

第8回日立地域医療構想調整会議議事録

1 日 時 平成30年8月1日(水) 18:00~19:40

2 場 所 日立保健所 2階大会議室

3 出欠状況 委員 25名中

・出席委員 23名(代理出席3名含む)

(星野委員, 横倉委員, 間宮委員, 鈴木委員, 大高委員, 奥村委員, 近藤委員, 植草委員, 加藤委員, 矢ヶ崎委員代理, 瀧委員, 長南委員, 佐藤委員, 川島委員代理, 小齋委員, 中村委員, 石川委員, 木城委員, 小川委員代理, 大部委員, 豊田委員, 高信委員, 井澤委員)

・欠席委員 2名

(宇佐美委員, 前野委員)

関係者の出席 12名

事務局の出席 5名

出席者計 40名

(製薬会社等の傍聴者3名を含め43名)

4 議 長 横倉委員

議事録署名人 横倉委員 星野委員 加藤委員

5 議 題

- (1) 「地域医療構想調整会議の進め方について」 資料1 (情報提供)
- (2) 平成30年度日立地域医療構想調整会議の進め方について 資料2
- (3) 公的病院等2025プランについて(県北医療センター高萩協同病院) 資料3
- (4) 平成29年度病床機能報告結果について 資料4
- (5) 「平成30年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理」 資料5 (情報提供)
- (6) 「非稼働病床の有効活用に向けて」 資料6 (情報提供)
- (7) 非稼働病棟を有する医療機関の聞き取り調査結果について 資料7
- (8) 地域医療介護総合確保基金について 資料8 (情報提供)

6 議事の概要

議題(1)「地域医療構想調整会議の進め方について」は、資料1(情報提供)「地域医療構想調整会議における議論の進捗状況について(その5)」(厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」の中に設置された「地域医療構想に関するワーキング」の第13回資料1-1)(情報提供)により、以下の内容について説明を行った。

ページ16「地域医療構想調整会議において合意した具体的対応方針をとりまとめること」。具体的対応方針のとりまとめには、「①2025を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割」「②2025年に持つべき医療機能ごとの病床数」を含むこと。「公的病院, 公的医療機関以外のその他の医療機関のうち, 担うべき役割を大きく変更する病院などは, 今後の事業計画を策定し, 協議すること」。「それ以外の医療機関は,

遅くとも平成 30 年度末までに協議すること」。

また、「・病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関、・新たな病床を整備する予定の医療機関 ・開設者を変更する医療機関は、地域医療構想調整会議へ出席し必要な説明を行う」ことなどを説明。

ページ 2, 地域医療構想調整会議の運営については、「年間スケジュールを計画し、地域医療構想調整会議を実施すること」について説明。

ページ 8, 国がとりまとめた「地域医療構想調整会議における議論の状況」, 「非稼働病棟の病床数」(平成 30 年 3 月末時点) 集計グラフから、全国と比較して、茨城県は、非稼働病棟の病床数が多い状況。これについて、国は、調整会議において協議するようにとしていることを説明。

議題 (2) 「平成 30 年度日立地域医療構想調整会議の進め方について」は、[資料 2](#) 「平成 30 年度日立地域医療構想調整会議の進め方について」により以下の内容について説明を行った。

今年度、日立地域医療構想調整会議は、3 回の開催を予定。2 回目は、9 月～12 月。3 回目は、2 月頃開催とし、保健医療福祉協議会と同時開催を予定。

2 回目の開催は、公的病院以外の医療法人立の病院プランについて情報共有すること等を説明。

今年度、回復期、慢性期に係るワーキング会議を開催することについて(案)について、該当する医療機関、行政関係者等の少人数で開催したい旨を説明し、意見を求めた。

また、川下に関して[参考資料](#)として、先日、情報提供があり、入院患者の回復期リハビリテーション病棟等への転院に係る課題について紹介し、改善方策がないか各委員に意見を求めた。

会長から、昨年度の川上の議論、川下の問題等について発言後、情報提供について説明をいただいた。

ワーキング開催については、了解が得られた。

(3) 公的病院等 2025 プランについて(県北医療センター高萩協同病院)については、[資料 3-1](#) 「県北医療センター高萩協同病院」、[資料 3-2](#) 「県北医療センター高萩協同病院公的医療機関等 2025 プラン 平成 29 年 10 月策定」により、下記のような説明をいただいた。

