

第3回県立中央病院と青森市民病院のあり方検討協議会 議事要旨

- 1 開催日時 令和3年10月20日(水) 17:00～19:05
- 2 開催場所 ホテル青森 3階 孔雀東の間
- 3 出席者 委員長 邊見公雄(全国自治体病院協議会名誉会長)
 (敬称略) 副委員長 福田眞作(弘前大学学長)
 委員 宇口比呂志(埼玉りそな銀行シニアエキスパート)
 委員 栗谷義樹(山形県・酒田市病院機構理事長)
 委員 堀見忠司(高知医療センター名誉院長)
 委員 高木伸也(青森県医師会長)
 委員 北畠滋郎(青森市医師会長)
 委員 大西基喜(地域医療構想アドバイザー)
 委員 奈須下 淳(青森県健康福祉部長)
 委員 吉田茂昭(青森県病院事業管理者)
 委員 能代谷 潤 治(青森市副市長)

4 議題

- (1) 第2回議事要旨について(資料1)

議事要旨について修正等の意見はなし。

- (2) 共同経営・新病院整備に係る検討事項等について(資料2)

事務局から、共同経営の上、統合病院を新築整備するとした際に、検討が必要と思われる項目(経営形態、病床規模、整備場所の考え方について、救急医療提供体制、新興感染症対策、転院患者の受入先確保)について、意見交換を行った。(主な意見交換の内容は議事要旨のとおり。)

- (3) その他(第4回の議題について)

これまでの検討内容をとりまとめ、提言に盛り込む内容を整理することを確認した。

5 議事要旨

○ 意見交換の内容(議題(2)について)

<主な発言内容は以下のとおり。>

(1) 経営形態について

(堀見委員)

高知医療センターは、県と市が企業団として設立された病院だが、今考えても決して悪くはなかった。

医療従事者、特に医師の場合は、研究会とか研修会とかいろんなところで、同じ診療科の人たちが一緒になって、お互いに医療技術、医療信念などを共有しながらやってきたので、手術などで、「そんなやり方をしているのか」とか「それいいね」といった

やりとりが見られ、病院が統合したことで戸惑うことはなかった。

(栗谷委員)

日本海総合病院を地方独立行政法人としたのは、職員の意識改革のため、県立病院でも市立病院でもない組織が必要と思ったことと、経営手法の弾力性を確保するため。

地方独立行政法人に移行した当初、県立病院看護師は派遣の形式をとり、アンケートをとると、県立病院に戻りたいという人が9割いたが、その後、法人に残りたいと思う人が増え、最終的には7割が残った。また、一部事務組合等の一部適用あるいは全部適用は、政策決定手順を多く踏まなければならないが、地方独立行政法人は、決断と予算執行の速さが全く違ふと実感した。

また、これまで県・市で2つの組合があったが、今年6月に解散して1つの組合になった。この間、自分たちの職場は自分たちで守っていかなければならないこと、法人に求められている中期目標をきちんと提供していくことが、生活を守ることだと理解したからだと思う。その点では、④（地方独立行政法人非公務員型）は職労と意識を一緒にしやすい形態であると思う。

(宇口委員)

県立病院と市民病院の統合で考えられる経営形態は、それぞれ一長一短あると思うが、理事長の説明責任がきちっと果たせる地方独立行政法人がいいのではないか。

公務員型はこれまでの市と県での処遇等にずっと縛られてしまうことも考えられ、地域と溶け合うということも考えると、非公務員型がいいと思う。

(大西委員)

②（一部事務組合等の全部適用）か④の選択になると思うが、地方独立行政法人は、かなり大きな変革だと思う。

少なくとも、県立中央病院が地方公営企業法全部適用で上手く経営し、それなりの効率性も発揮していることを考えると、最初は②でくつついて、その後、状況を見ながら④に移行するというような、二段階の進め方もあっていいのではないか。

(福田副委員長)

②か④になるのではないかと思う。②の事例でつがる総合病院が挙げられているが、比較的上手くいっている。なぜかという、中核病院があって、その周囲にサテライト病院、サテライト診療所があって、医師や看護師さんが同じ組織の中で交流できていることが挙げられる。

青森圏域の場合、圏域内には個人病院が多く、仮に大きな中核病院ができたとしても、連携ができにくいのではないか。うまく人事交流をするためには、身分が公務員でない方が人の交流というのは起きやすいのではないか。そうした組織が青森圏域では望ましいと思う。

