

平成 30 年度第 2 回高岡地域医療推進対策協議会、高岡地域医療構想調整会議
及び高岡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 11 月 7 日（水）19:30～20:55
開催場所 高岡問屋センターエクール 2 階 201 会議室

議事要旨

- 1 開会
- 2 挨拶（事務局）
- 3 議題 1～6 について説明
- 4 質疑応答
- 5 閉会の挨拶（高岡厚生センター所長）

【質疑応答】

- 1 地域医療構想の進め方について、
- 2 平成 31 年度地域医療介護総合確保基金の提案募集について
（特段の質疑なし）

- 3 療養病床から介護医療院への転換の状況について、
- 4 県内における病棟再編事例について

（会 長）

療養病床から介護医療院への転換に関して、高岡市では光ヶ丘病院が既に転換されているが、転換に際して問題点や実情、今後の見通し等、実際に転換されてのご意見があれば伺いたい。

（委 員）

病室の面積は 8 m²をクリアしていたので、減算なく転換できた。あと富山県内で医療療養病床から転換したのは当院だけで、3床転換したが、これから医療療養病床は（医療区分 2・3 の患者割合）80%をクリアし、医療療養 1 を取らないとなかなか生き残れないが、それすら、なかなか厳しい状態。医療療養病床は 2 病棟あるが、在宅復帰の支援をして、入退院支援加算も取っているが、それでもやはり病床稼働率が低くなるので、介護医療院に転換した。転換してみてわかったことだが、一番びっくりしたのは、当院のように診療報酬で多くの加算をとっていると実は、認知症ケア加算、感染防止対策加算や心大血管疾患リハビリテーション料だとか、そういう加算を受ける病棟は介護医療院になると、今までは専従の常勤医扱いだった医師が介護医療院では専従にならないので、8 人いる医師のうち 3 人は心臓リハビリとか総合評価する人とか、認知症とか、感染の人とか、そういう先生は介護医療院で主治医になれないという事があり、加算を取っていない病院は別に問題ないとは思いますが、それが一番問題点だと思う。なぜ医療療養から転換したのかというと医療療養 1 を守るためである。

5 公立・公的病院における医療計画推進に向けた取組状況等について、

6 高岡医療圏における医療機関の連携状況について

(事務局)

高岡市民病院の課題として「結核病棟の運営」を挙げておられるが、事務局から補足させていただくと、結核病棟については、当医療圏では5年前は年間50人程の新規の患者が発生し、結核病棟に入院していただくべき喀痰塗抹陽性の患者も年間十数名出ていたが、その後順調に減少し、今現在はだいたい新規の患者は年間30人程度、喀痰塗抹陽性で見つかる方が10人を切ってきており、病棟に入院している患者さんがいないという時期もかなり出てきているという状況がある。

(委員)

誰でも気がつくことだが、資料6の2ページ目を見ると、地域包括ケア病棟については高岡医療圏では自院からの転棟が多いが富山医療圏では逆に自院からよりも外部からが多い。次のページの回復期リハビリテーション病棟についても、同じように高岡医療圏では、ほとんど自院からだが、富山医療圏では外部からが多い。何か、誰が見ても自院完結型だなあと感じる。もっと驚くのが一番最後の高岡市民病院が回復期リハ病棟も地域包括ケア病棟も持っていないのに紹介率、逆紹介率が低く、自院完結型になっているのではと感じる。

(委員)

この数字は平成28年度のデータなので、直近の30年のデータを言うと、紹介率は60%、逆紹介率は90%である。一年遅れて済生会の動きをしたとだけ思っていたら良いかもしれない。

(会長)

地域医療支援病院の取得に向けての取組みが形として出ているところかなと思う。ご指摘に関して他にご質問、ご意見は。

(委員)

