まれるのかという議論をし、反映していく必要がある。数字だけで議論しても仕方ない。
川崎	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の病院からは、川崎の病床利用率が低いのは、病院の機能が悪く患者を入れられないのではなく、病院の機能がよくなり、患者が長く入らなくてもすむようになり利用率が低くなるので、基準病床数の計算式の考え方が、この地域にそぐわないのではないかという意見が出ている。 ○ 例えば今回、ある病院の病床利用率が一部改築のために変動すると、簡単に100～300床と変わってしまう、基準病床数の式はそういうもの。川崎北部は毎年見直しを検討するということだが、100床増えてもまだ過剰という状況でも見直して変えておくのがいいのか。それとも3年後に全県で見直すときは、基準病床数の式の限界で、病床利用率が下がりベッドが空いているのに基準病床数を増やすという変な数字になるかもしれない。平均在院日数も入院受療率もかなり減っている。特に川崎北部は、今後増える高齢者を、医療提供を、どこで誰が見るかを議論しないといけない。その辺が地域での検討課題ではないか。
横須賀・三浦	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平均在院日数は療養病床でも短くなっている。在宅医療が充実してきたという捉え方もできるし、どんな方もとにかく救命するというやり方が、今はその人らしい形ということで取り組まれ、高齢者医療の提供のあり方が大きく変化してきている。算定式は一つの指標であり、実態や将来予測を考えて議論をしていかざるを得ない。 ○ 今ある資源を有効活用してうまく役割分担をする、非稼働病床も効率的に動かしていく、また、救命センターや急性期にかなり負担がかかっているのが受け皿となる急性期から回復期の機能の充実を図っていくことが一番望ましい処方せんではないか。 ○ 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、回復期リハ病棟や療養病棟では受け入れられず、急性期に残らざるを得ない患者が多い。 ○ 急性期の病院がパンクしてしまうのが一番困るので、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、地域の中で何らかのサポートをし、地域包括ケア病棟の立ち上げを支援していくなどの形が必要ではないか。 ○ 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。一方で、回復期の自己完結率は6割しかなく、個々の病院は埋まってなかったり、埋まっていたりと思うが、地域で考えれば回復期が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。 ○ 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。第7次保健医療計画として、まずは受け皿が必要だと思っており、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。

【2025 年に向けた対応方針関係】

- 現在地域で、病床整備の公募をかけているので、そこでの回復期や慢性期の希望病床数、各地域での手上げの状況を見てから、転換が適切かどうかを判断したほうがよい。(横浜)
- 不足している機能に転換する場合は、これから病床配分を受ける病院と今活動している病院では、今活動している病院の方の事情をよく酌み、7方面の地域医療検討会での判断を尊重しながら、協議・承認していくべき。(横浜)
- 過剰な機能に転換する場合、調整会議で話題にする段階で、少なくとも医師会や病院協会に医療機関から下話を入れ、地域の医師会長や病院協会長がワーキンググループを経て事情を了解したうえで上がってくれば、過剰な急性期でもこの地域では必要だという判断ができるが、プランだけでは、今は扱いようがない。病院が地元の医療団体にしっかり話を通してから調整会議にかけるようにするのがよいのではないか。これからは、転換等をするときは地元へ一声かけてやっていこうというのが調整会議の考え方ではないか。(横浜)
- ワーキンググループで各病院が集まって話しても、2025年の必要病床数との乖離をうまく無くすことは難しい。各医療圏でうまく調整しろというのは、こうした会議を開かなくても好き勝手にやっているのと同じで、せっかく開くのであれば、県は意見や考え方を示すべき。(湘南東部)
- 県央地区で小児のベッドは4病院にしかなく、小児救急には非常に苦勞している。2025プランにも触れられているが小児科は不採算で、小児科救急をやるのは大変。こうした会議で、公的病院の小児科をどうやって効率化するのか、小児科のあり方や、広域化を推進するにあたり、全体でコンセンサスを得られるよう考えていただきたい。産科についても、小児科がなければ安心して産めないで、しっかり考えていかないと、じり貧になる。(県央)
- 入院病床が減るということは在宅で多くの患者を診るということだが、そもそも自宅で診られない方が入院していたので、医療区分1の70%を在宅に移行することになると大変な労力が必要。在宅の医師だけでなく訪問看護師、訪問介護士などの在宅の人材の確保が重要になる。神奈川県は全国平均と比べ看護師の数が少なく訪問回数は多い。少ない人数で訪問看護をこなしている。これから在宅に患者が移行するにあたり、訪問看護師の確保についてはこれまでの会議で何の対策も示されていない。医師会の訪問看護ステーションも、要請に応じて、夜間、休日も多く訪問を行っており、看護師は過重労働状態だが、訪問看護師の応募がない。私が訪問診療をしているグループホームでも、介護士不足は深刻。介護士は、ケアはするが、重症化して看取することはなかなか出来ない。在宅医療を支える人材確保について、県は具体的なデータを示してほしい。(県西)

