

令和5年度第2回相双地域医療構想調整会議 議事録

1 日 時 令和5年10月10日（火） 19時00分～20時00分

2 場 所 WEB開催

3 出席者 33名

内訳：委員	17名
オブザーバー	8名
事務局	8名

4 内 容

(1)開会

(2)相双保健福祉事務所長挨拶

(3)議長選出

相双地域医療構想調整会議設置要綱第5条第1項に基づき、佐久間相双保健福祉事務所長が議長に就任した。

(4)会議の公開・非公開の取扱い

会議設置要綱第5条第5項第2号の規定により、議論の内容により議長が非公開と判断した場合は非公開とすること、後日議事録は公開されることについて了承された。

(5)議事

【協議事項】

次期福島県医療計画（地域編）の試案について

（事務局）資料1-1～1-4により説明

7月に開催しました第1回相双地域医療構想調整会議の席上におきまして、次期医療計画につきましては、2次医療圏ごとの現状、課題、対策等を内容とする地域編を追加すること、この地域編は次期医療計画の第12章に掲載されることなどにつきまして説明をさせていただきました。そして、圏域における重点的な取組の候補案としまして、双葉郡の医療提供体制の確保、医療従事者の確保、救急医療体制の充実、この3つを挙げさせていただき承認をいただいたところでございます。今回は、事務局で作成しましたこの3つの重点的な取組の試案について、委員の皆様から御意見をいただきたいと考えております。

資料1-4をご覧ください。地域編のレイアウトや構成につきましては、各圏域とも同一となっております。圏域の現状、圏域における重点的な取組を記載することとなっております。資料の1ページから2ページにつきましては、圏域の現状になりますが、こちらについては現在、地域医療課で作成をしているところでござ

います。3ページ目からは、保健所で作成した案ということになります。

圏域における重点的な取組の1つ目としまして、双葉郡の医療提供体制の確保になります。まず、現状としましては、病院については、震災前6病院が稼働しておりましたが、現在は2病院が稼働しているという状況です。診療所については、74の診療所が稼働しておりました。ここで資料の修正をお願いしたいのですが、現在の欄に26と書かれておりますが、28に修正をお願いいたします。現在は28診療所の稼働にとどまっています。課題としましては、再開や新規開設を希望する医療機関への支援、既に診療を行っている医療機関の経営安定化に向けた支援に取り組む必要があるということにさせていただいております。目標につきましては、再開や、新規開設を希望する医療機関の増加を目指す、帰還・居住住民が安心して生活できるよう、医療提供体制の確保を目指す、の2つとしております。具体的な取組につきましては、1つ目として、病院の再開や経営安定化について、地域の関係機関が連携して支援を行うこと、2つ目として、期間居住住民に必要な医療が確保できるよう、圏域で不足する診療科の再開や開設を支援するとともに、他圏域との連携推進を図ることとしております。

続いて4ページをご覧ください。重点的な取組の2つ目、医療従事者の確保になります。現状としましては、東日本大震災、原子力災害の影響によりまして、医師数、看護職員数が主に減少している。その後、次第に回復はしてきておりますが、医療現場や地域住民の視点からは充足感があるとは言えない状況になっています。そして課題としまして、今後の医療需要に対応していくためにも、医師、看護師の確保に向けた取組を継続する必要があるということにさせていただいております。続いて目標になりますが、医師数、看護師数を震災前の水準まで回復させることを目指す、今後の医療需要に対応できるよう、医療人材の育成、資質向上、確保、定着を目指すとしております。具体的な取組につきましては、1つ目、医師については引き続き、地域医療課、医療人材対策室と連携して、医学生に対する修学資金の貸与等に取り組んでいくということ、2つ目として、県内外の学生を対象に、現状ですとか魅力を伝えて、相双地域の医療に貢献しようとする医師の増加を図ること、3つ目として、看護学生の実習を積極的に受け入れて、現状や魅力を伝え、将来の医療従事者の育成に努めることとしております。

