

## 令和5年度第3回県中地域医療構想調整会議医療部会議事録

日 時：令和5年11月9日

18時00分～

場 所：Z o o m

### 【司会／新妻部長／県中保健福祉事務所】

定刻となりましたので、ただいまより、令和5年度第3回県中地域医療構想調整会議を開会いたします。

本日はお忙しいところ、参加いただきまして誠にありがとうございます。  
私は本日の司会を務めます県中保健福祉事務所、生活衛生部長の新妻と申します。どうぞよろしく願いいたします。

開会に当たりまして、県中保健福祉事務所、笹原所長より御挨拶を申し上げます。

### 【笹原所長／県中保健福祉事務所】

皆様こんばんは。

令和5年度第3回県中地域医療構想調整会議の開催に当たりまして、御挨拶申し上げます。

本日は御多忙中お集まりいただきまして、ありがとうございます。

また、日頃より地域医療の充実のため御尽力いただき深く感謝いたします。

さて、本日の議題につきましては、前回の会議も含めまして立ち上げました病院部会を8月及び9月に行いました。

議長を務めていただきました土屋郡山医師会長をはじめ、出席くださった各病院長から、大変率直かつ貴重な御意見を出して頂きましたので、内容についての御報告を頂きます。

また、地域医療計画の地域編については、前回示した内容から御意見をいただきまして修正した内容をお示しさせていただきます。より地域に根ざした計画を目指しておりますので、活発な御意見をお願いいたします。

さらには、ひらた中央病院とたむら市民病院から病床機能の変更予定がありますので御報告いただくとともに、意見交換をお願いしたいと考えております。

地域の医療構想を進める上で、皆様方の御意見は不可欠です。

地域の関係者の方々や専門家の御協力を得ながら、よりよい医療提供体制を構築していくため、率直な御意見をお願いいたします。

最後になりますが、本日の会議が地域医療の充実と発展に向けた、よりよいものとなりますことを期待して、挨拶とさせていただきます。本日はよろしく申し上げます。

**【司会／新妻部長／県中保健福祉事務所】**

はい、ありがとうございました。

本日御出席の皆様につきましては、後日皆様にメールをさせていただきます。

また、本日の資料とともに、アップさせていただきました御意見等の別紙様式、エクセルですがうまく開けないとの御報告をいただいておりますので、あわせてメールにて添付させていただきます。

それでは議題に入ります。

ここからの進行は、設置要綱第5条に基づき、県中保健福祉事務所の笹原所長にお願いします。

**【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】**

はい、ここからは私が進めてまいります。よろしく願いいたします。

早速ですが、次第に沿って進めてまいります。

**1 地域医療構想病院部会の検討内容について**

**【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】**

まずは議題（1）地域医療構想病院部会の検討内容について、病院部会の議長を務めていただいております

郡山医師会会長の土屋先生、お願いいたします。

**【土屋会長／郡山医師会】**

よろしく願いいたします。

県中地域の地域医療構想調整会議の中で、病院部会の開催を認めていただきましたので、その病院部会の議長を務めさせていただきました土屋のほうから、第1回、第2回の病院部会の内容について皆さんに御報告申し上げます。

医療構想会議の構成員は、実は34の病院、そしてまた医師会、そして行政の構成員があるんですが、34全ての病院の皆さんに出ていただいても、埒が明かないかなということで、私のほうでちょっと勝手にメンバーを少し絞らせていただきました。

高度急性期、急性期の括りの中から太田西ノ内病院、南東北総合病院、星総合病院、寿泉堂総合病院。

それから、回復期慢性期ということで、太田熱海病院、今泉西病院。それから慢性期病院から土屋病院、そして公立病院から公立岩瀬病院、そして、田村地区からたむら市民病院、そして医師会のほうから私、郡山医師会、そして、保健所のほうから県中保健所の笹原所長。

そして事務局を県中保健所の新妻さんと河村さんということで、この病院部会の構成員とさせていただきます。

第1回の内容ですけど、その下のところに書かれてますが、議題はそこにありますように①②③について話をさせていただきました。

簡単な中身のサマリーですけど、第2回の地域医療構想調整会議で説明された地域医療構想の進め方、それから、急性期の受皿となる施設等を含めた回復期以降の設置状況を県中保健所、そして、データを元にデロイトトーマツのほうから説明をいただきました。

それから私のほうから、病院部会で今後どういうふうな議論を進めたらいいかということをお提案申し上げ、いろいろ御議論いただきました。

その中身ですけども、主立ったところをちょっと御紹介させていただきます。

病院機能の増減の議論が、数値目標値だけで出されてよいのかということ。それから病床利用が適正に行われることが原則ではないかということ。このような話から始まり、いろんな御意見が出ました。

そして、ずっと私たちが今まで話合いの中で持ち続けている、やはり、調整会議の進め方が、ベッドを減らすための会議に思えてならないという疑問をどう解決していくかということ。

それから、地域医療のあるべき本来の姿は、医療機関の連携ではないか。しっかりと連携手段が構築されれば、必要とされる病床数も含め、機能が明確になるのではないか。

それから、救急医療の課題、これがどのような有効な役割分担ができるかをしっかり議論する必要がある。

特に、郡山は民間病院同士の協力体制で救急医療が担われているので、垣根を越えての議論が必要となるであろう。

それから、実働病床の情報共有が必要ではないか。

それから、急性期から慢性期まで、疾患によっては連携パスのようなものも有効ではないか。これは資料にはないと思います。

それから、連携のオープンネットワークのような仕組みが必要ではないかとか、そういう様々な意見がこの第1回の部会では出ました。

そういったことを受けて、次のアンケートをお願いします。

私の方と事務局でちょっといろいろと相談させていただいて、各出席いただいた部会のメンバーにこのようなアンケートをとりました。①では、いわゆる地域医療構想の中で、国が示す進め方というのがありますが、ここについて何か議論を進めていくに当たって、例えば、第1回の部会で議論された過剰な医療機能、こういったこと、それから「非稼働病床を稼働しない理由」をなぜ説明しなくてはならないのか、などというような一つの具体案を出して、それに見合うような何か進め方に対して御意見がないかという事を求めました。

これは国が示すような高度急性期、急性期、回復期、慢性期、そういったところの機能を担っている病院に対して、どうすればそういった患者さんをスムーズに流すことができるか、との提案を求めました。

本来その病床機能を病床数でいろいろ考えるような提案がなされているんですけども、具体的には、高度急性期を352床増やし、急性期を1,700床減らし、回復期を700床増やし、慢性期をさらに80床増やすというような推計になっていたのですが、このようなものが本当にこの県中医療圏で妥当なところかどうかというところをお考えいただいて、御意見を求めました。

これも救急医療がやっぱりこれからの議論の中で中心になる医療となりますので、この救急医療がこの県中地域の中で、どうすれば安定的に機能するかというようなことに対する御意見を伺いました。

あとは改めてこの病院部会をどのような議論で進めるかというようなこともお書きいただくように、アンケートをしました。

結果は非常に各構成員の先生方からたくさんいただいて、ここに今日お出し出来ない程たくさんいただいているんですけど、第2回目の方でそこも含めて、そこに書かれているような、議案議題をちょっと具体的に一つ一つお互いの意見交換をしてまいりました。

この調整会議の在り方についてですが、やはり先ほども言いましたけど、医療供給体制を考えるに当たってやはり救急医療提供体制、そういうものをどう整えるかっていうことを考えることが、全体的な医療提供に当たってのバランスを考えるには1番手っ取り早いかなということで救急医療から考えるべきだという意見がございました。

それから地域医療における需要供給を見据えて、各医療機関の考えを集約する場とするべきだという意見、それから地域包括医療も含めてどう連携していくのか協議すべき、分析データの議論の在り方については具体的な提案があってそれに向かって動くために分析を行い、それについて議論することで分析データが生かされるべき、各区分の病床機能の滞りを動かすことが地域医療構想調整会議で話し合われるべき、しかし本当に動かす方法がここで議論出来ていない、というような御意見を頂戴しました。

救急医療の課題ですけども、救急医療、今大変厳しい状況にあって、救急医療に対応した後に、病床の空きが確保出来ないがゆえに、救急医療が回らないという厳しい状況があります。