(栗谷委員)

地域医療連携推進法人を設立するとした場合、地域でどのような事業計画を組むかによるが、例えば職員を出向させるとか、業務調整を行うことで参加法人の機能分化を行うには、②だとやりにくいのではないかと。

④は、地域の医療提供体制などを決めていくときに、選択の幅は広がると思う。

<まとめ>

(邊見委員長)

委員から②か④が望ましいという意見が出されたが、権限とか裁量に着目すると、①（一部事務組合等の一部適用）よりも②の方が広く、③（地方独立行政法人公務員型）と④はさらに決定権が広いが、④は公務員の営利企業への従事等の制限に縛られず、民間医療機関も含めた人事交流が可能である、⑤（指定管理者制度）については、民間の施設管理のノウハウとか経営手法が期待されるが、公立病院の不採算事業とかをうまく継続していけるかという心配も考えられる。

よって、自律的、弾力的かつ着実な運営が期待される②または④のいずれかが適切と考える。

(2) 病床規模について

(阿部県病院局地域医療調整監)

資料に示している一般病床の数の800～900というのは、両病院全体の直近3か年～4か年の総入院患者数をベースにして、適正な病床利用率として、県立中央病院の直近の利用率や、500床以上の都県立の黒字病院の数字を使って算出した。

病床数は、現時点での延入院患者数と病床利用率を用いて導き出した数字を示している。申し上げたいのは、800～900という数が適正であるということではなく、病床数の導き出し方として、延入院患者数や適正な病床利用率を基にする考え方が適切ではないのかというのが資料の趣旨である。

(宇口委員)

病床規模の議論だが、実際稼働している800～900前後ぐらいのベッドが一つの目安、イメージだと考える。

これに加えて、新興感染症対策などにどれだけ確保するかという議論も出てくると思うが、申し上げたいのは、協議会の中で、ある程度の規模感を出すことはできると思うが、ぴったりとした数字を出すことは難しいのではないかと。

(邊見委員長)

新型コロナの第5波のパンデミックを参考に、今後の地域医療構想はそれをちゃんとクリアできるような病床数を考えることとされている。そういうことも考えながらフレキシブルに考えていかないといけない。一方では、この地域の急性期病床が多いということも考えないといけない。

また、災害など何が起こるかわからないので、その際に対応できるための余地を作っておいてもいいかもしれない。

(栗谷委員)

仮の話だが、2025年に新病院を竣工したとすると、2030年から2040年頃の償還が嵩む時期で、団塊の世代がこの世から消えていく時期でもある。公表されている医療需要と実際の医療需要が一致するかどうかということと、新型コロナのことがあるにせよ、国の方向性として、急性期病床の総量規制は必ず進むと思うので、どう対応するのかは考えておく必要がある。

また、医療圏全体として、回復期病床をどう育成するかということを経済圏全体で考えて行くべき。急性期病床の規模も後になって適正規模から次第に乖離が生じてくる。病床規模については、もう少し弾力的に考えてもいいのではないかと。

(大西委員)

青森県の事情を申し上げますと、2025年から高齢者の実数が減ると見込まれており、そこからどんどん高齢者は減っていくのが現実にかかる。病床規模に関しては、そういうところまである程度見越して算定するのが望まれるのではないかと。

(福田副委員長)

感染症病床がどの程度の規模感なのかが気になるが、感染症を除けば、900床が望ましいと考える。青森県の患者推計では、病院に来る患者さんは極端に減らないと見込まれている。

現状の入院患者数から病床数を設定して、10年後、20年後に入院患者数が減少に向かう段階でベッド数を削減していけばいいのではないかと。最初に小さく作ってそこから増やすことは難しい。ダウンサイズはできるけど、大きくはできないと思うので、そういった考え方で、あまり最初から窮屈な病床の制限をしない方がいいのではないかと。

<まとめ>

(邊見委員長)

病床規模を考える上では、マグネットホスピタルとしての魅力もなくてはならないし、患者推計も考慮しながら算定する必要があると思うが、一般病床については、両病院の患者数や適正な病床利用率等を基に算出することが適当であり、現時点では800から900床程度と見込まれる。

