

令和元年度 第1回 青森県（下北地域）地域医療構想調整会議

日 時 令和元年7月16日（火）午後5時～午後6時10分
場 所 むつグランドホテル1階「別館ホール」

(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

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。

(むつ総合病院)

当院では地域包括ケア病棟を開設し、現在稼働中であり、回復期病床が増えて急性期が減となっている。

今後の展望としては、概ね5年後を目途に、病棟を建て替える計画があるので、病棟建て替えの時期に一致させて、もう少し回復期病床を増やして、急性期病床を若干減らす予定だが、具体的にどの程度減らす等に関してはこれから院内で論議していく。

昨年、病院の機能評価をした結果、これからおそらく10年から15年の間は患者、総数、特に救急患者数はむしろ増えることが予測されており、今、急激にベッド数を減らすということは現実にはそぐわない可能性が高いと判断している。全体のベッド数としてはそんなに大きな変化はなく、多少減少する程度と考えている。

また、当院は弘前大学と提携をして、地域の寄附講座を開設している。これにより徐々に、地域枠の先生など多くのドクターが来ていただける環境に変えていこうとしている。病院内の医療機能そのものを充実させ、また同時にへき地の中核病院という本来の役割を果たすためにも、下北医療センター内の他の診療所や病院ともっと密接に連携をしていくことを考えている。

(むつリハビリテーション病院)

むつ下北医師会の指定管理のもとに当院が運営されている。2024年3月末までに介

護療養病床40床の取扱いをどうするかを、運営している医師会と協議をしながらなるべく早く決定をしたい。

現在、病床稼働率、利用率、これが90%を超えており、病床を頼っている方が多くいるため、120床をなるべく減らさない方向、全体的に減らさない方向でいけたらと思っている。

(大間病院)

当院の現状について、病床の稼働率、報告では62.9%だが、昨年度または本年度の4・5・6月の数字を見ても、70%少しとなっている。そのくらいであれば病床も減らせるかと思うが、冬期などは、満床になることも少なくない。手術が必要な患者に関してはむつ総合病院や函館の方に紹介することもあり、それ以外の急性期の患者に関してはできる限り当院でとなる。むつまで1時間、函館も90分かかるが、フェリーが止まったりすると、手術が不要な急性期は当院が診なければいけないという役目を考えると、トータルの病床に関しては減らせないかと考えている。

現在、実際に回復期にあたる患者は、大体4人から、多くて10人くらい。包括ケア病棟に変えるにはかなり大規模な工事が必要で、コンサルの試算で1億7千万円ぐらいの費用が必要となる。将来的には4床から8床ぐらい回復期へ転換する検討は必要かと思うが、今のところ病床を減らせる状況ではない。

また、医師が今6人で、病床や人口を考えれば多少医師は充足しているので、定期的に在宅の訪問診療等を行っており、看取りに関してもこれからどんどん必要となってくるので、訪問診療に力を入れている。

しかし、医師は十分でも看護師が定年退職等でかなり人数が減っているので、看護師がいなくなると訪問診療、訪問看護等をこれ以上増やせなくなる。看護師があと数年で数人減ることを考えると、訪問診療等を少し縮小しなければならず、看取り等の患者をさらに受け入れることを考えると、病床が必要ではないかと考えている。

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。

(むつ下北医師会)

地域医療構想では、2025年頃までに在宅が167人増えるということで、今、医療機関はどのように在宅医療を担っていくか大変な問題になってきている。医療機関のドクターも高齢化が進んでいるので、例えば24時間診れるような体制をどうするかとか、様々な問題がこれから出てくる。

ベッド数にも絡んでくるが、看取りを在宅でといってもできない場合もあるので、今、むつ病院の新病棟の計画が2025年頃までに決まるとのことだが、このとおりのベッド数

で本当にいいものなのかどうか。むつ下北地域の地理的条件もあるので、ある程度はここで完結しなくてはいけないということもあると思う。ベッド数についてはむつ病院と相談をさせていただきたい。

(むつ下北歯科医師会)

県歯科医師会との話し合いの中で在宅医療を積極的に進めるとしているが、在宅の歯科診療をどういうイメージで捉えているのか。資料にある基金実績では、歯科の補助金が40件程度あるが、本当に歯を削ってバキュームからすべてできる装置を準備する先生と、普通に入れ歯等の調整のための機器の補助を申し込んでいる先生とに分かれており、かなり幅がある。訪問診療のいろんなケースによって自分が必要なものを用意していると思うので、それに対して画一的にどういうことをすると思っているとすれば、方向性が違う。

歯科医師の数だけを見ると確かに31人下北にはいるが、そのうち実際、診療をしていない先生や自治体病院の先生もいるので、訪問診療ができる先生はこれの何分の1かであり、その中で自分の病院をある程度コントロールしながら訪問診療を行う先生の数はかなり少ないと思う。

簡単に統計だけを採って、補助したから、実際に訪問診療ができるとは思ってほしくない。少ない数の中で、自分の診療所を閉めて訪問診療というのは難しいので、その辺の調整が必要。

例えば、本当に必要な人を選別するとか、車いすでも診療所まで連れてきてもらえばいいので、訪問診療ありきではなく、まずかかりつけの歯科医院に本人を連れて行って、現状を把握した上で何が必要かを判断するなど。

