

令和4年度第1回 富岡甘楽地域保健医療対策協議会 地域医療構想部会  
開催結果

事務局 富岡保健福祉事務所

- 1 日時 令和4年10月6日 19時00分～20時30分
- 2 場所 富岡合同庁舎 1階 大会議室
- 3 出席者数 委員5名、アドバイザー1名、オブザーバー3名、事務局5名
- 4 開催内容
  - (1) 議事
    - ア 地域医療構想に関するデータ等を踏まえた地域の現状・課題等について
    - イ 公立病院が地域で担う役割・機能等の意見交換について
  - (2) 報告事項等
    - ア 第8次群馬県保健医療計画の進捗状況について（令和3年度）
    - イ 令和3年度病床機能報告の結果について
    - ウ 富岡保健医療圏の医療機能等の現況について

5 開催内容にかかる概要

(1) 議事アについて  
事務局から資料に添って富岡保健医療圏の状況を説明。委員からの質問等はなし。

(2) 議事イについて  
公立病院（公立富岡総合病院、公立七日市病院、下仁田厚生病院の順）による意見交換がなされた。各病院の委員による現状説明や、各委員からの質問及び意見は以下のとおりである。

ア 現状説明

【公立富岡総合病院：佐藤委員】

必要病床は少なくなっている。コロナの際に43床の病棟を閉じてコロナ専用病棟にしたが、それを差し引いても病床に余裕がある。

疾病の治療法の細分化が進み、かつて各医療圏内でほぼ完結していたものが、対応できなくなっている。典型的なものが脳梗塞である。脳梗塞は、昔は内科の病気だったが、現在は脳外科の疾患となっており、カテーテル治療が普及してきたことによる。24時間365日緊急性の高い治療であり、病院で常勤医師4～5名での対応が必要であるため治療体制を組むことが難しい。群馬県では約10箇所の病院に集約されており、そこに患者が最初の段階から行くことになるのが日常的になっている。当医療圏では、脳外科医の確保ができなかったため、対応ができなくなっている。血液疾患も同様である。細分化が進む中で2次医療圏内だけでの完結は不可能である。そのような状況を考慮し病床再編が求められる。具体的に言うと、病床はすでに過剰になっており病床数の調整が必要である。

資料では触れられていないが、富岡地域で亡くなる方の数は令和2年で1,187人、そのうち亡くなる場所は病院と介護医療院で約75%、老人ホームが約11%、自宅も約11%となっている。疾病として治療することに関しては、治療が細分化しているためこの地域だけでは無理だが、地域で最後まで暮らす視点を持ってみると、病院の機能の中で人生の最終段階を考えることは非常に重要なことである。富岡保健医療圏の高齢化率は36%を超えている。群馬県の平均は30%を超えたところであり、高齢化については20年先に進んでいるた

め、日本の標準的なプランは適さない。それを加味しながら、公立病院としてできることをしていく中で、今後の診療を計画していきたい。

【公立七日市病院：竹原委員】

高齢化が非常に進んでいる中で、一般障害者病床 55 床、回復期地域包括ケア病床 50 床、回復期リハビリテーション病床 57 床、合計 162 床で運営している。その他付帯事業として在宅医療センター、訪問看護等、地域医療に根差して行っている。高齢化の中で、障害者病床では神経難病、地域包括ケア病床ではサブアキュート機能、回復期リハビリ病棟では脳血管疾患、大腿骨頸部骨折の治療を中心として行い、リハビリを回復期リハビリ病棟で行い、その後、在宅・施設へ戻る状況となっている。今後も、回復期・慢性期の役割を果たしていく方向で考えている。2次医療圏の中で、脳血管疾患をみると高崎地区、藤岡地区等に流出しているが、疾患を抱えた人が急性期治療後、回復していく際には、当院のリハビリ病床を利用している。令和3年の入院患者の状況は、ほぼ6割は他病院からの患者である。そのうち3/4は富岡総合病院から、他1/4は高崎・藤岡等からの患者で脳血管疾患の患者と思われる。自宅からの患者は30%で地域包括ケア病床が主である。在宅・施設へ帰ってからの訪問診療・訪問看護を進めており、外来診療のうち、10%~15%までが訪問診療の患者となってきている。訪問診療・訪問看護の機能を活かして、地域に根差した医療ができればと考える。今後、経営強化プランの中でもその機能を活かしていければと思っている。

