

令和元年度第2回青森県（西北五地域）地域医療構想調整会議

日 時：令和2年1月22日（水）午後4時～

場 所：プラザマリユウ五所川原 1階「シャーロット」

（1）報告事項

①令和元年度病床機能報告の速報値

事務局から、①について資料1-1、1-2に基づいて説明。

（青森県薬剤師会）

必要病床数の中で、介護医療院への転換が在宅医療等にカウントされることに対しての介護保険との整合性について教えていただきたい。

また、青森県は更に人口減少が続くものとするが、県として減少率を踏まえて進めていくということか。

（事務局）

介護医療院の数については、市町村で定める介護保険事業計画において整理していくことになっている。

市町村は各病院に対して、将来の介護医療院等と介護施設への転換の希望を確認した上で介護保険事業計画を策定しており、医療機関からの転換についても、各市町村の介護保険事業計画に盛り込まれている。

地域医療構想と介護保険事業計画については、計画を策定する段階で、介護保険施設への転換も含まれる「在宅医療等」の部分について、お互いに数字のすり合わせをして整合性を図り連携している。介護保険事業計画は、来年度見直しのタイミングになっていて、その中で更なる政策や、各医療機関の動きを確認した上で、修正がある場合に医療計画の方に反映させるなど整合を図りつつ、地域医療の実態等も見ながら進めていくことになる。

必要病床数に関しては、平成28年3月に地域医療構想を策定した時点の人口減少率が反映されている。場合によっては人口減少がその当時よりもっと進む可能性がある。

国から、必要病床数の再計算の指示はないが、必要病床数に限らず、今後いろいろな見直しの中で、新しい人口推計や高齢化率等も見ながら進めていかなければならない。

（白生会胃腸病院）

令和7年の必要病床数と、予定病床数を比べると、急性期の374と270の差、回復期の180と246の差は、広域連合の病院がどのように変わるかという問題。特に、つが

る総合病院では、今ある急性期を減らした場合に救急医療が成り立つのかという問題があると思うが、その辺はどのように考えているのか。

(事務局)

病床機能報告は、病棟ごとに報告するのが今のルールになっており、病床機能報告の仕組みが必ずしも実態にマッチしていないという話も出ている。

必要病床数804床を絶対下回らなければいけないとか、急性期の374を270にすることに今のところ、それほど労力をかける必要はないと認識している。令和7年の地域医療構想の終期に向けて、国から評価の仕方というのが出てくると思うので、それを見ながら、また議論をさせていただきたい。

(2) 協議事項

①公立・公的医療機関の具体的対応方針の再検証について

事務局から、①について資料2-1、2-2、2-3に基づいて説明。

(西北五医師会)

民間医療機関のデータに関して、県では公表はしない方針ということでよろしいか。

こういう公表のされ方をすると、やはり一般の住民の方にとっては、良い病院、悪い病院といった受け取り方をされるので、県では公表しないという確約があるのかどうか確認したい。

(事務局)

御意見を踏まえしっかりと慎重に対応したい。

なお、民間医療機関のデータについて、国では、「診療実績について特に少ない」、「類似かつ近接」などの評価は行わないと言っている。

また、今、県に届いているデータは、基本的にこういった民間医療機関を評価するデータではなく、これまでの調整会議で提供している、例えば、手術を何件やっているとか、既に皆様に共有しているデータが殆どである。

②病院プロフィールシートについて

(つがる西北五広域連合)

広域連合としては、病床機能として、回復期と急性期を担うということと、2025年に向けては、ある程度急性期から回復期への病床機能の転換を図る必要があるだろうと考えている。

病床数については、機能再編成の際に調整済であり、数としては微調整で済むと考えてい

る。

(つがる総合病院)

一般病床数390床、急性期病床374床、休棟中が16床。8病棟の急性期と1病棟の回復期で報告している。

手術の年間件数は、この4月から消化器外科の常勤の先生がきたので、もう少し増えている。全身麻酔件数についても、もう少し多い件数ができると考えている。

救急告示病院として、救急車の受入件数が月平均250件、年間3,000件を超える状況。

将来的には、圏域の中核病院として、急性期の必要病床数を確保しつつ、地域包括ケア病棟の更なる活用と、回復期の機能強化を検討しているところ。

診療科は、これまでの一般外科を心臓外科、外科、呼吸器外科、乳腺外科に新たに細分化したことによって22科に増えている。

(かなぎ病院)

