

川越比企保健医療圏(川越市保健所、坂戸保健所、東松山保健所管内)

1 将来の医療需要推計

- ・ 病床数全体として876床(特に回復期病床)の不足、在宅医療等の需要量の大幅な増加が見込まれる。

2 病床の整備

(1)現状

- ・ データでみると高度急性期病床は多く回復期病床が少ない。高度急性期を急性期に病床変更、急性期を回復期に移していくことになる。病床の転換にあたっては、病院の収益格差が発生するなど経営上の問題があるため、はっきりとした見通しやインセンティブがないと回復期、慢性期への転換は判断できない。地域医療介護総合確保基金での補助は長続きしない。
- ・ 医療機関を新しくつくとすると200床の病院が4つ必要になるが、既存病院との関係で新規誘致はうまくいかないと考える。
- ・ 医療需要の推計値と実態に乖離があり、適切に病床数や在宅医療の提供体制の整備をするためにも、実態の把握が必要である。
- ・ 川越比企圏域内には、埼玉医科大学病院、同大学総合医療センター等の高度急性期を担う病院が立地しているほか、一般急性期の病院が各地域に点在している。現在、救急で搬送される患者の大半を高齢者が占める中で、高度急性期においては不安定な病状が続く患者を直ちに転送できないケースも少なくなく、また一般急性期においても平均在院日数の短縮という要請がある上に、後方支援となる回復期・慢性期についても満床が常態化している。そのため、高度急性期から一般急性期、さらに退院後は回復期へという本来在るべき機能分化の構図が成立し難い現状にある。

(2)今後の方向性

- ・ インセンティブを働かせるために、地域医療構想と診療報酬改定との連動、並びに地域医療介護総合確保基金の活用等が必要である。
- ・ 病院を新たに誘致するかについて方針を決めておく必要があるが、現実的には、既存病院の病床数を増やす方向で整備していくことになると考えられる。
- ・ 回復期病床の整備を進めるとともに、急性期病床の一部について、地域包括ケア病棟等の回復期病床への転換、整備を進める必要がある。
- ・ 高度急性期は本来の機能を充実し、3次救急以外の2次救急までを受け一般急性期の病院がそれぞれに役割を果たし、7対1の病院であっても、病棟以外にも地域包括ケア病棟なり病床をしっかりと作り将来像をまとめること、地域の中で経営母体は違っても、それぞれの病院が機能を明らかにし、ベッドコントロールが出来る状態にすることが課題である。
- ・ 地域医療構想は、高齢者人口の増加に伴う医療ニーズの増加や変化に対応するためのものであるが、保険料の多くを賄っている現役世代が不利益にならないことが必要である。については、追加整備ありきということではなく、今ある医療資源の再配分・有効活用を模索するべきである。
- ・ 今後、新たな病院の設置により、病床数の大幅な増加による患者の流出入の影響、診療科の偏在、人口構造の変化や県民の移動実態など、地域の実情を踏まえ検討する必要がある。
- ・ 病床の整備に伴って必要となる医師、看護師等の人材の養成、確保を進める必要がある。

(3)各意見を踏まえた提言

- ・ 病床機能報告制度を活用しながら、病床機能の実情を踏まえたデータ等に基づく必要病床数を踏まえ、病床転換を含む必要病床の整備を促進するとともに、医療従事者の確保・育成を進めることが必要である。そのために、今後、地域医療介護総合確保基金の活用ならびに必要な財源確保を進めていく必要がある。

3 医療機能の分化・連携

(1)現状

- ・ 回復期病床について、すべての病院で満床ということはありませんし、今まで在宅医療・介護について話し合いをしているが、病院間連携の話は1つも出ていない。
- ・ 回復期病院への転院の際、満床なので差額ベッド代など追加され高額となり、患者としては移りにくく大きな問題である。
- ・ 病病連携や病診連携の必要性が強調される中、自院の持たない機能を有している施設に対して医師や看護師、社会福祉士で構成する地域連携室が絶えず連携を図っているが、病病連携に関してはそれぞれの病院の内情がはっきり見えていないと感じられるケースが多い。また、高度急性期を担う病院からの紹介は、医師からの情報を端緒とする場合が少なくないが、一般病院の連携室にあっては、社会福祉士だけで対応しているケースもあり、患者の病状が伝わりにくいなどの課題が認められる。また、依頼する場合も、転院するまでの経過が長すぎる等の問題があり円滑に進んでいないのが現状である。

(2)今後の方向性

- ・ 圏域ごとに病院の経営層(院長・事務部長・看護部長)と医師会、行政が一堂に会し、地域の医療を考える場を設置する必要がある。個々の病院がそれぞれの機能を生かし、相互に一層の連携を図る必要があり、行政も交え、最新の医療政策の動向を学ぶ機会も必要である。他の意見としては、県医師会脳卒中地域連携研究会があり情報交換会を行っているが、脳卒中に限らず、圏域ごとに医療機能の役割ならびに連携の問題も含めた情報交換会や勉強会をしていけば、回復期病床の不足や後方病院の治療費が高額となることも解決できるのではないかと考える。
- ・ 病床利用率を高めるには、地域連携室に社会福祉士だけでなく看護師を常駐させ、それが困難であれば看護責任者が兼任することとし、最終的な責任を担う医師も必ずメンバーに加えた中で、チームワークで取り組むことが不可欠である。また、連携パスの活用や ICT 導入による情報の共有化がツールとして必要と考えられる。

