

平成 29 年度第 3 回新川地域医療推進対策協議会、新川地域医療構想調整会議
および第 2 回 新川地域 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 29 年 12 月 18 日（月）19:00～20:35

開催場所 黒部市民会館 101 会議室

議事要旨

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

【質疑応答】

- 1 新川医療圏地域医療計画の改定について

（委員）

新川の地域医療計画の 325 ページ「がん」について、他の医療圏への流出は少ないとあるが、治療現場での実感としては、がんの地域内完結は決して高くないと感じている。新川は他の疾病は地域内完結が私の記憶では 95%以上と高いが、がんは落ちてきているように思う。新川には実力のあ
る医師がちゃんといるのに、そのことが地域住民に十分認識してもらっていないのではないか。

また、327 ページの脳卒中について、これは他の会議の際にも発言させてもらったが、会議の委員に脳外科の専門医が入っていない。

（事務局）

入っていただいているが。

（委員）

実際に脳外科の治療、GPA の治療をしている先生が入っていないと急性期の議論をするには少し体制が弱いのではないかと思う。

次に、336 ページの「在宅医療」であるが、新川では療養病床の利用日数が多いという話がよく出る。所長さんは前に砺波に居られてよくご存知のため、よく砺波との比較を紹介されるが、砺波は開業医が多いという違いがある。新川の倍ぐらいではないか。この医師の人的パワーがとても大きい。新川地域では療養病床をもっている病院の先生方にある程度お願いするという現状は仕方がないのではないかと感じている。

（事務局）

まず、がんの流出率についてであるが、医療計画では胃がん、肺がん、大腸がん、肝臓がん、乳がんの 5 大がんについて検討することとなっている。これらのがんについては、様々な医療データを見ても大体 8 割以上、9 割近くはカバーできているということで医療計画にその旨を記載したものである。

次に、新川圏域地域リハビリテーション連絡協議会に脳外科医の見解等が反映されていないのではないかとのご指摘について、この協議会には急性期の病院のスタッフの方には参画していただいているが、今後、脳外科医の先生方の意見が反映されるものとなるよう検討していきたいと考えている。

在宅医療の砺波との違いということで、砺波では診療所の医師が多いのではないかとのご指摘があった。これは前回の会議でも資料を示したが、在宅医療地域別データ集によると、往診、訪問診療については砺波と遜色はなく、むしろ新川のほうが実施件数は高いかもしれない。特に南砺あたりは、金沢や富山などから通っている先生が多く、夜間はそこには住んでいない。むしろ診療所は新川のほうが充実している。砺波との一番の違いは訪問看護だと思っている。特に24時間対応の訪問看護は砺波と新川の決定的な違いではないか。もう一つは、新川は療養病床への依存度が極めて高い。砺波と新川は人口規模も人口構成も似通っており、療養病床の数もほぼ同じ。ところが療養病床の平均在院日数が砺波より120日ほど長い。500日、600日という平均在院日数の療養病床も多くある。ここが砺波との違いだと思う。来年度から介護医療院という医療と生活機能を兼ね備えた新たな制度が始まる。療養病床も本当に病院のベッドでなければいけないのか、介護医療院への転換という形もあるのではないかと考えている。今、施設基準のパブコメも行なわれているが、介護報酬なども明確に出てくれば県としても支援策を打ち出すことになると思し、介護医療院へ転換するところも出てくるのではないかと考えている。

もう一つ、在宅で、住み慣れた自宅で対応できる部分があれば、やはりそこで対応するという。このための入退院支援と往診訪問診療、訪問看護の療養支援と、あとはいざという時のバックアップ体制をしっかりと整備していければよいのではないかと考える。これも砺波との違いになるが、砺波管内の公的4病院は、在宅医療のバックアップとしての地域包括ケア病棟を全て持っている。新川管内ではまだ坂東病院だけだが、これから重要になってくるのは、急性期の病院であっても在宅を意識した入退院支援と在宅のバックアップをしっかりと行なうということ。6月の会議であさひ総合病院が地域包括ケア病棟を整備するとの発言もいただいた。このような在宅のバックアップ体制の進捗に大いに期待しているところである。

(委員)

335ページの「災害医療」に関してであるが、BCP(業務継続計画)が未作成となっている病院があるとのことである。熊本地震の際に熊本中央病院がこれを作成してなくて、病院患者を福岡などへ移送した。これはやはり早急に対応すべきではないか。

(事務局)

ご指摘のとおりだと思う。年明けに災害関連の会議を開催し、未策定の病院に対してはこの策定を強く働きかけたいと思っている。

2 現状分析と主な施策・目標について

(委員)

周産期医療、小児医療の死亡率の目標について、いずれも「低下」となっているが、他の分野では「全国平均以下」などの記載がある。この違いは。

(事務局)

まず、小児医療については既に全国平均を下回っているという現状があるので目標は「低下」と表示した。

周産期医療については、実はこの数値は年によって非常にぶれる数値であり、全国より下回ったり上回ったり年によって変動が大きい。このため、目標を全国平均以下とするよりは、さらなる低下を目指すとするほうがふさわしいと判断したものである。

(委員)

小児医療について、小児の在宅医療の必要数の記載がない。また、訪問看護ステーションについて、これは訪問看護ステーションだけで対応するのではなく、やはり対応するのは医師であるが、小児の在宅医療に対応する医師の数、必要とする数についても記載がないが。

(事務局)

小児医療の必要な医師数については、現在、医師数全体としての整備目標の検討が進められているところであり、個々に何人とは今は言いにくい。全体の整備目標が定まった段階で小児科医の医師数などについて検討していきたい。