病床数は、100から60へ回復期を中心にダウンサイジングを行う計画。

病床利用率が大体80%をキープしていて、現在、病床数100に対し80人の利用があるので、令和7年60床に向けては、20床ぐらい減少しないと追いつかない。

施設の老朽化があり、躯体調査結果では、建て替えの検討も必要となっているので、令和7年に向けてどのような形が良いのか現在検討している。

当病院の現状としては、急性期治療後の入院と地域住民に対する初期救急を提供している。回復期医療を中心として手厚いリハビリテーションによる在宅復帰機能、地域診療所、介護施設と連携している。

また、診療訪問看護などの在宅の医療にも力を入れている。

(鱒ヶ沢病院)

現在、一般病床が100床、急性期70、休棟中の病床が30で、将来は、一般病床70で回復期を60、休床を10とする予定。

手術は、年間222件、そのうち、全身麻酔の手術は70件。救急告示病院として年間457件、月38件の救急車を受入れている。

平均在院日数は19.9日と前回報告よりも延びてきている。病床利用率は54.4%、病床稼働率は57.3%で、休床を含む100床での計算となっている。

主な紹介元医療機関は、サテライト病院ということで、つがる市民病院、深浦町診療所、あじがさわクリニック等からの紹介。

紹介先の医療機関としては、弘前大学病院、つがる総合病院、脳卒中センターとなっている。

当院の現状として、主に内科、外科、整形外科疾患に対する手術を含めた急性期医療を提供していて、入院患者の高齢化とともに在院日数が長期になってきている。

より高度な急性期医療を要する患者は、当院地域内の中核病院であるつがる総合病院や弘大の病院などに紹介しており、後方支援病院として位置づけられている。

弘大から医師応援を受けて、当地区にない眼科、耳鼻咽喉科、小児科の診療を行っていて、特に眼科については、白内障の手術を週2回実施している。

現在の病院機能報告では、全て急性期として報告しているが、回復期相当の入院患者も増えてきており、今後も回復期の医療需要の増加が見込まれることから、次年度に地域包括ケア病床24床の導入に向けて、現在、実績を作っている状況。

休床の30床に関しては、これまでの入院患者数や今後の人口減少などを考慮し、今年度中に30床削減する予定。

当院も昭和56年10月の移転新築であり、今年度、建物の躯体調査の結果、多数の劣化箇所が指摘された。

退院支援については、今年度、地域連携室に社会福祉士を配置して、より退院計画をしっかりと立てていくという状況。

へき地診療については、現在、鱈ヶ沢町4地区は11名、深浦町は4名に対して行っている。

看取りについては、患者の求めに応じて対応している。

(慈仁会尾野病院)

介護療養病床、全て101床で運営しているが、医療療養病床と介護医療院の方に転換していくことで考えている。

介護療養病床の廃止があと4年ほどであり、それまでには転換を進めていかななくてはならない。

当院の場合は、現時点でもう既に介護保険のみのベッド、介護療養で運営しているので、引き続き介護医療院と、少し医療療養病床へ転換する予定で考えている。

(白生会胃腸病院)

前回から大きな変更はない。

医療的には、透析療法あり、高齢者の骨変形性疾患への対応や、健診、訪問看護にも参加したいと思っている。病床的にも前回と同様に療養病床を維持しながら、一部は介護医療院に転換したいと考えている。

ただ、介護スタッフの確保が大変難しい状況にあるので、その辺は流動的である。

(済生堂増田病院)

当院は、療養病床75床、内訳は医療療養病床が71床、介護療養病床が4床で運営して

いる。

末期がん及び老衰の患者の看取りが平成26年、年間60人であったが、大体平均毎年100人前後と増加傾向にある。

弘前大学附属病院から呼吸器の先生が週2回、各半日来ていただき外来を開設しており、その月に数名の転院患者もいる。

当院の未来像は、残る介護療養病床4床の転換については、どのような医療機能を持たせるか。例えば、地域包括ケア病床あるいは回復期リハなど、当該地域のニーズに合致して、また他の医療機関との連携を図りつつ様々なことを踏まえながら検討していきたい。

本来であれば、75床全てを医療療養病床にと考えているが、他の方法があれば、そちらに転換することも今後考えていきたい。

当法人で運営している住宅型の有料老人ホーム42床では、訪問看護、居宅介護支援事業、並びにデイサービスと訪問介護が併設していて、当院からの患者、介護療養病床にいる必要度の高い方を多く受け入れており、ニーズがあるので、これからも積極的にニーズに応えていきたい。

(誠仁会尾野病院)

医療療養病床が43床、介護療養病床が222床で、この介護療養病床は、経過措置の病床になるので、将来的には介護医療院I型へ転換予定。

また、当院は建築50年以上経過しているもので、令和3年3月末までには新病院を新築建て替えし、その後介護医療院への転換を考えている。

(青森県薬剤師会)