加えて、感染症病床や精神・身体合併症患者対応病床等の一般病床以外の確保や、新興感染症の感染拡大時や災害発生時など一時的に患者が多く発生する場合に備えた病床機能転換ができるスペースの確保についても検討が必要と考えられる。

(3) 整備場所の考え方について

(高木委員)

患者さんを紹介する立場から言えば近い方がいいと思う。

(北島委員)

参考事例を申し上げますと、九州の田川市立病院は、平成筑豊鉄道という駅のすぐそばに建替し、かなりアクセスが良くなった。全県からアクセスしやすいことも考えてもいいのかなという気が個人的に思う。

<まとめ>

(邊見委員長)

整備場所を協議会で決めることは難しいと思われることから、必要な面積が確保できること、災害時においても診療に重大な支障を来さないこと、確保が容易な土地であること、圏域内外の救急患者の搬送や通院アクセスに適していることの4点を考慮して、県と市の両方の当局や関係者で検討して決めていただきたい。

(4) 救急医療体制について

(堀見委員)

高知医療センターは、ドクターヘリを導入し、救急医療や災害医療を勉強したい研修医や初期臨床研修が済んだ若い先生がかなりの数が来た。そうした観点から、新しい病院では、ドクターヘリの導入を考えたほうがいいのではないか。

(大西委員)

青森圏域の特性から考えると、ウォークインからドクターヘリまで対応する機能が必要だと思う。県内でドクターヘリの基地病院となっているのは、県立中央病院と八戸市民病院であり、ドクターヘリは新病院に必要な機能だと思う。

一方で、ウォークイン患者を両病院ですごく診ていて、他に任せるところがない状況であるので、そちらも対応しないといけない。

そうすると、一番問題なのは人員で、特に医師。第1回協議会でも指摘したが、県立中央病院の場合は、専属の医師が救命救急センターにいて、センターの医師が、ウォークイン、ドクターヘリ両方に対応していかないといけない。

また、県立中央病院の救命救急センターは、弘前大学との交流はあるが、大学からの派遣はなく、県立中央病院独自で専任の医師を配置している。

そうした中で、救急部のない青森市民病院と統合して、どうやって救急医療体制を確保するか。そのためには、他の診療科からバックアップ体制が今まで以上に必要になる。そのところをしっかりと考えていく必要がある。

(北島委員)

青森市医師会では、青森市の急病センターに医師を派遣し、夜の7時から11時まで診療している。今後も引き続き対応していきたいと考えているので、そこを踏まえながら、是非とも新病院ではER機能を残していただきたい。

逆に言うと、夜間やウォークイン患者の対応を考えれば、新病院の近くに急病センターをもってこることも考えられるので、医師会としても柔軟に対応していきたい。

(高木委員)

両病院のウォークイン患者が多過ぎるのではないか。八戸圏域でも市医師会が休日夜間急病診療所を運営しているが、そこで年間約2万弱の患者を診ている。診療所の認知が市民に広がれば、そちらで患者を吸収できると思う。

(福田副委員長)

弘前大学は、高度救命センターで重症な患者さんしか診てこなかったが、弘前市の輪番救急病院にも入り、救急患者の受入を増やそうとしている。それによって、少しずつ救急のトレーニングが進んできているし、救命救急医を目指す医師も少しずつ増えてきているが、県立中央病院に医師を派遣できるまでは増えていない現状である。

できれば、大学と新病院と救急に力を入れている八戸市民病院で連携して、救急医を育てていきたいと考えている。

<まとめ>

(邊見委員長)

救急医療に関しては、新病院においても、引き続き、二次、三次救急の中核的な役割を担っていく必要があり、加えて、住民にとっても、働くスタッフにとっても、派遣する大学にとっても、現状よりも良くなるようにしていかないといけないと思うので、新病院ができるまでに、人員、体制を増やしていくことが望ましい。

ER型がいいとか、調整・連携型がいいということには必ずしもならないことから、関係者の皆さんで、新しい病院も含めた地域の救急医療体制の連携・機能分担などについていろいろ検討していただきたい。

(5) 新興感染症対策について

(大西委員)

感染症病床については、コアな部分はあってもいいと思うが、新興感染症が起こったとき有効に対応できるかという構造的・機能的な両方できる一般病床と兼ね合える作りが大事であり、そういうフレキシブルな柔軟なやり方にする必要があると思う。

(吉田委員)

