

令和元年度 第1回 青森県（八戸地域）地域医療構想調整会議

日 時 令和元年7月23日（火）午後5時～午後6時30分
場 所 きざん八戸2階「ブラン」

(1) 報告事項

① 地域医療構想の実現に向けたさらなる取組

② 平成30年度病床機能報告の結果

事務局から、①について資料1、参考1、②について資料2-1、資料2-2、資料2-3に基づいて説明。

(2) 協議事項

① 病院の機能分化・連携の方向性

② 地域医療構想の実現に向けた病床の有効活用

③ 基金を活用した補助制度

事務局から、①について資料3-1、資料3-2、②について資料4、③について参考2に基づいて説明、案件ごとに意見交換を行った。

（八戸市立市民病院）

高度急性期・急性期を中心としているが、資料を見ると、高度急性期についてこの地域で323床必要だが、現状では120床。我々の病院はこの残りの200床近くを担ってほしいと受け止めて良いのか。そうだとすれば、当院は、現状をこのまま維持することを考えているので、若干感覚が違う。

在宅医療について、我々の病院では在宅医療も必要だと考えているので、救命救急センターのある三次病院ではあるが、在宅医療に関しても大体20人位の患者さんを抱えてやっている。

看取りについて、がんと心臓病、脳卒中、後は救命救急センターで看取りは積極的にやっており、その中で看取りの前に脳死臓器提供を念頭に入れた終末期医療についても力を入れている。

（事務局）

病床機能報告に関しては、届け出は各病院の病棟単位となっているが、1つの病棟の中に高度急性期、急性期・回復期・慢性期の患者が混在しているのが実態と考えている。

八戸市立市民病院は、高度急性期106床の届け出だが、必ずしも実態は高度急性期106人だけではないと考えている。

323床を目指した届け出の検討もあり得るが、八戸市立市民病院には高度急性期医療

を引き続きしっかりと提供していただく中で、自然体で届け出をしていただければと考えている。

(おいらせ病院)

当病院については、78床のうち稼働数が73床。そのうち包括ケアの病床が25床で運営している状況。

病院プロフィールシートで平成30年度病床機能報告の急性期74床について、平成37年7月1日現在の目標として、回復期に移行すると記載している。

将来、病院の建替をする場合にということであり、実際、町や病院の中でも議論は進んでおらず、確定したものではない。

(三戸中央病院)

当院では救急告示病院として救急医療を担うとともに、へき地医療拠点病院として、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリテーション等、在宅医療に力を入れている。

また、田子診療所との連携を進めており、定期的に会議を開催し、医療連携を進めるにあたっての課題等について協議を行っているとともに、相互の医師派遣、看取りに係る支援等を行っている。

病床機能報告の休床中の病棟については、人員等の条件が揃い次第再開したいと考えているが、現在のところ未定。

基本的には救急告示病院・へき地医療拠点病院として、地域医療を守るためにできる限り現状医療体制を維持していきたい。

(五戸総合病院)

回復期医療の充実を図るため、平成30年12月1日より地域包括ケア病床を3床増やし26床としている。

地域包括ケア病床での理学療法士不足を補うため、平成31年4月より新たに理学療法士3名を採用し、回復期医療の充実に努めている。

介護施設及び在宅医療の充実を図るため、平成31年4月より地域医療連携室に看護師1名を増員し、看護師3名、社会福祉士2名体制をとっている。

(南部町医療センター)

当センターは、平成26年6月1日に建設されており、現在の病床稼働率は、一般病床・療養病床それぞれ88.5%・90%であるため、このまま進めていきたいと考えている。

地域連携室等の検討も含め、地域との連携を図っていきたいと考えている。

病床利用率が高い水準で稼働していることから、現在の病床数を下げないで進めていきたい。

(八戸赤十字病院)

八戸地域では、急性期病床が非常に過剰となっており、一方で、高度急性期の病床が不足している。高度急性期に該当する患者ですでに病床数が足りない状況になっているため、当院は、急性期病床から高度急性期病床へ病床を転換していきたいと考えている。

今現在、八戸市立市民病院の次に多い救急患者を受入れしており、引き続き、急性期医療機関として地域の救急医療を担っていきたい。

また、今年3月に地域災害拠点病院の指定を受け、八戸市立市民病院とともに地域の災害・救急等に貢献していきたい。

(青森労災病院)