必要病床数について、結局、広域連合の3病院が急性期や回復期をどうしていくかが一番の問題になると思うが、県としては広域連合と協議していくということか。

(事務局)

概ね、そのとおり。

③地域医療構想の実現に向けた国の補助制度等について

事務局から、③について資料4-1、4-2に基づいて説明。

④青森県外来医療計画素案について

事務局から、④について資料5-1、5-2、5-3に基づいて説明。

(議長)

今後、各地域での調整会議終了後にパブリックコメント等を実施した上で、本計画案を県

医療審議会に諮ることを予定している。本日いただいたご意見を踏まえて本計画の成案に向けた今後の調整につきましては事務局に一任させていただきたい。

(3) その他

①青森県医師確保計画（案）の概要について

②医師の働き方改革への対応について

事務局から、①について資料6、②について資料7に基づいて説明。

○まとめ

(吉田アドバイザー)

西北五地域の素晴らしい進捗状況に驚かされた。病床数についてはほとんどゴールに近いところまで姿が見えていて、あとは機能分担の微調整を残すだけという風に思える。

ということで、地域医療構想の数合わせについては一段落でよいと思うが、問題は医師の働き方改革の行方で、今やこれが最大のピンチになりつつある。たとえば、夜間診療や救急車の受け入れについては全て時間外勤務の対象となり、当直対応では許されなくなる。従って、医療資源の乏しい施設では、恐らくこれまでの様な時間外の営業ができなくなるだろう。そうすると、心配なのはつがる総合病院で、西北五地域全域にわたる救急対応を一手に引き受けざるを得なくなる。これに耐えられるだけの医師を用意するとなると、時間外勤務の上限のこともあり、相当な数に昇るだろうと思われる。広域連合の医師達の動員を含めた医師確保対策はもとより、大学や県病との救急分担など、構想区域外との連携も想定した方策が必要になるだろう。また、働き方改革を推進するには、医師のワークシェア、タスクシフティング等が求められるが、人手が元々ないところであったり、余分なお金をかけられなかったり、という状況では、生産性を上げろと言われても、その手立てさえないということになってしまう。その辺を含めて経営的な視点からも、もう一度この構想を再評価しておいた方がよいと思う。

介護医療院の話だが、適正規模がどれ位あるべきなのかというのは確かによく分からないが、一般的に言えば、青森県では老人介護施設の入所待ちがゼロという状況なので、施設数自体は現時点でほぼ充足しているのでしょうか。しかし、介護医療院が介護と医療とを両立できるということを考えると、現在の介護施設とは一味も二味も違ったサービスが期待できるわけで、介護保険としてのお金は大変かもしれないが、そういった施設が他の地域よりも沢山あるということは、逆に言うと、今を元気で過ごされている老人の方々にとって、大きな安心感に繋がってくる。加えて、慢性疾患の治療や看取りもして貰えるとなれば、全体として介護のクオリティが上がるということにも繋がるので、これからの超高齢化社会にとっては大変良いことなのではないかと思う。最近、医療側からの批判として、介護医療院の回転率の悪さが指摘されているが、確かに、居心地の良い介護医療院では亡くなられるまで入院されるだろうから、新規入院希望者が列をなすという事態も容易に想像できる。そう

であるならば、多過ぎるように見えることは、むしろ丁度良いということなのかもしれない。

基金による支援策の説明にもあったが、かなぎ病院も鱒ヶ沢病院も 10%以上の病床削減を予定しているので、立派に支援の対象となる。そういったお金をどうやって取っていくかということも、これからの大事な課題になると思うし、地域医療構想については県内で最も先進的に取り組んで頂いている地域なので、良い前例を沢山作って頂いて、構想を実現することでこんなに良いことがあったと、他の地域の人達にも示して頂ければと思う。

(西北五医師会)

機能報告の速報値では、思った以上に西北五地区は、令和7年度の予定病床数がそれなりに近づいていっているのではないかと思う。

ただ、強いて言えば、やはり急性期がもう少し減って、回復期がもう少し増えればいいのではと思う。

このことを整えるためには、やはり医師の働き方の改革との関わりも非常に重要になってくるのではないか。

外来医療計画素案に関して、結局、この4機能の分類以外の在宅医療をどう外来で担うかということを考え、素案をしっかりと作る必要があると理解している。

ただ、それぞれの個々の医師の独自性に任せていたのであっては、人の流れは動かないのではないかと思う。

やはり、それなりに医師の過疎地域に少し人を動かしたいとか、調整したいとするのであれば、例えば、そこに行く人の税制を優遇するとか何らかの金銭的なインセンティブみたいなものがないと人は動かないのではないかと思う。