資料に「スペース」という言葉が使われているが、例えば、講堂を作っておいて、普段は講堂として活用し、パンデミックになったときには、全部隔離病床に転用するといった病院もある。

院内感染も考えると、病棟とは違う場所にそういった講堂や管理棟のようなものを作って、いざとなったらそこに収容する。その場合に、病棟の一部を閉め、スタッフが移ってそこで治療するというような体制が、パンデミックに対するやり方として望ましい

と思う。

(福田副委員長)

弘前大学では、コロナ対応として、20床以上あるICUを閉鎖して、コロナ病床に転用した。ICUは人工呼吸器含めていろいろな装備を有しているのので、そこを一定期間コロナ病棟にして、看護師は一つの病棟を閉鎖し、適正のある方をICUに配置することでやるのが一番効率的ではないか。そうなると、病床が減るので、患者さんを受け入れる病院もきちんと確保していくことが重要だと思う。

新しい病院には、ぜひICUとかそういった部門を強化していただきたい。

(遠藤青森市民病院長)

青森市民病院でのコロナ対応については、他の診療科に比べて医師が多い外科と内科が担当し、何とか通常診療に支障を来さないようにした。病床については、もともと感染症病床がなかったので、一般病床を転用して対応したが、通常の病棟は、感染症対応の構造ではないので、ゾーニングによって実際使える病床は少なくなってしまったことから、感染症対応のことを考えれば、ある程度余裕をもって造っておくことが必要だと感じた。

<まとめ>

(邊見委員長)

新興感染症対策に関しては、国の方向性などがどのように示されるのかわからない状況でもあるので、今のところは、新病院は新興感染症対策の中核的な病院として、感染拡大時を想定し、転用スペース等を含めた感染症対応病床の増強や、対応設備の整備及び専門スタッフ等のマンパワーの確保など、機能・体制を充実・強化することが望ましいと考える。

(6) 転院患者の受入先確保について

(高木委員)

転院先となる有床の民間病院は、ベッド数も少ないし、医師も足りないことが問題である。国は、急性期病床を減らし、回復期病床を増やせとは言っているが、民間病院の中には急性期で病床機能報告を届け出ているところもあり、徐々に機能転換が進んでいるが、急には変わらないと思う。

(北畠委員)

転院調整が難しい事例として、人工呼吸器、気管切開、腎臓、モニタック、麻薬、化学療法を継続する場合とか輸血が挙げられているが、例えば輸血をしているとか化学療法をしているという、本来は回復期などに転院できると思うが、コロナのまん延という中で、転院できない状況もあると思う。

基幹病院で行われている処置に関して言うと、在宅でもできるものもあると思うので、

そういうところを引き受けながら、コロナが収まって、回復期病院で受け入れていただけるといいが、どうしても転院させる必要がある場合には、在宅に戻すことについて医師会としても協力していきたい。

(栗谷委員)

地域全体で受入先、連携先の継続性が担保される見通しがないと、口先だけの連携になる。

日本海総合病院の場合、ウォークインの患者は、夜の10時までに8割以上が来ており、我々の地域では、地域医療連携推進法人事業として、夜間の診療所を夜10時まで医師会の先生が交替で診てくれている。

もう一つ、フレイル高齢者をどういう棲み分けをして、救急を分担するかがとても大事だ。フレイル患者の場合は、頻繁に救急車を使うケースがある。初診は我々のところで診るが、次の半分は連携先の病院が受けている。救急搬送件数が比較的少ないのにはそういう背景がある。

この話は、新病院の業務構造や連携の話ではなく、連携、受入先病院が持続性を担保できるようなことを地域全体で考えていけるかにかかっているのだと思う。次の段階に行く大事なプロセスではないかと思う。

<まとめ>

(邊見委員長)

新病院が急性期機能を発揮するためには、適切な転院調整ができるようポストアキュートや回復期機能を有する医療機関との連携強化により、地域全体で切れ目のない医療提供体制の構築が必要と考える。

関係機関との連携・協力には、お互いに顔の見える関係性が望ましく、地域医療連携推進法人の設立によって、連携・協力がうまくいっているケースも見受けられるので、法人設立なども視野に入れて、転院患者の受入先確保も含めた連携体制構築に向けて、今後検討していただきたい。

(7) その他(第4回の議題について)

(邊見委員長)

これまでの検討内容を事務局でまとめていただいて、次回の協議会で提言に盛り込む内容を整理したい。

以上