【下仁田厚生病院：山下委員】

高齢化、人口減少が著しい地域である。かつては急性期、回復期、慢性期病床があったが、療養病棟 50 床を 40 床に減らし、その後 40 床を介護医療院に転換した。さらに障害者病床 46 床を閉じ、現在は回復期 48 床、介護医療院 40 床までダウンサイズしたところである。場所的に機能分化しきれない。診療所機能、往診機能、急性期、回復期も行わなければならない、中途半端になりやすいが、できることをやっていこうと思っている。外来は、週3回小児科で検診を実施。ダウンサイズにより常勤医師7人であったものが現在は4人の医師で対応している。医師の確保が難しい。小規模になってくると医局も派遣してくれなくなってくる。今後どうしていこうかと思っている。往診については、在宅医療ができればいいと思っているが、マンパワー不足から、施設への往診は対応できているが、自宅への訪問はできていない。町と村の協力を得て、地域包括支援センターを院内に持ってきて、それを中心に訪問看護等を展開できればと考えているが、町村の協力がなくてできない。救急も放射線技師が2人しかいないため、夜間がなかなか対応できない。富岡総合病院に多くの部分でお世話になっている。昼間は受けられるものはなるべく受ける、なんでもやるという体制で行っている。もう少し機能分化できればと考えているが、地域的に難しいところである。介護医療院を利用しながら、下仁田・南牧地域に実家がある方には、富総や七日市からも当院を紹介してもらい、協力しながらやっていきたいと思っている。

イ 意見交換

【委員】

2次医療圏が疾病構造の問題に対して時代とともに変化してきていない、現在の状況に適合していないと聞こえた。2次医療圏、2.5次医療圏を組み合わせた医療圏でないと現状に対応できない。2次医療圏と2.5次医療圏を組み合わせていくことによって対応していくのがよいと考えてよいのか。

**【委員】**

そのとおりである。2次医療圏だけでこなしきれない。病床と医師の配置の問題が一番大きい。治療が高度化するほど、集約する必要がある。高崎・藤岡・前橋を含めて、患者は移動しているので、それはそれでいいと思う。患者を富岡へ戻そう、増やそうとは思っていない。高度化しているニーズに応じていくことはいいことである。病院だけでできないのは医師の確保である。一番早く集約化したのは心臓血管外科、脳外科で、周産期はこれから集約化せざるを得ない。2.5次医療圏を考えるとともに、群馬県全体で考える時代になっている。そういう中で、自分の病院は何ができるかを考える。病気の治療で考えるならこれでいいが、それだけでは不自然な気がしており、地域での役割は疾病の治療だけではないということは強調したい。

**【委員】**

医師確保の問題、医師の働き方改革の問題が救急の現場では非常に問題になっている。特にサブアキュートの問題がこの地域では大きな役割を占めると思う。救急をやっている中で医師の働き方改革の影響はどうか。

**【委員】**

当直の確保が難しい。働き方改革で時間外労働の上限960時間が示された。960時間は非常に厳しい。当直した翌日すぐに帰るように伝えたとしても業務があってできない状況がある。働き方改革と必要な医療を両立することは960時間のしほりの中では難しい。人々が求める医療のレベルと提供可能な医療と経営的な問題、働き方改革の問題が混在している。今後高齢者が増加していき、若年層が減っていく中で5年、10年先も同じような医療が提供できるかといったらこの医療圏の中だけではもっと厳しくなっていくだろう。もっと広い医療圏で考えていく必要がある。医師確保の問題は一つの病院だけではどうにもならない。群馬大学と県がタイアップして医師の配置は考えていかなければ、現場の努力ではどうにもならない。限界にきている。お願いとしてお伝えする。

**【地域医療構想アドバイザー】**

その通りである。公立病院、民間病院含めて将来の医療を担う医師、看護師の確保が大きな問題である。富岡はとても頑張っていると感じる。今頑張れていることが5年、10年後、20年後もできるかどうかはわからない。地域の住民に対して責任を持てるのかという視点を委員が持っていることに、大きな転換が起こる可能性があると感じた。医師をどう集めるか、例えば、群馬大学が本気になると言っても何をどうやればいいのか見えない。話をしてお互いに問題点を共有して、できる方法を考える、話し合う土壌を作ることが大切と思う。患者の流入・流出は、お互いにお互いをお願いをして対応しているのか、患者や救急車が病院を選んでいるのか。連携について事前に話し合いができていけばお互いに安心して任せあえる。

