

令和元年度第1回青森県（津軽地域）地域医療構想調整会議

日 時 令和元年8月21日（水）午後5時～午後6時40分
場 所 アートホテル弘前シティ3階「アメジスト」

(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について

(鳴海病院)

資料2-2の2ページの赤枠はどういう意味を持っているのか。

(事務局)

令和7年の予定として、鳴海病院では休棟中が現在42床、令和7年については、その休棟中の病床を再開し、急性期が32床でプラス1床、慢性期が43床から53床でプラス10床となっている。

地域医療構想で推計している2025年の必要病床数では、急性期機能では現状と比べて将来過剰となることが見込まれており、慢性期についても、現在、739床のところ、将来467床と推計されているので、将来このままいくと過剰となる。

その過剰となる医療機能に転換を予定されていると報告があったものを赤枠で囲んでいるもの。

(鳴海病院)

32床を赤枠にしたのは、要らないという意味なのか。基本的にカテーテル治療、IVR治療をずっと継続していた病床数であり、このまま続けていくという話をしている。

(事務局)

将来、過剰となることが見込まれる医療機能に転換を予定される場合は、その必要性について、調整会議の中で今後、検討いただくこととなる。

IVR診療を行う急性期病床が必要ないという意味では全くなく、単に将来過剰と見込まれる病床数への転換する部分として印を付けているものであり、必要な機能として、転換

するという点については、その時点できちんと説明していただければよい。

(村上アドバイザー)

3 1床が3 2床になったから、3 2床全部必要ないという意味ではない。このような書き方にすると、全部が不必要と捉えられてしまうので、そこに誤解が生じないように、今後、この赤枠の作り方を事務局で考えてもらえば良い。

(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。

(弘前大学医学部附属病院)

本院の場合は、前回の報告と殆ど変わっていないが、これまで外科系の二次輪番に参加していたが、内科系に関しても、この地域の救急に 대응するという意味で、高度救命救急センターが二次輪番を担当している。

それから、病院の将来像ということで、間もなく新病棟の建設が始まる。設計もほぼ固まり準備を行っているところ。

(国立病院機構弘前病院)

新中核病院整備に係る基本計画の資料を参照いただきたい。

現状として、基本設計が大体終わり、各部署のヒアリングを行い、新たな病室、外来検査部門等の各部署のレイアウトを大体決めたところ。

基本設計の入札も基礎工事の入札も1回で終了したところ。今週の土曜日あたりから基本工事に向けて工事がスタートする予定。

3ページに今後の予定が書いてあるが、今が丁度2019年度の後期に入るちょっと手前のところで、大体予定どおりで進んでいることになる。

2年半後の2022年度の初期に運営を開始して、その後、既存建物の解体工事や、外構の工事などが必要になる。

4ページからイメージ図になっている。正面玄関を入れて、1階が外来棟と内視鏡センター、それから放射線科の診断と治療部門になる。1階の旧病棟側に救急部を設置。

2階は、同じく外来棟と検査部、それからリハビリテーション部、奥の方に給食を用意している。

3階は手術場がメインになり、残りは、事務方や医局が設置されることになる。4、5階

が病棟となる。

救急部から3階まで専用のレベーターも設けたので、ドクターたちがすぐ駆けつけられる。また、患者さんもすぐ移動できる構造となる。

絵に描いた餅にならないように鋭意頑張っていきたい。

(弘前市立病院)

本院は、県が策定した地域医療構想に基づいて、国立病院機構との統合、新中核病院の稼働に向けて協議を進めている。

休床病棟については、スタッフの確保や、患者数の減少で再開は難しいと考えているが、統合まで、何とか当院の機能を維持した形で進めたいと考えている。

基金の活用について、国立病院機構との統合に伴い、当院は閉院することになるので、国立病院機構へ引き続き就業せず退職する職員等に対して、退職手当を支給することになる。その場合、整理退職扱いになるので、今後、退職金の上積みが考えられるので、基金の活用を考えている。

他にも機器の処分などについても、当院の閉院の際に活用したいと考えている。

(黒石病院)

プロフィールシートでは、当院は急性期257床となっているが、実際は地域包括ケア病床が90床ある。この地域包括ケア病床が高度急性期、急性期、回復期、慢性期のどれに入るかという定義が定かでないので、当院では、急性期に入れているが、実際の急性病床は167床。

