

令和5年度第3回 いわき地域医療構想調整会議議事録

日時：令和5年12月20日

18時30分～19時45分

場所：いわき市役所本庁舎 第8会議室

【事務局】

定刻となりましたので、ただいまから令和5年度第3回のいわき地域医療構想調整会議を開催いたします。

進行を務めさせていただきます、福島県地域医療課主幹の安彦と申します。どうぞよろしくをお願いいたします。

本日の出席委員の皆様の御紹介につきましては時間の都合上、お手元の名簿にて代えさせていただきますので、御了承をお願いいたします。

それでは、はじめに、本調整会議の議長をお願いしております、いわき市医師会の木村会長より一言ごあいさつを頂戴いたします。

【議長】

いわき地域医療構想調整会議の開催にあたり、ごあいさつを申し上げます。

委員の皆様には年末の大変お忙しい中、御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

今回の調整会議においては各医療機関において作成された2025年における対応方針についての協議や病床機能の定量的な基準の検討など、地域医療構想の推進に向けて十分な内容が予定されております。限られた時間ではありますが、委員の皆様には、それぞれの立場から忌憚のない御意見をいただきますようお願いいたします。

【事務局】

それでは議事に移りますが、これ以降の議事進行につきましては、木村議長をお願いいたします。

【議長】

はい、それではよろしくをお願いいたします。

なお、会議の公開に関する取扱ですが、いわき地域医療構想調整会議設置要綱第6条第4項の規定により、原則公開となりますが、個人情報や法人情報等を取り扱う場合、また、議長が非公開を判断した場合は非公開となります。

今回の議題では、議論の中で、医療機関の個別の情報を取り扱う可能性があるため、非公開とします。

なお、本会議の開催結果等については、医療機関の個別の情報を除いた部分については、公開されることとなりますので、あらかじめ、御了承願います。

<議題1>

【議長】

それでは、議事に入ります。

議題1、病院管理者の変更について、本日こうじま慈愛病院欠席ですので、事務局から説明してください。

【事務局】

こうじま慈愛病院さんが御欠席ですので、代わりに事務局から御説明申し上げます。

病院管理者の変更ということで、資料1をごらんください。病院長が変更になってございます。

前院長の幸島先生から、病院に従来から勤務されていた中村先生に病院長が変更になるというものでございます。説明は以上です。

【議長】

みなさん御意見がございませうか。

ないようですので、次へ参りたいと思います。

<議題2>

【議長】

議題2、2025年における対応方針の協議について、事務局から説明してください。

【事務局】

事務局の福島県地域医療課です。

地域医療構想の実現に向け、厚労省より、各医療機関の2025年における対応方針について策定・見直しを行うことが求められており、各病院、有床診療所の皆様に、この「対応方針」の提出をお願いしていたところです。

本日の調整会議では、11病院の対応方針について、協議をお願いします。

なお、まだ提出のない医療機関があることから、この他の病院、また有床診療所分については、次回の調整会議で協議をお願いします。

次回の調整会議において、いわき地域全体としての病床数を取りまとめて、御報告する予定です。全体の把握ができたところで、最終的な、各医療機関の対応方針の合意をお願いしたいと考えております。

本日、協議いただく11病院につきましては、各病院より3分程度で対応方針の御説明をお願いします。

提出いただいた対応方針のうち、

項目（no.2）病床機能の変更予定がある場合の内容、

(no.10) 2025年において地域で担う役割
(no.14) 2025年の他機関との連携
(no.18) 今後の課題、不安要素、他医療機関との連携希望
を中心に説明をお願いします。

【議長】

はい、ありがとうございます。

まず、①になっております石井脳神経外科眼科病院、お願いします。

【石井脳神経外科眼科病院】

我々のところは48床の急性期病床を持っておりますが、今のところ病床機能の変更の予定はございません。今のところ、地域での役割としては、救急協力病院として脳卒中、そのほか脳神経疾患の急性期診療を行っていきたい。2025年においては引き続き同様の脳卒中・神経疾患の急性期医療を行っていきたいと考えております。

また連携としましては、今も脳卒中地域連携っていうものを窓口となってやっておりますが、引き続き、脳神経疾患の急性期治療を終わって、回復期の病院さんと連携してやっていきたい。

また我々のところで、やっぱり治療が出来ないような急性期患者はいわき市医療センターにお願いしていきたいと思います。2025年も同様の連携を希望します。

今後の自施設の課題ですけれども、施設の老朽化は当然あるんですけど、やはり医師不足、そして、恐らくほかの病院さんもそうですが、当直もできる看護師さんとか、本当に厳しくなる。看護師不足のほうがおさら深刻というところですよ。

以上です。

【いわき市医療センター】

いわき市医療センターの2025年対応方針について、要点を説明させていただきます。

まず、病床機能につきましては、現在のところ変更する予定はなく、当センターは地域の中核病院として、引き続き高度急性期医療、急性期医療を提供してまいります。

続いて、政策医療については、記載のとおり、2025年度においても、5疾病5事業の政策医療提供を継続します。続いて新興感染症対応については、当センターは第二種感染症指定医療機関であることから、2025年においても2類感染症患者の受入れを継続してまいります。一方、新型コロナウイルス感染症については、来年4月から通常の医療提供体制に移行することが国から示されておりますので、今後は地域全体でコロナ患者を診療していくものと考えております。

続いて他医療機関との連携についてですが、地域の中核病院として、主に高度急性期医療の提供などに努めてまいります。全ての領域を当センターでカバーするのではなく、市内

医療機関の皆様と相互補完しながら、地域全体で限られた医療資源を最大限活用し、医療提供体制を維持していきたいと考えます。

なお救急医療については、引き続き、いわき医療圏の最後の砦として、第三次救急医療体制を維持してまいります。自施設の課題については記載のとおりです。これらの課題は当センターの中期経営計画で整理した上で、取り組むべき項目について記載いたします。