富岡保健医療圏では在宅療養支援診療所が多い。診療所の先生が頑張っている。地域ケア病棟のある公立病院が訪問看護ステーションを運営してくれると民間病院との協調性が生まれてくるので頑張っていって欲しい。

今後、高崎、藤岡、群大含めて話し合いをしたいと思っているのでよろしくお願ひしたい。

**【地域医療構想アドバイザー】**

下仁田厚生病院の病床利用率、訪問看護ステーションについて聞きたい。

**【委員】**

今年度はかなり改善している。4,5,6月是一般・回復期は約90%、介護医療院99%である。しかし、9月頃から患者さんが亡くなるなどして少なくなっている。ダウンサイズにより看護師もかなり減り、医師も減った。外来患者も減っている。町村に地域包括支援センターがあるため、それを病院とつなげてと考えているが町村からの合意を得ていない。

**【委員】**

在宅療養支援診療所の数が多いが、開業医がどれだけ実動しているのかのデータはないか。退院後の訪問診療につなげるために、かぶらねつとを立ち上げたが、連携可能な開業医はほとんどいない。実際に訪問診療する先生は少ないのではないか。

**【事務局】**

個々の医療機関の在宅医療に関する実施状況を把握できるデータは承知していない。

**【委員】**

委員の指摘については同意見である。在宅療養支援診療所として登録しているが実動できる診療所は少ないと感じている。実動しているところは高齢者の在宅ケア施設を持っている医療機関で往診の必要がある場合、その件数が上がってきているのではないかと考える。自宅に訪問している在宅療養診療所の先生は少ない。なんとかしなければいけないと思っている。

**【地域医療構想アドバイザー】**

居住系の施設に訪問する医師は決まっていたが、入所者のかかりつけ医毎に診療してもらえるような体制ができるといいだろう。最近は、施設でのオンライン診療も対応可能となっている。下仁田はオンライン診療が最適な地域だと思っている。そのようなことも含めて広げていって欲しい。

**【委員】**

在宅医療について、10年以上前に、下仁田・南牧は高齢化率が高いので訪問看護のニーズが増えると思い下仁田厚生病院の一室を借りて準備したところ、ニーズがなかった。都市部と山間部では人口密度がちがう。都市部では自転車で訪問診療に行く、訪問看護も自転車で行く、それで成り立っている。都市部であれば、病院に入れられない人が自宅で亡くなる。過疎の地域では、自宅で無理な人は病院に入れる。死亡統計では、下仁田・南牧は病院・介護医療院で亡くなる人が9割を超えている。なにかあったら病院に入れる。自宅で亡くなる人は下仁田4%、南牧7%、群馬県全体では14%となっている。都市部では狭いエリアで訪問診療できる。過疎地域ではそれが不可能になってきていて、病床にゆとりがあるためいつでも入院できる。思ったよりニーズはないのではないか。

**【委員】**

ニーズがないというよりも、広域にわたって行うというのが難しいと思われる。都市部での先生の話の話を聞いていると、在宅訪問診療を専門に行っても経営が成り立つ。この地域では難しい。そこに訪問看護をどう組み合わせるのか、今後オンライン診療も活用するなどして検討していく必要がある。

**【委員】**

最後は病院や施設に入ることが多いかもしれないが、そこに行くまでに、訪問看護や診療所が動くのがよいと考えている。まだまだ需要はあると考えている。この間も、がん患者が自宅に帰ってきて、診療を頼まれたが、24時間点滴

と酸素を投与されていて、これを誰が見るかという訪問看護師さんが付いて診ていかないといけない。最後には病院に行くと思うが、そういった場面では必要になる。患者に望まれれば対応しなければいけない。

**【委員】**

施設の訪問診療と在宅の訪問診療があり、施設に行けば集約されているので数がこなせる。自宅の場合、富岡に診療に行き、甘楽に診療に行くという組み合わせになると、診られるのは半日で数人とかになってしまい、効率がよくないので工夫が必要と考える。

地域医療構想アドバイザーの話にあった施設系の訪問診療では、一つの施設に複数の医療機関が入っているというケースもこの地域にあり、現在は患者ごとに主治医が分かれてくるようになっている。

**【委員】**

オンライン診療はインフラの整備の問題がある。施設では可能と思う。高齢者はスマホに対応できないという問題もある。

- (3) 報告事項ア、イ、ウについて  
事務局から概要を説明、委員からの質問等はなし。
- (4) 全体の意見・質問等  
委員からの質問等はなし。