たぶん当院のことも言われたのだろうと思うが、地域包括ケア病棟を作ったことについては、何年前に県から資料を貰い、こういう点数の方がいるので、これは急性期の患者ではないのではということで、一生懸命いろいろなところへ紹介していても、なおかつ数十人がどうしても迅速に転院できないと。当院は急性期病院なので、看護必要度と平均在院日数、それから診療密度を上げたいということで取り組んでおり、どうしても後方支援病院が十分ではないという観点から設置して、全部が全部自院の患者を外へ出せないというのはよくお分かりだと思うが、要するに後方支援病院にスムーズにいけないという観点から作ったわけで、将来の構想だが、将来的には地域包括ケア病棟をなくして、5床くらいの、精神科救急が非常に行き場がなくて困っているので、そういうものを作っていきたいという思いであり、地域包括ケア病棟にいつまでもすがりついているという気持ちではない。ただすぐに出来るわけではないが、患者さんがどこに住んでいるかということもあるが基本的には出して出して、それでもダメな人を入れているというのが状況。

(委員)

これは少し古い資料なので、最近回復期リハの1を取得して土日もリハビリをやり始めたら厚生連からも高岡市民病院からも紹介を受けている。今はこのような数字ではないように

思っている。良い方向に向かっているのではないかと思っている。

(委員)

地域包括ケア病棟と回復期リハビリテーション病棟の入棟前の場所について、本当に資料を見ると、富山医療圏のほうが家庭からがかなり高い。結局、地域包括ケア病棟を私たちは2病棟持っていて、そこを埋めるのが大変。それでかつ、家庭からの入院が10%以上でないと入院料の1を取れない、そういう制度になっているので、いかにしてそれを増やすかというふうに今努力しているが、富山医療圏がすごく数字が高いので、何かやっておられるのかなと思って、もしも知っておられれば、できれば地域医療構想アドバイザーにわかる範囲で教えていただければ。

(地域医療構想アドバイザー)

自分が直接病院をしているわけではないので、はっきりとはわからないが、多分リハビリテーション専門病院があって、そこへの入院が含まれるのではということと、急性期病院を経由せずに直接家庭からリハビリテーション専門病院に送られている可能性があるのではないか。

(委員)

富山医療圏の数字の方があまりに多いので、どういう風に理解すればよいのか。もう一点は、国の方針で2025年には、いわゆる急性期病床を半分ぐらいに減らして回復期病床を3倍強に増やすということで、目標値というのを各医療圏で出しているのですが、そのあたりの資料も出していただければ、今中間の地点でどうなっているかということがわかるので、そうすると自分たちの病院の立ち位置ということもだんだんわかってくるので、そういう資料を出していただければありがたいかなと、追加資料という形で。これはお願いします。

(事務局)

富山医療圏が進んでいる理由については、いま地域医療構想アドバイザーからもご指摘があったように、やはりリハビリテーション専門の病院があって、急性期の脳外科や整形外科の手術後、かなり早期の段階からリハ病院のほうに転院するというシステム、流れがもう既に富山医療圏にはあるというのがやはり大きいのだと思っている。ちなみに診療報酬上の回復期リハの届出がなされている病床数は、直近では富山医療圏では328床、高岡では91床ということで、このあたりのこれまでの急性期から回復期への流れがもう既に富山医療圏ではベースとしてあるということが高岡との違いかと思っている。一方、回復期リハの病床だと医療をやりながらリハもやるというよりは、リハに特化した形になるので、どうしても高齢者の場合は、一定の医療を行いながら在宅復帰に向けたリハも並行してやっていくというような診療も必要になるところであり、地域包括ケア病床については、現在富山医療圏は340床、高岡医療圏は301床ということで、療法士を確保して回復期リハの病床として運用するという病床については富山医療圏と高岡医療圏では大きな差があるが、地域包括ケア病床については、相当数高岡でも位置付けられていると思っている。ただ、先程も申しあげたように、手術後の早期からのリハ目的の転院という流れが、こうした高岡医療圏で新たに整備をされた病棟と急性期の病院との間の連携がないと、やはり主治医の先生は送り慣れた所に紹介するというケースが多いだろうと思うので、これは是非、送る側の高度急性期・急性期の機能を持っておられる病院と受け手側の回復期リハ病床、地域包括ケア病床を整備された病院との連携で、何とか医療圏の外に転院しておられる患者をできるだけ医療圏内で完結する