続いて、地域において担う役割については、先ほど申し上げましたとおり、高度急性期医療の提供と、政策医療の提供であると認識しています。

続いて、圏域内の他の医療機関の皆様をお願いしたいことについて、役割は大きく二つあり、当センターで急性期を終えた患者さんを受け入れていただくバックベッド機能を維持していただくこと、もう一つは、呼吸器系や消化器系などの分野について、それぞれの医療機関の強みを生かして、地域全体として患者さんに切れ目のない医療を提供できるよう、相互の役割分担を推進していただくことと考えています。

続いて少し飛ばして、働き方改革についてですが、記載のとおりとなります。医師の総労働時間に対する規制であり、大学からの派遣医師の引上げなども懸念されますが、当センターにおきましては、救命救急センターなども含め、当面は医師の人員体制を何とか維持できるものと見込んでいます。

説明は以上です。

【国立病院機構いわき病院】

いわき病院の院長の石井と申します。よろしく申し上げます。

当院は154床の慢性期、病床機能の変更の予定はありません。

現在は重度心身障害、神経・筋疾患の政策医療を担っております。

2025年度でも、重度心身障害者の受入れ、慢性期の神経難病患者、脳神経内科の専門性が高い病院としての療養リハビリを行っていききたいと思います。

一次支援、レスパイト入院等の受入も行っていきたいと思います。連携ですけれども、これまでと同様に、急性期・回復期病院との相互紹介を緊密に行っていきたいと思います。

課題ですけれども、やはり高齢化は医療従事者にも出てきて、今、院長が1番若いという状況ですので、なるべく医療従事者の確保、経営状態の安定化を図っていきたいと思います。

お願いとしては、時間外・休日に急変した患者さんの受入れとか、そういう1次2次の救急対応可能な医療機関を明瞭化していただいて御協力いただければ幸いです。

以上です。

【小名浜生協病院】

小名浜生協病院ですけれども、当院は一般病棟49床と療養病棟慢性期60床となっております。

病床機能としては大きくこれを変更する予定は今のところないんですけれども、医療需要の動向を見ながら引き続き検討をしていきたいと思っております。2025年においても地域での役割を変える予定は今のところないものですから、今までどおり軽度の急性期から回復期・慢性期を中心にしていきながら、域内の地域医療支援病院・救急告示病院と連携しながら診療していきたいと考えております。私どももみなさんと同様、医師が高齢化しておりますので、十分な採用活動をやりたいと思っております。

【かしま病院】

かしま病院です。病床機能の変更に関しましては、先日説明いたしましたとおり、地域包括ケアを回復期リハに転換する予定です。

これは昨今の治療内容の変遷などを踏まえ、急性期からのリハビリにしっかり取り組みたいということでございます。

地域における役割に関しましては、多機能病院としての役割をしっかり果たしながら、これからどんどん増えるであろう高齢者の疾病、**誤嚥**性肺炎・感染症、脳卒中や心不全、圧迫骨折など、高齢者の救急問題に関してもあわせて取り組みたいと考えております。

高次医療機関との連携においては、ポストアキュート機能としての役割をしっかり発揮するため機能を拡充して参りたい。

あわせてですけれども、近隣の診療所等と連携しながら、在宅医療に関しても取り組むことによって、不要不急の救急搬送などを減らしていきたいと考えております。他医療機関との連携に関しましては今お話したとおりでございます。

以上です。

【櫛田病院】

櫛田病院です。

病床機能の変更に関しまして、当面は現状の機能としていきたいと考えております。

令和7年度時点での地域で担う役割として、回復期医療に取り組みながら、医療と介護の橋渡しの役割と担いたいと考えております

今後の取組として、在宅医療について、機能を強化し取り組む予定でございます。

他医療機関との連携ですが、現状のとおりとなっておりますが、引き続き回復期医療に努めていきたいと思っております、

今後の自施設の課題ですが、皆様と同じく常勤医師の確保、その他の医療従事者が少なくなっておりますのでこちらのほうの確保。また、介護施設の連携も希望しております。

以上です。

【常磐病院】

はい、常盤病院は240床を有しております急性期が180床、慢性期60床となっております。

実際担っている診療実績といたしましては、みなさま御存じのとおり、泌尿器・透析に強みを持っておりまして、令和4年度より基幹型研修病院となりまして、その後、研修医に満遍なく、いろんな診療を見てもらうために、泌尿器・透析以外の部分も強化しているところです。

その中で他の機関との連携では、常磐病院としては、2次救急をしっかりできる病院に、研修医のためにも地域医療のためにも今取り組んでおりますが、なかなか医師の専門性から、2次救急としては高齢者の感染症とか、脳血管障害のような、何科にもならない、属さないような患者さんがたくさんいらっしゃいますので、その辺の受入れを何とか頑張っってやって、そうした受入れの中でも、どうしても3次とか、ほかの専門家に紹介しなければいけないところは連携してやっていきたいなと考えております。

我々の施設の課題といたしましては施設の老朽が一つあります。

もう一つは医師不足です。特に、先ほども言いましたけれども、総合内科と言われるような、内科の先生が大抵おらず、研修医の指導にもちょっと支障が出ているような状況です。