前回の第 7 回報告からの変更点について、[資料 3-2](#) のページ 2, 平成 30 年 4 月より許可病床数は、急性期病床を 165 床から 144 床としたことで、220 床から 199 床へ。現床としたのは、加算をとっていない ICU を閉鎖し、スタッフは急性期病床に統合。医師は常勤 17 名(29 年度報告時は 14.5 名) 内科が充足。

ページ 7, 平成 30 年 4 月 1 日現在、病床稼働率 67.0%から 50%代、手術室稼働率 46.0% (900 件/年度) から 46.5%微増。紹介率 24.0・逆紹介率 12.0%は変化なし。麻酔科医は非常勤で 24 時間体制。人件費率は、65%が 73%まで上がった。急性期で手

術件数は変わっていないが、在院日数が減り、稼働率が下がっている。

ページ6, 具体的な2018年度計画は、「地域包括ケアシステムに寄与する」ということで、病床数を維持しながら、無床診療所からの直接入院、レスパイト、サブアキュートについて、少し踏み込んだ取組をする。手術の実施、回復期から療養型へ、地域包括ケア等、患者さんの状況にあった対応を検討して行く。

(4) 平成29年度病床機能報告結果については、資料4「平成29年度病床機能報告制度の集計から」により、ページ1, 平成29年7月1日時点の公的病院、公的医療機関等3病院に関して、医療機能、病床数について。変更点は注釈。

ページ2, 3は、医療機能ごとの平均在棟日数について説明を行った。4機能の平均在棟日数を自動計算。明らかな、高度急性期、回復期については、病院名を記載。

グラフは、高度急性期が65床、20日手前の在棟日数。急性期は、在棟日数のばらつきあり。ひとつの病棟で引き続き急性期から退院まで診ている医療機関もあるか。看護体制もさまざまで、15対1、13対1の医療機関もある。

回復期の申告は3病院。平均入院在棟日数には違いがあり。患者の病態像、入・退院先などに違いがあるのではないかと推測。病床機能報告だけではなく、医療機関から情報をいただきたいことをお伝えする。

慢性期は、病床利用率70%を超えており、平均在棟日数はかなり長短の開きがある。

(5) 「平成30年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理」については、資料5「平成30年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理」(情報提供)により説明を行った。

ページ3, 平成30年度の病床機能報告においては、「急性期医療を全く提供していない病棟について、高度急性期機能又は急性期機能と報告できない旨を医療機能を選択する際の定量的な判断基準として明確化する」「地方の状況等、項目に含まれていない場合は、内容を自由記載で報告できるように」配慮されている。

急性期と高度急性期を分けることの意味がないのではないかと、回復期まで含めて調整会議で検討を進めていければと思っている。

(6) 「非稼働病床の有効活用に向けて」については、資料6「非稼働病床の有効活用に向けて 茨城県平成30年6月」(情報提供)により説明を行った。

昨年の病床機能報告では、日立医療圏では359床が非稼働病床となっている。

県は、全医療圏で病床過剰であり、新規開設及び増床は原則不可としている。非稼働病床は、2,053床と、許可病床25,946床のうち約8%を占める。

本県では、非稼働病床を有効に活用することが必要。国の2つの制度についてページ2「公的病院等を含む複数の病院の再編統合を行う場合の特例措置」、ページ3「地域医療連携推進法人制度」について説明。

(7) 非稼働病棟を有する医療機関の聞き取り調査結果については、資料7「非稼働病棟を有する医療機関の聞き取り調査結果」により説明。

平成29年度の病床機能報告により、非稼働の病棟を報告した医療機関へ4～5月に個別に今後の見通し等を伺った。病院名は載せていない。非稼働の理由は、以前から言われているように、医療従事者の不足。回復期、施設への転換を考えていることが実際にわかった。時期は明らかではないが、具体的になれば、保健所、県に相談があると思っている。

(8) 地域医療介護基金総合確保基金については、資料8「茨城県医療介護総合確保基金」(情報提供)により説明。

主に医療従事者の確保等にかかる予算として使われていること等を説明。

説明については、質問等なし。

委員からの発言を受け、県医療政策課より、追加資料「平成30年度地域医療介護総合確保基金について(抜粋)」(平成30年2月9日平成29年度医療計画策定研修会厚生労働省医政局地域医療計画課)について説明。

