

平成30年度第1回地域医療構想調整会議の開催の概要について

1 大館・鹿角地域医療構想調整会議：平成30年10月11日（木）

◎主な意見等について

- 高度急性期は点数の区分。高度急性期に特化した病床を作るかという点非現実的。
(→通常は急性期病棟でも、高度急性期の患者の対応をしている。)
- 有床診では看護師の確保が難しく、その関係で入院を受け入れできない。
- 特養やショートステイにいる人もいれば、介護医療院・療養病床に向いている人もおり、どうマッチングしていくか。病床数が減っていくことは理解できるが、医療と介護の調整が課題である。
- 大館市内ではショートステイは増えている。特養でも医療ニーズが高い方が増えており、特養がいいのか療養病床がいいのか区別が難しい。適切に調整してもらえれば非常に良い。
- 病院の統合にはイニシアチブが必要である。このまま全部の病院が小さくなっていても意味が無いのではないか。
(→設置者の意向が重要である。設置者同士や地域での機運の醸成があれば、県でも必要な調整は可能かと思う。人口減少に伴う患者の減少が大前提にある。このままの医療提供体制でいいのか、提供できていない医療機能をどうするのか、2つを同時にクリアすることは難しいが、議論していかないといけない問題である。)
- 病床数は時間とともにそれなりの数字になる。4機能の分け方も秋田市はいいかしのれないが、他の地域ではどうなのかと思う。将来の医療従事者の数によって、行き着くところに行く。現状が大事であって将来を決める。医師の確保が重要である。
(→議論し合うことで、現状追認では無く、議論の中でコントロールできることもある。現実対応できない問題もあるが、地域の中の最適解を探していきたい。)
- 医師の偏在がある。今まで是正できていないので、県の方でも今までにはないやり方をしないといけない。
- 大きな病院で医師を育てないといけない。次の世代を育てる大きな病院を作るのがこの会議であると思う。

2 由利本荘・にかほ地域医療構想調整会議：平成30年10月12日（金）

◎会議内容

- 課題は、医師の不足、医師の高齢化。
- 有床診療所は、県内では減少している。この地域は、休床している診療所が多い。有床診療所の継承や新規開業をしないと減っていくことが課題である。
- 休床している病棟の理由は、看護師の確保が十分でないからである。
- 高度急性期の不足はどうやって確保するか。

(→ICU以外の高度急性期の患者は、急性期病棟で対応している。報告が病棟単位なので急性期となっている。高度急性期と急性期を合わせて考えるのが適当と思われる。)

3 大仙・仙北地域医療構想調整会議：平成30年10月22日(月)

◎会議内容

- 人口減少によって、急性期病床の利用者数が減少すれば病棟削減を検討する。
- 医師が確保できるかが問題。
- 有床診療所では入院が必要な患者は減少している。ショートステイ等の施設も充実しており、入院の必要性が無くなってきている。
- 今後、各病院においてはマンパワー不足が問題となるのではないかと考える。当地域では現段階のニーズが保たれれば、将来も現在の病床数保つことができるのではないかと考える。当地域では以前t-PA 静注療法は行っていなかったが、技術を持った医師が赴任したことで行えるようになった。病床数も重要であるが、医師の確保も大切である。
- 国では高度急性期・急性期のデータをたくさん持っている。今後を考えると、この有り様を考えていかないといけないことである。将来の渡り、住民のために医療を提供していくためには今からしっかり議論していかないといけない。
- 脳血管疾患に対しては対応できるが、心筋梗塞の流出はやむを得ない。平鹿総合と大曲厚生は車で30分程しか離れていない。いつまでも二つの病院が同じ機能、同じ設備をもつ必要はなく、どちらか片方を持っていれば十分でないか。横手、湯沢・雄勝地域を含めて関係性を検討する必要があると思われる。

4 横手地域医療構想調整会議：平成30年10月23日(火)