5ページをお開きください。重点的な取組の3つ目が、救急医療体制の充実となります。現状と課題としましては、搬送件数が相馬地域、双葉地域ともに増加傾向にあるということ、相馬地域においては2次救急医療はおおむね地域内で完結しておりますが、3次救急医療機関がないために県北あるいはいわき、いわゆる3次救急医療機関との連携が必要である、また、病院群輪番制におきましては、現在4病院での対応ということですので、今後の輪番制の維持が課題となっているということです。双葉地域におきましては、平成30年4月にふたば医療センター附属

病院が開院して、救急医療の確保に一定の目処が立ちましたが、3次救急医療の対応が難しい状況であるということとさせていただいております。そして目標につきましては、1つ目として、救急医療の逼迫を回避するなど、救急医療体制の維持を目指すということ、2つ目として、引き続き近隣圏域の3次救急医療機関との連携を図ることにしております。具体的な取組としまして、1つ目、避難地域等、医療復興計画に基づきまして、救急医療体制の充実強化に取り組むこと、2つ目として、福島県救急医療対策協議会を通じて、救急を担う医療機関相互の連携を促進すること、3つ目として、住民に対して、コンビニ受診を控えることなどを啓発することとさせていただいております。以上が地域編の事務局案となります。

そして最後に、今後の医療計画地域編の策定スケジュールについてですが、本日いただきました御意見をもとに修正をいたしまして、再度、委員の皆様にご確認いただくことを想定しております。委員の皆様にご確認をいただいた上で、11月28日に開催が予定されております、医療審議会保健医療計画調査部会に報告したいと考えております。説明は以上になります。

(議長) 事務局ありがとうございました。ただいまの医療計画地域編の説明について何か御質問、御意見等がございましたら御発言をお願いいたします。

今回、事務局から提示させていただいております地域編の試案についてなんですけども、先回の会議におきまして、及川委員から救急医療の関係でお話がありました。その際には、1次救急のお話をいただいていたところなんですけども、今回は、広域的な医療提供体制ということで、1次救急の話を現状の中に記載させていただいていない状況でございます。また、先回の会議ではございませんでしたけども、例えばこの相双圏域における、個別の疾患に対する対応についても、今回、そこまでの記載はさせていただいておりませんで、全体的な記載にとどまらせていただいておりますけれども、そういった点も含めて、何か御意見があればお示しいただきたいと思っております。よろしくをお願いいたします。

～御質問、御意見なし～

(議長) 今のところ、御意見がございませんので、後ほど何かお考えがお浮かびになられましたら、御発言をお願いしたいと思います。(2)の報告事項に移らせていただきたいと思います。

【報告事項】

ア レセプトデータによる現状分析について

(議長) 報告事項アにつきましては、昨年の3月に厚生労働省から地域医療構想の進め方についての通知が発出されております。その中で、より具体的な議論を促す必要があると示されたところがございます。そこで、地域における医療課題を見える化し、議論の活性化を図るために、県では、デロイト トーマツコンサルティング合同会社に地域の医療需要の分析をお願いしているところであります。7月の会

議では、救急搬送データ分析結果について御説明させていただきましたが、今回は、レセプトデータによる現状分析について御説明いただくこととしております。それではデロイト トーマツさんからの御説明、お願いいたします。

(デロイト トーマツ) デロイト トーマツの横地でございます。よろしくお願いいたします。

お手元の資料ですが、冒頭に大変申し訳ございません、資料の修正を1点、報告させていただきます。13ページの左側棒グラフ2つに、それぞれ数値の記載に誤りがございますので、修正させていただいております。まず上のグラフですが、左から上の数値が265、279、322、86。この構成比を書いている%ですが、28%、29%、34%となっております。下のグラフが、それぞれ211、206、167、44、パーセントが34%、33%、27%となっております。大変申し訳ございませんでした。では冒頭から始めさせていただきます。

相双区域につきましては、震災の影響で区域外に出られた方々が、今後どの程度戻られるかとか、現在検討中の県立大野病院様が今後どのような機能をどの程度のカバレッジで担われるのかというところで、地域の医療提供体制の検討内容というのは大きく変わってくるのかなと考えております。ですので、今回のレセプトデータを中心とした分析について、現在の患者様の受療動向等を中心として集計させていただいております。これに加えて病院の再編、統合や、地域医療連携推進法人を活用した医師確保の事例等を整理させていただきましたので、皆様の対応方針検討の際の御参考としていただけますと幸いです。また、保健所様を通してでも構いませんので、こういったデータはないのかとか、こういうものは見られないのかと、そういった御意見等ございましたら、後日でもいただければ御対応させていただきますので、ぜひともよろしくお願いいたします。では早速、御紹介に入らせていただきます。