そんな中で、どの辺のところのポイントかと議論しましたところ、やはり回復期、慢性期に患者さんが流れていかない、この滞りをどう回復するかが大きな問題ではないかという話になりました。

ただ、よくよく考えてみれば、やはり回復期・慢性期含めまして、そこの担い手となる病院というのはなかなか確保することは難しいということを考えますと、やはり回復期から慢性期、そして慢性期から他の在宅あるいは施設、そういったところの流

れをどう確保するかっていうことが、実はこの調整会議の中で今後議論しなければいけない大きな課題かなというところも見えてきました。

それから、補助金交付金とありますけど、これは救急医療体制の支援の補助金交付金です。

今まで郡山市内の救急のことをいろいろと話をしてきますと、やはり近隣の市町村からかなりの患者さんたちを受入れている中で、郡山市の救急の受入れ病院は、郡山市からですか、そういった補助金交付金を受けておりません。ですので、これが本当に妥当なのかどうかってこともしっかり議論しなくちゃいけないのではないかとの話が出ました。

それから、この補助金のつけ方ですけども、これもまた地域によってそれぞれの事情があって、大分、いろんなところから支援いただいているような地域もありますので、今後そういったものが協議会等も立ち上げてしっかりと議論することも今後必要ではないかというような意見も出ました。

それから、情報発信ですけど、これはもちろん、以前からも大きな課題としてありましたけど、やはり、医師とか、看護師初め、医療従事者の不足に伴う救急搬送件数が増大してきた場合、十分対応出来ないというこの現状を、どのように住民の皆さんに知っていただいて、特にその救急のコンビニ受診を控えるなど、救急医療、本当に救える命を救うべき体制を整えなきゃいけないのが救急医療だということを知ってもらうような、そういう周知が必要ではないかということが改めて意見として出ました。

それから、非稼働病床についてですけども、非稼働病床ということをどのように考えていくかということで、あえて議論させていただいたんですけども、いわゆる私たち医療機関として持っているベッドで、持っているけれども、動かさない病床はあっても、有効に活用出来てないというわけではなく、それをあえて議論する必要があるのかどうか。ただ、いろいろ事情があって非稼働病床となっているものに関してはやはり今後計画とか将来性をまずこの調整会議の中では話はしていかななくちゃいけないんじゃないかということ。

それから、そういう稼働していない病床を持っている病院に対して、そこを削減しようとするならば、それをどの様な考えで、削減しようとしているかということを、国及び県からきちんと、もう少し明確な説明が必要だということ。

それから非稼働病床の活用に関してですけども、稼働してない病床も含めて、過剰病床という形でそれを規定していることから、病床変換出来ないようになっているのではないかということ。

それから、休床しているベッド、これは返還とか関係なく、これをうまく病院間同士で運用できるようなシステムをもしできるのであれば、行政と検討しながら行政にそういったことを作ってもらえないかというような話が出ました。

それから、過剰な医療についてですけども、個人的にはこの過剰な医療という言葉は非常に受入れがたい言葉で、私たちのやっている医療について、あくまでも患者さ

んとか御家族のためになるような医療を必ず提供してると信じてますので、私たちが行う医療については過剰な医療という言葉がないんじゃないかと私個人的にはそう思います。

ですので、過剰な病床ということを考えていった場合、実は過剰病床っていうこと自体も、私は動かしたくても動かせない病床を持って仕事をして、残念ながら出来ない病床であるので、そこを過剰病床と言われることは、余り気持ちとしてはうれしくないんですけども、そこを数値で計ることは難しいということが出ました。

それから、経済的な事情で稼働出来ない病床を持っているのが過剰病床となっていますので、いろんな事情があるのでこれを強制的に議論することは出来ないのではないか、というようなことが出ました。

それから、改めてですけども、高度急性期、急性期、回復期、慢性期というこの区分がどのような区割りになっているのかということを変更して部会の先生たちと議論したんですけど、やはりなかなかそれぞれの委員の先生たちが持っているイメージと実際提示されている定義とか、なかなかこう、違っているんですね。ですので、今の定義がどのような形で、提案されているかってことも含めて、今後行政がもっときちんとした、わかりやすい定義を作れないかということが出ました。

いわゆるいろいろ細かいことが出てはいるんですけども、やはりその3番目の白丸のところ、急性期病院が本当に急性期病院だけの機能を発揮するような形で、患者さんを受け入れるだけではなく、例えば慢性期の患者も受けざるを得ない、そのようなところもありますのでなかなか数値というのが一元的に議論出来ない、そんな状況を感じておりました。

ざっと今までの経過を話しましたが、まとめてみます。

そこに書かれておりますように、今まで調整会議では、病床機能報告結果と将来の医療需要計画による数字の比較により、過剰・不足の病床の転換することを求めるような内容でした。

かつ、2025年プランを提出させ、会議の中で承認否認をその場で検討しているというような会議ではなかったでしょうか。

そんな中で、これを受け、私たち病院部会としましては、その下に書き込まれましたけど、病床機能報告により数値化されているものでは見えない部分があります。

ですので、数値ではない、今の問題点を明らかにして、行政側が具体的なプランを提示し、そして各病院が、そのプランが本当に妥当かどうかも含めて実行に向けてこの調整会議の場で議論を進めていくということが1番の問題解決の近道ではないかという結論がありました。

そのためにも病床機能報告の際の定義、先ほども言いましたけど、各四つの区分が本当に、誰でもわかりやすく、説明しやすい定義とならない限りはなかなか議論が進みませんのでこの辺のきちんとした整理が必要ではないか。

それから、やはり救急医療の地域医療構想調整会議でベッドのことも含めて、いろ

んな議論をするには救急医療がどのような適切な状態で、地域の住民の皆さんに提供できるかってことを考えなくちゃいけないということを思いますと、やはり、高度急性期・急性期・回復期・慢性期そして在宅、といった患者さんの流れにやはり滞りがあり、簡単に言えば各区分の中でもう既に患者さんたちが滞っている現状がありますので、ここを何らかの方法で、患者さんたちの病状に応じた形で、在宅へ戻せるような、その流れの確立というものが絶対不可欠、必要かなという話がありました。

1番最後のところですけど、そういった本当に具体的な手段の一つとして、やはり病々連携病診連携といった連携の中で、これがうまくいけば患者さんがスムーズに流れるのではないかという話が出ました。

以上、病院部会の第1回から2回のまとめについて説明しました。

よろしく願いいたします。

**【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】**

はい、ありがとうございました。

こちらにつきまして、病院部会に参加された先生方で追加の御発言、また参加されていない構成員の方々、御質問御意見等ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

では病院部会で出ました御意見につきましては、今後の検討課題事項として対応していくとともに、必要に応じて、今後、病院部会を開催していきたいと考えております。

**2 福島県地域医療構想検討課題調査事業(レセプトデータ分析及び地域医療連携法人について)**

**【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】**

それでは次に、福島県地域医療構想検討課題調査事業、レセプトデータ分析及び地域医療連携法人についてデロイトトーマツ様お願いします。

**【泊／デロイトトーマツ】**

お世話になっておりますデロイトトーマツの泊と申します。

配付させていただいております資料について、今、画面に映しておりますが、A4の2アップ印刷になっているかと思っておりますので、これから私のほうで紹介させていただくページ数をお伝えする場面があるかと思っておりますが、そちらについては各ページ、上部、上段下段の左下に記載しているページ数を示しておりますので、その点御留意ください。

では早速説明に入らせていただきます。

2ページで御手元の資料の②ですかね、もう1枚めくっていただきまして、上段の資料になります。

毎度お示しさせていただいておりますが、令和7年で推計された地域医療構想にお

ける必要病床数と、令和4年の現在の病床機能報告で報告された病床数の比較を行っております。

赤枠で囲みました箇所について、県中区域の比較をさせていただいております。

あわせて令和3年度のデータについても示させていただいております。令和3年度と令和4年度の比較では、各病床区分の不足、過剰といったところが若干の解消は見受けられる状況であるんですけども、引き続き、高度急性期、回復期、慢性期の不足と急性期の過剰といった状況は継続しております。

