

議長あいさつ

川島議長：議長に選出された川島です。県でも第1回の地域医療構想調整会議が行われ、会議の目指すところは様々な問題があり、方向性についてはもう少し考えを深めていく必要があるとの結論だった。

県南地域では1回目の調整会議以降、医療機関に対する意向調査を実施し、栃木地区・小山地区で病院及び有床診療所による会議を行い、様々な意見を出していただいた。

本日は、その会議の結果や意向調査でまとめたデータについて説明を受け、情報を共有することが趣旨であるとお考えいただきたい。また、質問等については、会議資料に目を通された上で、用意された質問票によりお願いしたい。

議題（1）県南地域における医療提供体制の現状と将来のあり方について

①県南地域の医療構想調整会議の方向性について

大橋委員：資料 1-1 は、地域医療構想調整会議で協議を進めていく中で、今後どうするかを整理したものである。左側から、「今の時点での意向の確認」として、第1回の調整会議で公的・公立プランを提示し、その後、病院等の意向調査を実施した。さらに、様々な過程を積み重ねながら、右側の「その時点での意向の確認」に進むというように、これをグルグル回すという形でやっていきたいと考えている。

「機能区分の整理」については、問題となっていた国が定めた高度急性期・急性期等の区分について、栃木県として区分の案を考え、整理している状況であるが、今後、明確になれば、それに併せて意向調査等を行い、情報として今後付加していく。

「機能分担の検討」は、今後、県として（方向性が）提示される予定であり、（本会議での）検討項目の1つとなっていく。

「医療データ活用セミナー」は、今後、開催を考えていることであり、セミナーの情報をいかに活用・整理していくかという動きも出ている。

「病床機能報告」は毎年、医療機関から提出いただいているものであり、今後、様々なデータが追加されてくる可能性があると思われ、それらを組み合わせて、示すことにより、その時点での県南地域における方向性について、確認作業をしていきたいと考えている。

なお、県南地域では、その時点での「意向確認した」との形で整理するが、「確認した」ことが、国への報告のレベルでは、「合意」という言葉が使われる。合意の意味合い、解釈がバラバラになっているような形だが、あくまでも、その時点での意向確認である。ただ今説明したように、様々な検討項目が毎回増えていくため、その都度、状況が変わっていき、「合意」という言葉を使うものの、それはその時点での「合意」であって、「決

まり」ということではないと考えていただきたい。

この調整会議では、将来に向けて、県南圏域ではどうしていこうかという点について、その時点でのデータを見ながら考えていくことにより進めていきたいので、了承いただきたい。

公的・公立プランは、本日修正されたものを出しているが、今後、随時、各病院で修正があると思われ、それもまた共有したいと考えている。各病院等の意向調査も、適時行いながら、病床機能報告や診療報酬改定等に伴う意向の変化等、その時点のデータ解釈から方向性を考えていきたい。「合意」という言葉になるかもしれないが、それはあくまでも、その時点での「合意」ということで進めていきたいと考えており、修正があるものと考えていただきたい。

県南地域ではそのような形で調整会議を進めたいと考えているので、よろしくお願ひしたい。

川島議長：今まで、病床の機能区分を整理しようという方向が出ているが、最初から調整会議は、病床ありきのようなどころがあり、その点が問題となっている。

そのことを補完する考え方として、機能分担が出てきているが、これまで、急性期等には診療科が入っていない。

このため、機能分担に診療科をどのように入れていくか、後で説明があると思う。

議題（１）②県南地域医療構想区域病院及び有床診療所等会議結果について

船田委員：資料 1-2 の主な意見等にあるように、「在宅医療への適切な対応が重要となる」という意見が出たが、医療需要等推計を見ると、病床数は同じだけど、在宅医療は大変量が増えている。以前、在宅医療の勉強会に行った際、普通の開業医で診療所をやっていると、在宅医療をできる患者数は 20 人が限界。大体、普通にやっている人で 4～5 人、在宅医療だけをやっている診療所だと、20～50 人位は何とかなる。しかし、小山市の診療所はそんなに沢山あるわけではないが、今後、患者が増える分、計算すると 1,000 人位、余分に在宅医療をしないといけなくなる。その在宅医療は誰がするのか。在宅医療をどうするかという話をきちんとしておかないと、病床数を規定するのにも困ってしまい、それが一番の問題である。