昨年、2月の調整会議で、90床の地域包括のうちの30床を回復期リハビリ病棟に転換したいという話をして、3月、4月から実績づくりを着々と進めていたが、昨年、想定外の看護師の退職があり、予定どおり回復期リハに転換すると、かえって病院の収益が落ちてしまうというシミュレーションの結果が出て、計画を断念した。

看護師が補充できれば、90床のうちの30床を回復期リハに今後、転換していきたい。

(大鰐病院)

60床となっているが、今年の2月1日から30床へ減らしている。病床利用率、外科の常勤医も退職し常勤が4人となったこともあり30床に減らしたもの。

急性期病床について、2021年(令和3年)の12月に有床診療所に建て替え予定。医療スタッフの方では、有床に問題があるんじゃないかと思っているが、現在のところは有床診療所を令和3年の12月開所予定ということで準備している状況。

その時期に合わせて病床の見直し、いわゆる回復期病棟にするか、慢性期病棟にするか、あるいは救急告示の問題や土曜受診の問題などを検討しているところ。

(板柳中央病院)

病院プロフィールシートについて、前回と変わらないが、今は許可病床数が80床と7床減になっている。国は医療型も介護型も療養病床はゼロの方向に持って行くのではないかと思っており、看護師不足もあって、今後の人員配置を考えると、介護医療院もそろそろ待ったなしかということ、シミュレーションしているところ。

また、薬剤師、看護師不足が深刻である。介護医療院併設でスタッフを募集してどれくらい来そうかということも併せてシミュレーションしているが、まだ結論はでていない。

(鳴海病院)

地域の拠点病院構想の考え方に合わせ、私共も検討を進めている。一般病床が31床。7月1日で療養病床が43床となっているが、現在60床。

将来について、病棟の配置を交換し、カテーテル治療、IVR治療を中心に急性期32床とする。今現在、病床利用率が76%くらいで、ベッド稼働率も15日から16日くらいの範囲で回っている。

療養型の病床を74床に増床する予定。現在調整中で、できれば10月1日に稼働させたい。

増床理由について、今現在、療養病床60床は、96.2%病床稼働しており、需要が多いので、最大限74床までは可能ということで、増床したいと考えている。基金については当面使う予定はない。

(弘前メディカルセンター)

非常に需要があり、常時5名から8名の範囲で入院待ちの方がおり、スタッフが足りない。現在稼働しているのは、障害者病棟として56床、療養病床40床の合計96床で、41床が休床扱いになっている。

資料2-3の届出病床数は97床から56床に訂正をお願いしたい。

需要はあるのでスタッフが揃い次第できるだけ再開はしたいが、正直言って見当がつかないところ。基金については、今のところ活用予定はない。

(弘前大学医学部附属病院)

先ほどの発言からもわかるように、看護師の確保ができず、やろうと思っている診療機能が果たせていない現状がいろんな病院で出てきている。

この点に関して、やはり県全体として、いろんな看護大学ができたのに、結局、殆どの方が東京に吸い上げられている状況があるので、本腰を入れて対策を取らなければならない。

(事務局)

今までの取組みに加えて、看護師確保の新規事業、薬剤師に関する各種事業を進めており、

また看護協会、薬剤師会とも連携を取っているところ。

県内への定着、それから必要なところにそれぞれの職種の方々が行くように、県としても、精一杯努力しており、引き続き皆様からの御指導、御助言等をいただければと思う。

(弘前大学医学部附属病院)

Uターン、Iターンという様々な確保策を、県は講じてきたと思うが、その効果は？

(事務局)

去年8月に東京八重洲で看護師や薬剤師に特化した、それも含めたU I Jターンの説明会を実施しており、今年もやることにしている。

すぐに実績は出てこないが、一方で新卒者の県内定着、県外に出る数が少しずつ養成施設の努力で減ってきているというふうには聞いているので、そちらも併せて実績を出していきたい。

(弘前市)