続きまして、3ページ目、御手元の資料の②の2ページ目から2枚目の資料の下段の資料になります。

こちらについては、過去にお示しさせていただいた資料の再掲といった形でおさらいという意味にはなりますが、冒頭の病院部会における御議論、検討内容にもありました病床機能報告の、報告の仕方といった点がありましたが、そちらと、地域医療構想で推計された、値の違いについて示させていただいたものになります。

左側ですね、病床機能報告については、病棟単位の報告となっており、左側の図のように、一つの病棟に様々な病床のステイタスの患者さん、回復期、高度急性期、もしくは慢性期、そういった患者さんが複数混在することが想定されるんですけども、病棟単位で病床機能報告をする必要がありますので、御参加の各病院様におかれましては、入院料等の施設基準等をベースに、各病院様での御判断にて回答されているかと思えます。

一方、右側の地域医療構想については、1日患者当たりで分けたもの、かつ、診療報酬を診療行為の量とみなして、点数が高い人ほど、医療が必要な方々ですよというような見方であると仮定して推計したもの、つまり診療行為ベースの数値となります。左側の地域医療、病床機能報告における施設基準をベースとした数値についても、患者様の様態であるとか、診療行為を一定に反映したものですので、全く違うものではないとは思いますが、この病床機能報告と地域医療構想の推計というところには、そういった点の違いがあるといった点は改めて御理解いただければと思います。

続きまして、4ページ目、御手元の資料2のですね3枚目、上段の資料になります。

こちら、右側の太い棒グラフが、先ほどお示しさせていただいた、病床機能報告における各区分の病床数と、地域医療構想における病床数の比較となっております。

あわせて左側にお示しさせていただいた積み上げ方のグラフが、病床機能報告で各区分として報告された病床の入院基本料をそれぞれ積み上げたものになります。

ちなみにこちらは令和3年度となっておりますが、令和4年度の病床機能報告のデータを拝見したところ、入院基本料の明示がされていない病床の病棟が一定ございましたので、令和3年度といったデータを用いて示させていただいております。

先ほどまでお伝えしたとおりですね、各病床区分の不足、過剰の状況については、一定の解消はしていますが、あくまで若干の解消となりますので、この令和4年度、令和3年度といった状況で、大幅な変化はないといった理解です。



先ほどの病床機能報告における、施設基準等をベースとした、病床数の集計値と、地域医療構想における診療行為をベースとした、病床数の集計値といったところを踏まえていただくと、特に急性期、回復期といったところの合計値がどうしてもこういった違いになってしまうといったところは御理解いただけるかと思います。

入院基本料別に見ていくと、県中区域で最も多い病床数の入院基本料が、急性期一般入院料1となっております。

単純な比較にはなりますが、病床機能報告と地域医療構想の数値を比較して、この急性期一般1の病床数だけで、地域医療構想の急性期の病床数を上回っている状況となっております。

もちろん、地域の各病院様の御事情等もございますので、この数値だけをもってよし悪し決めるものではないという理解なんですけれども、ただ、この地域急性期一般1の看護配置基準には7対1となっておりますね、そういった医療資源の最適化といった面でも、まだまだ、最適化の余地はあるのかなと考えていただいてもいいのかなと思います。

続いて、5ページ目の資料です。御手元の資料2のですね、3枚目下段の資料になります。

こちら昨年度までを示させていただいたものの再掲といったところになるんですけども、特に医療資源の比較といったところで、医療人材の充足がどうなっているかといったところですね、全国、あと、県内のほかの区域と比較してどうなっているかといったところを見たものになります。

県中区域はこの赤い囲いで示させていたところになるんですけども、医師、薬剤師については低い状況となっております。

ただ、看護師、PT、OTの数については、多いといった状況が見受けられます。特にPT、OTの数っていうのは、突出して高い状況が見受けられますので、地域全体で一定の回復期機能といったところは有していることが想定されます。

後でデータ上といったところで、皆様が現場で実感されている感覚とは異なるとお感じになる可能性もございますが、病院部会で多く意見が出られたと思いますが、現在休止されている病棟の再開等に係る、看護師数についても、県内区域の中では多いほうで全国平均でも同程度といったところの結果が出ております。

続きまして、6ページ目になります。御手元の資料の4枚目の上段の資料となります。

1点、御手元の資料のところでは修正がございまして、画面上のところは修正しているんですけども、資料の一部について修正いただければと思うんですけども、ページ下部に記載した脚注のアスタリスク1についてこちら削除漏れですので、この説明書には関係ない脚注が残ったままとなっております。大変失礼いたしました。

一応画面上に表示させていただいている資料はその点修正させていただいております。

資料の説明に戻らせていただきますと、左側のグラフについてはですね、病床機能報告に基づいた、各病床区分の病床機能別の稼働率を出させていただいております。

これ見ていただくと、高度急性期・急性期については76%、回復期は77%、正規が90%、全国平均と比べると、高度急性期・急性期、あと慢性期については全国平均と同水準といったところが出てはいるんですけども、回復期については、全国平均を下回っている、低い状況になっております。

次に、右側のほうにお示ししたものです。

こちらについては、人口、病院数、病床数が類似している他県の、県中区域に類似している区域というのをピックアップして比較したのになります。

こちら、病床機能別に人口10万人当たりの病床数で比較すると、県中区域は他の区域に比べて、病床数の合計が多く、特に急性期の病床が多いといった結果になっております。

ここまでレセプトのデータ分析との事でお伝えしたんですけども、病床機能報告をベースとした状況を示させていただきましたが、これからがレセプトをベースとした状況の御説明といったところになります。

こちらは、これから御紹介するレセプトデータの考え方でございます。

今回、収集出来たレセプトデータについては、国保と後期高齢の2種類でございまして、国保以外のデータといったところは推計を行っているということでございます。

その考え方としては基本的に、国保以外の加入者の方についても、基本的に国保の方々と、受療率はそんなに変わらないだろうという前提で、国保の加入者と、その他の加入者の人口比によって集計して推計しております。

またこの後、1日あたり患者数といったような数値が出てきますが、その1日あたり患者数といった数値の考え方については、レセプトデータの中に診療日数といったデータもございまして、1患者1レセプト当たりのそれぞれが、その診療日数といったものがありますので、それらを合計して365日で割った値といったものが、1日当たりの患者数といった形でお示しさせていただきます。

ページをめくっていただきまして、次以降がレセプトデータの分析結果となります。御手元の資料2の5枚目、上段の資料になります。

まず、区域のグラフ、県中区域のグラフといったところで、左の円グラフでは、県中区域の疾患構成をお示しさせていただきます。

県中区域にお住まいの方々の疾患構成を見ていきますと、まず1日当たり約3,500人程度といった患者数に対してなっております。それぞれに疾患構成を見ていきますと、循環器系が最も多く、次いで新生物、筋骨格系、神経系と続いて、大体この四つで全体の半分ぐらいを占めるような構成比となっております。

右上の円グラフがございまして、こちら、県中区域の完結率を見たものとなっております。

要は、県中区域にお住まいの方々が、どこで入院されたか治療したのかといったと

ころ、県区域外にどれくらいの方々が行っておられるのかといったような数値、集計でございます。

県中区域は非常に完結率が高くて、全体の91%の方々が区域内で受診されているといった状況です。

流出先としては、最も近くの県北区域・県南区域といったところへ流出が生じていました。

では、流出している患者さんが、疾患別に見るとどういった方が多いのかといったところは、下の棒グラフになります。

では、1日当たりの流出患者数、上位5疾患を見ていきますと、新生物が最も多くて、続いて神経系、循環器系、腎尿路系、あと筋骨格系と続いております。

続いて、9ページ目ですね。御手元の資料の5枚目の下段の資料になります。

完結率が高い県中区域における流入状況、また、県中区域で特に医療機関が集中しているとしている、郡山市への流入状況として示させていただいた資料になります。

まず、この左上のグラフとしましては、郡山市内の医療機関に入院している患者さんの約3分の1が、郡山市外からの患者さんとなっているということです。

その約3分の1の約半分強ぐらいが、県内の県中区域の郡山市以外の市町村の方々、残りの全体の6分の1が県中区域以外の方からの患者さんとなっております。

これを病床機能別に見た場合、高度急性期、急性期といった、相当の患者さんの流入が多い状況となっております。

左下のグラフについては参考としてつけさせていただいておりますが、県中区域に入院されている患者さんのうち、区域内、郡山市に所在の方について、92%が郡山市の医療機関に入院しています。