追加資料のページ15～17に事業例を示している。国は特にページ16「病床の機能分化・連携のために必要な事業」に重点的に配分。

【質疑応答、意見交換の概要】

各議題の説明終了後、質問、意見、追加発言などをいただいた。

議題(1)「地域医療構想調整会議の進め方について」(情報提供)は、特に質問意見なし。

議題(2)の「平成30年度日立地域医療構想調整会議の進め方について」は、回復期、慢性期に係るワーキング会議の開催(案)について、回復期等の課題について説明があり、入院患者の回復期リハビリテーション病棟等への転院の現状について意見交換した。

○ 会長

回復期、慢性期のワーキング会議を開催しようという提案ですが、今まで、政策的医療、超急性期、急性期に関してのそれぞれの役割分担等、現状認識について共有すると言うこと、各公的病院等が、どういう方向で医療の提供を展開しようか、ということに一応の認識の共有はできたかと思う。

しかし、ここではっきりと、日立総合病院、高萩協同病院、北茨城市民病院にしても、まだ、こんなところが足りない、こうしたい等、何とかしたいという問題提起もございました。これについて、調整会議として今まで、調整会議として具体的な回答をしていないところである。

一応、調整会議そのものが、各圏内において医療提供体制を完結し、みんなでスクラムを組んでやっていくようにと言うのが国の方針。スクラムを組むといっても、各問題も生じてくるところで、今まで各病院、情報共有ができないで来た。これは、ひとつには、経営の問題がある。税金を使っている病院にしても、そうでない病院にしても、なかなか共有しにくい問題、それを乗り越えて、地域の人たちが、最後まで暮らせていけるような医療提供体制を作れ、というのが国の考え方。私たちも、ここで、数回の会議を通して共有してきた。

今年、川下の問題。最初から問題として出ていたところ。急性期医療提供が終わったから退院といっても行く所がない。しかも、皆で情報共有して解決策を検討するところまでは、会議で話合っていない。慢性期の医療提供をどうするか、これから大事になり、それから各医療機関がどうするのか。経営的にも成り立つようなチームワークができるのか。各医療機関の自主性を大事にしながらやっていくことになるだろう。

回復期、慢性期の問題について、H病院から問題提起をしていただきます。

○ H委員

本日の資料は地域連携室で作成した。一番困っているのは、リハビリ退院がなかなかできないということ。今までは、ほとんどT病院へお願いしていた。

どのような点が困っているのかと言いますと、救急の患者を受け入れたいが、満床のため身動きできない状況にある。

現在、主な急性期リハビリの転院先は3カ所、圏外-A病院、Z病院、圏外-B病院にいただいている。どこも満床状態で、空がなく、転院先の確保に困っている状況になっている。

すぐには(案)が出ないと思うが、皆さんの知恵を出していただいて、急性期治療が終わった患者の治療、回復期リハビリをどうするか、ベッドを含めたグローバルな視点で皆さんの意見を伺えたらと思う。

○ 会長

日立医療圏の場合、ひとつの医療機関が変更になると、すぐ影響が出てくる。特にマイナスの影響が出てくると言うタイトな状況にある。

この問題について具体的なディスカッションの前に、一般的な考え方と説明があった資料1、2を含めてご意見をいただきたい。

○ G委員

T病院が廃止になり、Tクリニックに変わり、リハビリ部門はA病院に移ったと伺っているが、A病院では、H病院の受け皿はできないのか。

○ A委員

TからA病院に移したそもその理由は、T病院でリハビリ系の医師の退職が続いたもので、維持するのが非常に危ない状態になったので、A病院に移した。

急性期の先生が主治医、併診の先生は補助するだけ、と言う体制で維持している。です。急性期の先生が主治医になるという体制が、外から患者を取る時に支障をきたしているのが現状。

○ 会長

A病院、T病院を含めて医療展開を考えると、やむを得なかった状況をお話いただいた。

現実には、日立医療圏で回復期医療、回復期リハの問題は、なんとか住み慣れた地域でやる、一定の長期的療養の展開になると思う。ワーキンググループでしっかりしたディスカッションをしたいと思う。

○ G委員

当院は、リハ専門医はいない。病院の特殊性として、慢性呼吸器疾患のリハビリについては、看護師が行っている。定期的に勉強会を開いている。診療報酬の請求はできない。リハスタッフは集まらない。地域で何とかしたいと思っている。