◎会議内容

- 2035年くらいまでは、人口は減るが医療需要は大きな減少は無いと思っている。また、主要疾病は医療圏内で完結しており流入も多い。3つの病院が協同しながら医療を提供している。病床数はこのまま維持していくと考えている。
- 肺炎や骨折等が急性期となっており、心筋梗塞・くも膜下・消化器がんは、平鹿総合と市立横手で対応している。
- 機能分担・役割分担ができてきている。救急では3病院ともに受け入れており、大仙からも湯沢からも搬送がある。横手地域の救急は約95%市内で対応できている。
- 何を基準に4機能に分けているのか見えてこない。慢性期病床の不足は、介護施設や在宅医療をどのように評価するか。数合わせになっている。療養病床の流出原因は、リハセンである。リハセンを除くとほとんど流出は無い。リハセンの機能をどのように考えているか。介護施設は職員不足。ショートステイでも受け入れできない。人材確保が重要である。(→4機能は医療投入資源量で分けている。高度急性期と急性期は合わせて見て欲しい。リハセンを含めれば、県南地域では足りているとも見ることはできる。医療療養病床・介護療養病床・老健はきれいに分かれるものではなく、混在しているものと思われる。)
- 病棟単位の報告なので1つの機能として選択されるので、実態とは一致していない。国は医療費の削減が目的だと思うが、それでは病院が成り立たない。困るのは住民。実情に合

った急性期と在宅医療を考えることが大事である。

- 高度急性期は10床。97床の根拠が妥当かどうか。
(→全国一律の推計方法で機械的に出てくるもの。現実として地域で対応できているのであれば97床にこだわるものではない。)
- 市立大森、平鹿総合と連携して看取りをしている。介護職員不足で受入を制限しているところもある。医療との連携、人材不足もあって特養でどこまでできるか。人材確保が課題である。介護スタッフは不足している。ハローワークで募集しても来ない。
- 2025年は、3病院の医師は高齢化する。専門医制度でどのようにして医師を確保するか。働き方改革を遂行していくと医師が足りなくなり、救急もできなくなる。これは絵に描いた餅であって、県もよく考えて欲しい。
- なぜ医師の確保ができないのか。10年後、常勤医が10人減ることになる。医師の偏在、診療科の偏在、医師の確保をもっと頑張ってもらいたい。
- 病棟では無く、県独自の病床報告を各病院に依頼すればいいのではないか。
(→県独自の病床報告は、病院負担が大きすぎる。今後、負担無く調査できるか、病床機能のカウントの方法など、専門部会で協議したい。)
- 基金でどのような事業に活用できるか事例を出して欲しい。自己負担はどのくらいなのか分からないといけない。
- データ分析や調査は、医務薬事課だけでは無理である。国はビックデータを解析して、示すべき。国に要望して欲しい。

5 北秋田地域医療構想調整会議：平成30年10月25日（木）

◎会議内容

- 秋田市へ療養病床の患者が流出しているのは、平成28年に当院が療養病床を廃止したからである。療養病床が無くなると、介護施設や在宅に移行すると思われるが。
- 不足している医療機能は、今後整備するか、他の圏域との連携を図って医療需要に対応する。政策医療は今後も継続する。地域医療連携センターを設置して、在宅医療にも取り組んでいる。休床している病棟は指定管理者と継続して協議していく。
- 阿仁・米内沢・合川と診療所があり連携している。問題は医師の高齢化となっている。
- 流出している患者は多い。約4割。医師は増えているが、脳血管疾患は不十分なので流出している。がんは、診療病院の指定を受けたので増える見込みはある。医師を充足させる。患者は高齢者数が多く、2025年はあまり減らないので、需要は変わらない。機能が充実できれば再稼働の可能性はある。
- 人口推移は75歳以上の高齢者は変わらない。H37の必要量が極端に減ることは考えられない。病床機能報告と推計には極端な差がある。
(→流出が減れば増えることはあるが、流出が多いので病床数は少なくなる。)
- 介護施設と病院の連携はスムーズにしている。北秋田市は、昔から福祉サービスはよくやっている。困っているケース、難しい事例は無いと思う。

