

# 富山県医療審議会及び同地域医療構想部会並びに富山県医療対策協議会 議事要旨

開催日時	令和3年3月29日(月) 13:00～14:00				
開催場所	富山県民会館401号室				
出席者	医療審議会委員	23名中	出席19名	代理0名	欠席4名
	同地域医療構想部会委員	20名中	出席19名	代理0名	欠席1名
	医療対策協議会委員	24名中	出席23名	代理0名	欠席1名
	(うち審議会・対策協議会重複)	15名	15名	0名	0名)

## 議事要旨

### 1 開会

### 2 挨拶(厚生部長)

### 3 議題

#### 1. 富山県医療計画(2018年(平成30年)3月策定)の中間見直しについて

【資料1-1～2、参考資料1に基づき事務局から内容を説明した後、質疑応答】

(委員) 5疾病の精神疾患について、精神疾患では回復期というカテゴリーがなかなか難しく、病床機能においても回復期というカテゴリーはないが、これは習慣なので、最初に策定されたときにもあったカテゴリーだとしたら私の不勉強だが、この回復期、そして慢性期の患者層というのはどういったものを指しているのか、教えていただきたい。

(事務局) 実態とは離れているかもしれないが、第7次医療計画を策定したときに、精神病床における回復期について、「3カ月以上1年未満の入院の需要」というものを捉えて回復期としている。

(委員) では、慢性期は1年以上か。

(事務局) はい。そういったことについても、今回のワーキングでご意見をいただいたり、ご議論いただければと思う。

(委員) これからですね。その方々が回復期と言えるかどうかというのはある。

(事務局) はい。

#### 2. 届出による診療所への病床の設置について

【資料2-1～3、参考資料2に基づき事務局から内容を説明した後、質疑応答】

(意見・質問なし)

審議の結果、届出による診療所への病床の設置について、異議のない旨の答申とすることに決定した。

#### 3. 地域医療構想について

【資料3-1～5、参考資料3-1～6に基づき事務局から内容を説明した後、質疑応答】

(委員) 資料3-1で具体的対応方針の再検証の結果が今回示されている。これを見ると、昨年2月に県から出された再検証依頼の中にある別記1の5病院、それから別記2の16病院、それから民間病院についても、変更「有」が増えている。

それから、介護医療院への転換も遅れているように見えるが、一方、その中身を詳細に見ると、やはりやや困難があるように見える。再検証後の機能ごとの病床数を足し合わせた県全体の状況は、当初の地域医療構想の実現には、まだ少し遠い数字になっていると思っている。

コロナ禍ではあるが、この地域医療構想の背景にあるのは、高齢化、現役世代の人口の減少によって、今後、急性期のニーズが減少すること、それから、回復期や在宅のニーズが拡大するのは明らかなので、そういう意味ではこの調整会議というのは非常に重要な会議であるので、コロナ禍ではあるが、ぜひ感染対策を十分にしておいて対面で開催いただきたい。一部はリモート、例えばハイブリッド型でも結構なので、やはり対面での会議体を再開いただいた方がいいと思う。

将来の医療ニーズに照らし合わせて、機能分化、連携は本当にこれでいいのかという議論もぜひ進めていただいて、また、結果としてこれが医療体制の整備につながって、当面のコロナ対応にもつながると思っている。

(委員) まず、この地域医療構想は、その地域で関わっている病院がそれぞれ自主的に相談して、それで進めていくものであるという考え方であると思っている。しかし、先ほどもあったように、この会議で十分な時間を取って議論するということが実際できない。したがって、今、2025年の計画と比較したときに、2300床とかそういった病床数の差が生じているわけだが、それに至るまでに4年しかないということを考えたときに、やはり具体的にもっと検討の場をつくっていただく必要があると思っている。先ほど医療計画ではワーキンググループをされるということだったので、地域医療構想についてもワーキンググループをしっかりと作っていただいて、具体的な検討を当事者たちが議論できる場を作っていただきたいと思っている。特に、急性期、高度急性期については相当数減らさなければならないということ、それと慢性期も減らすことになるが、高度急性期と急性期の議論と、慢性期の議論は違うかもしれないので、分けてもいいとは思いますが、いずれにしても自然に何とかなるだろうという考え方をやめて、ぜひ議論の場をしっかりとつくっていただきたいというのが、県に対するお願いだ。