○ H委員

A病院にはリハビリ専門医はいない。A病院のリハビリスタッフは、院内の入院患者さんの対応である。外部の患者さんをA病院に連れて来てやるのは無理である。他にリハビリ対応ができる病院は、圏外 - A病院、圏外 - B病院である。

日立市内の市民が、回復期リハビリのために市外に行かなくてはならない現状。ベッドが空いている病院があれば、どうにかしてリハビリ医師の確保と PT, OT スタッフを確保していただき、対応していただきたい。

私ども急性期の医療機関は、24 時間体制で受け入れている。患者の転院先がなく、満床では、次の受け入れができない。満床でなければ、ほぼ全て受け入れている。お断りしなければならない状況になっている。A病院も同様に、ストレスになっていると思う。転院先の病院をこの区域で何とか考えていただきたい。患者さんも他の市までいなくてよくなる。

○ 会長

今まで、周産期医療の問題等、足りない医療について問題提起して何とか、動いているのですが。

回復期リハの方で、高齢社会になって脳血管障害が非常に増えているので、回復期リハが非常に大事だということになってきている。うまくそれが提供できないことによって、急性期の病院が、困る。病院が困っているだけでなく、患者さんが困っている。

これは、わたしたちの検討課題ですので、回復期リハビリの問題等、ワーキングを立ち上げて検討して行きたいがよろしいか。

各委員 【異議なし】 会長 【開催でよろしくお願ひします。】

○ 会長

その他にも、先ほどの説明にあったが、国は、医療構想調整会議の進め方で、各医療圏で各医療機関の内容を、しっかりお互い把握しましょう、そしてもっとフランクにお互いの足りているもの足りていないものをディスカッションし、いい提供体制をつくりなさいと言っている。

具体的に資料文章（ページ16）でもう一度確認しますと、「都道府県は、個別の医療機関ごとに（病棟ごと）、以下の内容を提示すること」「①医療機能や診療状況」「②地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金等の活用状況」も共有しなさい。「③公立病院、公的病院等については、病床稼働率、紹介・逆紹介率等々・・・」非常に細かな指標、情報を共有できるように提供しなさいと言っている。

経営の自立性の問題もあるが、状況としては、経営指標までは触れていない、私たちがそこまで共有する必要はないと思う。「医療提供の状況に関して共有してください」「積極的にやってください」と国が言っている。この調整会議で、県がデータを出し、それに私たちが協力する。そう言う形で、「それぞれの医療機関の許容できるデータをみんなで共有する」ということについて、みなさん賛同されるか否か。ご意見を伺いたい。経営の状態には踏み込まないということ、賛同いただけるか。経営状況には踏み込まない形で、医療提供の状況だけ共有していこうということによろしいか。

各委員 【異議なし】 会長 【ありがとうございます。】

○ 会長

それでは、医療機関の医療提供状況を共有して行きたいと思う。

他にもうひとつ、インターネットを見ますと他の医療圏は、かなり突っ込んだ公表をしています。病院名まで上げて、議事録も個人名まで上げているところもある。基本的には、地域医療構想調整会議は、公表して行くべきもの。住民と情報共有しながら進めて行くものだと思う。

各委員 【異議なし】 会長 【ご了承を得たということで、ありがとうございます。】

議題の（3）の「公的病院等2025プランについて」の「県北医療センター高萩協同病院」の説明について質問があった。

○ 会長

医師の数が増えているということですが。これは何か、サテライト的な・・・。

○ B委員

水戸協同病院の筑波大学附属病院水戸地域医療教育センターから内科の医師を常勤2名派遣いただき充足している。初診の患者数は、8~10人から17~18人に、入院にはまだ結びついていない。

私を含め、水戸からの応援でなっている。高萩地域医療教育サテライトステーションとしている。

○ G委員

厚生連立病院の県内での人事交流はないと聞いていたが、しくみが変わったのか。

○ B委員

厚生連立病院間の人事的交流が深まり、応援し合うとこととしている。6病院ある。水戸グループと土浦グループの2グループとしている。水戸協同病院の糖尿病専門医が西南医療センターへ、同じく内科医師を高萩協同病院へ、高萩協同病院の産婦人科医師が水戸協同病院の外来を補う。もうひとつ、土浦協同や取手協同がなめかた総合病院へ支援するなどしている。