実際、昼間の救急を誰が診ているかという、院長の私が自ら、泌尿器科をやらずに診ているような状況で、何とか今、内科の医師の確保に奔走しているような状況です。

あとはコメディカルのスタッフ不足で特に、いわき市に養成機関がない、臨床検査技師が足りないのと、看護師についてはそこそこ入るようになりましたけれども、看護助手の方々がなかなかこう入らないという現状があります。

あと薬剤師について、薬剤師養成学校、薬学部がありますけれども、どうしてもそのドラッグストアとかそちらのほうに行ってしまうようで、病院薬剤師の確保が非常に今、苦勞しているところです。

今後の課題を踏まえまして、やはり建物建て替えとか、医師を含めたスタッフを早急に確保していわき市の地域医療に貢献できるように今取り組んでいるところであります。

以上でございます。

【長春館病院】

長春館病院です。

我々のところでは、今後、病床機能を変更する予定はなく、慢性期病床168床で診療していきたいと考えております。

現在、診療実績でございますが、職員の充実に伴い、97から98%をキープしております。役割としては、急性期から、継続的な医療が必要な患者様の受入れを行っております。

特に、神経難病の患者様、また呼吸器管理、人工呼吸器管理が必要な患者さんを得意として受入れております。

中でも人工呼吸器に関しましては、168のうちの現在38床で診させていただいてお

ります。

今後も、後方支援病院として急性期を脱した患者様の受入を続けていきたいと考えております。

【福島労災病院】

福島労災病院です。急性期298床、回復期43床。病床機能の変更の予定はありません。

地域で担う役割は、地域医療支援病院、それから二次救急病院というのがうちの役割だと思っていて、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、救急医療を引き続き担っていきたいと思っております。

地域の他機関との連携では、3次救急を担っていただいている医療センターとの連携、それから地域医療支援病院として、地域の病院や診療所との連携をさらに深めていきたいと思っております。

自施設の課題はやはり医者が足りないということで、さらに病院の新築も予定しておりますので、それに向けて、医師の確保、それから足りない診療科の新設に向けて進めていきたいと思っております。

以上です。

【松尾病院】

松尾病院です。

病床機能の変更というところで、昨年度新病院として建替えましてそこでいったん整理しております。

これは11月の提出の資料でしたので、11月より、一部地域包括ケア病床に転換するというところを行っております。

令和7年において地域で担うというところというところを強化したいと思っております。ちょっと特徴的には、**摂食嚥下・口腔ケア**領域の充実を図り、特色を生かし、中核病院さんの受皿バックベッド、その辺の機能というところもしっかり果たしていきたいなというふうに考えております。

他の医療機関との連携についても、2次救急を担い、回復期を中心に地域包括ケア、慢性期、介護事業所までの機能を活かした連携に努めるというところを考えております。

課題というところではご多分に漏れず、もう医師確保、その他医療従事者を含めた確保というところについては取り組んでおりますが、これからもまた課題と考えております。

以上です。

【松村総合病院】

松村総合病院です。

当病院は199床。そのうち、急性期病棟41、回復期リハビリテーション病棟が110床、それから48床が地域包括ケア病棟ということで、主に回復期の医療を中心に行ってお

ります。

リハビリに関しては、恐らく病床数、それからスタッフ数が圏内一番になった、医療機関になったと思います。

今、医学療法士は33名、作業療法士が15名、言語聴覚士が7名、マッサージ師が1名という体制でリハビリを中心に行っています。

いわき市医療センター、それから労災病院からの術後、急性期終わった方を中心に今受入れていますので、そういうような形でお願いしたい。

以上です。

【議長】

はい、ありがとうございます。お互いに御質問や何かあればお願いいたします。

特に手が上がっていないようですが私のほうから。

皆様のご発言を伺ってもやはり、いわき市医療センターを中心に、いかに抜け落ちるところがないような連携ができるかっていうことで、病院同士がお互いにカバーし合って、シームレスな対応をして、地域の住民に適切な医療を提供するということが我々の使命だと思いますので、是非お願いしたいと思うことと、幾つか病院から在宅医療の取組のお話が出ておまして、これは地域包括ケアのほうでも語られておりますが、病院では取れない人々が在宅や施設等で、きちっと診てもらわないと、突然救急車で搬送されるということになってしまう。

このことは、病院だけの問題ではなくて、診療所と連携非常に大事だと思っておりますので、どうか、まだ取組が具体的でない病院さんでも、少しずつ、在宅医療への取組を、診療所等と連携して進めていただきますとありがたいと思います。

何か皆さんからございますか。よろしいですか。

それでは、本日予定しておりました11病院の協議は終了しました。

今回協議がなされなかったという機関におかれましては、次回の調整会議での協議となりますので、まだ対応方針を提出いただけていない場合は、県地域医療課への提示をお願いします。

<議題3 公立病院経営強化プランの協議について>

【議長】

続きまして、議題3、公立病院経営強化プラン協議について。

事務局から説明をお願いします。

【事務局】

はい、事務局でございます。今回、公立病院経営強化プランの協議についてということで、

いわき市医療センター様から協議いただくことになっております。

総務省より、公立病院についてはこの公立病院経営強化プランの策定を求められてございまして、そのプランの内容については、地域医療構想に沿ったものとするようにということになってございます。今回、いわき市医療センター様から、この内容について、皆様に協議いただくこととなります。

事務局からは以上です。

【議長】

はい。

それでは、いわき市医療センターより説明をお願いします。

【いわき市医療センター】

それでは、いわき市医療センターの公立病院経営強化プランである「いわき市病院事業中期経営計画」について、概要版に基づき、要点を説明させていただきます。

この中期経営計画は、当センターの経営指針として、3年前に現行の計画を策定していますが、国から公立病院経営強化ガイドラインが発出されましたので、機能分化や働き方改革など直近の動向を踏まえて新たに策定するものです。当該計画は令和9年度までの4か年を対象期間とし、地域医療構想と整合性を図るほか、経営強化に主眼を置いて策定することなどを求められております。