資料の新中核病院整備計画案は、本日午後に市議会に対して説明したので、皆様にも情報提供したい。

1 ページ、この施設の整備計画は、基本協定が締結された時に作成された基本計画を基にして作成した具体的な施設整備の方針となる。

市民に開かれた病院として、高齢者、障害者、子どもから大人まで全ての住民が利用する施設として、ユニバーサルデザインを徹底する。

分かりやすいアプローチ、平面計画、フロア構成として、安心して利用できる施設計画としている。

待合スペースやレストランなどアメニティスペースを充実させて、療養の環境の向上も図っている。

機能性・変化への対応として、24時間、365日の二次救急医療を担えるように、救急機能を充実させることとし、それから、放射線部門、それから内視鏡センターを救急外来の付近に配置することで迅速な検査、治療体制を確立する。

救急外来と手術部門を緊急用のエレベーターで直結することで、重篤な患者の迅速な搬送、処置が可能となる計画としている。

将来的な改修に備え、大スパンの構造、それから乾式間仕切壁、これは石膏ボードになると思うが、こういうことで将来的な変更にも対応しやすい計画にしている。

手術部門は低層部で、最上階に配置しており、機能的、それから長寿命な施設計画という考え。

放射線部門は1階に集約して配置しており、検査機器、大型の検査機器など、更新する際にも更新しやすい形にしている。

次に効率化の追求という部門については、動線を交差したりしないように、できるだけ部門配置を明確にするようにという配慮。それから、スタッフと患者の動線を分けて、人や物の流れが効率化するように計画されている。

搬送用、一般用のエレベーターの位置も分けて、利用者にもスタッフにも使いやすい縦動線として配慮している。

各種の監視設備について、新棟の方に中央監視室を造り、一元的に管理して効率的な運用を図るというもの。

次に安全性の面としては、新しく造る新棟については耐震構造ということ、それから重要度係数1.5と最上級のレベルに設定し、大きな地震にも耐えられる耐震構造を確保する。

ライフラインが途絶えた時の電気設備、機械設備の計画も、ライフラインが途絶えた場合でも対応できるような計画となっている。また、災害時には、エントランスホールで被災者を受け入れるスペースを確保する。

2ページ、外来の付近には、新型感染症にも対応できる計画としている。

次に働き、学ぶ場の環境づくりという部門について、医療を行うだけではなくて、医師、看護師等、スタッフを養成する場ということで、学びやすい環境づくり、それから働きやすいチーム医療を推進するためのスタッフスペースの一元化であるとか、管理部門をちゃんと分ける、医局、会議、研修ゾーンを集約して行うなどの取組みを行うこととなっている。

環境への配慮として、高効率の省エネ機材を使うことで環境への配慮を行い、病院運営自体の持続性を高めていきたいという計画になっている。

3ページ、フロアごとの各部門の計画とスケジュールになるが、今年度、来月に準備工事が始まる。令和2年度から本体工事が始まり、令和4年の早期の運営開始を目指すこととしている。

当市としては、基本協定に基づき、住民の方への説明ということで、今週の土曜日8月24日に弘前大学の50周年記念会館で、津軽地域医療フォーラム2019を開催する。ここでも新中核病院の主な概要、救急医療についての普及啓発を行って参りたい。

基本協定に基づいて、周辺道路の整備も当市としては取り組んでおり、新中核病院の周辺道路が渋滞を生じないように、また円滑に救急搬送ができるよう、県と連携して具体的な協議を進めているところ。

このように、新中核病院の整備については、順調に進捗しているところであり、今後も機会を捉えまして、皆様にも情報提供して参りたい。

③外来医療計画

事務局から、資料5、参考3-1、参考3-2に基づいて説明、意見交換を行った。

(弘前メディカルセンター)

医療機器の共同利用の方針について、具体的なイメージが湧かない。現時点では、必要に

応じて医療機器のあるところに依頼し、来診させていただいている。共同利用というのは、どうのことを想定しているのか。

(事務局)

機器が無い医療機関から患者を来診させ、その結果でまた治療するという一般的な活用がされており、その中で共同利用というのは、どう違うかというような御意見はいただいている。

今後、もう少し国から情報が出てくるというふうに理解しており、もう少し丁寧な説明を次回以降させていただきたい。

(弘前メディカルセンター)

日本では、CTだとか、MRIがやたら多すぎる。国として、地域に例えば、ある医療機器は何台が適当だとか。そういうふうな形でもっていき、それを共同利用しなさいというのであれば話は分かるが、今の状態で共同利用云々といっても、結局は、今のままに任せた方がよりスムーズでないか。各医療施設が必要に応じて来診をして診断してもらおうと。