こういうものを与えたからやりなさいと言われると尻込みするというのが現状と思う。

(事務局)

忙しい中で何とかやりくりをして在宅の方に対応をしていただいております、県としては少しでも維持できるとか、少しでも患者の便利を図っていただくよう補助を行っているところ。医師が少ない地域での課題も踏まえながら、引き続き検討していく。

(県薬剤師会)

これから2025年に向けて160床減ということで、その人数が丸々在宅医療になって、訪問薬剤管理指導が行われるわけではないと思うが、ベッド数を減らしたから、あとはお願いしますでは、我々薬剤師会、薬局の方もなかなか厳しいところがあると思う。

薬剤師も高齢化が進んでおり、半分以上は2025年には仕事をしてるかわからないということがあるので、県には、今後どうしていくべきであるかを踏まえバックアップしていただきたい。

(県看護協会)

県看護協会の2019年度の重点政策の1つとして、地域包括ケアにおける看護提供体制の構築として、在宅に向けて、訪問看護師倍増対策の推進などを取り上げて、今年度実施予定。その他には地域包括ケアを担う人材の確保や、看護機能連携システム構築などを掲げているが、下北支部は、八戸や青森と比べると人材がかなり少ない。

国や県の政策は分かるが、下北支部、下北特有の地理的条件や医師が少ない現状にあるので、下北支部のみで行える何かしらの対策が必要なのではないか。医師が担うべきところも他の人材でできないかという話は、今、下北支部で行っているもので、そういった検討をしていただければと思っている。

(議長)

特にこの下北地域では、薬剤師、歯科医師、看護師など全ての職種の人材を集められずに、医療の機能自体も不足している特有の事情があるので、確かに病院のベッドを減らして、その分、在宅でというような、全国で言われているような議論、論理で対策を進めるといのはなかなか難しいということは理解している。

そうした背景を踏まえた上で今後の下北をどうやっていくかということは考えていかなければいけないと思う。

(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)

本日の会議に参加させて頂き、この地の医療をめぐる状況に、かなりの衝撃を受け、その内容の厳しさを痛いほど感じる事ができた。

資料1の「地域医療構想の実現に向けたさらなる取り組みについて」は、全国の公的・公立病院に向けた国からのメッセージということになるが、下北地域では厳しい地理的条件もあって民間施設が限られており、ほぼ全てを公立病院でやるしかない。それに、医療機関の数も限られているので、連携は必須だし、臨機応変に連携しながら、皆でとにかく生き延びようという図式になっている。これこそ、公立病院の存在意義というか、その最たるものなのだろうと思う。

とは言え、存在しているだけで意味があるというようなことだけではなく、前もって準備をしておいた方が良いと思われることも何点かは指摘できると思う。一つは急性期病床の取り扱い。国では急性期病床の削減を謳っており、急性期病床の診療内容については、平均

在院日数や看護必要度など、現在よりもさらにきめ細かく制限をかけてくることが予想されている。恐らくだが、今後は診療報酬改定を重ねる度に、急性期病床では在院日数が2週間以内とか、さらには10日以内というような厳しい枠をかけてくることは十分予想される。従って、急性期患者であっても入院が長引けば回復期病床を、また、看取りまで進むようであれば慢性期病床へとといった受け皿を、院内あるいは連携施設に用意しておくことが必須になるかと思う。そうしないと、診療収入的にも大きなダメージを与えることになりかねない。

また、先ほど看取りのところで、むつ市内であれば在宅支援は可能だが、そこを外れると距離的に難しくなるとのことだが、そうであれば看取りのための病床をどこかに用意したり、施設看取りをさらに進めたりしておくというような対応も必要になるように思える。特に、最近では急性期病床での看取りを止めさせようという動きもあるようで、つまり、急性期病床で看取ってもお金にならないようにしようということなのだが、そうなると、むつ総合病院の敷地中にも何床かの慢性期病床を抱えざるを得なくなるかもしれない。

お話を伺っていて、このような地で医療を続けていることは、むしろ奇跡に近いと思ってしまうが、さらに鞭打つような話が持ち上がってきた。それは医師の働き方改革。超勤が年間1,860時間以上を越えれば、一切の診療行為を止めなければならない。国からは応召義務よりも労基が優先するという判断が既に出されている。下北地域では医療施設に限られているので、各施設には患者が殺到しているでしょうから、医師が居ても診療が止まってしまう、というような事態も十分に想定される。地域医療構想とは少し離れるが、全県的な視野にたった医師の連携あるいは医師の派遣といった協力体制を、この数年以内に構築するというようなプランニングも大事なことではないかと思ったところ。

いずれにしても、日夜奮闘されている現状を目の当たりにさせて頂き、大変勉強になりました。頑張ってください。

(村上アドバイザー)

この地域はむつ総合病院の橋爪先生を柱に周りの医療機関と医師会が一緒になってやっていく、そういう形が一番いいと思う。

その中で、先ほど橋爪先生から、380ベッドの中の60ベッドを地域包括ケア病床へ転換するとの話があったが、回復期もリハにしても、あるいは療養ベッドにしても、転換してしまうと急性期病床に戻すのが難しくなる。検査その他も受け入れられる状況で地域包括ケアのベッドは、他の医療機関や介護施設からの受け皿として活用しやすいんだろうと思う。