2ページでございます。こちらは地域医療構想で推計された令和7年の必要病床数と、現在令和4年の病床機能報告で各病院様から御報告された医療機能ごとの病床数の比較をお示ししております。相双区域はこの真ん中のところになっておりまして、1番右側がその必要病床数との差を示しておりますが、急性期の病床が推計値と比べるとちょっと多いというところと、回復期というところが少ないというところが大きな特徴でございます。県全体の傾向と似たような傾向となっております。

次に3ページでございます。この後、レセプトデータの御紹介をさせていただきますが、その集計の方法を御紹介させていただきます。特に、今回収集出来たデータというのが、後期高齢と国保のレセプトデータでございます。国保以外の、例えば社保とか、そういったものについては収集が出来ておりませんので、推計値として試算しております。国保以外の患者数の推計値については、基本的に国

保の方々と、受療率は変わらないだろうという考えのもと、人口比によって推計しているというものでございます。

ページめくっていただきまして4ページでございます。ここから、レセプトデータの集計結果となっておりますが、まずは区域全体の状況ということで、相双区域にお住まいの患者様がこういった疾患構成になっているのかということと、区域内でどれぐらいの患者さんを診られているのか、ないしは流出があればどこに出ているのかということをもとめています。この疾患構成につきましては左の円グラフのようになっております。1日当たり患者様は950人程度という推計値になっておりまして、患者数が多いものから、循環器系、筋骨格系、神経系と、あと呼吸器系、新生物で半数ちょっとを占めているというような状況でございます。完結率につきましては、相双区域は62%というような結果となっております。流出先としては県内であれば、県北やいわき区域というところが多くなっておりまして、県外であれば主に宮城県なのですけれども、県外の流出も比較的多いというような状況でございます。この下の棒グラフは、この流出の中で、1日当たりの患者数が多い疾患上位5疾患を見たものとなっております。1点御留意いただきたい点がございまして、地域医療構想につきましては精神科病床というのが対象になっておりません。ですので、今回、この上位5疾患というのは精神系の疾患を抜いた上位5疾患となっております。上位から見ていきますと、神経系、新生物、循環器系、筋骨格系、呼吸器系という順になっておりました。この後細かく見ていければと思っております。

5ページは循環器系の疾患とはこういったものかといったことや、この分類をまとめたものですので、後ほどご覧いただければと思います。

6ページでございます。こちらは相双区域の疾患別入院患者の流出状況というのをまとめております。横軸に1日当たりの患者数、縦軸に1日当たりの決定点数の差をとったもので、この丸の大きさは診療報酬点数の総額、総点数でございます。このグラフでは1日1人当たりの決定点数が高いほど医療提供の量が多いとみなして、点数が高ければ高いほど、どちらかというところと一定の専門性が必要だったり、そういった疾患が多いというような見方をしております。この縦軸はその差をとったものとなっております。例えば、グラフの上のほうにある疾患群については、流出している患者さんの1日1人当たりの決定点数に対して、当該医療圏で診れている1患者様の1日当たりの決定点数の差が大きいというものでございます。つまり、高い専門性が必要な新患様がいらっしやっても、現在の医療機能でそのまま見ていくのは難しく、この方々を区域内で見ていくためには、医療機能の強化が必要ではないかといったような領域でございます。一方、グラフの右側の円、この線のところがちょうどプラマイゼロのところですが、この決定点数の差が小さくて、かつ流出が大きい、患者様の流出が大きいという領域、この部分は恐ら