【定量的基準関係】

- 定量的基準で調整会議が活性化するとは思えないが、何らかの形で線を引かない限り、急性期が過剰とか、回復期が不足ということに関して、地元では納得できない医療機関があるのも事実。急性期と標榜するなら、例えば医療看護必要度がどれぐらいとか、救急告示病院とか、何らかの形で、みんながわかる、ざっくりした線が引ければいいのではないかと。(横浜)
- 現時点のいわゆる病床機能を、実際に点数で当てはめて計算して出して、それと2025年の必要病床数の乖離を比較するほうが、納得できるし、一発でできて、これでいいのではないかとこの話に落ちつくのではないかと。(相模原)
- 看護必要度などの項目もやはり必要になってくるのかもしれない。実際は救急をやらない急性期はないと思う。看護必要度も、7対1の急性期のところでは必要なところ。(相模原)

- 原点に立ち返ると、これから高齢者の患者が増え、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、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、その中で患者を診ていくというのがゴール。数合わせにこだわると、会議は迷走する。(横須賀・三浦)
- ある程度の基準がないと、病院同士での話し合いはなかなか難しい気がしている。奈良県方式は少し大ざっぱ過ぎるが、やはりある程度、埼玉県方式のような一定のルールのようなものは何らかの形で持っていたほうがかえって話しやすいという感じがする。(湘南東部)
- 回復期はもう少し幅広く捉えるべきで、一般病床でも入院期間が少し長めの場合には回復期として扱ってよいと思う。また、地域包括ケア病床が非常に増えている印象があり、大病院以外は殆どの病院で作っていると思われる。地域包括ケア病床の病床数の変化などが分かれば、もう少しイメージがしやすく、議論しやすくなるのではないか。(湘南西部)

【その他】

(外国人専用医療ツーリズム専門病院について)

- この件の一番の問題は、病床過剰地域でも、自由診療専門病院なら、どこでも好きなだけ建てられるということ。医療法を改正しない限り、開設せざるを得なくなる。
- 県が勧告を出しても、強引にやれば病院はできてしまうということだが、これが認められれば、日本中でそれが可能になってしまう。国は地域医療構想を何のためにやったのかということになる。国は医療ツーリズムをやるなら、その辺の整合性などの計画をしっかり立てて、例えば地域医療に影響があるからここまでとか、制限を設けないと、今のままでは無責任ではないか。勧告ではなく、むしろ知事から国に意見を言うべきではないか。
- ワーキンググループをつくり、今のこの議論をもう少し集約してきっちり整理して、何が問題かということをしきりと文書化するという作業をし、今のままでいくとノールールになってしまうので、きっちり今まで出た議論で何が問題点か整理し、場合によってはその意見を、医師会からも、自治体からも、国できちんと議論すべきだろうという形にする。ワーキングをやっている最中に病院を建てるということはしませんよねという意味でも、紳士協定という意味でもしっかりしたワーキンググループをつくり、メディカルツーリズムとは何か、地域にどういう影響があるのかをしっかりとまとめて、意見書なりをつくっていく作業が必要。