最近思うのは、自身の診療所でも 80 代や 90 代が段々増えてきた。この 10 年位で突然、80 代や 90 代の人が増えると思う。そうした時に、自身の診療所では病床があり、急変した場合には市民病院にお願いして何とかなるが、普通の診療所で同様に行った場合、市民病院がパンクしてしまうのではないかという恐れがある。

川島議長：基本的にその問題があり、この会議では病床の話をしているが、療養病床を減らす分は在宅に移るとというのが一つの考え方で、それを担うのが開業医であるということが、最初からのプランになっている。しかし、実際にはバックベッドの問題もあるし、

老老や独居であるだけで、自宅で診て、開業医がすぐに往診するということが難しい状況にある。そのようなことも加味した上で、介護医療院や介護療養病床の数などをもう一度考え直す作業が必要になってくると思われるが、現在のところ、話は全然出ていない状況で、今後、やらなければいけないというのは少しずつ言われていて、それがこの後の医療・介護の協議の場で数を出していかなければならないと捉えている。

議題（１）③公的・公立プランについて

川島議長：質問等があれば、ペーパーを出していただくということをお願いしたい。

大橋委員：この資料については、最初の４枚が県南地域のプランで、その後が県内全部の公的医療機関等のプランになるので、参考に見ていただきたい。

議題（１）④将来の医療提供等に関する意向調査結果について

川島議長：病院では、（休床の稼働が予定されているのは）とちぎメディカルセンターとちのきの36床だけだが、国の資料では、稼働していないところや休棟に関して非常に厳しい見方があるので、今後、再稼働するとなると非常に厳しい審査等というような方向になると考えられる。一旦、廃止すると大変なことになるので、今後、データ活用セミナーなどを使って、どのように展開していくかをもう一度考え、随時、ブラッシュアップしていくことが賢明である。

議題（１）⑤医療機能区分の検討について

川島議長：資料４で空欄になっているところは、決まっていない部分。「高度急性期」「慢性期」と記載されている部分は、報酬における点数としてはこのような分類が「適当ではないか」と、栃木県が考えているものである。このように、「機能を区分して良いのか」という根本的な問題もあるので、これでいくということについて、意見を承るが、一つの方法として、病床を区分するのに、「このような目安はいかがか」というものである。

太田アドバイザー：資料 1-2 の主な意見等にあることが重要であり、これまで、高度急性期から慢性期という機能区分だけにスポットが当たってしまい、本来なら、本日、参加している介護関係や行政の方は、ここに中心を置かなければいけないと思う。このデータがきちんと出てこない限り、高度急性期から慢性期のところで、合意というか、情報共有しても、現実的な話になると、在宅介護は困ったことになるのが実情だと思う。本来なら、ここまで考えてやらなければいけない。

特に、介護人材をどうするかとかの話になってくる訳だが、実際的に、今回、様々な区分をこうしたら良いのではないかというのはその通りであり、在宅をどう考えるかについて、時間を割いて検討する必要があるのではないか。

川島議長：病床ありきになってしまっていて、現実の医療と乖離しているところがある。特に、在宅など下の方からの積み上げがなく、上の方の病床の話ばかりになっているのが現実で、今後、介護との「協議の場」をもう少し明確な位置づけをして、意見も雰囲気でないものにする。協議において、決定ではなく、合意とされているように、いかにも、地域で決めたこととしたいのが透けて見えるが、我々が決めるのにも、地域の医療をどうにかしなければならず、その中で重要なことは何かというと、これからは在宅の部分や救急、小児、産婦人科の問題など機能のことが沢山出てくると思う。そのことについて会議に取り入れられるように、我々が少しずつ努力して、会議の内容を変えていくということになれば良いと考えている。

佐田委員：資料の4で示された機能区分の案だが、これは一つの考え方と思うが、他県や国ではどのような考え方をしているかなどの情報はるか。

吉澤医療政策課長：他県の状況では、ここまで進んでいる議論は恐らくされていない。「県独自の案かどうか」ということで出しており、他県でも議論が進めば、情報提供もできるかと思う。

平田委員：特定機能病院としての考えではなく、先程の船田委員の発言は本当に大事だと思う。国が推測していなかった状況で急速に高齢化が進んでいる中で、バックベッドなどを全く考えておらず、この会議でも進んでいるのは5～10%程度しか中味が変わっていないため、全く追いついていかない。根本的に、小さなことを議論しているだけで、実際には、追いつかないのではないかという感想を持っている。

川島議長：その通りであり、本当にやらなければいけないことは、こんなことではないと思う。

太田アドバイザー：私も、実際的にそうだと思う。病床の必要量だけをメインで、数字合わせばかりをしても、中々、上手には運ばないと思う。原点に戻り、なぜ、この構想が出たのかという話の中で、当然、適正な医療費は何かということである。現実的に、人口動態やNDBなどのデータを出して、「どうですか」という話になる。あくまで、強要するものではないので、自分の病院はこれらのデータを見て、「こうしたい」というのが現実的で、自然と収斂していく訳だから、あまり大変だとは思わずに、やれば良いと思う。例えば、資料4では、7対1をやっているけど、実際的には高度ではなく、単なる急性期だったという話になってくるので、自分の病院はどういう施設基準を採っているけれども、実際的にはどの区分かということが出てこない、中々分からない。

確か2年前にも、同じようなアンケートが出たのかと思う。各病院が病棟ごとに、全部出しているのだから、それを参考にしながら書いてもらえば、判断できるのではないかと思う。

塚田委員：皆さんの心配していることと同じになるが、在宅の集まりで、「在宅をどうやって進めようか」と現場で話をするが、太田先生から、先日の県の会議でも、病床のことやベッドを減らす等は一切言わずに、「まずは考えてください」との話があったが、行政側からは「その通り」という言葉は聞かれない。太田先生だけがそのような話をされ、我々の心のよりどころとして会議を進めているが、行政からは聞かれない。本会議を行うことによって、県南地域の病床は、最低でも現在と同程度は十分必要だけれども、それにも増して、今後、在宅を相当やっついていかないと、「ダメだ」ということがあぶり出され、確実に分かってきている。そうすると、我々診療所をやっている人間を含めて、「どのように地域に対して絡んでいけるか」ということについて、現場で少しずつ行っていくしか、進めていく方法はない。

地道にやっついていくしか、先に進めていく方法はないかという気がしている。

ただ、この会議を何度も繰り返し行ったことにより、地域として、問題点が何かという点を確実にあぶり出されたのは間違いない。

小山地区では、小山と下野に分けて、今後現場でやっついていくと決めている。その中で、病院の先生方にも、どのように機能分担をやっついていくか、現場で話をしていくしかないと考えている。

大橋委員：県南としては、病床ありきではなく、ニーズに対し、皆さんで考えていただくようなデータを出していき、様々な視点があるので、その状況についても、情報を出しながら、この地区ではどうしようかということについて、医療だけでなく、介護も含めて出せれば良いと考えている。

ただ、行政の立ち位置もあり、国の方向性等に引っ張られて、スムーズに行かない部分もあるが、現実としては、地域の住民の方々がどう動くかに対して、地域内の病院、開業医等が今後どうしていくかの将来像を描けるようなものにしていければと考えている。

今後は、ワーキング等小さなグループで論ずるようなものも必要ではないかと思っており、そのような仕組みも考えていきながら、多職種でできるような部分は考えていきたいと思っているところです。

川島議長：この会議の成り立ちから、医療費の削減に関してどの程度病床を減らすのが有効かという発想もあって、経済財政諮問会議のワーキンググループ等の医療福祉分野において、今後の方向性の話が沢山出ている。それを見ると、国がやりたい方向は分かる。

ただ、他の先生も話されていたように、これを上から下ろされてきた通りにやる必要はなくて、この地域に必要な医療を我々が考えていける場にしていけば良く、病床数のことを主に話し合うのではなくて、「本当にこの地域に必要な医療は何か」ということを話し合える場にしていければ、非常に活用できる場であり、そのような視点でも見ている

ただ必要があると考えている。