(鳴海病院)

私共、画像診断を地域にオープンにした形で診療している。この中で、共同利用するということは、良いことだと思うが、機器を購入して運用すると、決して、黒字にはならないものも多く、共同利用についての経済効率も視点として考えていただきたい。

高額な機器というのは、今の状況では保険診療は安いので赤字になっている。経営が成り立つような形で、私共は機器を導入してやっているが、経営責任は、この調整会議も県も負わないので、一般的な数の形だけで検討されると、施設によっては、困難に直面すると思う。

それから更新の時においても、調整会議にかけていただきたいようなニュアンスがガイドラインの中で出ているが、緊急性があり、この機器は駄目という診断をする時に調整会議に間に合わない。経営の問題も必ず関わるので、そのような視点を持っていただきたい。

(議長)

先ほど、こちらからも説明したとおりで、共同利用の方針を作ることまでは示されているが、その具体的などころというのは、まだこれからということなので、次回の調整会議での協議の議題としたい。

(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。

(黒石病院)

今の医師確保の方針というところで、医師の少ない地域を多い地域から医師の確保を図るとあり、トータルの医師数で見ている。各地域で救急医療だとか、担当している施設、そこに携わっている医師がどのくらいなのかという視点を考えていかないと、単純に多いところから少ないところへというようなことでは、上手くいかないと思う。

医師が高齢になっていくと救急には対応できなくなってくるし、医師の年齢構成であるとか、救急を担当している医師の数であるとかという視点の方が大事だと思う。

この全体の医師の数にプラス、そういう視点の調査が必要だと思う。

(議長)

医師確保計画については、地域医療対策協議会での検討ということになっており、今のご意見は協議会の中で検討させていただく。

〇まとめ

(吉田アドバイザー)

今回の資料1で「地域医療構想実現に向けた更なる取り組みについて」が示されたが、これは、明らかに公立病院、公的病院をターゲットとした、国からの叱咤激励というか、イエローカードのようなものだと思う。地域医療構想ワーキンググループ内では、「各地の地域医療構想が遅々として進まない最大要因は、結局は公立・公的病院の取り組みが遅れているからだ」という判断をしているよう。それには、「公立・公的病院に対しては補助金だとか繰り入れなど色々な公金を入れている。だから、国の方針に従うべきだ」というような上意下達的な捉え方もできるが、もう一つ別な見方をすれば、「公立・公的病院に公金を入れているのは地域医療構想を推進するためなのだから」という、国民に対する国のエクスキューズと捉えることもできる。従って、公立・公的病院にとっても、むしろ積極的に構想推進の先頭に立つことが使命なのではないかという議論が成り立つ。

先ほど、説明があったが、今は急性期だとか回復期だとか施設の側が自由裁量で申請しているが、公立・公的病院の場合、今後は、細かなところまで国が立ち入ってくる可能性はきわめて高いと思われる。何故なら国は各施設から毎年提出されている病床機能報告の内容をきっちり把握しているので、申請された診療機能と診療実績を見れば、これでは機能と合っていないとか、こういう風に変えなさいなどということを、具体的に言うことはほぼ間違いないと思われるからである。従って、公立・公的病院においては後手を踏まないように、積極的に先手、先手で構想に対応していく必要があると思っている。

それから、今日、鳴海病院さんとメディカルセンターさんから、慢性期のあるいは療養病床については、今後も、患者さんのニーズがあるので引き続きやりたいというようなお話があったが、資料1のスライドの3番目にあるが、これからの人口構成を考えた場合、急性期の患者が大幅に減り、回復期、慢性期の患者がどんどん増えることは十分予測されるわけ

で、そういったニーズに対して急性期の病床数を回復期、慢性期に振り分けていくというような方向性は正しい対応の仕方なのではないかと思う。

構想の先行きについては、またまだ様子を見なければ何とも言えないし、これに関連した診療報酬改訂の方向性も読み切れないところが沢山ある。民間病院の場合には職員を路頭に迷わせるようなことをするわけにはいかないでしょうから、慎重に構えられることは理解できるが、公的・公立病院の場合は、ある程度リスクを取ることも可能。積極的な展開を期待したいと思っている。

