

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	平成 31 年 3 月 14 日（木） 13:00～14:00			
開催場所	富山県民会館 401			
出席者	医療審議会委員	24 名中	出席 17 名	代理 2 名 欠席 5 名
	同地域医療構想部会専門委員	21 名中	出席 17 名	代理 3 名 欠席 1 名
	医療対策協議会委員	25 名中	出席 21 名	代理 2 名 欠席 2 名
	（うち審議会・対策協議会重複	16 名	13 名	1 名 2 名）

議事要旨

1 開会

2 挨拶（厚生部長）

3 議題

1. 地域医療構想の進捗状況について

【資料 1～3 に基づき事務局から内容を説明した後、質疑応答】

（委員） まず定量的な基準について、例えば今回の資料 2-1 の 4 ページについて説明があったが、この案では医療の活性化という意味からいうと、やや内部的に不十分ではないか。例えば資料 2-2 の 5 ページ、砺波医療圏だと非稼働病床は 4 床のみなので、果たしてこの基準だけで今後の調整会議の議論の中で活性化するかというのはやや疑問だ。できれば、地域医療構想の策定時の病床稼働率と実際の病床稼働率を比較することによって、どれだけ少ないか多いかというのが出てくるので、そういったものを基準としてもう一つ入れていただければ、より深い議論になるのではないかと思う。

もう一点、先に国の資料を見ると、本県では公立と公的病院の具体的な対応方針は平成 30 年の 12 月では 90%合意済みということで県からご報告されているかと思うが、この点については、昨年 11 月ごろに開催された調整会議においては、医療機関ごとの事業計画のページがあったが、これが合意済みということで表現されているかと思う。特に富山県は公的病院が多いので、やはり民間病院よりも影響が非常に大きいということもあるので、ぜひこの案をたたき台として、今後も一層深い議論をしていただければと思う。

（事務局） 定量的な基準については、今回示したものは一つの今年度の案であり、また次年度以降皆様のご意見を頂きながら定量的な基準を示してまいりたい。

（委員） 資料 2-1 の 4 ページの定量的な基準について、②の「平均在棟日数が 21 日を超える病床数」を指標という記載があるが、これは見方によっては急性期に該当しないような軽症の人という見方もできるし、逆に真の意味で重症で、急性期病棟から出るに出来ない人もいる。そういうことも考えに入れた上での数字なのか。こういう数字だけで物事を決めてしまうと、数字が一人歩きするような気がする。むしろ病名のようなものをしっかり把握できるようなシステムにした方がいいのではないかと思う。

（会長） 21 日というのは診療報酬上の点数の境目になっているようだが、確かに 21 日を過ぎても急性期の患者さんは実際おいでになるので、診療報酬上はそこを境にしてということで、こういうことは一概にいえないのではないか。

（事務局） 今回、高度急性期、急性期、回復期、慢性期と言いかたをするときの回復期をどう捉えるか、というところが主たる視点。他県では「奈良モデル」といわれているが、回復期の代わりに急性期よりもゆっくりめの急性期という捉え方で、回復期そのものの言い方を 2 通りに分けて、それぞれ申請しやすい形にして呼び名を変える方法を取っていると

ころもある。

今回の案は、回復期と呼ばれているものに何が含まれているかという定義の方を明確化しようという考えであり、例えば地域包括の急性期と呼ぶべき患者さんがいるのではないかというお話もあるが、ここに出ているところは回復期として病床機能報告をしていただけたらいいかと。あるいは、分布全体として平均在院日数が21日を超えている場合は、診療報酬で急性期を念頭に置いているところの病床の算定ができないということもあるので、そういったところはさすがに急性期と呼ぶよりも回復期と呼んだ方がいいのではないかという考え方で、4医療圏の皆さんに説明した。

そういった意味では、個別の患者さんを見ると、急性期で合併症もたくさんあって長い方などもいらっしゃると思うが、病床の機能としてはそういったところを念頭に置いた病棟の病床だという形で整理したらどうかという考え方。回復期あるいは急性期の定義で、それぞれ富山ローカルで何かルールを決めてもいいのだが、今回の時点ではこういうルールでどうかという形の提案になる。

(会長) 話を聞いていると、回復期の概念をこの基準で考えて報告してほしい、そうすると回復期の病床が数字上は増えるということか。

(事務局) 減るかもしれない。物差しをはっきりさせようということ。

(会長) 確かに、グループ床から急に移った方は、また増える話になるかもしれないと。国に対する報告の基準をこういう査定にしていいたいということ。

(事務局) もう1点お答えすると、厚生労働省に聞くと「地域の事情に応じて」と言う。したがって、どの病院でもわが病院は高度急性期だということも制度上可能になっていることは事実なので、そういった意味では医療法はあくまで一般病床と療養病床の二つしかないの、特に一般病床として届けられているものについてどう表現するかという形については、「地域の事情」とだけ言われているので、ローカルルールをある程度決めて同意いただけたところをとらまえば、おおむね定義できるのではないかというコンセプトになっている。

(会長) 地域事情に合わせてということと、診療報酬上の点数がうんぬんということとは全く違うが、そうはいつでも施設基準その他があり、そこはクリアしていかななくては病院は成り立たないので、機能報告と実態との間に少しずれが生じてもいいということであれば構わないと思う。またご検討をお願いしたい。

2. へき地医療拠点病院の指定について

【資料4に基づき事務局から内容を説明した後、質疑応答】

(意見・質問なし)

3. 平成31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5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)