く区域外に出ている患者と区域内で診れている患者様の診療行為に大きく差はないのではないかと考えるられる領域ですので、既存の医療提供体制の延長上で対応が可能と思われる患者様というような見方になります。循環器系は比較的1日当たりの点数の差が大きいところでありまして、新生物や神経系、筋骨格については、その差が小さくかつ患者数が多いというような領域でございます。ここから、先ほどの流患者数が多かった疾患群がどこの医療機関を受診しているのか、そして1日当たり何点ぐらいの人が何人ぐらい出ているのかというところを見たものとなっております。

まず神経系でございます。神経系については、その他の変性疾患及び挿間性及び発作性障害、あと脳性麻痺等の患者様というので半数以上を占めているという状況でございます。その他の変性疾患は主に認知症系の方が多いというようなものでございますが、流出先としては県外の宮城病院様やいわき区域の四倉病院様、また宮城県のあおば病院様等に流出していると。2番目の挿間性及び発作性障害については、多いところでは針生ヶ丘病院様やいわき病院様等に流出している。脳性麻痺では福島整肢療護園やいわき病院と、いわき区域への流出が多いというような状況でございます。この方々の1日当たりの点数を見ていくと、1,000点から2,000点ぐらいの方々が比較的多いと。平均すると、1,000点から2,000点の方々ですので、どちらかというところ回復期ないしは慢性期寄りの方々が流出しているのかなということが、データから窺えます。

次に新生物の流出状況でございます。主に悪性新生物が流出しておりまして、その内訳を見ていきますと、肺や胆管系、胃、結腸が多いというような状況でございます。肺がん、胆管系、胃について、宮城県への流出が多いというような状況でございます。かつ1日当たりの点数も、比較的高いものが多いということなので、専門的な治療が必要な方々というのが流出しているのではないかと、データからは読み取れます。

次9ページでございますが、循環器系の流出患者の構成でございます。循環器系は半数が脳血管疾患で、3割がその他の型の心疾患となっております。その他の型の心疾患は、主に心不全が多いというものでございます。脳血管疾患については、宮城県の病院様だったり、福島市のあづま脳神経外科病院様に流出していると。点数は2,000点から5,000点未満の方々が比較的多いということで、どちらかというところ回復期ないしは慢性期まではいかないけど回復期寄りの方々なのかなというような資料でございます。一方で、その他の型の心疾患については、1日当たりの点数が非常に高いということで、専門的な治療が必要な方が流出しているのかなと。

10ページでございます。筋骨格系の患者様でございます。軟部組織障害と関節障害で半数以上を占めているという状況でございます。軟部組織障害については、1,000点から2,000点位、高いと3,000点位の方々もいらっしゃるものの、どちら

かという回復期慢性期のような方々かなという印象でございます。特に軟部組織障害、細かく見ていくと廃用症候群の方々が非常に多かったので、そういう意味でも慢性期寄りの方が多いのかなという印象でございます。次に関節障害について、1日当たり6,000点以上となっております、こちらもちょうどかという専門性が高い治療が必要な方だというような印象でございます。

最後に呼吸器系の流出患者の構成でございます。1番多いのはインフルエンザないしは肺炎、次に外的因子による肺疾患でございます。こちらもちょうどかという誤嚥性肺炎とかが多いというような内容でした。流出患者を見ていくと、インフルエンザ及び肺炎については福島市や平田村、あと宮城県等への流出が多く、外的因子による肺疾患等も福島市、福島中央病院様への流出が多いというような状況でございます。点数を見ても2,000点から3,000点位の方々です。ですので、回復期から慢性期相当の方々がが多いのかなというふうに見てとれます。

次に12ページでございます。ここから、各患者様を病床機能相当というふうな見方で、高度急性期から慢性期にある程度分類して将来推計がどうなっているのかとか、疾患別の増減がどうなっているのかというところを見ております。その分け方は1日当たりの患者様の点数、診療報酬額をもって分類しております。ここで、1日当たり4,500点以上、かつ、14日以内の方々を高度急性期相当、2,900点以上4,500点未満の方々と4,500点以上で15日以降の方々を急性期相当、次の境界点を1,900点で回復期相当、1,900未満を慢性期相当という分類にして、一旦分けさせていただいております。御参考までに、地域医療構想ではこの1日当たりの決定点数から入院料やリハビリ等の点数を抜いた医療資源投入量というような概念を持って分類されておりますが、レセプトデータのみでは、なかなかそこを細かく分類することが難しかったため、今回このような分け方をさせていただいております。ですので、若干分け方が違います。完全に一致するものではないというところは、御留意が必要かなと思っておりますので、よろしく願いいたします。