(村上アドバイザー)

国が地域医療構想を推進する理由は、要するに人口も減るし医療費が国家財政を逼迫しているから、医療費を削減して、ベッドを減らして、何とかやっ払いこうと。それが第一の目的である。

全国的に、かなり悩みながら進めているところが多いと思っている。

ただ私共青森県では、弘前大学を中心に今まで何十年もずっと医療を守ってきており、枝葉のごとく、県内全部に医者を送り出してもらってきた。私的病院も公的病院もそこをもう1回振り返って、一緒に弘前大学とやっ払いければ、良い方向へ向かうと考えている。

我々が一番大事なのは県民を大事にすること、県民の病気を治すこと、青森県をしっかり守っていくことであると思う。

もう1つ共同利用の件も同じ境遇や同じ流れで、そういう人的なものが青森県には全てにあるので、「おーい、ちょっとこの患者さん、検査を頼む、CTを頼むよ」といった連携を作っ払いければ、全く問題ないものだと思う。

最後の話として、先ほど、医師確保のガイドライン、医師確保計画について、実は、20年前にこの医局制度を壊したのは厚労省の医政局。それをまたやっ払いこれじゃ駄目だなということで、医局制度と同じように、また人的なものや財産を、十分に活用していこうというのが、今、話があった地域医療対策協議会。この地対協を弘前大学が上手く使うと、元の医局制度と同じように、どんなところにも医者及び医療スタッフを送り出していけるので、そういうことを青森県は考えていきたい。そういう方向で青森県医師会もお手伝いしている。

(弘前市医師会)

今日は、新病院のイメージ図を見せていただき、駐車場が広くて、随分立派な病院ができるということで、改めて嬉しく思った。

全体的な印象であるが、令和7年の津軽地区の回復期病棟は1,244床必要なのに、30年度で508床しかない。これは、必要病床を本当に達成できるのかと思ったが、前回の会議で急性期病床を急性期の1と2に分けて、回復期に回すんじゃないかという雰囲気も話していたので、その流れがもしあるとすれば、お話いただければいいのかなと思う。

あと、本当に津軽地区の救急医療というのは、大変な状況にある。今日の資料を見ると、弘大と国立と市立病院で救急車の受け入れが年間で4,416件、健生病院が1病院で2,065件、3割以上、健生病院が請け負っている。

今、新病院ができて、研修医の先生が一杯入ってきたとしても、365日、24時間対応をやるには、県病クラスの200人前後の医師がいないと絶対できないと思う。

新病院ができたとしても、200人ぐらいの医者が集まるには、少なくとも5年から10年ぐらいかかるのではないかな。

その間、やっぱり健生病院に頼るといえることがあると思う。

我々医師会の先生方が、ちょっと困った患者を健生病院のER外来で本当に素早く受け入れてくれて大変お世話になっている。ベッドがないとか、大変だというのはよく聞くので、新統合病院の医師数がそれ相当の医師数になるまでは、過渡的に健生病院の急性期病床を、5床でも10床でもいいから、増やすのが妥当ではないかなと。地域で働いている医師としてはそう思っている。

それから、先ほどの医療機器の共同利用の件について、必要な時に必要な症例を紹介状を書いて送って、そこから返事をもらうという、現状、良い流れがあるので、現状を踏まえた形でいいのではないかなと思って話を聞いていた。

それと令和7年に在宅医療の需要が相当だと思われる。弘前市、どこでも訪問診療とか訪問看護、一生懸命やっている、特に弘前医師会はしっかりやっている。ただ、訪問看護の看護師が少ないというのが問題点としてあげられているところ。

また、訪問看護、訪問診療で対応する患者の数が増えると、やはり急変する患者も出てくるわけで、そうした場合の受け入れとして、新統合病院ができるので、在宅医療後方支援病院の施設基準を是非取っていただけないだろうかとお願ひしていたが、対象患者は神経難病がまず第一であり、浪岡の国立病院機構青森病院が神経難病を一生懸命やっているの、狭い範囲に2つの病院がそういったことに人材を割くのはもったいないので、その話は取り下げさせていただく。

新しくこの地域医療支援病院の医療機能の中に、在宅医療を提供している医療機関と連携して、救急医療を受け入れる体制の確保等を機能要件として明確化していただければありがたい。