「2. 病院を取り巻く環境」、「3. 市医療センターの経営状況等」において、当センターの現状など整理した上で、ページ右側の「4. 県地域医療構想等を踏まえた当センターの役割と今後の課題」に記載ありますとおり、当センターの役割と課題を抽出しました。

繰り返しとなりますが、当センターの役割は、いわき市唯一の自治体病院として、高度急性期医療、政策医療を引き続き提供することであると認識しています。

一方で機能分化や医療スタッフの確保など、様々な課題もあり、特に今後の課題1の(2)に記載している医療機関相互の役割分担の推進については、今後特に重要なテーマになってくると考えており、いわき医療圏においては、ここ10数年にわたる皆様の取組のおかげもあり、一定程度、機能分化、すなわち、診療機能のすみ分けが進んできていると認識しています。

しかしながら、今後10年先、20年先を見据えると、深刻な医師不足や看護師等の不足により、現在の医療提供体制の維持が困難となることは明らかであります。

このためこれから必要とされるのは、各病院が競争するのではなく、お互いに診療機能の役割分担を受け入れ、協同することだと考えております。

医療資源を分散させるのではなく、集約化させる議論を本格化させるなど、地域全体で効率化を図る方向にかじを切っていくことが極めて重要であると捉えています。

ページ裏面に移ります。

ここまで説明してきた背景を踏まえ、当センターが目指すべき方向性を示したのが左上となります。地域の限られた医療資源を有効に活用すべきという、国の方向性を踏まえ、地域の医療機関の皆様とさらなる相互補完、連携体制の実現に向けて取り組んで参ります。

続いて、計画の中核となる4か年ビジョンと基本方針につきまして、御覧のように、5つの基本方針に基づき、それぞれ重点施策を設定の上、計画を推進してまいります。

現行計画からの変更点は、重点施策のうちに、新規と書かれた箇所ではありますが、現行計画を策定した際に働き方改革への対応など、求められる要素を既に盛り込んでいましたので、比較的小規模の変更となっています。

なお評価指標及び収支見通しにつきましては、内容精査中であり今後、具体的な数値を設定してまいります。

以上が概要説明となります。

この計画は、市の医師会や病院協議会をはじめ、外部有識者の皆様が参画するいわき市医療センター病院経営評価委員会において内容を協議するほか、福島県の御助言もいただきながら策定を進めております。

計画の詳細な記載内容につきましては、年明け2月に、市民の意見募集、いわゆるパブリックコメントを実施して、意見を集約した後、計画の最終案を取りまとめ、年度内に公表する予定です。

当センターとしましては、この計画を着実に実施していくことで、さらなる経営基盤の強化を図るなど、良質な医療の提供と健全経営を推進してまいります。説明は以上です。

【議長】

今の御説明に関して、みなさん御意見がございますか。

それでは、特にないようですので、いわき市医療センターの公立病院経営強化プランについて、本地域医療構想調整会議として、合意ということでよろしいでしょうか。

それでは合意といたします。

<議題4>

【議長】

続きまして、病床機能の定量的な基準の検討について、説明をお願いします。

【事務局】

地域医療課でございます。

毎年報告をいただいている「病床機能報告」については、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を把握するデータとして活用させていただいていますが、地域医療構想における将来推計は患者数をベースに将来の病床の必要量を出しているのに対し、病床機能報告制度では様々な患者さんが混在する病棟について最も適する機能1つを選択して報告する仕

組みとなっています。

主として急性期や慢性期の機能を担うものとして報告された病棟においても、回復期の患者が一定数入院し、回復期の医療が提供されている場合もあること、また、厚労省が示す「病床機能報告」の報告基準について、定性的なものとなっていることから、主として回復期機能を有する病棟であっても、急性期機能と報告されている病棟が一定数存在するといった課題が全国的にも指摘され、病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量の差異について、要因の分析、評価を行い、地域の実情に応じた定量的な基準の導入を検討するよう求められ、他県では、既に定量的基準を導入されている例もあります。

また、県内他地域の調整会議において、新たな基準を検討してもらいたいとの御意見をいただいているところです。

福島県においても、回復期において、地域医療構想で示す必要病床数と、病床機能報告による病床数とに大きな差が生じていることから、今年度データ分析をお願いしているデロイトトーマツに、この分析を行い、県内の状況にマッチする定量的基準の検討をお願いしたところです。

今回、検討の「たたき台」として提示させていただき、各地域の地域医療構想調整会議、あるいは病院部会等で御意見をいただき、福島県での定量的基準の導入を検討したいと考えております。

それでは、説明について、デロイトトーマツに引き継がせていただきます。デロイトトーマツさん、お願いします。

【デロイトトーマツ】

デロイトトーマツの小石原と申します。よろしくお願いします。

御手元の資料によって御説明差し上げますが画面のほうでも表示しておりますので、御覧いただければというふうに思います。

1ページ2ページは前回までの調整会議でも提示させていただいていたものの再掲になりますけれども、こちらのいわき区域に関しては、令和4年の時点での病床機能の報告の病床数の積み上げになります。下から高度急性期・急性期・回復期・慢性期という形で、右側が令和7年度時点、これが地域医療構想で示されている令和7年の時点での必要病床数ということであります。