13ページでございます。こちらは先ほどの分け方をもって推計した1日当たりの患者数を左側にお示ししております。右側が地域医療構想で分類した1日当たりの患者数を分けたものとなっております。それぞれレセプトでは患者様の流出を含むものと含まないもので見ることが出来まして、この地域医療構想では、この流出を含まない医療機関所在地ベースで推計されておりますので、こちらを使ってこの後、推計をしております。それぞれ比較していきますと、1日当たりの患者数というのはそれほど大差ないというような結果となっております。ただし、慢性期について一点御留意がございまして、また下のほうに書いていますが、地域医療構想で推計された慢性期の1日当たりの患者数の中には、一部の、具体的には医療区分1の7割は在宅相当であると、在宅で対応するものであるということで除外されております。今回の推計には、その在宅相当の方々というのは入っておりま

して、その差が若干出ているというような状況でございます。

14 ページは病床機能別の医療機関様の医療機関別の患者数の構成比を見たものとなっておりますが、お時間もございますので今回割愛させていただきます。

15 ページでございます。こちらは先ほどの分類方法をもって推計した将来患者の推計値でございます。まず患者全体でいきますと、2040 年位までは患者数が増加するという見込みになっておりまして、その後減少に転じるというような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、病床機能別の将来患者の増減、2020 年を起点とした場合の 1 日当たりの患者数の増減をお示ししたのとなっております。それで高度急性期相当から慢性期相当で色分けをしておりますが、高度急性期相当については若干 1 日当たりの患者数は増えるという見込みにはなっておりますが、ほぼ横ばいと。急性期、慢性期、回復期については、2040 年頃までは増加する見込みではないかというような推計値になっております。繰り返しになりますけれども、この慢性期相当の患者数につきましては、在宅移行分の患者様も含まれている点に御留意ください。

次に 16 ページでございます。16 ページは同じく 2020 年を起点とした場合に、疾患群別で、患者数の推移がどうなるのかというところを示したのとなっております。こちら患者数の多い疾患上位 10 疾患をピックアップしたものでございますが、緑の循環器系だったり、青の呼吸器系、あと濃い緑の筋骨格系などの増加が大きいという見込みになっておりまして、比較的高齢者の受療率が高いものの増加が大きいというような見込みになっております。

17 ページは、先ほどの疾患群の中で高齢者の受療率が高いのではないかと想定されるような疾患を、もう少し細かく見たものとなっております。左側が中分類で右側がさらに細かい小分類となっております。それぞれその他の型の心疾患や脳血管疾患、インフルエンザ及び肺炎というのが特に増加が大きいというような見込みになっておりまして、中でも心不全や肺炎、脳梗塞が多いというような推計値でございます。一方、がんについては胃がんや肺がん、直腸結腸等のがんについて細かく見てみましたが、ほぼ横ばいというような結果でございました。

18 ページは、昨年度作成した一次分析という分析の中でもお示しさせていただきましたが、当該地域の医療資源、具体的には医療人材がどの程度いらっしゃるのかというところを、県内の区域、県全体、全国平均と比較したのとなっております。赤の点線の部分が相双区域に該当するところですが、皆さん重々御承知のことかと思われませんが、全国の平均と比べて、医療人材というのは全体的に不足しているというような結果でございます。

次のページも再掲になってしまいますが、医師・歯科医師・薬剤師統計から集計した診療科別の医師数を 65 歳人口 10 万人あたりに集計して、全国と比較したのとなっております。特にこの割合で見ると、呼吸器内科や脳神経内科、糖尿

内科の医師数が全国平均と比べて割合として少ないというような結果でございました。右側の折れ線グラフについては、福島県と全国の医療施設従事者の医師の年齢別の構成比を比較したものとなっております。実線は病院に勤務されている先生方の構成比で、点線が診療所に勤務されている先生方の構成比となっております。どちらも福島県は50歳以上の先生方の構成比がどちらかという高いというような結果となっております。こちらも高齢化の進展が進んでいるのかなというようなデータになっておりました。

