

# 令和元年度 第1回 青森県（西北五地域）地域医療構想調整会議

日 時 令和元年7月9日（火）午後5時～午後6時30分  
場 所 ホテルサンルート五所川原2階「萬葉の間」

## (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

（県薬剤師会）

在宅医療に関して、延べ日数だけがすごく増えているが、看取りに関しては、各地区で格差があると思う。終末期に関しては、在宅だけど看取りができないという部分もあるので、データが出ていないと協議に入っていけない。データ等は取っているのか。

（事務局）

国からのデータ提供があり、必要なデータ等については、準備する方向で検討したい。

## (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

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に基づいて説明、案件ごとに意見交換を行った。

（つがる総合病院）

急性期医療の充実を図ることから、休棟中の病床16床については、高度急性期病床の開設を考えている。ただ配置基準が厳しい中で、医師・看護師等のスタッフの確保が課題。

病院プロフィールシートの中で、この4月から「一般・内視鏡・心血管・呼吸器・乳腺外科」が、「心臓血管外科」、「呼吸器外科」、「乳腺外科」となり、診療科の合計が20科から22科に変更になっている。

（かなぎ病院）

今年度、躯体の調査を行う予定で、その結果を見ながら（建て替え等を）考えなくては

いけない。

(鱒ヶ沢病院)

現在稼働病床数70床のうち24床を地域包括ケア病床への転換を検討中。

休床中の30床は再開予定としているが、平成20年から休床しており再開の見込みはないだろうということで、現在30床削減を検討中。

(慈仁会尾野病院)

資料の2-2の令和7年(2025年)の予定の数値について、病院プロフィールシートと同様、慢性期で24床、一番右端の介護医療院・介護保健施設で残りの77という形で現在考えている。

(白生会胃腸病院)

病院プロフィールシートに記載の方向性については昨年と大きな変更はない。

現在、介護医療院を開設しており、介護医療院の重要性をひしひしと感じている。休床中の病床に関しても、できれば介護医療院に移行したいが、この地域の特有の、看護師・介護士の高齢化並びに確保の難しさが、その辺は県にも考えていただきたい。

(増田病院)

現段階では方向性に変更ない。平成31年1月より、介護療養病床から医療療養病床に4床転換しており、医療療養病床が71床、介護の方が4床である。介護療養病床を別の医療機能に転換できるか検討しているが、マンパワーの不足という点でハードルが高くなっている印象を受けている。

常勤医師4人のうち、2人が青森・弘前在住で、訪問診療も多少やっているが、在宅等に向けた取組が描けない。今のところ、全75床を医療療養病床にする方向で固まっている。

(誠仁会尾野病院)

病院プロフィールシート等、前回とほとんど変わらない。療養病床も265床の内、43床が医療型。222床の介護療養病床を介護医療院に転換しようと努力している。許可が下りれば、新しく改築した介護医療院を含んだ病院となる予定。

(県薬剤師会)

介護医療院に至った経緯を教えてください。

(白生会胃腸病院)

地域的に、介護が必要な方や、1人暮らしで病院でなくてもいいが、手がかかって施設でも中々受入れきれないという方が結構いた中で、是非その受け皿として、介護医療院を稼働している状況。

西北五地域には在宅も普及はしてきているのだが、病院でというニーズもかなりあり、病院でも受け皿を用意せざるを得ない部分があるかと思う。

この地域は、医療側の解釈としては、やはり介護医療のニーズが大分あるのではないかなと感じている。

(吉田アドバイザー)

それに関連した最近の動きとして、まだ具体的な話ではないが、いわゆる終末期患者の看取りについては、専ら慢性期や医療介護院にお任せすることにして、急性期病床では単なる看取りは認めない、というような方向性が示されるのではないかと思っている。簡単に言えば、急性期病床で看取りを行っても、診療報酬上ペイできなくなるようにしてしまう、ということだが、例えば、実績次第で急性期の認定を取り消すとか、入院管理料を減点するとか、やり方はいくらでもある。いずれにせよ、これからは急性期病床を維持することがきわめて難しくなることは間違いないと思っている。

(村上アドバイザー)

今日の資料で一番大事なのは、資料1の2ページ目。ダウンサイジング、あるいはベッドをどうしていくか。自治体のベッドを減らしたらいいか、あるいは今のままでいいのか、医療機関と首長と県とで、それぞれ違う。

それから、補助金等の投入・活用状況。これは私的病院には一切ないもの。職員の人件費を含めた運営の違いが問題になるものと思う。

介護医療院も、はっきり言えば医療費を下げようとしている。療養病床から介護医療院への転換が行われているが、実際に患者や高齢な方々が安全に面倒をみていけるのかどうか、あるいは職員がとても勤めきれなくなってしまうのではないかと。そういうところを不安視しながら介護医療院を見ている。

一般病棟から療養病棟になった時もそうだが、その辺を、この会議で普段から連携を持ちながら、自治体の厳しい状態をご相談いただければありがたい。

県医師会でも介護医療院にして本当に安全なのかどうか、点数を下げられて大変なことになり、患者に迷惑がかかるのではないのか等を見ている。本当に全部介護医療院でいいのかどうか、その辺の相談をしながら青森県の地域の安全を一番良い方向に持って行きたい。

### 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。

(村上アドバイザー)