当院は、医師派遣を弘前大学に依存しており、一部休んでいる診療科目もあるが、地域枠も拡大されている。八戸地域における機能分化・連携の方向性で示されているように、八戸市立市民病院の中核病院としての機能を、赤十字病院とともに補完しつつ取り組んでいく。

休棟中の病棟は、弘前大学からの医師の派遣があれば再開したい。

(みちのく記念病院)

79床の休棟中について、東日本大震災の影響で建築工事が大分遅れているが、現在、見積もりを依頼している。早く稼働できるようにしたいと考えている。

③外来医療計画

事務局から、資料5、参考2-1、参考2-2に基づいて説明、意見交換を行った。

(八戸市立市民病院)

医師数不足・医師数偏在で八戸地域が下位3分の1に入ったということで、下北地域よりも下だということが発表された。

現在、弘前大学および青森県の地域枠の医師が県内に派遣されているが、赤十字病院が弘前大学の地域枠から外れている。医師充足地域であれば問題ないと思うが、下北地域よりも低いということで、やはり、赤十字病院に地域枠の医師がいてもいいというような緩和政策が必要ではないか。

(吉田アドバイザー)

今回示された医師の偏在指標は、将来の人口動態などを勘案して算出されたものであり、愛知県が大きく順位を下げ、医師不足県になるかも、ということで注目されたりしているが、順位を下げた大きな理由は愛知県の人口が今後増えると予想されているからである。それと同じで、八戸地域が下北地域よりも医師不足になるという理由は、八戸地域が青森県の中で人口減少が1番少なく、将来、八戸市は青森市よりも人口が多くなると予測されているからである。

つまり、今回出された医師の偏在指標というのは現在の状況を反映したものではない。今後、下北地域の人口減少が激しいければ激しいほど、医師のニーズは減るので、少ない医師数でも間に合うのではないかという議論が、数字的には出来てしまう。過疎化の事実を脇に置いて議論をすると、全体とのバランスが見えなくなるので、医師の偏在指標の取り扱いについては注意が必要だと思っている。

(八戸市立市民病院)

今までの医師偏在の数字が、現実と逆に乖離しているのではないかということでの見直しだと考えている。

埼玉県の医師数は人口の割に少ないが、感覚としては八戸の方が少ない。新しく出た指標は、わりと現実に即していると思う。

また、大間にいるときよりも八戸の方が医師が少ないと感じている。

新しい指標が出て、いろいろ解釈の仕方があると思うが、ここで指標を基に先ほど申したように赤十字病院の支援を少し考えてみたらどうだろうと思った次第である。

(事務局)

医師確保計画に関しては、地域医療対策協議会の方でしっかりと議論させていただくが、国の方針として、下位3分の1の地域を特にしっかりと取り組むようにと。また下北地域に関しては、下位3分の1には入っていないが、やはり厳しい医療環境ということ踏まえ、県としては、具体的にどのような取組を進めていけばいいかを議論していきたいと思っていたので、協議会の場でいろいろとアドバイス等をいただければと思う。

(八戸平和病院)

病院プロフィールシートの一部に変更があり、今までは急性期で報告してきたが、今年の10月を目途に、地域包括ケア病棟の新設をしようと思っている。今現在、東北厚生局と保健所に調整中である。

今後については、急性期を80床、地域包括ケア病床を20床で、残りの20床については、検討中である。

病院に療養型や地域包括ケア病床がないため、介護施設等との連携に悩みがあり、地域包括ケア病棟を持つことで、今以上に良いベットコントロールや他の急性期病院との連携、地域の介護事業者との連携が容易になるのではないかと考えている。

基金の活用について、当院は両側居室で廊下幅が15cm不足になるため、将来の事を考えると、片側居室でなければ無理と考えているが、残った病室に関しては更衣室か倉庫にしかないため、今検討しているところである。

残り20床に関しては、他の用途に変更が可能なかどうか相談していきたい。

(事務局)

県では、八戸地域における病院の機能分化、連携の方向性など、これまで資料等で説明しており、それを踏まえ、各医療機関で自主的にこれからの将来について院内でご検討いただき、それを実践していただくことを目的としている。