最後に20ページですけれども、看護師の配置状況を比較したのとなっております。病床機能報告を使って、当該区域では急性期の病棟だと急性期一般入院料2、急性期一般入院料4が多かったので、それぞれ病棟ごとの看護師数というのを、1日当たりの患者数と看護師数を軸にとってプロットしたのとなっております。水色のドットが相双区域、グレーの三角形がその他の区域となっております。入院料単位で見ると、ほかの区域と比べても看護師の配置数という意味では同等程度というような結果となっております。ただし、相双区域で急性期一般入院料1を算定されている病院様は確かなかったと思いますので、施設基準の関係上、急性期の2とか4を算定されて、うまく配置をされて、工夫されているのかなというふうに思料しております。

21ページ以降は、医療資源、特に医師が不足した地域で、再編とか、地域医療連携推進法人を作って、医師が確保されたといったような事例を御紹介させていただきます。

まずは奈良県の南和区域でございます。ここは病院の統合によって医師を確保したという事例でございます。背景といたしましては、この南和医療圏では経営母体の異なる公立病院が3つございました。これらが地域の中核を担っている状況だったのですけれども、過疎化や高齢化、かつ、医師不足の環境の中でなかなかこの地域医療の提供体制を維持していくのが難しいというような課題に直面されておりました。この地域課題を解決すべく、医療圏内の市町村と県を構成団体として、南和広域医療組合というのを結成し、3病院の再編というのをされております。これによって、地域医療の中核病院として、救急医療や僻地医療を強化した25の診療科と9つのセンター機能を備えた、この下の真ん中の南奈良総合医療センターというのを開院されております。その結果、再編前と再編後で比較すると、特に医師数が10名以上増加したことに加え、救急搬送の件数も2倍近く受け入れるようになったということで、再編前と比べると、より質の高い医療提供体制を構築出来たというような事例でございます。23ページにはこの再編のポイントとなる取組というのをまとめさせていただいております。特に点線で囲っているところが重要なところかなというふうに考えているのですけれども、まずはこの3病院が納得の行くまで、コミュニケーションをとれる場を構築されたということで、各病

院の経営方針や文化等の違い等も含めてですね、しっかり議論できるように、関係者が一堂に集まり、かつ、客観的なデータをもとに議論する場というのを設置されたということがまず1つ目のポイントでございます。2つ目が地域医療の関係者がこの地域の医療提供体制のあるべき姿というところを全員で共有されたというところでございます。皆さんで同じ認識を持つことが出来たということで、その後の構想策定や基本計画等の作成にもつながったという報告でございます。加えて、やはり地域医療の再編については住民の方々への十分な説明というのも大事でございますので、住民向けのシンポジウム等を開催されており、その中で地元の方々言いにくいこととかもありますので、我々のような第三者の立場の者を使って客観的に説明をしたというところもございます。最後に、知事のリーダーシップというところもありまして、ほかの関係の市町村の首長や議員の方々との調整においては、県知事がリーダーシップを発揮して奔走されて調整をされたということでもございました。あとはこの再編の流れを書いておりますが、何が一番言いたかったかということ、平成22年に始まって平成29年ぐらいまでかかっているということですので、再編の議論については非常に時間がかかるということで、来年とか再来年にさっとできるようなものじゃないですので、ぜひ再編が必要であれば早めに議論を進められたほうがよかろうと思って御紹介させていただいております。

次に、地域医療連携推進法人の事例を2例ほど御紹介させていただきますが、まずはこの法人の制度を紹介させていただきます。この地域医療連携推進法人は医療機関の相互間の機能分担及び業務の連携等を推進するため、地域医療構想の推進の一つの手段として、新たに認定された制度でございます。複数の医療機関等が参画することで協調性を高めて、地域においてより質の高い、かつ効率的な医療提供体制を確保するために構築されたものでございます。医療連携推進法人がどういったことをするかというと、病床の再編や医師等の共同研修、医薬品等の共同購入等が主な事業内容となっております。ここに参加法人への資金の貸付けが可能と書かれておりますが、直近で見直しが行われておりまして、出資や貸付け等の融通が不可となりましたので御留意ください。参加法人については、病院や地域包括ケアに関わる事業者の方々で、かつ非営利の法人様となっております。