2段目は、県中区域に入院されている患者さんのうち、区域内、郡山市以外に住所所在地をお持ちの方で、45%が郡山市、この三つ目の区域外といったところについては、県中区域に入院されている患者さんのうち、65%が郡山市内の医療機関に入院しているといった形になります。

続いて、右上のグラフに進めさせていただきます。

こちらは、まず上のほうですね、郡山市外の区域内から郡山市内の医療機関に入院している患者さんの市町村別の構成です。

須賀川市、田村市、三春町といった形で、多くなっているという状況です。

続いて、こちらが区域外から郡山市に入院されている患者さんの、その区域外の方々はどこから来てらっしゃるのかといったところで、最も多かったのが県北区域からいらっしゃる患者さんが多かったといったようなことになります。

あとこれも御参考までに、右下のところ、グラフで見ますと、1日当たりの流入されている患者さんでどういった患者さんが多かったのかといったことですね。

これも疾患別に上位5疾患を見ますと新生物、循環器、神経系、筋骨格、呼吸器系と続いております。

続いて、10ページ目、御手元の資料の②の6枚目、上段の資料となります。

こちらは先ほどの郡山市への流入の状況といったところを、病床機能別に見たものとなります。

左側が区域内の郡山市外の市町村から郡山市の医療機関への流入状況を、病床機能別に見たものとなっております。

先ほど御説明した9ページの右上のグラフと同様に、須賀川市、田村市からの流入が多い状況となっております、その状況といったところは、各医療機能においても同様な状況となっているといったところです。

続いて、右側のグラフですね、こちらについては、先ほど、区域外からの流入が多かった県北区域について、県北区域のどの市町村から多く患者さんがこられているかといったようなものを示したものになります。

高度急性期、急性期、あと回復期相当については、隣接する本宮市からの流入が最も多くなっておりまして、続いて二本松市、慢性期については本宮市に加えて福島市からの流入も多い状況というところが見てとれます。

続いて、11ページ目ですね。御手元の資料の②の6枚目の下段の資料となります。

すいません、説明が前後し大変申し訳ないんですけども、先ほどまで9ページ10ページの御説明の中でお伝えしていた、高度急性期、急性期、回復期、慢性期相当といった言葉を用いておりましたが、そちら冒頭の病床機能報告の方で御説明させていただいた当該区分と異なる点を御留意ください。

どちらかという、先ほどまで9ページ10ページを用いていた、その区分といったところは、地域医療構想における区分と顕示するものとして、用いさせていただいております。

その区分の御説明をさせていただきます。

先ほどまでの区分についてですね、入院患者の病床機能を1日当たりの診療報酬の点数を基準に分けております。

上から、1日当たりの単価を6,000点以上の方、かつ14日以内の入院の方を、高度急性期相当。

3,700点から6,000点未満と、あと6,000点以上の方で15日以降、入院期間15日以降の方を急性期相当、2,350点以上3,700点未満の方を回復期相当で、あと残りを慢性期相当といったように分類させていただいております。

地域医療構想のほうでは、入院料やリハビリ相当の点数を引いた医療資源投入量といった言葉を用いておりますが、実際にそういった形で患者さんの推計を出されておりますが、厳密にどれを抜いたかといったところが明確になっていないところでありますので、暫定的にこういった形をとらせていただいております。

あくまで暫定的になっておりますので、完全に一致するものではないという点、御留意いただければと思います。

12ページ目、御手元の資料の2の7枚目の上段の資料となります。

こちらは、先ほどお示した方法で、病床機能別の入院患者数がどうなっているのかといったところを、地域医療構想の1日あたり患者数と比較したものでございます。

左側が今回の推計値でございまして、医療機関所在地ベース、要は流出分を含まないものとして記載しております。

全体の患者数が若干違うといったところで、数としてきれいにするわけではございませんが、大まかな構成としては、類似しているような結果でございました。

ただしですねこの慢性期の部分ですね。

これについては、1点注意がございまして、地域医療構想の中では、慢性期の一部、具体的には、医療区分1に相当する方の7割については、在宅医療で対応するとして、この数字の中には入っておりません。

ですので、この在宅分も入っているというところで、今回推計した慢性期の数字が多くなっているといったところになります。

続いて、13ページ目の資料になります。御手元の資料の②の7枚目の下段の資料になります。

先ほどお示した方法で算出した、県中区域の将来患者推計となっております。

左側の棒グラフがそれに相当しますが、2020年を起点として、大体2035年ごろまで全体の患者数は増加しますよといった推計になってます。

その後、減少に転じて、2045年ごろには、大体、現時点を2020年程度ととらえると、2020年よりも若干少ないぐらいの水準になるという見込みになっております。

右側の折れ線グラフについては、この将来患者推計を病床機能別の患者数について、2020年を起点にどう増減していくのかを示したものになります。

それぞれ見ていきますと、高度急性期については、2020年以降減少推移となっております。

急性期については、2030年ごろまでは若干の増加傾向をたどるものの、それ以降は、減少に転じて2035年以降は2020年の水準を下回って、それ以降はさらに減少していくといった推移をたどっております。

回復期については、2035年ごろまで増加傾向となり、2045年以降は2020年の水準を下回るといった推移をたどっております。

あと、慢性期については、2040年ごろまでも増加傾向にあるっていうところですが、ただ先ほど、留意してくださいといった点で、在宅分を含む点、この点御留意くださればと思います。

現状の病床のところ不足する回復期で、今後、増加すると想定される回復期について、疾患別に推計したものが次のグラフになります。

回復期相当の1日の患者数といったところを、疾患別に見ると、多くの疾患が全体の傾向と同じく、2035年から2040年ごろまでピークを迎える予測となっております。

特に、循環器・筋骨格・呼吸器など、高齢者の受療率が高い疾患について、2040年まで大きく増加し、2045年の時点でも、現在の患者数をまだ上回る状況となっていることが予測されます。

ここまで、病床機能報告レセプトデータ等から見られる、県中区域の状況といったところで紹介させていただきました。

次ページ以降のところはですね、医療資源が不足している地域について、医療資源不足を背景として医療再編を行った事例を御紹介させていただきます。

なお、県中区域全体としては、先ほどのデータにて示させていただいたとおり、全ての職種において、医療資源が多く不足するといった状況ではないという理解ではありますが、医療機関が集中する郡山市があるためそういった状況といったことも考えられますし、郡山市外の医療機関においては、やはり不足するといった状況は実感されているかと思えます。

もちろん、あくまでデータ上でのことですので、郡山市内の医療機関においても、現場で感じておられる状況と異なる可能性もあります。

その際の1事例として紹介させていただきます。

15ページ以降ですね、複数の事例を紹介させていただいておりますが、今回ですね時間も限られておりますので、1事例を紹介させていただきます。

左下、20ページと記載した、御手元資料②の11枚目の上段の資料をご覧くださいてもよろしいでしょうか。今映し出させていたいただいている資料になります。

こちらは山形県の庄内地域の事例でございます。

背景として、人口減少や過疎化が進む中で、各医療機関の持続的な、健全な経営をどう維持するかという課題に対して、地方独立行政法人2病院と、公立病院を含む3病院が再編を行った事例でございます。

具体的には、酒田医療センター、あと日本海総合病院、酒田市立八幡病院を中心に再編を行った事例で、この酒田市立八幡病院、46床の急性期を持っている病院だったんですけども、こちらについて、無床診療化して再編を行ったという事例です。

この再編の際には、後ほど御説明させていただきますが、地域医療連携推進法人といったものを作って、医師等の人材の流動性を上げて医師不足等を解消したといった事例でございます。