ルールが変わったわけではなく、病院長同士の話し合い、コミュニケーションが良くなり、人的交流で足りないところを補っている。

議題の(4)平成29年度病床機能報告結果、議題(5)「平成30年度病床機能報告の見直しに向けた議論の整理」(情報提供)については、質問等なし。

会長から、各委員に発言を求めた。

○ 会長

資料5の病床機能報告は、回復機能について、国の統一見解が出ない。当初は、回復リハ病棟イコール回復期と言われていたが、リハビリだけではない。どこまでが回復期と言うのか。定積的、定量的に明確にしないと曖昧になる。

地域包括ケア病棟は、診療報酬上も使いやすくなった。

回復期をうまくやっている病院があれば・・・意見をいただきたい。

○ C委員

当病院は、療養病棟、急性期から回復期の病棟がある。情報提供があったH病院からは、年間10名以上は転院している。

北茨城市は、施設がない、誤嚥性肺炎の患者などは施設に帰れない。自宅にも帰れない。気管切開、胃ろうを作らなければ帰れない時に長期入院になることがある。

経鼻栄養では、施設に戻れない状況ある。退院先、行き先がないので、地域包括ケア病棟を作っても60日で入院を切ることはできない。

事例によっては、市内のF病院や福島県にお願いしている。

小規模の病院は、病棟毎の区分ができない。数値が出ない。病棟ごとの評価は難しい。

○ F委員

当院は、急性期 38 床、回復期、介護型 38 床である。本来、回復期病棟は、在宅への復帰のところであるが、実際、回復期の病床は、介護保険の病棟と変わらない。行き場がない患者が多く、悩みは同様である。

○ E委員 代理

現在、療養病床は休床状態。

本来であれば、地域包括ケア病床として、H病院等の患者受け入れ先になりたいところ。しかし、医師不足の現状から難しい。できれば、日立南部地区として、何とかしたいが、現状難しい。

○ D委員

療養病床を休床していたが、平成 29 年 10 月に 30 床開けることができた。現在 20 名位入っている。やはり、機能は、回復期を兼ねている。回復期病棟の必要性は強く感じている。現在、構想中です。

○ 会長

回復期の問題は、リハビリを含めて、是非、日立医療圏で構築していければと思う。

議題の(6)「非稼働病床の有効活用に向けて」(情報提供)、議題の(7)「非稼働病床を有する医療機関の聞き取り調査結果について」は、特に質問なし。

議題の(7)について、各委員からの発言あり。

○ G委員

休止となっている病床 30 床程度、療養病棟も休止している。

地域医療構想会議において、考え方が出てくると思う。それに協力するつもりである。

同時に、高齢化して肺炎になり、廃用になって、誤嚥を繰り返し受け入れ先がない患者等の受け皿となる所としたい。介護医療院がいいのか、検討したい。

病院建物は、建築から 36 年が経過し、耐震性に問題があり、新築しなければならぬ。しかし、医師不足などの問題が最大の課題で検討が進まない状況である。

○ D委員

急性期から回復期への転換を最大の目標に掲げている。

○ C委員

非稼働病床数は、使っていない、と考えられてしまう。ニーズはあるが病棟を開けられない。ただ非稼働ではない。日立地区は、医師や看護師がいない、開けられない状況である。使っていないから、いらぬという発想はやめて欲しい。

○ 県医療政策課

当然、使いたくても医師がいないから使えない、というのがひとつある。

ただ、病床機能報告制度は、許可病床がいくつ、稼働している病床がいくつ、と言う報告をしていただく。国は、その報告の差引を非稼働病床と判断しております。

県としては、非稼働病床を解消するひとつの方法として、医療従事者を確保していくということも必要です。中には、将来的なことを考え、非稼働病床の部分を返還しようと考えている医療機関もあるかもしれません。

この医療圏だけではなく、他の医療圏でもお話をさせていただいていることを。当県は病床過剰地域と言われている。新しい病床を増す、新規に参入することが原則できない県になっている。非稼働病床を持っていて、回転できればそれは望ましいこと。返してしまった場合、病床は無くなってしまう。医療資源が少なくなるのであれば、返す部分を他の医療機関へ、うまく配分をできないかということで、方法を示している。原則は、当然、非稼働病床がなくなっていくのがいいことと考えている。確認になるが、国の考え方は、そのような報告は、すべて非稼働と扱われている。ご了承願いたい。