26ページにつきましては、この地域医療連携推進法人を使った医師確保の事例の御紹介でございます。まずは広島県の三次地域の備北メディカルネットワークでございます。当該地域は中山間地域に位置していて指導医が少なく、かつ、若手医師の勉強になるような症例が少ないというような地域でございました。かつ、この中で個々の病院の努力ではなかなか限界があるため、この市立三次中央病院を中心として、三次地区医療センター、西城市民病院や庄原赤十字病院等の地域の病院が、協力して医師を確保するというので、この法人を設立されております。具

体的な取組内容としては、医療従事者の確保、育成する仕組みづくりとして、この参画病院の中で比較的病床の規模も大きく医療設備も充実している三次中央病院に、大学から一旦医師を派遣してもらい、この病院を起点に法人のほかの病院様に医師を派遣するというような仕組みを作られております。この地域内で必要な医師をまず一旦確保した上で、どの病院に派遣するかというのが、この備北メディカルネットワークが調整しているというような仕組みでございます。この法人では医師だけでなく、看護師等の人事的な交流や、医師の育成事業等も行われているということでございます。

27 ページでございますが、もう一つの事例として島根県江津市の事例を御紹介させていただきます。こちらの地域は医師不足に悩む病院と後継者不足に悩む診療所の課題を解決するために、クロスアポイントメントシステムを構築されております。このクロスアポイントメントシステムは在籍型の出向の仕組みのことで、出向元と出向先のそれぞれの職員の身分を持っているというようなものでございます。その業務内容や給与については、従事比率等に応じて適宜取り決めを行っているというようなものでございます。この仕組みによって、医師が参画病院であります済生会江津総合病院に所属することができ、かつ、診療所にも所属することができ、両方に勤務することができるため、江津市外の病院に勤務する若手医師が、総合病院に在籍しながら地域医療を学べるというような環境をつくることで、後継者の方の早期帰郷を促すとともに、この総合病院の医師確保につなげたという事例でございます。こちらにも医師確保だけでなく医療従事者の共同研究や医療機器の共同利用等も加えてやられております。最後駆け足となりましたが、地域医療連携推進法人の御紹介させていただきました。

こういった事例を御参考にいただき、医師確保等につなげていただければ大変幸いです。では議長にお返しいたします。

(議長) ありがとうございます。ただいまデロイト トーマツのほうからレセプトデータ分析結果、ここは医療資源の不足を背景とした地域における医療提供体制の事例ということで御説明いただいたところですが、今説明ございました内容について御質問、御意見等があれば御発言をお願いいたします。

～御質問、御意見なし～

(議長) 今のところ御発言がございませんので、また後ほどお気づきになりましたら御発言いただきたいと思っております。

イ 双葉地域における中核的病院のあり方検討会議における検討状況について

(議長) それでは、報告事項のイ、双葉地域における中核的病院の在り方検討会議における検討状況につきまして、本日は、8月末、在り方検討会議において公表されました中核的病院の設置場所とスケジュールにつきまして、県の病院局のほうから報告させたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

(森澤委員) 県立大野病院事務長兼病院局病院経営課主幹の森澤でございます。よろしく申し上げます。私からは、現在検討されています双葉地域における中核的病院について御報告いたします。

資料3をご覧ください。前回の調整会議で、現在在り方を検討しております中核的病院の規模と診療科等について御説明いたしました。8月末に第5回の中核的病院の在り方検討会議が開催され、中核的病院は現在の大野病院の場所に、現在の建物を解体した上で新築すること、また、資料3の1番下の矢印のとおり、開院時期を令和11年度以降と想定していることをお示ししておりますので、御報告いたします。今日の説明は以上になります。