ような形での流れになってももらえないかなと考えている。

それから、委員の二点目のご質問について、どうしても行政として把握するのは前年一年間というようなデータになるので、とにかく古い。病院の機能分化についてはどんどんドラスティックに変わっており、それを反映したデータで資料をつくるというのはなかなか難しく、少し古いデータでお示しをしつつ、こうした会議で今どんな状況になっているのかということを病院長からご紹介いただくという形でやらないと、なかなかリアルタイムのものを数字で示すというのは難しいと思っているところで、その点については、是非ご理解いただきたいと思う。

(会 長)

全体の目標数を出して欲しいという話については。

(委 員)

2025年高岡医療圏の目標数に対して、例えば急性期が今現在どれくらい減ってきたかということを知りたい。そのあたりを知った上で、自分たちの病院であとこれくらい減らそうかというような立ち位置をどうするかを考えたい。

(事務局)

地域医療構想の2025年の目標値と現在の状況ということで見える化したわかりやすい資料を次回からまた用意したい。

(委 員)

どうしてこういうことを言ったかということ、今全国で調整会議が開催されていて、ある県では高圧的にあなたのところは病床を減らさないというふうな所があるということが出ているので、データが見える化されていれば自分たちもいろいろ考えることができるのでお願いしたい。

(委 員)

今回資料5で公的病院の事業計画を拝見した。次は民間病院として作る側になるが、これを受けて作る際の注意点等があれば教えて欲しい。

(事務局)

今回は公立・公的病院の方から取組状況、それからこれからの見通しということで考えていただいて報告いただいたところ。委員がおっしゃられたように、この後は民間病院においても第8次医療計画での立ち位置、それから2025年の病床の計画を検討いただくということになっているが、それぞれの病院にご事情がたっぷりあるかと思っているので、今回のこういった公的・公立病院の病床の転換を考えておられるところを参考にいただいてご検討いただければと思っているので、先程お話があった、そちらの病院はこれだけ減らしてくださいというようなことは一切言うつもりはないので、ご検討いただきたいと思っている。

(委 員)

資料1に戻ると、地域医療構想である県、奈良県だったか、急性期病棟というのは救急患者か手術するか、どちらかがないと急性期病棟とは言わないのだとされていた。富山県は地域医療構想では全県で高度急性期病棟は約千床、そうするともう県立中央と厚生連高岡と富山大学で一杯であり、その辺は、地域医療構想は富山県はかなり遅れている。間違いなく遅れていると思う。それで甘んじていいのか、その辺は決めてもらいたい。

資料5の平均在院日数は急性期だけの平均在院日数か。

(事務局)

(一般病床の) 全て、急性期も回復期も含めて病院の全部の平均である。

(委員)

先程の地域医療構想で具体的にどこを減らすとかいうような話は、県はしませんということか。

(事務局)

少なくとも当高岡医療圏では、厚生連も高岡市民も既に病床の削減はいち早く始めておられて、県内の4医療圏の中で高岡はトップを切って色々な取組みが進んでいると理解している。既に行っているので、第7次から第8次に向けての病床数そのものについては、あまり変更はないということと理解している。

(委員)

新川や富山の圏域での調整会議では、もう少し詳細なデータが示されていて、皆さんに情報提供されているということがある。例えば各病床の稼働率も示されており、そういうところも参考に、先程先生方もおっしゃられていたように、病院の立ち位置だとかそういうものを見ていくというようなことをされていたので、他の圏域のことも参考にしつつ進められたらどうかと思った。

(事務局)

少し説明を省略させていただいたが、資料5の診療実績のところをご覧頂くと、病床の稼働率については、病院全体ということではあるが公立・公的病院の病床稼働率については載せさせていただいている。

(会長)