結果からいきますと、病床数全体で50床程度、低く減少したのに対して、医師数であるとか、救急の搬送件数といったところは増加しているといったところになっております。

次ページ以降、取組みのポイントであるとか、再編のポイントといったところを幾つかまとめておりますが、もちろん、維持や存続が困難な医療機関を統合したといったところであるとか、高度医療のアクセス確保といった点もポイントとして挙げられますが、やはり地域医療連携推進法人の設立といったところがポイントなのかなと感じております。

この地域医療連携推進法人の設立によって、各組織の経営課題の解決と、あと経営の全体最適化を図っていくことが出来たといったところがポイントなのかなと考えております。

再編事例の最後に、22ページでございしますが、再編の流れを時系列でまとめたものでございます。

細かい時系列といったところは後ほど改めてご覧いただければと思いますが、やはりここで1番お伝えしたいこととしましては、やはり再編といったものは時間がかかるんですよといったところです。

大体、この時系列を見ていただくと分かると思うんですけども、大体5年から10年といった程度で、かかることが多くて、今すぐ始めて、来年再来年何かできるよということはなかなか難しいというところにありますので、必要で、できるだけ早い段階から検討される必要があるならば、できるだけ早い段階から御検討される、そういったところが望ましいと考えております。

最後に、26ページ目です。御手元の資料2の14枚目、上段の資料になります。

先ほどの庄内地域の事例でも挙げました地域医療連携推進法人といったものは、再編の中で活用されている事例が多く、人の流動性を上げる、であるとか、法人内の人の派遣ということをしやすくなりますので、そういった事例がよく見られます。その中で、人材の流動性を上げたという事例を、後ほど紹介させていただきます。

まずは、制度はどういったものかといったところを簡単に紹介させていただければと思います。

この地域医療連携推進法人といったものについては、医療機関の機能分担及び業務の連携を推進して、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として設置された制度です。

複数の医療機関等が法人参画することで、共助性を高めて、より質の高い、効率的な医療提供体制を確保できるよう、設計された制度といった理解です。

連携推進法人の中で、どういったことができるかっていうことになります。繰り返しになりますが、同一法人内での医療従事者派遣であるとか、あと人事交流、共同での研修であるとか、薬品の共同購入、医療機器の共同利用の他、病床の移動、同一法人内での病床の移動等ができることが特徴でございます。

基本的に、医療機関、医療法人が、その法人に参画するとなっておりますが、細かい認定基準の例としてはここに掲載しております。

病院や診療所、あとは介護老人、老健、介護医療院等の運営する法人が二つ以上であるとか、医師会や患者団体に構成される、協議会を法人に置いていること等が認定基準として挙げられております。

めくっていただきまして、28ページ目ですね。御手元の資料の②の15枚目上段の資料になります。

こちら1事例として紹介させていただきます。島根県の江津市の取組でございま

す。

クロスアポイントメントシステムの構築といった事例でございます。

参加法人としては、済生会や、江津市医師会、あとは他病院さん等が参加しており、背景としては、開業医の先生化方の高齢化があつて、後継者不足と言ったところが課題となったことに対して、医師確保に加えて、後継者の方々が早くふるさとに帰っていただくといったところを目的として、この連携推進法人がつくられております。

法人の名前としては、江津メディカルネットワークといった法人でございまして、その中で、クロスアポイントメントシステムといったところで、要は、済生会江津病院、江津総合病院と、そのほかのクリニックで医師を共有するというふうなシステムでございます。

これをとることで、病院と診療所、両方の医師として勤務できる体制を実現されていると。

このシステム自体はですね、在籍型の出向で、出向元、あと出向先、それぞれの身分を持つようなシステムとなっております。

内容はその中の業務の割合であるとか、給与の支給方法等は個別に取組を行って調整するといったところで、結果、繰り返しになりますが、開業医の後継者の方々も、病院で勤務できるようなこととなり、早い段階ではふるさとに帰る帰郷を促進するつていうことに加えて、あとは済生会江津病院、総合病院を通じた医師確保といったものにつながったといった事例でございます。

簡単ではございますが、連携推進法人の事例紹介でございました。

最後に、アペディックスとして付け足していただいている資料として、先ほどまで御紹介させていただいた、レセプトの部の推計方法の補足の資料であるとか、レセプトデータの疾患分類についても御参考までにつけさせていただいております。

私から御紹介させていただいた、記載事項は以上になります。

#### 【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】

はい、ありがとうございました。

ここで、先ほど病院部会のことについて土屋先生のほうからご報告ありましたが、病床機能報告、これがなかなか定義が曖昧だ、という話がありました。

こういったことを明確化していかなければならないのではないか、という議論が出ました。

ですので、ここでデロイトトーマツさんに御意見をお伺いしたいと思うんですが、この明確化ということについて、どういった方向でやっていけばいいのかという事をお聞かせいただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

#### 【泊／デロイトトーマツ】

はい。デロイトトーマツでございます。



他県の事例としましては、一定の基準を設けて入院基本料であるとか、その他、病床の中でこういった手術であるとかそういった情報を用いて基準を用いております。

ですから病床機能報告にあたって、そういった基準を作られているといった県の事例もございますので、そういったところが今後、福島県内でも考えられるのかなと想定しております。

【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】

はい、ありがとうございます。地域医療課さん、いかがでしょうかね。

【地域医療課】

地域医療課です。

今ほどの話は病床機能報告に当たっての基準をつくるということでしょうか、それとも、まだ地域医療構想に当たっての定量基準の話ではなく、病床機能の報告のほうの基準ということでしょうか。

【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】

はい、国が示している病床機能報告が、非常に雑駁なものでありますので、例えば、何かで区分するとか、そういった明確な定義というものが必要なんじゃないかといった話ですけれども。

【地域医療課】

まずこの病床機能報告制度については、医療法に基づいて報告いただいているもので、その報告の基準に当たっては国の審議会、またその審議会の下に設置されたワーキンググループなどで基準を定められているものと承知しております。

ただその基準が曖昧でわかりづらいということについて、県のほうで何か統一的な基準を設けたらいいのではないかというお話かと思いますが、そこは、どの程度踏み込んだ基準がつかれるのかっていうのは、検討が必要かと思いますが、そういった御要望が県中のほうから出されたということは承知しましたので、検討はこれからしていきたいと思っております。

【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】

他県でもそういった動きがありますので、なかなか国にこれ以上、例えば、もっときちんと明確にしてほしいという意味では、言ってもなかなか通じないというのが現状でありますので、ぜひ、他県の事例なども参考にさせていただきながら検討していただきたいと思っております。

はい、そのほか何かございますでしょうか。

土屋先生どうぞ。

### 【土屋会長／郡山医師会】

はい。

まず、県中保健所の笹原先生や、事務局の声が非常に割れて聞きづらいので、そこが何とかならないかということをちょっと御検討ください。

あと、病院部会での各区分が明確でないという話の1番の議論になった話というのは、病床機能報告制度のものと、それから地域医療構想の中でのデータでの推計されるこの数値、それぞれの数値は理解できるということが前提で、但し実際そこだけで議論出来ないところが、各病院の日常の仕事の中で交錯していると。

それはもう当然今の説明にもあったように、交錯していろんな病院がそれぞれ機能を持っていて、いろんな患者さんたちを見ているわけですよ。

そんな中で、結果的にこの地域として、本来はこの地域であるべきデータってというのは、どの辺が1番私たちとして理解、納得できるようなデータなのかっていうところも、議論をまず県として示してくれないか、議論というか一つのモデルを示してもらえないかということの話をしたわけです。

それがある程度出てくると、それが本当にこの地域にあっているのかどうかっていうことで、具体的な議論が進むんじゃないかっていう話です。

ですから、それを今、簡単にそういう構成ができるという話ではなく、両方の病床機能報告制度の中での区分、それから地域の調整区は、その中のデータでの区分け、レセプトも含めて、そういうのは全て分かるんですけど、それは全てこの地域の状態を反映していることではないので、それぞれの病院が今やっている仕事をいろいろとこう議論する中で、この県中地区だったら県中地区で、どのようなバランスが1番いいのかっていうことを検討してデータとして示して、そこに私たちが寄り添えるかどうかというそんな議論のほうが、結論が出やすいんじゃないか、そういう意味です。御理解いただけますでしょうか。