6 能代・山本地域医療構想調整会議：平成30年11月1日（木）

◎会議内容

- 肺がんは医師会病院で対応しているが、がん拠点病院は能代厚生となっている。地域の医療の実態を見ていないものである。
(→昨年度の医療計画策定時、各地域の課題を検討した。この地域は、がんは2つの病院で診療しており、集学的医療を行う上で、1つの病院で対応した方が良い。)
- 課題は3つの基幹病院が類似機能を持っていることが課題である。P T C Aは、今年の4月から一部開始している。救急の約7割を受け入れている。
- 救急は能代厚生が多いが補完している。患者数は横ばい、紹介率が低いのが課題。今後の方向性は、急性期の回復期に近い医療機能、救急の分野にも力を入れていく。
- 地域医療支援病院として診療所、病院からの紹介患者に対する医療提供や医療機器の共同利用を通じて診療所、病院を支援している。がんについては、がん相談支援センター、セカンドオピニオン外来、院内がん登録などの充実を図っている。
- 秋田大学から、当院の呼吸器外科2名が来年4月にも能代厚生へ異動するとの正式な通知があった。危機的な状況である。
- 医療スタッフが高齢化しており、採用したくても人がいない。看護師がいなくなると、病棟閉鎖もあり得る。
- 有床診療所の病床は自主的に減らすのか、集まって相談して減らすのか。行政の方から働きかけがあるのか。
(→調整会議の協議・認識の共有が基本と考えている。毎年、病床機能報告をさせていただいている。2025年病床数が分かるので、これらを基に方向性について考えていただくことが基本と考えている。)
- 医師会病院では設備投資もしているし、秋大とも連携しており、がん拠点病院に準ずる病院であるのに、来年4月から呼吸器内科が無くなると聞いた。
(→がんの診療体制は、集学的治療を行えることが一番である。県としては、連携拠点病院が各医療圏にあることが望ましいと考えている。今後も拠点病院の指定を目指すものである。人口減の中、ある程度の症例数がないと医師も育たない。県民目線でがん治療をどのようにすればいいか考えて欲しい。)

7 湯沢・雄勝地域医療構想調整会議：平成30年11月2日（金）

◎会議内容

- 人口減少、医師不足となかなか医療機能が完結されない。医師数も少なく、特に消化器内科がないし、循環器医も常勤医はいない。内視鏡が数多くできないことで患者が横手へ流出しており。心筋梗塞、放射線も横手で対応している。それ以外は、圏内で対応できていると思っている。救急も7～8割対応できている。消化器内科医の確保を頑張っている。
- 人口減少で外来患者数は年々減っており入院も減っている。これらに伴い手術も減っている。今後も、広い地域なので救急を行い、中核病院としての役割を担っていく。
- 平成27年度に消化器内科の医師が退職となったので大きく変わった。開業医の当院への紹介も少なくなる。2人確保できればかなり変わってくる。
- 紹介しようがないのが実情。消化器、循環器の医師がいれば劇的に変わる。放射線と心筋

梗塞は平鹿総合で対応できている。よくある急性期、脳卒中、骨折、肺炎、腹膜炎などは地元で対応しないといけない。横手でも受入を制限される可能性がある。

- 夜間診療で、季節毎に患者数は変わる。データはあるか。
(→毎月、病院報告をいただいているが公表はできない。傾向としては、夏は少なく、冬は多い状況である。)
- 在宅医療の後方支援として病院が必要。この地域の医療は弱いが福祉は充実している。
- 退院のかなり前から介護施設とケアマネと連携して受入先を探しており問題は無い。
- 満員で待ってもらうケースもあるが、病院から依頼があれば受け入れる。
- この地域は2つの病院しかない。世の中の流れに従って必要な形に収斂していく。

8 秋田周辺地域医療構想調整会議：平成30年11月6日(火)

◎会議内容

- 2025年に秋田県に何が起こるのか、都会のように後期高齢者があふれるようなことは無いと思う。2025年はそれほど変わらない。
- 課題は、高齢者を焦点とした医師育成、がん・脳卒中に対応した医療提供体制と思われる。
- 2030年までは高齢者患者が増加すると思われるが、医師の高齢化などもあり体制の充実が求められている。救急も県内で一番多いが、人材が不足している。救急件数も毎年増加している。
- 看護師の確保に難儀している。2025年くらいまでは維持できると思うが、人口が少なくなると、どこまで医療機能を持てるか不安である。
- 高度医療には関われないので、全面的に秋田厚生に依存しているが、南秋の高齢者の診療、在宅といった地域包括ケアシステムの中核を担っていく。将来的なダウンサイジングが必要かと思うが、向こう10年は今の診療機能を維持していく。
- 退院先を探している患者が急性期になるときもあるし混在している。
- 本日の内容では機能分化や連携に関する発言は無かったと思う。現状追認ではいけない。
- 急性期が多いことは悪いことなのか。どのようにしたいのか分からない。
(→5つの病院がすべての診療機能を備える必要があるのか、持ち続けることができるのかという問題意識がある。)
- 患者はどうするのか。
(→目の前の患者がいるとすれば病床は削減できないが、そうした点も含めて議論を深めたいと考えている。)