他に何かご質問ご意見は。今の話の一番の内容としては公的病院の今後ということになるが、せっかく各公的病院の代表者の方が来ておられるので、何かここに書いていないようなことでこういう事を考えているとか、ご意見はあるか。

(委員)

課題のところ結核を挙げているが、病床機能を再編する場合、非常に当病院では障害になっている。看護師の配置とか色々な事を考えたり、それから一病棟をどのように運営していくかということを考えると、かといって入院するのは1人か、ゼロの時もある。そのために病棟を回転させられない、減少させられないとか、組み直すのが、もう既に当院は75床病床を削減し稼働率を上げるようにしたが、その時も結核病床をなんとかしたいと本当に思っていた。そうすると病院も非常に良いふうに改修ができる。しかしそれがあがためにできないというところがある。逆に本当の事を言えば結核、いらないと思っている。はっきり言って。とにかく止めさせていただきたい。そうすればまだ地域医療構想にピッタリ合うような病院作りをしてみせるので、お願いしたい。

(委員)

この10月から一つの大きな目標として(DPCの)特定病院を目指すということで、前回わずかに診療密度が駄目で落ちたが、特に平均在院日数を10月からさらに短縮したので、急性期病棟がおそらく1.5日ぐらいまた短縮したと思うが、当然そうすると稼働率が落ちてくるわけで、将来的には一年間を見据えて、稼働率を見ながら病棟を再編するか、若しく

は急性期の病床を縮小という方向も考えている。人口が減少しているのは間違いないので、これは他の公的病院がどうかはわからないが、そういう方向に将来的には、近いうちにはいかざるを得ないのではないかと。ただ、そのときの条件としては、速やかに後方支援病院で受け取っていただくのが大事かなと思っている。

(委員)

JCHOというのは地域医療機能推進機構の略で、当病院はまさに急性期の病院というよりも地域包括ケアを中心にやっという方針で今考えている。ただし地域包括ケアのシステムの中で最低限は、急性の病気になったときに全て高度急性期の病院に送るわけにはいけないので、最低限の急性期の病床は必要になってくる。そのため、ある程度の急性期の病床プラス地域包括病棟という形は取らざるを得ないのだろうと、システムを構築するために。そういう意味合いで、人数的にどうかということはまだわからないがそういう方向で考えているということだけは言っておきたい。

(地域医療構想アドバイザー)

今日初めて高岡地域の調整会議に出させていただいて、公立・公的病院の方々の取り組みについては、非常によく理解できて、この医療計画の趣旨を十分理解されていることもわかった。ちょっとほっとしている。結局は人口減少と高齢化と、色々なファクターがこの後待ち構えていると。それに対して、医療体制をどうそれぞれが構築して、勝手にやるととんでもない齟齬が起きかねないと。そのための調整会議であるということも十分理解されているので、ちょっとほっとしている。民間病院については、公的病院の動きを見ながら、自分たちの立ち位置をしっかりと見据えて自ら運営していくと。元々この話の最初には、民間病院には強制しないということがあった。それから日本医師会はこの構想が出てからしばらくして、これはベッドを減らす話ではないぞと、地域の状況に見合った体制をどう構築するかということを考える施策だ、ということも厚労省に申し入れている。決してベッドを減らすのが大前提ではないと。その地域の事情に見合ったものに変えていくのだと、そのことを皆さんご理解してくださいというのが日本医師会の立ち位置だということも聞いている。従って、今日の調整会議の内容を聞かせていただく限りは、うまくなっているなど。高岡医療圏はリハビリ専門病院がないという点も、それぞれの病院がそれぞれの役割を立ち位置を考えていけば、自ずと答えが出てくるのではないかと思う。調整会議をしっかりとやって、それぞれが意見をぶつけ合ってやっしていけば、2025年、30年という、ちょっと想像するだけで恐ろしいような状況が待ち構えているので、何とか皆でスクラムを組んで乗り越えられればと、地域の医療崩壊が起きないようにと医師会も願っている。