こちらで比較しますと、大分回復期の病床数っていうのは必要病床数に規模的には近くなってきているような状況にはありますが、依然としてここで見ると、急性期過剰・回復期不足という状況は、依然としてあると。ほかの区域よりも大分回復期の充足感っていうのは増してきている。先ほどのお話の中でも、地ケアへの転換の話も多くありましたので、進んでいる地域ではあるというふうに認識をしております。ただ次のページ、2ページになりますが、こちら右側に病床機能別の将来患者の推計を前回の中でも、レセプトから行って

地域医療構想と機能が一致しているわけではないので、急性期相当とか回復期相当というふうに書かせていただいていますけれども、今後の医療ニーズとしては、急性期、高度急性期に関しては横ばいもしくは、減少するような推計がされますが、回復期に関しては、今後も、地域医療構想の2025年を超えても多く、大きく上昇していくことがありますので、今回の地域医療構想、2025年を目標に進めてきておりますが、今後新たにまた新しい地域医療構想のほうも国からは、策定を求められてくるというふうに思います。

ですので、我々としては継続してこの増えていく回復期のニーズに地域としてどうこたえていくのかというところを検討していかないといけないという背景がございます。

それで3ページのところがこの定量的基準の導入の背景というふうになりますけれども、今県からお話があったように、一概に回復期と言っても人によってこの解釈の仕方が違ってたりとかということが多くありますので、できるだけこの計量的な基準を導入して、目線合わせをしてもらいたいというような国の方向性があります。

それも、今、この定量的基準に関しては国から一律で示すのではなくって、各都道府県で地域に応じた実情に応じたものを検討していくべしというのが、まず方向性として示されているというのが背景としてあります。

福島県の対応状況としては、平成31年の3月に1度、レセプトデータとDPCデータを活用して、定量基準に当てはめた分析が行われているというふうに認識をしております。

当時の状況を覚えている方いらっしゃるかですが、結構細かいデータの整理がされていたと思います。

これと同じことを、新しい毎年新しいデータで更新ができるかというとなかなか詳細な分析であったために、再現性が難しいという状況がございます。

一方で我々前年度から対応させていただいておりますけれども、いろんなデータ分析の結果をお示しする中で、皆様の中でも、地域の今の実情というのを、だいたいの数字とかデータで見させていただいて、御理解のほうが進んできて、共通の認識が生まれているのではないかなというふうに理解をしております。

なので、今回改めて、定量的基準の検討ということで、御提示させていただきました。ただ、まだ県として、基準が明確にあるわけではないので、いろんな都道府県の事例を拝見した上で、最も代表的な今回は大阪府の事例になりますけれども、それに当てはめてみた結果として受け取っていただければというふうに思います。

定量的基準の位置づけも県によっていろいろあるんですけれども、入院料を強制するものとか、病床機能を強制するものではないということが明示されていたり、都度、必要に応じて変更、見直しをかけるべしといったような文言、条件付で設定していたりといったところが特徴的かなというふうに思います。

4ページから7ページについては、特定の入院料に関しては、病床機能との紐づけが明確に行われていますので、そこに関して、確認をさせていただきました。福島県に関しては、この基準に合わない報告はなかったという結果になります。

あと、この紐づけが明確にされていないところ、特に急性期一般や地ケアに関しては、地域によっては急性期よりの報告がされているところがあったので、そこを一旦集計しているというところになります。いわきに関しては、そういった状況は見受けられませんでした。

なので、一旦ちょっと8ページまで進んでいただきます。まず、大阪の定量的基準の概要になりますけれども、どういうふうに機能分けているかという、高度急性期・回復期・慢性期は報告のままとしています。急性期に関してだけ、その中で基準によって、急性期か地域急性期かというのを二つに分けているという基準になります。

これをどういった視点で分けているかというのがこの真ん中のところに①から④まで記載がありますけれども、救急の状況等、手術の状況、呼吸心拍監視の状況と科学療法、この四つの視点でみています。

主にほかの都道府県でメインに用いられているのが①と②の救急と手術のほうの二つの指標で、それにプラスして呼吸心拍監視であったり、化学療法だったりっていう指標を加えて見ていっているというところもあります。

これを1日あたり50床で置き換えて、①②④に関しては1以上、③については2以上という基準を設けて分類をしているというものになります。

まず9ページのところでは最初に救急医療の実施状況というところで、各区域に当てはめて拝見しております。

上から、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床数、積み上がって並んでいるんですけども、その中で濃い青、急性期のところに574床、42%って書いてあるのが、これが急性期に占める、救急医療管理加算が50床あたりに置き換えた場合、1以上になった病床という形になります。

同じく、10ページが手術の実施状況に関しても、算定回数を50床あたりに置き換えた場合、こちらのいわき区域であれば、急性期のうち579床、42%が重症急性期の条件に該当、58%が地域急性期に該当という結果になります。

11ページは手術の、先ほどのちょっと1以上というふうに申し上げましたがこれがどういうふうに分布しているのかというのを、一応確認のため拝見しておりますが、大体1から3件、1日あたりで50床あたりに置き換えた場合、1件から3件にほぼ収まっているというような状況になります。

12ページが、呼吸心拍監視の実施状況。これは基準に入れている都道府県と入れてない都道府県があります。

福島県の状況を見てみると、区域ごとに地域差が大きく、いわきに関しては、52床ですから、恐らく1病棟のみで4%のみが該当するという結果になっています。ちょっと地域差が大きいのではないかなというところが見受けられます。

13ページ、14ページに関しては、この呼吸心拍監視のレセプト件数がどういうふうに分布しているのかっていうところを拝見しております。大阪の基準と合わせても、急性期の境目が大体このあたりにあるのではないかなというのは、その基準自体は大きくは問題な