(会長) 県の方は、病床数を検討する対面での会議を考えているか。

(事務局) まだ対面で開催に踏み切るというところまでは決断できていない。やはりコロナの状況を十分見極めた上で、書面でのご意見や、只今の会議でのご意見も踏まえ、可能であれば対面の話し合いを再開させたいと考えている。

(事務局) 補足だが、当面の新型コロナウイルス対策に係る医療の体制構築の取組みと、この中長期の地域医療構想の取組みと、ダブルトラックになっており、既に先週、第4波に備えたコロナ対策の構築ということで通知も来ているので、当面、そちらの調整を進めたいと考えている。そうした新型コロナウイルス対策への取組みというものが、これまで少し地域医療構想の議論の中で不足していたのではないかという問題意識を持っているので、それらへの対応、感染症への対応を踏まえた中で進めていく必要がある。新型コロナウイルスへの対策の状況を見ながら、対面での議論の体制についても検討していきたい。

(会長) 対面でやりとりしないと、いろいろなファクター、いろいろな立場の方がおいでなので、地域医療構想調整会議においてもなかなか議論が進まない。そこへ持ってきてコロナ感染症の第4波が来ているのではないかという意見もあるぐらい、まだまだ終息という方向に向かっていないので、これを両立させるというのは、2025年までにこの計画を成就させるということは物理的に、時間的に無理ではないかという思いは、今、皆さんお持ちだろうと思う。しかし、人口が減ることは間違いないので、2025年と今、年限を区切ってものを進めるよりは、とりあえずはコロナ対策に目いっぱい対応した上で、コロナが終息する方向を見定めた上で、改めて議論を進めざるを得ないのではないか。変異型ウイルスがこれだけ出ていると、いずれ第4波、第5波が今年中には来るだろうと、多くの専門家が予測している。そういう思いからすると、やはり今あと4年しかないか

らといって地域医療構想を、あと4年できっちりこの数字に合わせろということは、ちょっとむちゃくちゃな話ではないかなというのが私の感想だ。ぜひ県においても、しっかりコロナ対策を見極めた上で、この政策を進めていていただければと思う。

(委員) 急性期や慢性期は多いが回復期は少ないということだが、急性期の場合は急性期の方が自然に回復期の病院に行くと思う。私はあまりにも高度急性期の数が違うことに驚いている。県立中央病院が640とあるが黒部市民病院は8。その中で、厚生連はだいぶ増やしたが、増やしたといっても富山医療圏に比べたら微々たるもので、ぜひ富山県はやはり3次救急を持つ厚生連が中心にならなければ駄目だと思うので、高度急性期をぜひやるのだと厚生連も表明している。県にお聞きしたいのは、あまりにも高度急性期が違い過ぎるのは、何かあるのか。税制や指導など何か考えはあるか。

(会長) 県の方から直接指導ということはなく、これは調整会議で行う、各地域で検討していただくということになっているので、おそらく、県からこうしなさい、ああしなさい、という直接の指導は、このシステムからいくとないはずだ。

(事務局) おっしゃるとおり。

(会長) 強制力をもってやるということは書いていない。

(委員) 元々これは、それぞれの病院が高度急性期だとか、回復期だとか、慢性期だとかと報告しているもので、意気込みの場合もあれば、診療報酬に基づくデータの場合もある。それから、一つの病棟を見た場合に病棟全体で60%ぐらい急性期だとすると、その病棟の全ての病床が急性期に数えられる。富山県はうまくいっているかもしれないが、わかりやすいデータの出し方を考えていただきたい。