### 【地域医療課】

地域医療課です。土屋先生今ほど、重ねての説明ありがとうございます。

今ほどの土屋先生のお話、よくわかりまして、地域医療構想の将来推計っていうものに対し、先ほどのデロイトさんの説明にもありましてとおり、この病床機能報告制度っていうのが病棟単位であって、その病棟にはいろんな患者さんがいるけども、その中で、その一つ機能を選んで報告していただく仕組みということで、病床機能報告の結果と、あとその、地域医療構想が推計している病床数必要量等は、単純比較出来ないというのは全くおっしゃるとおりでございます。

ですので、この数字の差がどう言ったところで生じているのかっていうところを分析していかなくてはいけないっていうところが一つありますので、その辺どういった基準をつくれれば、実態に沿った条件に近くなるのかっていうのは、今年度、デロイト

トーマツさんのほうにも、分析調査に入っただいておりますので、デロイトトーマツさんのほうのお力もお借りしてちょっと何らか基準が示しているように、検討していきたいと思います。

土屋先生ありがとうございました。

**【土屋会長／郡山医師会】**

はい。ありがとうございます。

1点つけ加えさせていただきますと、結局その各病院それぞれ、いろんな機能を持たざるを得ないという状況の中で、先ほども言いましたように、その患者さんの病状や、あるいは病態に合った形で、各機能ごとに病院から病院へと動かない現状があるわけですよ。

そうすると、今、この地域では非常にどうしようもない、解決先が見えない中で各病院いろんな仕事を強いられてる。

そんな中でこの地域ではどんなふうになれば1番いいのかっていうものを、まず、モデル的なバランスを、何とか何らかの形で提案出来ないかということです。

そこに私たち各病院が寄り添うためには、どんな、私たちのその必要とされるほかの施設とかなんかも含めて、どんなものが必要なのかっていう、そういったことも議論できると思うんですね。

だから数値とか、そういう機能の報告だけではなく、各病院が抱えているたくさんのいろんな課題をいろんな形で集約してみて、それを一つ一つ解決していかないと、この地域のいろんな提供体制としては結論に結びつかないと思うんですね。結構いろんなことを考えなくちゃいけないというふうに思います。

ですので、そこをより具体的なものにするには、例えば、県と私たちの病院部会と、あるいはデロイトトーマツさんと私たち病院部会とで、ここにいろんなデータを検討する必要の可否も含めて、議論する必要も出てくると思います。

**【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】**

はい、ありがとうございます。

渡辺先生どうぞ。

**【渡辺先生／町立三春病院】**

はい、町立三春病院の渡辺です。

今、土屋先生が言われたとおり、そのデータに出てこないところが、やっぱり現実的な大きな問題が一つあります。

先ほど今データに出ていた、看護師数は県中で多いというようなデータもありましたけれども、実際、三春病院の例をとりますと、三春病院、急性期をとってますけれども、超高齢者の肺炎であったり、それは急性期に当たると思うんですけども、そう

いったその看護必要度が非常に高い患者さんが結構多くて、10対1で我々見ておりますけども、もう実際統計よりは、看護の度合いからすると、もう急性期にも、7対1にも劣らないくらい労力を使っているというのが現状です。

それともう一つですね、先ほどのデータで、三春町、田村市から郡山に救急搬送されている統計が出ていましたけれども、大体人口比に比べての定点データがちょっと出てなかったなということがあって、ちょっと簡単に計算したんですけども、大体、人口比に比べて、同じくらいに三春町と田村市、同じくらい郡山市をお願いしているという状況がありますので、そういった細かいところがあると、その地域にある病院がどれだけその、その地域で貢献出来ているかっていうのも少し垣間見えるんじゃないかと思っています。

参考までです。以上です。

**【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】**

はい、ありがとうございます。そのほか何かございますでしょうか。

それでは、時間も限られておりますので次々に進めたいと思います。

続きまして、(3)第8次福島県医療計画における地域への策定について、事務局お願いします。

**3 第8次福島県医療計画における地域編の策定について**

**【河村／県中保健福祉事務所】**

はい。県中保健福祉事務所の河村です。

私のほうから、次期医療計画地域編について、資料3に沿って御説明をさせていただきたいと思います。

前回の会議にて、来年度に向けて、医療計画の策定を行うこと。

今回からは、医療圏ごとに地域編を作成すること。

また、県中地域の地域編の重点的な取組として、救急医療、感染症対策、在宅医療提供体制の三つを挙げて、素案を提示させていただきました。

皆様から意見を頂戴し、今回、データ、グラフの追加とともに、目標等具体的な取組を作成しました。

取組の内容や、あと、文章の文言、あとはグラフですね、もっとこんなグラフがあったらいいのではないかというような御意見を頂戴したいと思います。

では、資料3の1ページ目と2ページ目をごらんください。

こちらについては、県中圏域の地理的現状ですとか、基礎データを示したものになります。今回は御説明をしません、このようなレイアウトになる予定をしております。

3ページ目をごらんいただきたいんですが、3ページ目お願いしてもよろしいでしょうか。

圏域における重点的な取組として、まず救急医療の確保について資料に沿って御説明をしたいと思います。

1.救急医療の確保です。

こちらでちょっと訂正をお願いしたいのですが、次の県中圏域は3市、9町村で構成されていますと画面にはあるんですが、ちょっと、皆様に提供しました資料には8町村、こう記載されておりますので、9町村に訂正をお願いしたいと思います。

三次救急医療機関は、圏域内に1か所設置され、二次救急医療機関は、病院群輪番制及び救急告示病院、救急協力病院で対応しており、郡山市内に救急対応医療機関が集中しています。

現状と課題としては、救急搬送人員はここ数年で大幅に増加し、特に郡山市の二次救急医療機関は、市外からの救急患者も受入れざるを得ないことから、医療機関の負担が増しています。

さらには救急対応後の受入れ先がないことにより受入れ出来ない事例も見られます。

県南圏域には救命救急センターの設置がないため、県中圏域内1か所の救命救急センターで近隣圏域の重篤な患者に対応しています。

救急搬送された患者のうち、軽症者の占める割合が高いことから、真に救急医療が必要とされる重症患者等への対応に支障を来す可能性があります。

グラフとしては、救急搬送人員こちらについては、郡山広域消防と須賀川広域消防を合わせた搬送人員のグラフとなっております。

次のページなのですが、こちらのほうが患者搬送先の割合です。

まず、郡山広域消防が搬送した患者の搬送先が管内の医療機関かどうかの割合です。管轄内とは郡山広域消防の管轄となるので、郡山市内、田村市内、田村郡内、三春、小野の搬送先医療機関となります。

ほぼ、9割というか、ほとんどが管轄内に医療機関に搬送されているというグラフになります。

ちょっと下のほうに行ってください、須賀川広域消防が搬送した患者の搬送先の割合になります。

管轄内は、須賀川市内、岩瀬郡内、石川郡内の医療機関となります。こちらの管轄外を郡山市内とそれ以外に分けて比較をしております。

もう少し下のほうに行ってください、こちらが重症度別搬送人員割合です。こちらも郡山広域、須賀川広域のデータを合わせた人員の割合になります。

下の方、目標なのですが、医療機関間の連携を図り、スムーズな救急患者の受入れ、転院ができる。

初期救急、2次救急及び3次救急が必要な患者が、適切に救急医療を受けられ、その具体的な取組としては、初期救急及び2次救急が地域で受けられるよう、施設設備整備及び医師確保等への支援を行います。

救急患者が適切かつ速やかに適切な救急医療が受けられるよう、医療情報、消防情

報が共有できるシステムを構築するよう検討します。

また県中圏域における新たな三次救急医療機関の設置を図ります。

市町村等関係機関と連携し、住民に対して、救急車が適正利用、福島県救急電話相談 # 7 1 1 9 及び福島県子供救急電話相談 # 8 0 0 0 を周知し普及啓発の継続的な実施を行います。