外来医師の多数区域は青森県にはないと説明があり一安心したところ。

外来医療計画と言っているが、要するに医師の開業に歯止めを掛けるかどうかという問題であるが、青森ではないと。CT等の医療機器を共有して、できるだけ経済的に効率的にいかうということだが、だいたい診療報酬も介護報酬も下げられてきているので、そういう超高価な医療の機材をそれぞれが購入して開業をするということも、今はほとんど無くなっている。調剤薬局・その他訪問看護など全てに影響してくるので、ご配慮をお願いしたい。

(西北五医師会)

外来医療計画は、開業医の1人として非常に興味のある話題である。

この地域は多数区域ではないが、医師の偏在、さらには開業医等も減ってきている。青森県内の都市部も含め、医師の年齢分布、診療所の年齢分布が、現状どうなっているかも非常に参考になると思うので、資料を出して頂きたい。

他の地域と比べて、例えばこの地域の医者年齢がどうなっているか、今後の救急医療や在宅医療に関わってくる問題だと思う。

(事務局)

年齢分布の資料に関しては、国の方である程度のものが出ているので、うまく組み合わせると県内の状況がある程度分かるように事務局の方で工夫をさせていただきたい。

(県薬剤師会)

特養での嘱託医をやってくれる方がなかなかいない。その辺も含め、トータルで外来医療計画の中で検討されるのか。

(事務局)

二次医療圏ごとにどのような外来機能が不足しているか、この調整会議を協議の場としている。

どういう数値を用いるか等、まだ十分なデータを持っていないので、本日いただいた意見等も踏まえて国にも確認しつつ、精査をしながら進めたい。

(北五歯科医師会)

歯科医師会の方も、近年、訪問診療を行う先生が増えており、歯科医師会としても訪問診療等の実績、進捗状況などの資料があれば是非参考にしたい。

(県看護協会)

協会では在宅に関して、訪問看護師が今不足しているので、人材を確保・育成をすることに取り組んでいる。eラーニングも含め、訪問看護師の養成を行っている。

西北五支部としては、地域に根ざした看護師たちの活動があまり知られていないので、今年度いろいろ検討を重ねて、来年の総会の時に西北五支部における各施設、医療機関等で行っている地域活動についての実践報告会を検討している。会員の方々も地域医療や地域医療構想についての理解を深めて、在宅医療とか訪問看護診療を担っていただければと考えている。

### (3)その他

#### ①基金を活用した補助制度

#### ②医師確保計画

事務局から、①、②について参考3、参考4に基づいて説明。

### ○まとめ

(吉田アドバイザー)

地域医療構想が示されて以来、各地で様々な取り組みがなされているが、この辺りで大きな山場に差し掛かっているように思えてならない。資料1のターゲットは明らかに公立・公的病院だが、公立病院について言えば、新公立病院改革プランなどで「地域医療構想に積極的に取り組むこと」と指示されているにも拘わらず、実際には病床機能の転換などは全くといっていいほど進んでいない。このため、総務省筋も厚労省筋も相当苛立っており、資料1の3頁目にあるようにワーキンググループが評価をするということも書かれており、ある日突然、土足で踏み込んで来るような状況になるのではないかと危惧している。

また、西北五地域の場合、自治体病院の統廃合は既に終了しているので、もうすることはないように思われるかもしれないが、実は、広域連合の中で、「各施設が具体的にどういう機能分担をするのか」ということについて言えば、病床機能上では余り明確ではないし、「広域連合として働き方改革にどう対応するか」というような新たな問題も出て来ている。働き方改革については既にご存知と思うが、国からは応召義務よりも労基を優先するという方針が明確に示されており、「超勤が年間1860時間を越えた場合には一切の診療行為をしてはならない」とされている。

こうなってしまうと、医師が数人というような小規模病院では急性期を担うということ自体が無理ということになる。津軽総合病院では診療科が増え、医師も増えてはきているが、それでも病院の体力に限界が来れば、残業を賄いきれない、あるいは救急診療に支障を来す、といった状況に陥るかもしれない。広域連合全体で超勤の管理を行うとか、互いの病院を行き来できるようにするといった、弾力的な運用が必要になるかもしれない。

ということで医師確保が生命線ということになるのだが、最近公表された医師偏在指数

は将来の人口動態を勘案しているので、人口減少地域では医師不足が顕在化されない可能性がある。つまり、過疎化が進めば医師不足は解消されるという馬鹿な話が罷り通ってしまう。西北五地域も人口減少が顕著なので、数字上は医師不足が見えにくくなっている。こうした数字に踊らされるのではなく、地域全体で、どう診療機能の折り合いをつけていくのか、これからの勝負になろうかと思っている。

(西北五医師会)

2025年の必要病床数について、必要病床ありきでそれに近づけていこうという流れはあまり作っていただきたくない。

必要病床数がこういう形で減っていくと、やはりそこを補うための在宅医療を今後、地域医療を担う我々、医師または介護に携わっている者がどう取り組むのかが非常に大事になる。そういった関係で、外来医療計画が出てきたのではないかと理解している。

医師の偏在指標に関しては、単に人口10万人あたりの医者数ではなくて、指数が出ているが、例えば全国の人口推計では2025年になると人口は11万、子どもは1万人を切る。これがもっと先につながるとのこと。そうすると、その時点で医者がどの程度必要なのか、実際この地区に必要なのかというのは、やはり、その地区によって違うのではないかなという印象を持っている。