いのかなというふうにはここからは見受けられます。

次に、15ページ、④の化学療法の実施状況ということで、これも同じグラフの見方になりますけれども、いわきに関しては急性期の病床のうち388床が、この重症急性期に該当するという結果になりました。

こちら地域差が非常に大きくて、少し内訳を16ページ17ページで見えています。

分布の状況を見ていると、④の大阪の基準が本当にそのまま福島に当てはまるかどうかというのに少し違和感があったので、この水色の点線で置いているラインが大阪の基準で1日に置き換えて50床あたりで1以上なんですけれども、分布上ちょっとここに明確な境目が見受けられなかったのも、ざっくりですけれども3分の2以上というふうに置いてみて、18ページで再度算出をしています。

19ページが、この大阪の方式ではこの救急と手術と呼吸心拍監視と化学療法のいずれかに該当すれば重症急性期という判断をしていますので、同じ条件で、④の化学療法だけちょっと基準を変更しておりますけれども、当てはめた結果が、この19ページになります。

いわきでは急性期のうち70%が重症急性期、30%が地域急性期という結果となりました。これを、20ページ、21ページでは、2025年の必要病床数と比較をしたものになります。

いわきは21ページを見ていただいたらと思うんですが、1番上が県全体になります。県全体で見ると、地域急性期に該当すること薄い水色のところと、緑色の報告ベースでの回復期の合計数が大体、地域医療構想でいう回復期に相当するというか、規模的には一致してくるというような結果となっています。

ちょっと少し区域によって他はあります。

このグラフの1番下がいわきになりますけれども、いわきで見ると、少し、重症急性期イコール急性期というふうにしてしまうと、ちょっと急性期が不足みたいな形になるので、地域急性期のうち半数ぐらいが、地域医療構想上の急性期で、そのうち半分ぐらいは地域医療構想でいう回復期の考え方に近い病床というふうに見ていただけたらと思います。

あと22ページ23ページは在院日数、これは病床機能報告を使っていますので、在棟日数という名前になっていますけれども、在院日数を基準に病床機能を分けている基準として設けている都道府県もありましたので、福島県の各区域についても一旦拝見しております。

ただ、拝見した限りでは、在院日数のところが、明確なその急性期の基準として適切なようには見受けられなかったのも、あくまでもここは参考としていただけたらというところですね。

25ページになりますけれども、今後、定量的な基準を検討していくにあたっては、レポートの詳細な分析をやって、毎年それを更新していくのもなかなか難しいですし、先生が日々病院運営されている中で、わかりやすい資料にはなりにくいところもございまして、できれば、こういった病床機能報告の結果をもって、毎年検証していくような形である

べきかなと思います。なので、病床機能報告で報告されている項目というのを25ページに一覧がありますので、さっき、救急だ、手術だ、呼吸心拍監視だ、化学療法だという、そういった指標が先生がたの肌感覚として急性期に該当するのかどうか、急性期の指標として適正かどうかという御議論をいただいて、もっと適正なのがあるんじゃないかとか、これを外していいんじゃないかとか、そういった議論を今後進めていって、県としての基準というのを設けていただければというふうに考えておりますので、あくまでも参考として、こういう指標がございますよというところでお示しをしております。

26ページ以降はちょっと参考資料になりますけれども、まず27ページは佐賀方式。結構有名なものばかり事例として集めておりますが、佐賀方式に関しては先ほど申し上げた、在院日数をメインで基準を設けているところになります。佐賀方式は非常に有名ではありまして、佐賀方式をそのまま適用した方がすごいシンプルなのでわかりやすいんですが、これを採用している都道府県というのは余りない。

28ページは奈良方式になります。奈良方式は先ほど、大阪では四つの指標で基準を設けていましたけれどもこちらに関しては、救急と手術の二つの指標のみ、基準を設けている例になります。非常にわかりやすい例かなというふうに思います。

また埼玉方式も結構参考にされるんですけども、これは前回、県で実施されたレセプトの分析に近いような非常に詳細な分析をやって結果が出るというものになるので、あまりタイムリーな結果提示っていうのが難しいのかなというところがあり、また、ちょっと細か過ぎるので、下に※印で書いてありますけれども、実際ちょっと先生がたの肌感覚と合わないというような課題も上がってきているところもございます。

なので、基準などでできるだけ急性期の実態を示すものである必要があるのと、一方でできるだけシンプルな指標である、というものが適切なのかなというふうに思います。

あともう一つ静岡方式に関してはどういうステップで、機能を区分していくかっていうところも、明記されているところがありますので、参考までにお示しをしております。

一応今回、あくまでも例として、大阪の代表的な例を当てはめてみて、先生方の中での地域医療構想で求められている回復期に関する御理解と、あと今後、回復期のニーズがやはり大きくなっていくっていうところを御認識いただければという所になります。

あと追加の資料として、各病棟の病棟別の、先ほどの大阪の基準に合わせた場合の、その基準に該当しているのかどうか、一覧で作成させていただいております。

もしかしたら、よく見たらこの実績ではないっていうふうに数字を見て違和感を持たれる方もいらっしゃるかもしれないですけども、これはあくまでも令和4年度に病院から報告されたものを、ローデータをそのまま集計をして使っておりますので、今後、もし、実態と齟齬がある場合は、自分の病院はどういう報告をされているのかっていうのをちょっと御確認いただければというふうに思いますし、今後の病床機能報告、非常に大事になってきますので、精緻な御報告が必要になってくるというところを御理解いただければというふうに思います。