続きまして、感染症への対応です。

県中圏域内の感染症指定医療機関は、須賀川市内 1 か所、病床数ですと 6 床配置されています。

新型コロナウイルス感染症の発生初期においては、人口が多く、圏域外からの流入も多い郡山市内に感染症指定医療機関が設置されていなかったこともあり、発生初期の対応に課題が見られました。

ですので、現状と課題としては、感染症指定医療機関が須賀川市が 1 か所、病床数で 6 床配置されていますが、県中圏域で最も人口が多い郡山市内には、感染症指定医療機関がありません。

新型コロナウイルス感染症発生初期には、人口の多い郡山市内の患者発生数が多かったため速やかな検査や患者の収容など、患者対応の迅速性に課題がありました。

こちらについては、新型コロナウイルス感染症発生初期の 2 次医療圏の郡山市と郡山市以外の患者数になります。発生初期なので、令和 2 年のデータとしております。

続きまして、下のほうに行っていただいて、現在の第一種と第二種の感染症指定医療機関数になります。

第 1 種感染症指定医療機関としては県北に 1 か所、第 2 種感染症指定医療機関としては、圏域内にほぼ 1 か所ずつありますが、相双については病院さんが休床中なので、その病床をいわきのほうに持っていき、いわきが 1 0 床となっております。

次のページ見ていただいて、こちら感染管理認定看護師の数です。

こちら日本看護協会のホームページからのデータになるんですが、県中圏域では、感染管理認定看護師さんが、現在は 7 人いらっしゃいます。

続きまして目標です。

新興感染症発生時に速やかな検査や患者の収容ができる。圏域内の医療機関のネットワークを構築し、情報の共有ができる。

具体的な取組としては、郡山市内に第 2 種感染症指定医療機関の設置を図ります。感染管理認定看護師等の育成や、能力向上を支援します。新興感染症発生時の医療機関及び関係団体との情報共有が円滑に進む体制を構築します。

続きまして在宅医療提供体制の構築です。

急速に高齢化が進む中、在宅医療は慢性期及び回復期患者の受皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして、整備を推進する必要がある、今後ますます需要が見込まれます。

現状と課題としては、急性期が終わった医療依存度の低い患者が在宅高齢者向けの

住まいや介護保険施設等へ切替えができるような在宅医療体制を構築する必要があります。

在宅患者で入院が必要になった際の受入れについて、医療機関の病床の空きや、医療従事者不足により、入院の受入れが困難な課題があります。

こちらは在宅療養支援病院の数と市町村別介護施設数を掲載しました。

ちょっと下のほうに行っていていただいて、目標としては、住みなれた地域で看取りまで含めた必要な医療が受けられる。在宅と患者の病状急変時に適切な医療を受けられる。

具体的な取組としては、退院可能な患者が在宅等へ移行出来ない課題を抽出し、不足している医療資源がある場合は、それを補う対策を行っていきます。

医療機関、訪問看護ステーション、薬局、介護施設間の連携を促進し、在宅医療体制の構築を推進します。

以上になります。

**【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】**

ただいまの説明につきまして御質問、御意見がありましたらお願いしたいと思います。なかなかすぐには出てこないと思いますが、内容につきまして御意見がございましたら、来週の水曜までにメール等で提出していただければと思います。

土屋先生、お願いいたします。

**【土屋院長／公立岩瀬病院】**

はい。

初期救急及び二次救急が地域で受けられるよう施設設備整備及び医師確保等への支援を行います、との事で是非この辺のところをお願いしたいと思うんですが、この計画に沿って支援をお願いするような場合には、振興局の方をお願いに伺えばよいのか、何処に伺えばよいのか、今後どのようになるのかという事と、この辺是非支援していただきたいのですが、いかがでしょうか。

**【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】**

まずは保健所の方でお受けしますので、何かあればお願いします。

**【土屋院長／公立岩瀬病院】**

是非よろしく申し上げます。

**【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】**

松本先生、何かございますでしょうか。

**【松本院長／土屋病院】**

土屋病院の松本です。

医師確保等の支援という事の具体的な方法はどうなんでしょうか。

**【新妻部長／県中保健福祉事務所】**

具体的な方法としては、なかなか難しいところなんですけど、県の医療人材対策室などと連携する、それから県立医大等と連携する、その様なことしかないのかなと思っています。

**【松本院長／土屋病院】**

すみません。具体的な取り組みって、具体的ではなかったと思うんですけど、今までこういう取り組みはなかったんですか。それとも、新たに医大とこういうことをやるという事でしょうか。

**【新妻部長／県中保健福祉事務所】**

県の救急医療対策協議会でも議論になっているところではありまして、救急の医師の確保というのは、なかなか難しいというところもございまして、その辺りその全県的な県の救急医療対策協議会などで議論されている中で、具体的な医師確保対策というのが出てくるのかと思っています。書きぶりとしてはこのぐらいしか今のところ書けないというか、何とか事業によりとかっていう具体性のある書きぶりが今のところ出来てないという所です。すみません。

**【松本院長／土屋病院】**

すみません突っ込みますけど、具体的な取り組みとかいてあるなら、やっぱり具体的な方法をお示しして頂かないと、我々の苦労は取れないかと思しますので、よろしくお願いします。

**【新妻部長／県中保健福祉事務所】**

はい、承知いたしましたすみません。

**【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】**

渡辺先生お願いします。

**【渡辺院長／町立三春病院】**

今日、参加者の方に、県立医大から中里先生参加されていらっしゃるんですね。

医師の不足の派遣の件に関しては、医大のほうと進捗状況は、もしわかれば、中里先生お話しいただきたいんですけども。



【中里教授／地域医療構想アドバイザー／県立医大付属病院】

福島医大の中里です。

今御質問ありましたように、恐らく地域医療支援センター長の河野先生から少しお話があってというか、説明がある部分もあったんじゃないかと思うんですけど、今は動いているのは、基本的にはいろんな医療機関から、毎年派遣の依頼を地域医療支援センターで受けて、これに答える形で日勤の非常勤の先生を出せるか出せないか、あるいは常勤を出せるか出せないかというのを、各講座主任教授にお願いして、回答を得てるっていうところが基本です。

それとは別に、県の就学資金のシステムがあるんですけども、その中で、常勤医で派遣が出来るようにする動きがあります。**(具体的に話が進んでからの公表となるため割愛)**

【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】

はい。よろしいでしょうか。

まだ今後、流動的なことが出るのでありますけれども。

他に何かございますでしょうか。

では、次の議題に入りたいと思います。

議題4、病床機能の変更等について、ひらた中央病院さんから御説明をお願いします。

4 病床機能の変更等について

【小田部事務次長／ひらた中央病院】

お忙しいところをお時間いただきまして誠にありがとうございます。

また、先生方には日頃より大変お世話になっております。

ひらた中央病院で事務次長をしております小田部と申します。私のほうから、当院の病床区分の変更について御説明させていただきます。

共有いただいている資料のほう御確認いただければと思います。

まず当院について、石川郡に帰しておりまして、郡内の医療機関及び救急病院として、現状一般病床34床、療養病床108床の計142床で運用を行っております。

今回、そのうちの療養病床の2床を一般病床へと変更したくお話をあげさせていただいております。

理由としましては、救急医療体制の強化を目的としております。

大きな市に隣接する土地柄であったり、近隣に救急告示病院がない等の理由から、年々救急の受ける件数も増加しております。令和4年においては前年度比16%の増加、今年に関しましても昨年を上回るペースで救急受入れを行っております。

また、遠方からの救急搬送も増えておりまして、須賀川地域ですと、長沼救急さん

であるとか、遠いところからの長距離の搬送の受入れも行っている現状になります。

その様な背景もありまして、一般病床34床の病棟については、稼働率が100パーセントに近い数字で運用しておりまして、実際、満床を理由に受入れをお断りせざるを得ないケースも増えております。

そういった、救急受入れの人数に還元するという事と、第7次の県の医療計画の方にも、石川郡の救急医療体制については課題として挙げられておりまして、今回の病床変更から救急処置室の整備であったり、優先病床専用病床の増床等、当院の救急受け入れ態勢の強化という所を予定しております。

地域医療構想の動きとは逆行しているような動きにはなるんですけども、地域の実情を抱えての計画という所を予定しておりますので、まず御理解、御許可をいただければと考えております。

