

高度急性期・急性期専門部会 報告

1 専門部会の開催状況

第1回開催日時：平成28年11月14日（月）16時00分～17時30分

第2回開催日時：平成29年1月31日（火）16時00分～17時30分

場 所：下関市消防局 会議室

出 席：下関市医療対策協議会会長、高度急性期・急性期専門部会委員
(別紙参照)

2 専門部会開催までの経緯

(1) 山口県地域医療構想（下関医療圏における高度急性期・急性期機能）

課題

- ・医療機関（急性期を担う病院等）の機能強化（機能集約・分化）
- ・医師、看護師等の医療従事者の確保と適正配置

医療提供体制の将来のあるべき姿

- ・高度急性期、急性期医療の充実に向け、医療機関の再編を含めた医療機能の集約化、機能分化・連携が必要
- ・救急搬送も含めた救急医療体制の充実強化が必要
- ・パンデミック発生時に入院治療が可能となる体制の整備が必要

目指すべき医療提供体制を実現するための施策

- ・限られた医療資源の中で、将来にわたり持続可能な医療提供体制の構築
- ・効率的で質の高い医療提供体制の構築

(2) 調整会議で示された専門部会の協議論点

- 限られた医療資源の中で、将来にわたり持続可能な医療提供体制について
- 効率的で質の高い医療提供のための医療従事者確保・育成について

3 専門部会の協議内容

(1) 2025年の下関医療圏に必要な高度急性期・急性期医療の機能

- ・コモン ディジーズ（common disease、一般的な病気）が市内で対応可能（患者発生の少ない疾患に対応する専門医確保は困難）
- ・救急患者が市内で受入可能
- ・感染症・災害発生時においても対応可能
- ・医療従事者確保・育成可能
- ・将来にわたり経営持続可能

(2) 機能を果たすために必要な医療機関

- ・高度急性期・急性期に特化した基幹病院が必要
- ・500床・医師200名の2病院体制が望ましい。

(3) 各論

(ア) 高度急性期・急性期に特化した500床・2基幹病院体制

- ・医師を確保し、必要な診療科を維持して行くためには500床程度の規模が必要。
- ・災害や感染症のリスクを考えると、1000床1病院よりも500床2病院の方が良い。
- ・持続可能の観点から、経営上も500床は理想的な規模。これより大きくなると経営上の非効率が発生する。
- ・現在の4病院の病床数×稼働率から、1000床で、稼働率はほぼ100%になる。
- ・経営上90%以上の病床稼働率が必要。
- ・過剰な病床は持たず、速やかに回復期へ渡す。
- ・受け皿となる回復期の人材確保が課題。
- ・他地域には熊本や岡山の機能分化や連携という形があるが、大学病院の存在や人口規模などの要因が異なり、下関市にはなじまない。

(イ) 基幹病院医師200名確保

◇医師200名

- ・県内事例として徳山中央病院が約500床で医師170～180人である。
- ・済生会熊本病院は400床で医師は200人以上。他にも例はあり、都会では珍しいことではない。

◇医療従事者の人材確保

- ・現在4病院の医師数は合計で283.6人(常勤換算)であるが、専門医、後期研修医を集められれば200人は現実的。
- ・前期研修医40名、後期研修医40名を全国から集め、自前で育てる。
- ・後期研修医が前期研修で教えられたことを、新たな前期研修医に教える側に回り指導する方法(屋根瓦方式)により達成する。
- ・500床規模となり、19診療科が揃えば総合診療医育成体制が整う。
- ・現在、総合診療医を目指す者も増えており、育成体制の整備は確保の点でもメリットになる。

◇人材の流出防止

- ・院内保育を行い、現在、病児保育、夜間保育も行っているが、人材の流出防止はなかなか難しい。
- ・鳥取でシングルマザー対応をした結果、男性も働き易くなった好事例あり。
- ・女性医師の確保は、今後重視していくべき。
- ・子育てを考えると教育環境もたいへん重要。

- ・都市に魅力がないと学生が集まらず、研修医は定着せず流出してしまう。

(ウ) 救急体制

◇当直体制

- ・下関医療圏は断診率も低く、受け入れ状況は非常に良いが、大変な努力によるもの。市民の皆さんが思う以上に医師は疲弊している。
- ・60歳以上の医師に当直をさせる訳にはいかない。受入数を見ると現場は大変な思いをしているのは間違いない。
- ・昨年の救急搬送件数が過去最高。今年は独居の高齢者のケースが増えており昨年以上。
- ・当直は外科・内科等であるが、その他の医師は常にオンコールで呼ばれる。
- ・救急に専従。救急専門（総合）医が診た上で、適切な診療科につなぐ体制が必要。
- ・ある程度の人数の総合医がいて（まず判断し）、それをバックアップできる専門チームがいる体制なら継続可能。

◇1次救急と2次・3次救急

- ・500床であれば、本来2次・3次だが、1次が来ることを拒めない。
- ・ウォークインは断れない。
- ・急性期病院は2次・3次に特化すべき。1次は夜間急病診療所で医師会が続けていく。2次・3次以外の救急告示病院との連携の効率化による対応も考えられる。
- ・小児科の連携については、徳山中央病院の例を参考にできないか。
- ・診療科ごとに事情が異なるため、細かいところは診療科ごとに検討する必要があるが、市民へ説明する総論としては、医師会との連携が重要であるとの結論。

◇救急医療の適正利用

- ・119番の電話ではトリアージは困難。例外はあるが、救急車が現地に行けば原則搬送する。
- ・現場の感覚としては、不適正利用の比率はそんなに多くはないと感じる。従って、適正利用の呼びかけで削減される数は限定的と考える。
- ・軽症と見えて重症の場合もある。高齢者は隠れている疾患が多い。特定の臓器を診るのではなく、総合的に診られるドクターが必要。

◇精神科救急について

- ・精神科医がいることで入院患者のせん妄などに対応可能。
- ・一定規模以上の病院には精神科医が必要。一方、精神科ハード救急は持つべきではなく、そこは精神科救急との連携が重要。