小児の在宅医療については、それを担う人材の育成の支援ということで施策の方向を掲げて人材の育成を図っていきたい。

3 地域医療構想の推進及び医療と介護の体制整備について

(委員)

介護保険者の立場から、保険給付と費用の負担のあり方についてお尋ねしたい。今回、医療の療養病床からの移行分が介護保険として純増になると考えており、37年度分までの移行分にかかる介護保険の給付分はかなり大きなものとなる。これをそのまま介護保険事業に反映することとすれば、被保険者の費用負担、65歳以上の1号被保険者の費用負担に直結することとなり、公費負担、市町村の負担にも当然反映することとなる。一方、この移行の反面として、医療給付では国保、後期高齢者の医療保険では医療給付、市町村負担、被保険者の費用負担が軽くなるものと考えている。このような移行の部分がいくらほどでどうなるのかが現状では見えていない中で移行の議論がなされているが、そういった部分がいつどのような形でみえてくるのかお尋ねしたい。

(事務局)

まず、介護病床から介護医療院へ転換する分については、現在既に介護報酬、介護保険料で対応しているので、新たに介護保険料に影響を及ぼすものではない。一方、医療保険の医療報酬で対応している医療療養病床から介護医療院に移行する場合は、その分が介護保険では純増となる。

資料3-3はあくまで移行の見込みを試算したものであるが、実際には、療養病床を有する医療機関は、その医療機関として介護報酬、施設基準などを見極めてどれに移行するかを自身で検討し、医療機関として選択をされるものと考えている。

資料3-3の見込み量は、国が地域医療構想の中で在宅医療の必要量を定めるときに、病床の機能分化、連携として全国一定のルールに基づいて移行するとして試算し、外来で対応する分などを除いた追加的需要として示されたものである。

医療保険を介護保険にするというのは国としての全国的な施策。介護保険の負担増加の懸念はご指摘のとおりであるが、医療機関によっては、逆に介護病床から医療病床へ転換した例も、過去、500床か600床ほどあったと記憶している。このように介護保険から医療保険への逆の流れもある。国もこの介護保険の負担純増は十分認識しており、今後の国の対応策を注視していきたい。

(委員)

救急医療関係についてであるが、下新川と魚津に地域急患センターが設けられたが、それと相前後して入善町では在宅当番医制がなくなった。入善の患者さんで魚津まで来ている患者さんもいるが、この点について入善の町民の皆さんの意見などはどうか。

(委員)

休日当番医制がなくなったため困っているといった声は、町民の皆さんから直接的には聞いていない。

(委員)

多少性格は異なるかもしれないが、救急医療のところには休日当番医制度が動いているということに記載されていてもよいと思う。私自身としては町民の方からの不満の声は聞いている。

(事務局)

いまのご指摘への回答になるのかどうかは判らないが、医療計画本体には、一次救急、二次救急、三次救急としてそれぞれ記載があり、新川医療圏の部分では下新川の一次急患センター、在宅当番医制の記載はある。医療計画本体はかなり大部であり、まだ未完成でこの場ではお示しできていない。

(事務局)

新川地域医療計画の334ページの救急医療の部分にも、下新川急患センター、魚津市急患センターの運営及び在宅当番医制の運用を通じ初期救急医療体制の維持との記載をしている。

(委員)

資料3-3であるが、介護療養病床と医療療養病床とを今後どのように展開していくかということが、現在、療養病院では大問題となっている。来年の医療報酬の改定の詳細が決まると同時に大きく変わるのではないかと考えている。ここでお尋ねしたいのは、介護療養から、あるいは医療の25対1から介護医療院に転換した後、その後、施設基準が医療療養の基準を満たすこととなった場合、介護医療院から医療療養に戻ることはできるのかお聞きしたい。

(事務局)

その点が医療機関の皆様にとって大変気になる点だと思う。例えば慢性期機能の病床が介護医療院に転換した後、数的には過剰となっていることになるかもしれないが、その再度の転換がこの新川地域で必要かどうかをこのような会議の場で是非議論して欲しい。

医療機関では、現在、施設基準や介護報酬を見ながら転換の是非を検討されているところだと思

うが、転換されたあと、基本的には、法的には、慢性期機能の病床は過剰とされているので再度の転換はかなり困難。ただ、地域でその療養病床が、慢性期機能の病床が地域のニーズとして、また、医療も刻々と変化しているなかで、本当に必要か、その時に議論させていただきたいと考えている。

(委員)

もう一点お尋ねしたい。資料3-3の1ページ目に「このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事はその役割を適切に発揮できるよう、権限のあり方について検討を進める」とあるが、これをもう少し詳しく説明してほしい。

(事務局)

これは国の閣議決定、骨太の方針のものであるが、すでに法律上はこのように定められている。各医療圏で医療機能ごとに過剰な病床について、仮に増床や開設の要望があれば、この調整会議や県の医療審議会において、本当にその医療機能がその医療圏で必要かどうかを議論して検討するということとなっている。

(委員)

在宅医療の追加需要が640とこれまで示されてきた。この資料3-3の519という数字は640から外来の121を除いた数字ということか。この外来には居宅も含めているのか。

(事務局)

資料3-3の2のスライドで、上の矢印分であるが、病床の機能分化、連携に伴い介護施設、在宅医療で生じる新たなサービス必要量として、全国で約30万人、新川として640人見込まれると説明した。この640の内訳としては、まず一般病床を退院されて自宅から通院する方へ移る分、他が療養病床から在宅医療等へ移る分、この在宅医療等の等の中には施設系のサービス、介護保険、居宅、訪問診療、訪問看護などが含まれるがこれらを合わせた数字。先ほどの121人という数字は、一般病床を退院して自宅から通院する人121人ということ、これを640から差し引いて519という数字となっている。