私からの説明は以上です。

【議長】

はい、ありがとうございます。

それではただいまの説明に質問や御意見ございますか。

【松村総合病院】

福島県としては、いわき医療圏は現状、または将来にわたって、どういうふうに評価されているのか。その辺の県の意見をお聞かせ願いたい。

ほかの地区に比べて我々非常に劣っているのか。それと、少しずつ、県の望むような対応に従って、我々行動しているのかとか、その辺のところ、県からいわき医療圏に対する要望というのがあれば、また評価というのがあればお聞かせいただきたいと思います。

【事務局】

県地域医療課です。

現段階で評価というところでは、なかなか発言は出来ないですけども、先ほど冒頭で説明あったとおり、いわきの医療圏につきましては、だいたい2025年の必要病床数に近いようなところになっておりまして、皆さんの御協力により回復期については必要病床に近づいているところだと思います。

先ほど皆様に協議いただきましたように2025年に向けての機能分化・連携というところは今後も進めていただく部分もあるのかなと思いますので、引き続き今年度、まだ次の会議もありますけれどもそちらについて御協議いただきたいと思っております。

【議長】

よろしいでしょうか。それでは、齋藤先生。

【福島労災病院】

すいませんあの質問ですけど、手術件数の手術に、どこまで含めているかちょっと教えていただけますか。

【デロイトトーマツ】

細かい基準まではちょっと今すぐにはお答えは出来ないんですけども、ざっくりとKコードがついている手術ということで、それで伝わりますでしょうか。

【福島労災病院】

ということはカテーテルとか内視鏡手術とか入っているということで。

【かしま病院】

恐らく、行政側から提示されたものに我々が寄せているっていうのが現状で、その結果大阪方式に当てはめてみたら、急性期が足りないっていう結果になっているっていうことではないんですか。

【デロイトトーマツ】

重症急性期をイコール急性期というふうに考えると、足りないということにはなります。

【かしま病院】

ですけど、県全体では、いいバランスになっているわけですよね、地域急性期をまるごと回復期に入れてしまえば同じような割合になっている。

それで、いわきだけ半分重症急性期で、半分地域急性期なのではないかという言い方をされても、基準に基づいて分析しているのにいわきだけずれている理由がわからなければ、恐らく方向性が出せないんじゃないかと。いかがですか。

【デロイトトーマツ】

今回、あくまでも大阪方式に当てはめてみると、こういう結果だったという説明にどうしてもなってしまうんですけども、定量的な基準を県単位で決めないといけないっていうところもあるので、それに対して、いわきはここを特出しで考えるのか、もしくは県全体でもっと違う基準を考えたほうがいいのかっていうのはこれからの議論になるかなと思います。

【かしま病院】

なので、多分その地域急性期の細かい分析をしてみないとわからないのではないかっていうこと。

おそらくあまり急性期、回復期、慢性期って分けている意味合いも既になんではないかと思うんですけど、そんなこと言ってもはじまらないので、もうちょっとその辺分析して、いわき医療圏の細かい分析のデータを提示していただくと我々は大変助かると思います。

【議長】

ちょっといいですか今の関連で。

中山先生おっしゃったように、もうちょっと詳しくいただきたいという点について、県の地域医療課ではどういうふうに考えて、今後、進めていくかお願いします。

【事務局】

定量的基準の検討につきましては今回で終わりではなく、またほかの区域の調整会議あるいは病院部会のほうでも御意見を伺っておりますので、今日、皆様からいただいた御意見と、ほかの区域のほうでいただいた御意見もあわせて、またこの後、分析をお願いして、福島県にマッチする定量的な基準の検討を行っていきたいと思っております。

【松村総合病院】

そういう基準を作っただけであれば、我々のほうで、それに対して調整する意思は十分にあります。

【石井脳神経外科・眼科病院】

データを見さしていただきますと、むしろいわきは県内の中で、比較的優等生なんじゃないかなというふうに感じているんですけど。

結局、ふだん我々の議論しているところが大事なのかなと思うんですけど、要するに重症急性期と地域急性期で分けるのが大阪方式であると。

要はこれから多くなっていく高齢者の脳卒中や認知症が、けがをしたり脱水になったり、不整脈をしたりをどっちに入れるか、これは高齢者をどこまで通常の急性期に入れるのかっていうところとやっぱり関わってくると思う。

ですから重症急性期、地域急性期の線引きっていうのを、ここからが急性期ですよっていう線引きをどっかでやってくれないと、例えば先ほど病名によって、手術したら重症急性期となるとなれば、手術できる急性期の病院さんは、何歳でも頑張って手術するってことになってくる。

それは必ずしもいいのかっていうことを、私案で言えば、例えば介護状態によって線引きとか、入所している高齢の方は、重症急性期じゃなくて地域急性期で見るとかというような線引きを、しっかりしていただかないと、我々にポンと出されるとなかなか、難しいところがあると思うんで、ぜひそれを持ち帰りいただきたい。

【議長】

はい、ありがとうございます。県地域医療課でご検討ください。

その他よろしいですか。

それでは、本日会議に参加いただいております、地域医療構想アドバイザーの中里先生、この場での議論についてアドバイスがありましたらお願いします。

【中里地域医療構想アドバイザー】

県立医大の中里です。よろしく申し上げます。

今話題になっております、病床機能の定量評価について、私も会議の前に県の地域医療課からレクチャーを受けて、先週、県北地区の地域医療構想調整会議にも出席したんですけれ

ども、そこでの話で出たのは、この大阪方式で区分した場合、地域急性期っていうのは一体何だろうと。

おそらくイメージとしては、特に高齢者のたん詰まりとか、あるいは感染症で高熱が出て意識が朦朧としているとか、そのときはすごく大変だけれども、おおがかりな手術をするっていうことではない場合、そういう方を急性期の病床で見ていくのは大変なので、地域急性期ってことで、大病院の施設に運び込まずになんとか対応していこうということなんじゃないかなというような議論でございました。

