

平成 30 年度第 1 回富山地域医療推進対策協議会、富山地域医療構想調整会議及び
富山地域医療と介護の体制整備に係る協議の場 議事要旨

開催日時 平成 30 年 7 月 18 日（水）19:30～21:00
開催場所 県民会館 401 号会議室

議事要旨

- 1 開会
- 2 挨拶（事務局）
- 3 議題 1～2 について説明
- 4 質疑応答
- 5 閉会の挨拶（中部厚生センター所長）

【質疑応答】

1 地域医療構想の推進に向けた進め方

（委員）

資料 2 の「事業計画」における 8 月と 2 月のそれぞれ 1 カ月の病床稼働率について、2 月の場合は、インフルエンザあるいはノロウイルスで稼働できない病床が出てくる可能性がある。そのため、本来の病床数と、感染症を理由として稼働できなかった病床数を除いたものと、2 つの稼働率を要求してもらった方が、実態に即しているのではないかと思う。

（委員）

資料 1-1 の 2 ページの「(1) 医療機関の自主的な取り組み、地域医療構想調整会議の活用等」の 1 つ目、2 つ目の丸について、第 11 回の地域医療構想に関する国のワーキンググループの資料の中で、佐賀県の取り組みが紹介されている。「公的医療機関等 2025 プランの協議の実例」という箇所、佐賀県は各医療機関から提示されたプランについて、この調整会議で了承するかどうかを医療機関の中で十分議論の上、行っている。個別の医療機関の事業計画を作っていくという説明があったが、それぞれのプランに対する意見交換は、十分にされていないのではないかと感じる。佐賀県の取り組みを参考にして、今後、医療機関の間で意見交換をしながら、議論を深めていく必要がある。公的病院だけでなく、民間病院も事業計画を作っていくことが要求される中で、民間病院は自身の病院の将来像を作りにくいことも踏まえて、検討していただきたい。

（会長）

各医療機関から、今後のプランは提示いただいているけれども、それに関して検討したり、評価したりする場がないという意見でよろしいか。

（事務局）

今後、医療機関から提出いただく事業計画のとりまとめの段階の中で、委員の先生方とご相談をしながら、今のご意見を取り入れられるところなど工夫をしてみたい。

（会長）

意見交換や議論の時間がないことをおっしゃっているということでよろしいか。

（委員）

年 3 回なので、なかなかそのような時間が取れないのではないかと思う。先生方の間で情報共有され、それが反映されているのであればよい。ただ、こちらでは、そのような時間が取れているのか分からない。

（会長）

聞くとところによると、石川県では、医療機関だけでこのような調整会議に向けた取り組みについて意見交換しているようだが、他の先生方でご意見があれば。

(委員)

調整会議は非常に広い範囲を扱っているので、このまま具体的な意見交換が全く行われずに「新公立病院改革プラン」及び「公的医療機関等 2025 プラン」が了承されることは心配である。公的病院は、政策医療など様々なことを考えていく必要があるが、民間病院の役割についても話しながら、それが地域医療構想の中でどのように完結するかという議論をしていくことが重要である。そのため、地域医療構想と関わる部分について、合意できるかどうか検討する必要があるのではないか。医療機関の間での意見交換は必要であり、それを通じて公的病院と民間病院のあり方を再度考えるべきではないか。例えば、佐賀県の場合、包括ケア病床と急性期に係る病床数のカウントについて難しい部分があるので、これについても病院間の話し合いが必要となっている。また、東京都や他の道府県によっては、公的病院が政策医療や高度急性期、急性期を担い、一般のクリニックや民間病院が亜急性期や慢性期を担うという話の中で、民間病院からの意見や要望を聞いた上で、民間病院で対応が難しい場合、公的病院で行うということが調整会議で決まっている。ただ、富山県は民間病院の力が弱く、公的病院完結型医療に向かっているように感じる。意見交換をすることで、経営の健全化だけではなく、持続可能な地域包括ケアシステムの連携が作られるのではないかと。

(会長)

調整会議の話の進め方について、委員がご意見持っておられるようなので、発言をお願いしたい。

(委員)

一番心配しているのは、全体のベッド数が決まった方がいいが、それについてほとんど議論されず、説明ばかりで最後期限切れで皆さん平等に、という状態は良くない。それぞれの病院の特徴があるので、それを踏まえて地域でどうするのか、富山や高岡等の医療圏であるのもいいが、中央病院や附属病院は県全体でカバーしていく必要があり、他とは違う面もあるので、そういったことを議論する場を設けていただきたい。

(会長)

報告だけで了承されていくことが果たしていいのか、というご意見が委員の皆さんの中にあるようなので、事務局にも今後ご検討いただきたい。

2 富山医療圏の現状と課題

(委員)