○ 会長

2025年の人口動向、疾病動向等々を勘案しながら考えていくことになる。今の日立医療圏の人口の減少、2025年にどのくらいの医療需要があるのか、医療機関のみなさんは、経営の問題等もあるので、悩まれながら居られていることだと思う。私たちの苦勞は、県もわかっていると思うので信頼しながら進めて行きたい。

○ A委員

日立地域の現状として、前から高度急性期、回復期が足りないという統計が出ている。結果として今、その通り地域のニーズに対応しきれないということになっている。

回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟を各病院で整備していくのに、改修にお金がかかることを行政の方々にわかっていただきたい。回復期ケア病棟を急性期から転換することを考えたとして、当院では、1フロアに1億円位かかった。その結果、経営的に厳しい時期がきた。各病院共通の話で、投資をどうするか、各病院に求められている課題だと思う。

この地域は、回復期リハ病棟、包括ケア病棟だけ整えれば地域のニーズに応えられるかというところではない。二次医療圏に緩和ケア病棟はひとつもない。終末期の人の医療、他の地域から見ればかなり問題になると思っている。

今年度中に、回復期リハ病棟は、当院で20床開ける。先々、36床追加する予定。これには、看護師、医師を一辺にたくさん採用できない等の現状がある。ニーズを満たすためには、時間がかかる。

他に、当院は、県の医療計画で地域周産期センターの指定を受けている。これにもNICUを含め、看護師、医師の確保をしなければならない。

地域医療構想調整会議は、回復期だけをとって議論する場ではなくて、その問題のひとつとして議論はすべきと思う。二次医療圏でどういう医療機能をどのくらい持つかが目的で、是非、そちらも議論して欲しい。

○ 会長

もちろん、地域医療構想調整会議としては、政策医療から超急性期から慢性期までトータルでどういう医療を提供していかなければならないのか、そして、それぞれの医療機関がどういう役割を果たしながら、共存していくのか、という問題が基本ですのでそのような方向で進めていかなければならない。

非稼働病床の話になりますと、機能的にずれたというより、ベースになる医師不足、看護師不足という医療従事者の不足で、やむを得ず閉鎖、あるいは使っていない。

非稼働と言う形で言っていない病床がかなりあるという、現実を認識したうえで、なお、且つ、医療提供機能としてはかなり足りないものがあるということ。

それは、みんなでしっかりディスカッションして洗いだし、予算と人を政策的な形で、基盤整備のための基金ですとか等々、行政の方とのチームを組んで作り上げていくことが基本的な考え方と思うのでそのように進めていく。

この会議が中途半端なまま進んでいきますと、整備基金などの予算も下りてこないでしょうし、市町村などのからの行政からのサポートも得られないだろうと思う。そういった意味で私たちが、しっかりとした状況分析からきちんとした計画を作っていくことが必要だと考えている。

議題の（８）地域医療介護基金総合確保基金については、特に質問なし。

○ 会長

政策的に打ち出されたもの、ネットワークの問題等があるが、現場からのご意見等あればいただきたい。

○ H委員

リハビリ医師の不足解消については、T大学に依存しているところが大きい。T大学は、リハビリの講座がない。講座がないと派遣していただくことが難しいのではないかと。T大学にリハビリの講座を設置するということはできないのか。

○ B委員

リハ科はある。スタッフが増えている。診療グループとして、整形外科のY教授を中心にリハビリグループとして存在している。

方向性は、ロボットスーツ HAL を使ったりリハビリ等、地域医療にはあまり向いていない。働きかけが必要ではないか。

○ W委員

確保基金について、歯科医師会で2～3年前に医療分で介護の勉強会について提出したが、採択ならなかった。地域ではなく県単位でと言う話があったがいかかがか。

○ 県医療政策課

毎年、事業提案については、各団体に募集している。事業の内容は、個々の医療機関単位は該当としない。今後、地域の医療構想調整会議でモデルとしてとりまとめてもら

えれば国へ申請する。県においても、いろいろなアイデアをいただいて国へ申請している。内示、配分は国で決められてしまうので、申請額が決定されなかったりすることがあることをご了承いただきたい。(追加資料について説明)