その場では、大阪方式っていうけれども、大阪と福島は全然違うっていう意見が出たのですが、大阪府では四つの病床機能報告で簡単に、手術件数、救急医療管理加算、呼吸心拍監視とあと化学療法、このパラメーターを組み合わせると、比較的、福島の現状を表したものに近いものはとれるんじゃないかということで、これを採用したということなんですけれども、その四つのパラメーターで果たしていいのだろうかというところを考えなければならぬ。

25ページ目にとれる参照可能な病床機能報告の一覧があつて、なにか適切な項目はありますかって私聞かれたんですけども、私専門が循環器内科なものですから、例えば心筋梗塞の治療である17番の経皮的冠動脈形成術、あるいは脳卒中を見ているパラメーターとして16番の脳血管内手術なんかパラメーターとしてあつたらいいのではないかと一瞬思うんですけども、ただそういった処置をしていない病院はほかの分野で救急車を捌いていっても反映されないってことなので、結果として大阪方式をいったん採用したのは妥当ではないかなと思います。

ただ化学療法がいわゆる急性期と慢性期や回復期なりを分けるパラメーターとしていいのかどうかっていうのは議論の余地がありますから、福島県あるいはいわき地区で、より適切なパラメーターがあれば先ほど25ページの中から選んで、再計算してみるっていうこともあるかと思えます。

話戻りますけど、大阪方式に言われている地域急性期については高齢者を中心として、そのときは大変だけれども、必ずしも高度な手術、管理に結びつかないような患者さんを見るという考えなのかなと思います。

【議長】

はい、ありがとうございます。本日の意見、または他区域の調整会議の意見を踏まえて、県の地域医療課においては定量的基準のさらに深い検討をしていただきたいと思えます。

<その他 地域医療構想の実現に向けた重点支援区域について>

【議長】

続いて、その他（1）重点支援区域について、事務局からお願いします。

【事務局】

重点支援区域についてということで、地域医療構想実現に向けて、厚労省において、重点支援区域制度というものを設けてございます。この制度について情報提供させていただきます。御手元の資料は、厚労省作成の資料になります。

重点支援区域については、令和元年度に制度が設けられまして、複数設置主体による医療機関の再編統合など、特に検討・調整を要する再編事例がある区域について、構想区域の合意のもと県が申請を行い、厚労省により重点区域が設定されまして、国による技術支援や財政支援が行われる制度でございます。

重点支援区域については、具体的な再編統合を検討している事例がある区域を対象としてございまして、これまでのところ、当区域においてそういった検討が行われている案件はないものと認識してございますが、厚労省により県として今後の重点支援区域申請の見込みについて確認を求められてございまして、本日、制度周知を含めて改めてご説明申し上げました。

今後、重点区域制度の対象となりそうな統合事案がありましたら、県地域医療課に御相談いただきたくお願いいたします。事務局からは以上です。

【議長】

はい、ありがとうございます。ただいまの説明に御質問、御意見ございましたら。

私は、先ほどいわき市医療センターの経営強化プランで、新谷先生がお話しされた中に、やはり医療資源が非常に少ない中で、連携から統合へという議論をすべきだということについては、みなさん共通の認識だと思っている。

私は立場上、いわき市医療センターの会議、ならびに福島労災病院の会議も出させていただいて、お話をちょっとお聞きいたしますけれども、労災病院さんで現地での建て替えの計画に入ると、約5年以上はかかりそうというような状況で、斎藤先生からも、内部の職員の方々の意向を尊重しながら計画を立てていくというようなお話は伺ったんですけど、今後、少子高齢化が急速に進み人口減が進みますと、やはり統合の問題も、そういう病院がそろってからやっていくのではやはりどうしても遅くなってしまうのではないかと。やはり意識しつつ、新しい病院の建設なので、単独で考えるということがまずはされるんですけども、やはりいわき全体の中で、どう考えていくかということに非常に重要になって、今、先進地域はいろんな区域が重点支援区域に上がっているようですけれども、日本海のネットワークなんかも、数年をかけて合意が出来ているところを見ると、やはりそういった連携から統合へというようなことが、実際にどうなるかは別にして、話を始めないと、いわきの医療が非常に厳しい中で皆さん頑張ってやっていただいているわけですが、やっぱり新しい有効な手が打てるのであれば打たないと、未来がないんじゃないかなというふうに思っているので、そういった点について、やはり、今後の将来にわたる展望や、現在のこの地域の医療体制をどうするかというような大局的な観点で、議論を進めるべきじゃないかというふう

に思っているところです。

いわき市医師会の将来構想会議というのもこの間初めて、集まって、医師会員が忌憚のない意見を交わしたということでやっていますが、やはりいろんな可能性を排除せずに、どうやったらいわきの医療が発展していくか。それをやはり議論すべきじゃないかな。

ちょっと、議長が長く発言して申し訳ない。何か皆さんからもございましたら。

よろしいですか。それではないようですので、以上をもちまして予定の議題が終了しましたけれども、その他皆様から何か。

それでは事務局から何かあれば。

【事務局】

事務局の地域医療課です。

今回の会議は2月頃開催予定しております。詳細決まりましたらまた御連絡させていただきますのでよろしくお願いいたします。以上です。

【議長】。

はい、それでは議事終了いたします。議事進行への協力ありがとうございました。

【事務局】

木村議長、ありがとうございました。

以上をもちまして、いわき地域医療構想調整会議を終了いたします。

本日は、お忙しい中、御出席いただき、また貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございました。