

会 議 記 録

1. 用 務 栃木県地域医療構想調整会議
 2. 日 時 平成 30 (2018) 年 11 月 30 日 (金) 18:30～20:15
 3. 場 所 本館 6 階大会議室 1
 4. 参加者 別添資料のとおり
 5. 結 果 議事前進行：医療政策課 谷田部課長補佐
議長：栃木県医師会 太田会長
- (1) 議題
 - ① 栃木県地域医療構想調整会議の設置について (説明：吉澤課長)
 - ② 各地域医療構想調整会議等における協議等の状況について (説明：渡辺主幹)
 - ③ 地域医療構想調整会議等の今後の進め方について (説明：松島係長)
 - (2) 質疑等
 - ① 栃木県地域医療構想調整会議の設置について
太田) 病院及び有床診療所会議について、地域医療構想調整会議の部会との説明があったが、県独自の考え方か。
事務局) 昨年度まで実施していた病院等情報交換会を活用しながら、一般または療養病床を有する全ての医療機関が参加し、合意形成ができるようにと考えており、調整会議と同レベルの会議と考えている。
小沼) 県北構想区域の病院及び有床診療所会議において、調整会議の委員に選出された医療機関を選んだ基準が分からないという質問があった。きちんと説明しないと問題になるのではないか。
事務局) 構想区域によってばらつきはあると思うが、地域医療構想策定懇談会のメンバーを基準に選ばれているのではないか。また、病院及び有床診療所会議の議論が、調整会議によりくつがえることはないと思う。
新沢) 調整会議については、医療機関の今後の方針等に関する判断材料を提供することが目的であり、病床に関する強制力はないと聞いているが、そのような考え方で良いのか。
事務局) 県から判断材料となるデータ等を提供し、医療機関に自主的に判断していただく。
太田) 調整会議の委員の選出については、各健康福祉センターが行っているのか。また、郡市医師会長に相談しているのか。
事務局) 各センターが行っており、郡市医師会長に相談しているはずである。
太田) 調整会議は公開であるため、医療機関はオブザーバーとして参加することが可能である。
川島) 県単位の調整会議を設置した目的は、構想区域内で完結していない医療需要について、構想区域間で調整を行い対応しようということは納得できる。一方、

医療機能の考え方が構想区域ごとに異なる部分もあるため、定量的な基準のすり合わせを議論する場を早めに設けていただきたい。また、需要予測がどのくらいあてになるのかが問題と考えており、構想区域内で完結しないことが分かっているながら、構想区域内の需要予測に基づいて議論していることが問題である。数を合わせれば良いというわけではなく、医療需要の根拠や医療供給の区分の考え方を整理しなければならない。医療需要や患者の動態のデータ等を見てから議論すべきではないか。

事務局） 患者住所地と医療機関所在地での医療需要については、地域医療構想策定時にどちらが適当か検討し、医療機関所在地での需要とした経緯がある。また、構想区域間や県間の流出入についても考慮されている。推計値については、どこまで正確さが耐えられるか議論があるところであり、課題としてとらえている。

片山） 構想区域内完結はどう考えても無理であり、地域の実情を反映してどこまで受け入れられるか検討することが重要である。我々が受け入れられない部分は、はっきり指摘すれば良い。

② 各地域医療構想調整会議等における協議等の状況について

小沼） 県北構想区域については、域内完結は無理であり、流出が多い。一番のニーズは救急医療であり、塩谷地区には核となる医療機関がない。病床のバランスよりも救急医療の確保を一番に考えていく。2025年に向けて急性期の病床を減らすつもりはない。各地域のニーズに合わせてやっていただきたい。

新沢） 鹿沼地域と日光地域は全く生活環境が違うため、別に考えなければならない。日光地域は、地域医療連携推進法人の設立に向けて勉強中であり、何とかとりまとめて日光地域の患者が安心して暮らせるようにしなければならない。地域住民のために調整会議をどのように役立てていけば良いか。病床を減らすためにどうしたら良いかについては、考えはない。

片山） 宇都宮構想区域の病院及び有床診療所会議については、4割程度の医療機関が欠席であったが、我々が今後の方針等を決めるのではなく、医療機関が自主的に決めることであるため、これからも情報を発信していきたい。宇都宮地域は勤務医が少なく、人口当たりの偏差値は43であり、さいたま市の次に少ない。人口当たりの病院が少ないということであり、急性期を減らして大丈夫かと考えている。要望が多いのは、医療従事者の確保である。在宅医療の充実や確保も課題と考えている。

小川） 県東構想区域は、公的病院が一つと私的病院が三つの併せて四つしか病院がない。私的病院については、移転や改修等の事情があり、今後の方針等については不透明である。医師数や看護師数が少ない地域であり、どのように医療従事者数を増やしていくかが課題である。また、救急患者は芳賀日赤に集中しており、医師一人当たりの負担が大きい。限られた医療資源であるが、2025年に向けて検討していきたい。

川島） 県南構想区域については、基幹病院におんぶにだっこの状況であり、基幹病院を使いつぶしてしまうと、本来の役割を果たせなくなってしまう。また、急性期や回復期の区分ではなく、診療科ごとにどのくらい病床が必要であり、地域に

不足している診療科は何かを探ることが重要である。働き方改革により、大学病院等の実働が減れば、地域には厳しい状況となる。

中谷) 両毛構想区域については、群馬県桐生市、太田市、館林市との経済圏となっており、患者の移動は激しい。群馬県との協議を重ねて欲しいと安足健康福祉センターに要望したところである。新規開業数は少なく、医師の高齢化も進んでおり、在宅医療を担う医師が少ない。救急医療については、二次救急と足利日赤や佐野厚生との連携が課題である。救急基幹病院の医師の充足がどうなっているのか。また、介護医療院に転換予定の医療機関があるが、医師会に情報がない状況である。医療機関と安足健康福祉センターのみで話をして、進めているのではないかと考えており、医師会、安足健康福祉センター、医療機関がどのように情報共有していけば良いか考えている。

太田) 構想区域を越えた課題は、本会議で議論すべきである。ある程度は域内完結が可能かもしれないが、多くは広域での対応となるのではないかと。病床の必要量は参考値であり、制約はない。また、介護医療院は3年経過するとどうなるのか分からず、はしごを外されるのではないかと。

川島) 医療と介護の連携について、在宅や施設で医療を受けている人が入院した場合に、どのくらいの割合で在宅や施設に戻るのか。

太田) 急性期の入院では、80%程度の方が在宅や施設に戻るのではないかと。

事務局) 2年前に実施した調査によると、85%程度の方が在宅や施設に戻るとの結果であった。バックベッドとの行き来は分からない。

川島) 在宅や施設で医療を受けている人が、一定の数のバックベッドを必要としているのであれば、その数のバックベッドがないと在宅医療に取り組めない。

新沢) 在宅医療について、がんの末期等の患者をケアマネジャーが見ているが、主治医がいないうえ、救急車を呼ぶと死ぬために基幹病院に戻ることとなる。基幹病院のベッドは治療するためのベッドであり、終末期医療を何とかしないと在宅で死にたいのに病院に戻ることになってしまう。上都賀郡市医師会では、終末期医療の体制を構築していきたい。

太田) 住民に対するACPの啓発等も重要である。

③ 地域医療構想調整会議等の今後の進め方について

尾形) 病床機能を割り振ることが目的のように思える。また、了承や合意という言葉が目立つ。自由度が非常に少ないと考えており、医師会が主導して、ここで決まったことをそのまま進めるといってお墨付きを行政に与えるような違和感を感じる。

太田) 公的を先に考えてから民間を考えるということではない。病床の必要量については、何ら強制力はない。

川島) 医療費削減や病床を減らすためにやっていることは間違いない。一方、我々は、その動きに反論する場をいただいたと考えている。また、非稼働病棟を有する医療機関への対応については、廃止しない場合は状況を継続的に確認し、廃止する場合は補助事業を活用できるとの説明であるが、廃止するまで状況を確認し続けるということか。

小沼) まつりあげられて、合意形成のために使われているような気がする。

太田) 医療機関の方向性を決めることはできず、現状を説明するだけである。他都道府県の状況を見ると、公立病院が多い都道府県は行政主導になるかもしれないが、栃木県は行政主導にならないだろう。

④ その他

事務局) 今後の会議日程について連絡