私からは以上になります。よろしくお願いいたします。

**【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】**

ただいまの説明につきまして、御意見、御質問がありましたらお願いします。

では続きまして、たむら市民病院さんから説明があります。

たむら市民病院さんにつきましては、1回目の会議におきましては、建て替えの病床機能の変更ということで常に報告済みですが、今回、新病院建設事業の見直しがありましたので、再度会議の場に諮りたいと思います。

それでは、たむら市民病院さん、よろしくお願いいたします。

**【三輪係長／田村市役所保健課】**

はい。田村市役所保健課の三輪と申します。よろしくお願いいたします。

私からは、議題(4)②のたむら市民病院の病床機能の転換に関して御説明を申し上げます。

資料5の様式1のところ、医療機能の状況の欄でございますが、今回お諮りする内容が変更の概要でございますとおり、急性期病床を32床で運用しておりますが、うち12床を回復期(地域包括ケア病床)へ転換を諮るという内容でございます。

変更完了の予定時期は令和6年1月10日内となっております、変更後は急性期が20床、回復期(地域包括ケア病床)が12床の合計32床という構成になります。

この前提としまして、新病院建築事業の工程の見直しについて触れさせていただきたいと思っております。

まず保健所様からもご案内いただきました通り、4月25日に開催されました第1回の調整会議において、田村市新病院建設に関するスケジュールをご説明いたしました。

ただ、その後準備を進めておりましたが、7月6日に開催されました市の臨時議会において、病院建設の工事請負契約に関する議案があいにく否決されて、全体ス

ケジュールの見直し、具体的には開院時期の大幅な遅れを余儀なくされたという状況にございます。

その後の状況を結果のみ申し上げますと、表の右端にございますとおり、従前は令和7年5月の開院を目標としておりましたが、これが約1年半程度遅れて令和8年度中の具体的には下期になると思いますが、開院を目指して、今、立て直しを進めているところでございます。

まず、この前提に基づきまして、次の病床転換計画について御説明いたします。

当初計画は、今ほど申し上げました令和7年5月の開院にあわせまして、病床機能の見直し、具体的には回復期の拡充を予定しておりました。しかしながら、開院時期が先送りとなりましたことから、地域の在宅医療ニーズ、病診連携推進の必要性に対応するために、まずは先行いたしまして、令和6年1月を目標といたしまして、今日申し上げました32床のうち12床を回復期へ転換するという内容でございます。

また、令和8年度の開院に合わせまして、さらに回復期を増床する計画としておりますので、最終的には、4月に御説明のとおり、急性期15床、回復期35床、合計50床の最終的なトータルシステム数については変更はございません。

つまり、2段階で回復期への転換を図っていくものだとご理解いただければと考えております。

説明は以上です。よろしく御審議のほどお願いいたします。

#### 【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】

それでは、只今の説明につきまして御質問、御意見ありましたらお願いします。

よろしいでしょうか。

それでは、ただいまの御説明にありましたとおり、病床機能の変更を進めていただくということをお願いしたいと思います。

続きまして、その他といたしまして、佐藤胃腸科外科病院さんから情報提供がありますのでお願いします。

#### 5 その他

##### 【佐藤院長／佐藤胃腸科外科病院】

いつもお世話になっております。佐藤胃腸科外科病院の佐藤と申します。

かねてから病院の老朽化が懸念されていたのですが、立て替えを検討していたんですが、なかなか進まない状況がありましたけれども、近々、近隣への移転という事は計画として出来ていますので、ご報告という事で、今日ご報告させていただきます。詳細がわかりましたら、後日また改めてご連絡申し上げますので、一応この会議で御報告させていただきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

#### 【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】

詳細につきましては、これから報告があるという事でございます。

以上を持ちまして、事務局で用意していた協議事項は終了いたしました。皆さんから何かございますでしょうか。

はい。

ではですね、本日、地域医療構想アドバイザーとして、県立医科大学の中里先生に御出席いただいておりますが、アドバイスをいただければと思いますが、何かございますでしょうか。

【地域医療構想アドバイザー／中里先生／県立医科大学】

はい。皆様、お疲れさまでした。

色々この会議で考えなければならないことが沢山あると思うんですけども、一つ、救急のことにに関してなんです。総務省の消防庁が発表した件で、10年前から現在の救急搬送の年齢比とこの前、言ったんですけども、只今、人口の構成変化を反映して、18歳未満、あるいは15歳未満のいわゆる小児、あるいは青年といった人たちの救急搬送絶対数はやっぱり減ってるんですね。

そのかわり今、65歳以上の方の搬送が増えているという事なんですけれども、そうすると疾患構造が大分変わってきて、やっぱり高齢者が多いのは誤嚥性肺炎か尿路感染症が大体の救急要請の割合の中で増えてくる。

それを今、これまでの分類の、いわゆる急性期病院あるいは高度急性期病院で全てまかなうとなると、その後のリハビリ、在宅となると、必ずしも急性期病院が一致しているとは言えないので、急性期の救急患者さんの見直しもしていかなきゃいけないんじゃないかっていうのが、議論の一つとなっているようです。

ただ、するとですね、例えば誤嚥性肺炎の患者さんとか、尿路感染症の発熱の患者さんを急性期病院ではなくて慢性期あるいは地域包括ケア病棟などで受け入れればいいのか、という話にもなるんですが、そうすると、先ほど渡辺先生からお話がありましたように、ほんとの急性期はすごく手がかかります。

今の診療報酬じゃやってられないとなるんで、それは重症度、医療看護必要度というのでいろいろ決まっていますけれども、それと区分の見直しなどもしていかななくてはならないんじゃないかという所にはなっているようです。

ただ、具体的に来年こうなりますっていう所にはいっていないんですけども、現場の声を反映する意味では、こういう話し合いの中から行政の方に、今こういう事で地域は困っているんだという事を具体的なことであげていくという事は非常に重要なことなのではないかと思えます。

あと、最後に働き方改革っていうのが医療職にも来年4月から適用されてしまうわけなんですけれども、私、個人的には余り厳密にやるべきじゃないというふうに思っているんですが、そうは恐らく現場に行かなくて当直に関しても週に1回以上はやらないようにするとかっていうことはいろいろ出てくると、その病院その病院の救急

医療体制も少し見直さなくちゃいけないってことが出てくるんじゃないかと思いますので、そこも今後実際、現実になったらどうなってしまうのか、どうしなければいけないんだという事も含めて、慎重に考えていく必要があるかなと思います。

**【議長／笹原所長／県中保健福祉事務所】**

はい、ありがとうございました。

その他なければ、本日は円滑な議事の進行に御協力いただきありがとうございました。

それでは、これで議場終了しまして、司会進行を引き継ぐことといたします。御協力どうもありがとうございました。

**【新妻部長／県中保健福祉事務所】**

丁寧な御審議と、いろいろな御意見ありがとうございました。

また音声の不手際があったことを大変申し訳ございません。以後、気をつけたいと思います。

私のほうから今後の予定について確認させていただきたいと思います。

本日議題でありました、第8次医療計画における地域編の資料につきまして、議論もされたところもございましたが、改めて皆様方によく読んでいただいて、御意見いただきたいということと、資料6としてつけさせていただいております外来医療計画の基本的な内容についての御意見をいただきたいと思っております。

これは正式には別な文書でお願いはしておりますが、この部分についても御意見をいただきたいなと思います。添付のエクセルで御回答いただければと思っております。

また、本日の議事録につきましては、後日、皆様に報告させていただきます。

本日の資料のお送りさせていただきましたメールアドレス宛てにお送りさせていただくこととします。

それから今後の全体会、部会の予定につきましては、まだ予定の段階なんですけど、この全体会につきましては、医療計画の策定の関係もございまして、あと年度内に2回もしくは1回、それから、病院部会については必要に応じてまた、開催させていただきたいなと思っております。

それでは時間も大分たってしまいました。

本日はお忙しい中、令和5年度第3回県中地域医療構想調整会議にご出席いただきましてありがとうございました。以上で終了させていただきます。

大変ありがとうございました。

(以上、終了 19時45分)