○ X委員

有効に病床を活用しようと言う考えはよくわかる。病院の経営を考えると、経営が成り立たないと、いい医療の提供はできないのではないかと感じる。

○ Y委員

行き先である在宅の部分では、いろいろ施策をしてみるが、なかなか進まない現状。医療から介護、在宅へ、薬局でやれること、どういう方向性があるか考えている。

○ J委員

どこも看護師不足の状況である。看護協会においても状況は把握しており、学生への説明など、活動を進めている。今後も働きかけを検討したい。

○ K委員

高齢者、障害者、子ども等を支援しているが、地域で望みたいのは、周産期医療である。子どもを安心して育てられる環境をお願いしたい。

○ L委員

介護業界もスタッフがいらない。各施設が奪い合いである。

最近の特徴は、大規模な収容施設に若い人が入らない。サ高住など小規模なところに若い人が流れている。

人材派遣会社は、一人雇う費用が、90万から100万かかる。それをやらざるを得ない状況になっている。難しいと思うが、そこに行政の補助を考えて欲しい。基金で対応している部分は、どのくらい人を集める効果があるのか、疑問である。現場が苦勞しているところに補助して欲しい。

川下のお話という。老人保健施設は、「在宅に向けて、しっかりやらなければ、老人保健施設の看板を下ろせ」と言われている。

川下のところで、日立の中でも連携パスのようなものが必要ではないか。それを機会に、病院と福祉施設がつながる。病院は福祉がわかる。福祉も病院がわかるように。小さいところから、部分、部分でしっかりつながって、身近な具体的事例の中で、地道にやっていくことも、お互いが解かり合う近道ではないか。

○ N委員

医療保険者の立場として、国民皆保険を維持するために、医療費の適正化に、どれだけ戦略的に保険者機能が発揮できるか。

地域医療構想会議が、2025年を目指して計画通りに進むよう、どのようなお手伝いができるのか、どのような意見の発信が必要なのか、という観点で出席している。

今後の会議の進め方においては、個別の医療機関毎の対応方針等を協議するなかで、ワーキングなどにおいても、診療実績などデータが重要になってくると思うので、県が

らの速やかな提供をよろしくお願ひしたい。

○ R委員

H市は、昨年、救急出動 8,600 件がありました。今年は、それを上回るペースで、8,800 件くらいの出場があるのかと思う。

救急車が対応する急性期の患者は、搬送患者の受け入れ医療機関が満床だと受け入れができない実態を伺った。急性期から慢性期、自宅へ帰れるシステムができるようになれば感じた。

○ P委員

経営の問題等大きいと感じた。市の財政についても同じ。

市民は、市の活性化に向けて期待する。同じように、緊急時には、どこの病院に行っても診てもらえるものと考えている。

行政が、市民への啓発と併せて、スクラムを組んでいかなければならない。この地域で安心して診てもらえるような医療体制を構築していくためには、3市のよい関係で、どのような医療へのサポートができるか検討していきたい。

○ ○委員 代理

日立市は、公的な病院を持たない。Dセンターは、社会医療法人ということだが。

資料2の30年度の会議の進め方で、回復期、慢性期に係る課題を集中的に議論して行うことはよいことだと感じた。

ワーキングには、行政も入れていただきたい。是非、現場の方々と具体的話をさせていただき、行政としてなにがご支援できるのか検討して上にあげたい。

○ I委員 代理

抱えている問題について。A病院からは、人口透析患者を受け入れて欲しいと言うお話がある。現在、透析病床100あり、270名の患者を抱えている。看護師の不足は他の病院と同じである。枠はあるが、受入れができない状況。

H病院からもリハビリに関して提携を結ぶことはできないかといった相談を受けたことがある。介護保険施設での受け入れだと思ふ。介護保険施設のうち25名はリハビリの患者様を受け入れることとしたいのだが、入所者の現状としては、難しい。

サ高住、シェアハウス等も模索しているところであるが、検討は進まず、進展ない。

○ 会長

以上で全部の議題、みなさんのご意見をいただきました。事務局にお返しします。

なお、地域医療構想調整会議設置要綱第10条に基づき、議事録署名人は、会長並びに会長が指名した、星野寿男委員及び加藤貴史委員の2名であるため、上記の内容について、次に署名する。

平成30年8月28日

署名人

会長 横倉 稔 明 

署名委員 星野 寿男 

署名委員 加藤 貴史 