(議長) ありがとうございます。ただいまの説明につきまして、何か御意見、御質問等があればお願いいたします。

～御質問、御意見なし～

(議長) それではそのほか今回、提出させていただきました報告事項等について、御意見、御質問等があれば改めて御発言をお願いいたします。

～御質問、御意見なし～

今のところ特に御発言等がございませんので、最後に、地域医療構想アドバイザーの中里先生から御助言等がございましたらばお願いいたします。

(中里アドバイザー) 皆さんこんばんは。福島県立医科大学の中里です。地域医療構想調整会議も、県内の2次医療圏を一つのまとまりとして、6つございますけれども、それぞれでその地域に合わせて、いろいろ構想を練っているところだというふうに思います。私はこれまでに会津地区、県南地区、いわき地区というふうに参加してまいりましたけれども、やっぱり各地域でいろいろ差といますか、特徴があるように感じます。入院患者さん、あるいは外来患者さんの年度ごとの数の変化の予想というものも、ほかの大体の地区は2030年、あるいは35年ぐらいにピークで、後どんどん減っていくのですけれども、相双地区に関しては先ほどの資料にもありましたとおり、2040年ぐらいにピーク、これは恐らく1回すごく減ってしまった住民が帰還してくるということも予測の因子の中に入っているからだと思いますけれども、そういうふうにちょっと他区域とは違う傾向もある地区であるし、そもそも医療従事者がもう根本的に少ないという特殊事情を抱えておられるというふうに思います。

今日はあまり話題になりませんでしたけれども、2024年、来年の4月からですね、医師にも働き方改革というのが基本的に厳密に適用されるというふうになっておりまして、1番近々で問題になりそうなのは救急医療ですね、特に休日夜間に関して、とかく働き方改革では、年間の総時間数総時間外の勤務時間数っていうのが問題になっておりますけれども、実は、すごく、もっと、深刻な問題なりそうなのが、連続勤務が基本的に許されなくなるというふうになります。それを厳密に

適用すると、例えば私は循環器内科の医者でありますので、例えば普通に日勤勤務をして、夜帰ったところすぐ呼ばれて急性心筋梗塞の治療を夜やってしまうとですね、今までは翌日は頑張ってたまた普通の仕事をするっていうことで乗り切ってたんですけれども、そうすると連続勤務出来ないとか次の日の外来を予定していたら外来も出来なくなっちゃうというふうに、正直にとらえた場合はそういうふうになってしまうのですね。あとは各病院当直をやっていて、特に大学病院とか他のところから当直のバイトを頼んでいるような医療機関さんは、宿直許可をとって何とか維持できるように全体的に動いてはいるのですけれども、やはりそうなりますと夜間ばんばん救急車を受けて、そのアルバイトで雇った先生に働き任せるっていうことが、非常にやりづらくなりますので、地域の救急体制ってというのがどうなるのか、各地域で不安にはなっております。簡単なことでは全くないのですけれども、大きな流れとしてはやはり集約化して、医師数にある程度ゆとりがあるところに救急車を集中させてやっていくかっていうこととか、いわきなんかでこの前見ましたら、一時期いわき医療センター、昔の共立病院にもものすごく集まって 6,000 台近くなったので、今は周りの小中規模の病院が軽症、中症を引き受けるようになって、いわき市医療センターは 3,000 台程度に減ってきたってというような事例も出ていてですね、これ本当にどうすればいいのかっていうのは、地区によって全くその回答が違うのだと思うのですが、その働き方改革の適用自体がもう半年後に迫っておりますので、その辺りが少し現時点としてはポイントになるかなというふうに思います。以上です。

(議長) 先生ありがとうございました。以上をもちまして、本日の議題は終了させていただきます。今日も駆け足の会議でございましたので、この会議の後にお気づきの点がございましたらば、お手数ですが、事務局のほうに御連絡いただけると非常に幸いです。本日の円滑な議事運営に御協力いただきまして、ありがとうございました。

(6)その他

(事務局) 第3回の調整会議について御案内させていただきます。第3回調整会議は11月の下旬から12月上旬の開催を予定しております。現在、各病院様に御検討いただいている2025年における各病院の対応方針、保健所に御提出いただく期限が11月15日になっておりますが、こちらの内容につきまして、各病院様から御説明いただき協議を進めていくこととしております。会議の開催形態につきましては、検討の上御案内をさせていただきますので、どうぞよろしく願いいたします。

(7)閉会

以上