参考資料 1 の 12 ページに「地域医療構想の進め方について」とあるが、この中では、協議の際は、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率、民間医療機関の役割分担などを踏まえて、公的病院、公立病院でなければ担えない分担へ重点化されるかどうかを検討することが言われていて、この辺は富山県の医療圏では、あまり深く追及されていない。富山県の歴史から言うと、公的病院が高度急性期、急性期を担い、クリニックや民間病院は亜急性期、慢性期をやっている。その慢性期の広がり、介護保険の居宅の方まで少し伸ばしながら、裾野を支えていくという形をとっている。その他に書いてあるが、実際に病床がすべて稼働していない状況の医療機関などはどうするのかという中で、特に公的病院の稼働率はどうしても難しいと思う。例えば、市民病院でも 150 床稼働していないようである。休床や稼働していない病床もあるが、高度急性期、急性期を充実させるという中で、それぞれの病院がそれらを充実させながら、むしろ病床を減らしていくという形が先ではないかと思う。通信病院は民間病院だと思うが、それを買収して病床を増やして地域包括にもっていくという話については、元々市民病院の病床を地域包括にするという考え方があり、また、他の都道府県では、まず亜急性期や慢性期は、民間にお願いするという形でやっているが、それを徐々に公的病院がされていった場合に、民間病院は運営が大変になるのではないかと。公的病院改革プランの中で赤字体質をどうするかと言われていて、通信病院は郵政省

の系列だが、ほとんど赤字病院となっている。赤字病院を引き受け、地域包括から大幅な病院完結型地域包括システムへと考えられているようだが、本来ならば、様々な病院が話をし、連携を組んでいくことが先だったと感じる。このままいくと、先程の資料の中にあるが、公的病院改革プランの合意の件数、富山県はまだ 0、長野県は 80%とあるが、全部発表が終わると富山県は 100%合意ということになると、その運営方針も合意したという認識でよいか。これだといささか問題があると思う。いずれにしても、全体のことを考えて、コンセンサスや意見交換が必要である。富山市で地域包括システムを作っていくことが良いと思うが、様々なところの関係を考慮し、地域を全体のネットワークとして守っていく必要があるのではないか。

(委員)

それについては、誤解があるように感じる。新しい病院が当院の患者を全部受け入れる病院とは全く考えていない。地域、例えば赤十字病院や中央病院からの回復期、まちなか在住の方を中心に受けていく病院になると思う。ちなみに当院は南側にあり、周りには回復期機能になってもらっている病院が多い。予想以上に早く退院、あるいは転院される方が多く、まちなかの病院は富山医療圏全域に開かれた病院になると想定しており、今のご意見は合わないのかなと思う。

(会長)

いずれにしても、委員からの話は先程の延長で、公的病院あるいは民間病院の役割を含めて意見交換であったり、そのような協議の場があれば、という先程からのご意見の延長だと思っているが、県の方でもその点を意識して調整会議を進めていただければと思いますので、よろしくお願ひしたい。この会議は、医療と介護の体制整備に係る会議の場でもあり、先程から病床機能をどうしていくかとか病床の体制整備をどうしていくかという話がされているが、病床を 2025 年までに相当数減らすということは、やはり在宅医療の体制整備が前提となっていると思うが、その点受け入れ側の在宅医療の意見を伺いたいのので、委員に発言をお願いしたい。

(委員)

訪問介護ステーションについては、利用者がこの 3 年で倍ぐらい増加している。在宅で療養している利用者も非常に増えている。今日の資料では、病床数が急激に減少していて、今後利用者がますます増加していくことを考えると、とても残念だと感じた。私たちが在宅で利用者を看ていくことのできる下支えは病院のベッドである。急変だけではなく、転倒等の事故も多い。このような場合に必ず入院させていただける担保は病院だと思っているが、これほど少なくは大丈夫なのかと感じた。

(委員)

在宅のケアマネジャーは、各病院が今後どういうふうに変換していくか知らない人のほうが多い。そのため、今年度は、診療報酬がどう変わるかという学習会をした。それでも難しい部分があり、公的病院や民間病院がそれぞれどのように変わっていくかをその病院が発信していかなければ、ケアマネジャーは、なかなか分からない。実際、私たちの後ろ盾は病院なので、その担当者に説明会をしてもらったところもあるようで、こういう話は初めて聞いたという意見があった。ほとんどのケアマネジャーは、急激な医療情勢の変化が分からないまま、それを追っているような状態である。将来的には、在宅にたくさんの方が帰ってくる中で、サ高住に変わってくると思うが、現在 15 万から 20 万出さないと入れない。このようなことが本当に幸せなのか、お金が無いと在宅でも過ごせない社会になってくるのではないかと危惧されているので、在宅もその人に合った、住み慣れた町で生活できるような仕組みづくりを行政の方に考えていただきたい。

(会長)

開業医の立場で言うと、本来であれば在宅であるサ高住やグループホームに入って、比較的アシストすれば自分で何とか生活できるような人が急性期病院から出ていくはずだが、要介護 4 などかなり重度の人もサ高住やグループホームに移っており、それぞれの介護機能と入居者の状態が混乱している。さらに、介護医療院もできて、従来介護療養病床だったものが在宅にカウント

されて、要は在宅の人になって、我々の立場からすると、どのような患者さんがどのような施設に行くのか混乱していて分かりにくいなと思う。

(委員)

確かにどのような人がどこに行くか分からない。病床もこれほど減っていいのを感じる。