(会長) これは申告を足し算しただけですよ。中身について詳しく精査して足したわけではないですよ。

(事務局) はい。今の資料3-1は、あくまでも皆さんの自己申告に基づいて出した数字である。毎年調査している病床機能報告についても、それぞれの病院において、この病棟は主にもどの機能を担っている病棟かということで、例えば100%が高度急性期ではなくても、最も多い機能に基づき申告されているので、この数字が全く現状と一致しているかということ、少しずれがあるということになっている。委員がおっしゃったように、診療報酬ベースで考えたりとか、もっと違う方法で病床を把握するといったようなことが必要ではないかというご意見も、調整会議の書面開催の方でもいただいております、また今後、そういうことも検討したい。

(会長) 国は基本的には、今の足し算のやり方でいいと言っている。全国で同じ基準でデータを吸い上げているわけで、100床のうち60床以上が急性期であれば、その100床が全部急性期という足し算で動いている、全国的にそういう統計の取り方をしているということで、実際の現場の話とはちょっとずれがあるかという思いはいつもする。この方法でとりあえず統計を出していくしかないが、本当に国が言った目標の数字にみんな右にならえにできるのかどうかというのは疑問ということになる。

(委員) この地域医療構想は、国の責任ではなく、都道府県の責任であるというふうに理解している。最後、地域医療構想のこの数に必ず合わせなければならないということは恐らくないと思っているが、どうしてもそういう形に近づけるのであれば、それは知事の権限でされるということになると思う。しかし、そうではなく、実際に当事者である各病院が相談して着地点を決めるのが一番ベストであると思っているので、先ほどそのように発言をさせていただいた。

(会長) なかなか着地点を見つける会議そのものが開催されていないので難しい。あと4年のうちに国の言った数字に本当に合わせられるか、かなり急がないと、しっかりやらないと、会議もしないでできるのかという思いはどうしてもある。

#### 4. 令和3年度富山県地域医療介護総合確保基金事業計画案について

【資料4に基づき事務局から内容を説明した後、質疑応答】

- (委員) 県の方から特別枠として奨学金を貸与して、富山大学で10名、金沢大学で2名、医師を養成しているとの資料にある。始まってから10年近くになるが、これらの学生が富山県にちゃんと勤務しているのかということについての確認は、県の方はされているのか教えていただきたい。
- (事務局) 資料5-1「富山県の医師養成に関する制度について」の3番「特別枠医師（臨床研修終了後）の勤務状況」に毎年の勤務の状況を整理しており、令和3年度からは、その診療科ごとに39名の医師が県で勤務することになっている。県の方ではフォローして確認して整理している。
- (会長) これは貸与した数と一致しているのか。
- (事務局) 貸与しても、残念ながら条件を満たさずに離脱する方もいるが、基本的に、そういう方を除いては一致している。
- (会長) 途中で一括して貸与を返還してしまうと。
- (事務局) はい。そういう方も残念ながらいらっしゃる。
- (会長) そうすると多くの方はお勤めだということか。
- (事務局) そのとおり。

## 5. 医師確保対策について

【資料資料5-1～4に基づき事務局から内容を説明した後、質疑応答】

- (委員) 医師の時間外労働について、いわゆるD水準、C水準の申請の仕方をお聞きしたい。これは病院でD水準、C水準を申請するのか、例えば研修医の人はC水準、外科と麻酔科はすごく時間外労働が多いのでD水準にするけれども、耳鼻科とか眼科の先生は少ないので普通のAなので申請しないとか、要するに科別で医師の種類ごとに申請するのか。別のポンチ絵を見ると何か医師の種類ごとで申請するような形に見えるところもあるので、教えていただきたい。
- (事務局) 詳細はまだだが、基本的に病院単位ではなく、病院においても、今おっしゃったように診療科なり勤務内容によって違うので、その診療科なり、超過せざるを得ない方を対象に認めるという形になる。
- (委員) 個人ということはないか。科別ぐらいの感じか。
- (事務局) そうなると思う。決まったらご案内したい。
- (会長) 科によって差が出るかもしれないが、病院全体というのはちょっと枠をかけすぎという気もする。
- (委員) 資料5-2の「とやま地域医療連携ネットワーク推進事業」に関して、今、富山大学の方で一元管理、一元派遣が進んでいる。病院の機能の確保というのは、定年延長等も含め確保できてきているのだが、医師が一番大変なのは、高齢化に伴って当直をすることだと。そうすると、この働き方改革のインターバル等をクリアするのは今後難しいのではないかという状況になってきている。医師の数はいても、非常にこの10年間で高齢化が進んでいる。当直を外れる医師が多い。
- そういう中で一つ出た意見として、大学院生であるとか、夜は働けるけれども日中は他の仕事をしているような人を、当直のバイトに雇えないかということで、従来は一本釣りのような形で依頼したりしていたが、最近はギグエコノミーであるとかギグワーカーという形で、欧米などでは医師もギグワーキングがかなり進んでいるそう。この事業内容の一つとして、当直の希望をする医師、常勤医ではない医師の希望とそのマッチングを図って当直医師を確保するという視点を、事業内容の一つに加えていただければと思います。