そのような取組や基金の活用を含め、県に情報をいただくことで助言等できればと思う。

(村上アドバイザー)

八戸平和病院の件について、1病床当たりの広さ4.3㎡とか6.4㎡とか、廊下の幅1.8mを切る・切らない、これがやはりベッド規制の一番の問題。足りなければ病床を維持できないという意味である。そこを直さないと、行政からは許可が下りない。

急性期の7対1で頑張ってもらえるが、それを地域包括にすると元に戻れない。そこを理解しながら地域包括ケアに転換するのかどうか検討すべきと思う。

(県保険者協議会)

今回、参考の3-2で外来医療のデータが示されたが、協会けんぽ単独のデータで平成29年度のレセプト検診データをホームページで公表している。確かに協会けんぽのデータでも入院以外のデータでは、すべての医療圏で約8割以上の患者が地域医療圏の医療機関で外来受診をしているというデータがあり、ここはそのとおりでなとは感じたところ。

ただ、八戸地域について入院の流入の特徴があり、八戸地域では入院患者の約34%が青森県外の住所の方もいるというレセプトデータがでている。

病床数の数を議論する上で、その点も少しご配慮いただきたい。

(3) その他

① 医師確保計画

事務局から、①について参考4に基づいて説明。

○ まとめ

(吉田アドバイザー)

資料1で、これを見れば分かるように、地域医療構想の実現に向けた更なる取り組みのターゲットが、公立病院、公的病院に絞られたということは、間違いないと思う。公立・公的病院がいわゆる民間施設と競合している場合には、公立・公的病院として、もっと特色を出しなさい、あるいは民間のやらないことやりなさい、というようなことを、これから国があれこれ言ってくる可能性は非常に高いと思われる。

また、現在では急性期、回復期、慢性期などの医療機能の選択は各施設の自由申告となっていますが、中々埒があかないということで、国のワーキンググループは相当苛立っている。私が推測するには、最終的には国の方で施設から報告された診療実績を見た上で診療機能の評価を行い、最終的には「お宅の病院は急性期が何床で、何床は回復期で」というような

ことを、県を通して言ってくる可能性だって否定できないと思う。そのために、毎年病床機能報告をさせているので、急性期と申請していても実際の診療内容が違っているというようなことは、恐らく把握済みだと思う。ですから、特に公立・公的病院の場合には、国やワーキンググループから何やかんやと言われる前に、自分達の望む方向性を先手、先手で打ち出していく必要があると思う。

それからもう一つ、小規模の病院で無理して急性期を担おうとすると、今度は医師の働き方改革の方向性とバッティングしてしまい、超勤の上限を突破してしまって営業出来なくなる可能性も指摘されている。従って、急性期を担うためにはそれなりの体力が必要ということになりますので、統廃合で乗り切るということも、どこかで考えておく必要があると思う。

(村上アドバイザー)

厚労省もまた日本医師会も、地域医療構想の目的はベット減らしではない、医療費削減ではないと言っているが、やはり人口減少に対する、あるいは国家の財政に対する、医療費の削減とベットの削減である。

今、吉田先生が説明したことは、今後十分に考えられることから、地域の皆さんに迷惑にならないような方法で、病院同士がきっちり連携をとりながらやっていっていただきたい。八戸地域は市民病院、労災病院、赤十字病院と頑張っているのも、そこを柱にして私立病院、診療所の皆さん頑張っているのも、そこを大事にしながら、しっかり医療能力・ベット能力を確保していただきたい。

(八戸市医師会)

八戸地域の公立・公的病院の医師数が非常に足りていない。それでやむなく休止のところもある。

ただ、この八戸地域は病院の連携あるいは郡市連携が非常にうまくいっており、患者に不便をおかけすることはあまりない。救急医療も非常にうまくいっているが、医師が足りないという事実がある。

この二次医療圏の問題として、入院の医療機能として血液内科について、今、日赤で頑張ってもらっているのが、これを今、日赤が止めるという状況になっている。それから腎臓内科、膠原病内科。この3つがなくなると、医療圏として非常に困ることになるので、特に血液内科に関しては、弘前大学あるいは県立中央病院と話を始めているところであり、大学病院、県立中央病院の協力をいただければと思っている。