(3)各意見を踏まえた提言

- ・ 地域医療構想調整会議を「地域の医療を考える場」とし、各病院機能の活用を図るとともに相互の連携を進めることが必要である。さらに、各病院の地域連携室の機能強化ならびに、地域連携クリティカルパスやICT導入等による関係機関同士の情報の共有化を進めていく必要がある。

4 在宅医療

(1)現状

- ・ 病院においては、在宅での看取りや訪問診療を担い得る医師は極めて少なく、診療所にあっても在宅や訪問に携われる医師のマンパワーは不足している。特に、急変した際には必ず受け入れるというバックアップ体制ができていないのが大きな問題である。
- ・ 介護を受ける高齢者の多くは年金のみで生計を立てている状況であるため、特養のみが待機待ちとなり、入居費用の嵩む老健やサ高住はベッドが埋まらなくなることが懸念される。実際に、金銭的な理由で在宅に帰らざるを得ないが、在宅の場合、要介護度が高く、医療依存度の大きい患者は、訪問看護サービスを利用しないと難しいが、その場合、金銭上の問題で必要最低限に留まっているのが実態であり、介護ヘルパーを入れても同様に家族の経済的な負担が大きな問題である。
- ・ 一人住まい、高齢者のみの世帯等の個別の事情により、在宅での医療を受けることが困難な場合もある。在宅医療の体制が整わないまま病床の整備をすると、家族の負担による対応が必要となり、介護離職も増加、家計を圧迫し、これに伴い、労働力の低下と地域経済の停滞を引き起こすこととなる。
- ・ 県と医師会では、患者が相談できる拠点の設置、後方ベッドならびに在宅登録医の確保について体制づくりを進めているが、このことについて協議会内で共通理解がないと、それ以上に地域で推進できない

いのではないかと考える。

- ・ 療養病床から在宅医療へ患者が移行するためには、「在宅での看取り」まで可能な在宅医療の人材を含めた体制整備が必要であるが、現状では訪問診療、訪問看護の体制が著しく不足している。

(2) 今後の方向性

- ・ 現状は、当直医の専門外や検査の体制が整っていないといった理由で救急要請を断っているレベルであるが、在宅に復帰する場合は、直近で入院していた病院をかかりつけ病院と位置づけ、急変時は漏れなく受け入れるというシステムを導入すべきと考えられる。
- ・ 「急変時の対応、看取り」等の在宅医療に求められる機能について対応できるように、医療機関等における連携や役割分担の整理が必要である。
- ・ 特養、老健等が主に看取りを担っているが、今後在宅医療の提供を拡大していくためにはサ高住についても看取りが可能な施設を増やしていくことが必要である。
- ・ 老人保健施設等の介護施設や「サービス付き高齢者向け住宅」の供給を促進するための策を講ずるなど体制づくりが必要である。
- ・ 病院から在宅へという理想論だけが先行する中で、訪問看護ステーションも役割を果たしてはいるものの、やはり排泄と食事の介助が家族にとって大きな負担であり、それらのサービスをより安価で利用できる環境が整えば、在宅への展開も現実味を帯びてくるものと考えられる。訪問看護ステーションの多くは小規模多機能型であるため、今後はそれらのステーションを統合集約しつつ、看護多機能型に改めることで、地域における訪問看護の役割をしっかりと位置づけるべきと考えられる。
- ・ 今後、主治医やかかりつけ医の参加を促す方策が必要で、訪問看護・訪問介護ステーションを交えた在宅医療・介護促進対策協議会といった組織の設置が必要となってくるものと考えられる。
- ・ 地域包括ケアを機能させるためには、地域のネットワークを把握して適切な対応を行えるコーディネータの存在が不可欠である。このコーディネータには、医療を含めた幅広い知識と経験が豊富な専門職（保健所及び市町村の保健師、または薬剤師など）の登用が望ましいと考える。
- ・ 在宅医療は最終的な受け皿であり、訪問診療や訪問看護の体制整備がしっかりしていなければ、受け皿として機能せず、病床数の調整だけやっても意味がない。については、訪問診療等に必要となる人材を含めた体制整備が急務である。
- ・ 2025年の医療需要を踏まえ、将来のあるべき医療・介護の体制を実現するためには、今後増加が見込まれる在宅医療・介護の体制も併せて定める必要がある。また、近隣都県への流出が多い現状（特に東京への流出）から、近隣都県との調整が不可欠であり、早急にその調整をお願いしたい。
- ・ 医療介護総合確保基金を活用する事業（病床の機能分化・連携のために必要な事業、在宅医療の充実のために必要な事業、医療従事者等の確保・養成）にバランスよく配分するとともに、最終的な受け皿となる「在宅医療の充実のために必要な事業」への活用を強く要望する。

(3) 各意見を踏まえた提言

- ・ 在宅医療・介護を進めるための協議の場を設け、医療と介護の連携を図るとともに、質の高い在宅医療の提供を円滑に行うために、多職種にわたる人材の確保・育成を含めた体制整備が必要である。そのために、今後、地域医療介護総合確保基金の活用ならびに必要な財源確保を進めていく必要がある。

5 その他

- ・ 2025年に向けての人口構造の変化と地域の医療資源との間には、特に高齢化の進展の早い埼玉県では、ミスマッチが発生していく。その将来像を展望すると、地域の医療体制は軽装備にしていくことが必要であり、地域の医療・介護の需要に対応していくことが重要である。
- ・ 地域医療構想は、入院受療率の引き下げが前提となっている。さらなる入院受療率の引き下げのためには、検診等の保健事業への取組みを一層強化することが必要である。