(事務局) 当直医の不足について、ご意見は伺っている。寄附講座の中の診察科の方でそういった配分までできるかというのは分からないが、検討させていただきたい。当直医については、またもう少し幅広く検討させていただきたい。

(委員) 資料 5-1 の 3 番、特別枠医師の勤務状況について、個人的な意見として、診療科として果たしてこれが適切なのかどうかということを見直す時期に来ているのではないかと。例えば、麻酔科のことを悪く言うつもりは一切ないが、麻酔科は右肩上がりに 1、4、7、11、14 と増えてきて、現在、10 のうち 3~4 人が麻酔科だ。これは世の中の動きを反映しており、麻酔科は 8 時半から始まって 5 時には終わる。入院患者もいないので、夜中も呼ばれないということで、もちろん麻酔科の先生は非常に大事な仕事をしておられるが、これだけたくさんの数の特別枠の方々が麻酔科を選ばれるということで、果たしてこれが特別枠の本来の意図とうまくマッチしているのかどうか、バランスとしていかなものかということ。

私の個人的な意見を申し上げると、もちろん麻酔科には希望の方が進んでいただければいいと思うが、恐らく今後 5 年後、10 年後、あるいは 15 年後を考えると、そのとき富山県に必要になってくるのは、例えば朝日町ですとか上市町とか南砺市などで、地域のお年寄りの例えば心臓病あるいは糖尿病、あるいは高血圧といったものを診る内科医ではないかというふうに考える。

それから、リハビリの動向も含め、あるいは全国的なこともあるが、富山県では現在、内科医を選ぶ方々が年間 17 人とか 20 人で、今回、年間 40 人ぐらいこの先必要であるという明らかな統計上の数字が出ている。もちろん、私は麻酔科が悪いと言うつもりは全くないが、結構、麻酔科は満たされてきている。こういった方々が 9 年後に県内に定着なことを考えると、やはりこの中に内科を入れるのが、現在の医療の状況として、今後の医療の方向性を考えると妥当ではないかと思う。

特別枠の見直しがそろそろ必要ではないか、私だけではなくて同じように考えている方がたくさんいるということで、見直しできるかどうか簡単には分からないが、ただ、自治医科大学は選ぶ専門の科は指定できないので、自治医科大ではもちろん好きな科に行ってもらえることになるが、特別枠に関しては科の縛りが初めからある形で発足して運用されているので、少しこれは変える余地があるのではないかというのが私の考えだ。

(会長) 今後の検討課題ということで。

(委員) 医師の労働時間短縮に向けた勤改センターの取り組みというロードマップだが、「960 時間超に至った場合は、時短計画策定&取組を推奨」というふうになっているが、960 時間を超えた場合に、推奨といった形でよいのか。強制的にということはないのか。

(会長) 960 時間を超えると強制される、もしくはペナルティがあるのかないのか。

(事務局) 法律上定めた条文なので、それに加えるとかそういう形になる。

(会長) 罰則があるということか。

(事務局) そのとおり。

#### 4 閉会