4. その他

【資料6～8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6の医師の時間外労働について。大学の医師というのは給料が低く、そのために週に1回、地域医療を守ろうということでアルバイトをしている。それが今回労働時間に入っており、一番困るのが産婦人科だ。産婦人科は、地域の医療機関の医師が非常にハードで、午後から勤務して当直し、次の日外来診療してから地域の医療に入る。それが大変な時間外労働になる。それをやると、インターバルをとるために次の日に大学に帰ってきたら休みにしなければならない。そうすると、従来の形で大学から地域医療の産婦人科医という多重労働をしていたのに、できなくなってしまう。

当然、大学病院の中での当直というのは、次の日は休みで、他のところを助けると次の日はなしとか、週に2日ぐらいしか来られないということになり、それではとても地

域医療への支援はできない。

申し上げたいことは、常勤医師の数もしくは非常勤でもいいが、ある程度地域の医師の数を増やしていただかないと対応できなくなる。そうしないと、地域でお産ができなくなるとか、小児を診られないという形で大きな問題が予想されるので、話題に出るような形で今後県全体で考えていただかないといけないような状況になってくるのではないか。

(会長) 少なくとも今の医療体制は、医師の過重労働、時間外労働を過重にしているということで成り立っていると。しかも、もっとたちが悪いのは、その大半がサービス残業であったという事実。したがって、国が働き方改革、特に医師の働き方改革について議論するといったときに、本当に時間外労働に対してちゃんと手を打つのかと。これは大変な問題だと思う。

東京のさる有名な病院に労働基準局が入って、2年間で12億円の追徴支払いをさせられたと。病院にはお金がないので、銀行から借金をしたと。今後この体制は続けられないので、その病院は土曜の救急も外来も日曜日もやめた。やめないと、医師の過重労働を避けることはできないという判断の下に行われた。

そのようなことのほとんどは、今まで国がそういう働き方を医師に強要して、日本の医療体制を構築してきたということで、この見直しをしていただこうと国がおっしゃっているので、根本的に見直しをしていかななくてはいけないのだが、富山医療圏についてはそれぞれ少し時間があるので、地域医療が崩壊しないような形で、ソフトランディングを図りながらやっていくしかないだろう。今も二次輪番体制その他が各医療圏で行われているが、それについても本当に維持できるのかできないのか、きちんと当事者が連絡を取り合って協議して、一つ一つ進めていかなければいけない。いきなり今おっしゃったようなことを実行すると、間違いなく地域医療は崩壊してしまう。富山の時間外の救急輪番体制は崩壊してしまうので、これは極力避けなければいけないだろうと思っている。

今のところ各医療圏でいろいろ検討されているはずで、医療者以外の多くの方に聞いていただこうと思って発言しているが、県民の皆さんが要求している医療に対する思い、期待は大きい、実は非常に脆弱で、医師の踏ん張りで持っているというところがある。今ここで、少し見直す時期が来たのかなと思っている。

救急車を呼ぶのがただなのは日本だけだ。アメリカで救急車を1回呼ぶと、5万円や10万円簡単に取られる。そんな簡単に救急車はアメリカでは回せない。日本だとただの風邪で救急車が呼ばれるので大変だ。救急隊の出動回数は年々増加している。もうそれも持たなくなってくるのではないかと心配している。

(委員) 今のご提案だが、誰にとっても大事なことなのだが、どのあたりを目安に実施されていく予定なのかをお伺いできれば。

(委員) 良案はない。ただ、今まで時間外労働は際限なくやっていたが、やはり自助努力は必要だ。今大学の方では、当直医に主治医が大体5時半ぐらいに申し送りをして、それで、患者さんの状態をまず当直医に連絡していただく体制を取っている。しかし、あまり時間は短くなっていない。

二次輪番制だと、輪番制で夜勤した次の日は12時まで出勤できない。それをどうするのかということ県全体で考えていかなければいけない。これは規則なので、当直ですと働いた次の日は最大限午前中しか働けないということなので、その診療体制をどうするのかということだ。

当然、医師は不足する。だからやはり、なるべく富山大学の卒業生なども富山県に残っていただくようにしないといけないし、病院の中で常勤医を増やさざるを得ないと思う。ただ、現状の保険制度の医療では、なかなか医師の数を増やすことができない。やはり医療費を充てていただくのか、もしくは何らかの措置をしていただかないと、救急体制が持たないのではないか。

- (会長) 大学にしても医師会にしても、救急輪番体制については常に崩壊しないように、皆で協議しながら、何とかソフトランディングを図れるようにということで。富山市医師会ももう動いている。高岡は11時までなので、それほど大きな問題はないのかと思う。高岡は話が進んでいるか。
- (委員) 今の話に関連して、富山市医師会は朝6時までずっと夜中を通して初期救急をしているが、これも開業医だけではなく、附属病院の先生方、富山大学や県立中央病院などの勤務医の先生方にもご協力いただいている。それがタイムインターバル9時間とか連続勤務28時間も適用されるとなると、勤務医の先生方はもう当直できないと思う。
- 開業医だけでいけるのかと言われると、開業医も小児科などでは既に平均年齢が当直医は65歳になっていて、内科も60歳を超えている。そうすると、平成24年に勤務間インターバル9時間であるとか、連続勤務も今は三十何時間していると思うが、その体制をずっと維持していくことはできないと思っている。
- 県の方でも、今日の参考資料1にも、初期救急を充実させて2次、3次の負担を軽減するようなことを毎回書かれているが、現実には初期救急もかなり限界に近づいているところはもう一度考え直す時期が来ていると思うので、またよろしくお願ひしたい。
- (会長) とにかく地域医療が崩壊しないように、せつかく先人たちが汗を流して築き上げた体制なので壊れないように、何とか働き方改革に見合った体制を再構築する必要があるというのは、皆さんのご意見だと思う。また、県の方にご理解いただひて、ご協力をお願ひしたい。

4 閉会