

会 議 記 録

1. 用 務
2. 日 時
3. 場 所
4. 参加者
5. 結 果

栃木県地域医療構想調整会議

令和元（2019）年6月11日（月）18:30～20:45

本館6階大会議室1

別添資料のとおり

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 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 平成30（2018）年度病床機能報告の結果について（説明：田中主査）
- ③ 外来医療計画について（説明：松島係長）
- ④ 医師確保計画について（説明：田中主査）

(2) 質疑等

- ① 地域医療構想調整会議等の今後の進め方について

小沼 公立病院・公立医療機関等でなければ担えない分野について、民間医療機関の立地が困難な過疎等の定義があれば教えて欲しい。定義がない場合は、考えていただければ、対策を検討しやすい。

事務局 ガイドラインの中で例示されている内容であるため、具体的に数値化することは難しいのではないかと確認させていただきたい。

太田 無医地区の定義を行い、人口の減少を勘案しなければ難しいのではないかと。公的医療機関があっても、病院間の距離的なことも関係する。距離の数値の定義はないと思う。

事務局 無医地区や無歯科医地区については基準があるが、今回の基準とは直接は関係しないのではないかと。

新沢 県西では上都賀総合病院が公的医療機関等であるが、国の資料に例示されているような機能を全て上都賀総合病院が担うことは不可能であると思う。その場合には、どうすれば良いか。

事務局 国の資料は例示であり、診療実績等のデータを踏まえて代替可能性があるかどうかの検討を国が進めている。

新沢 6月28日に調整会議を開催予定としているが、その時までには上都賀総合病院は将来担うべき機能を公表できるのか。

事務局 公立病院・公的医療機関等でなければ担えない機能を担っているかどうかについては、国において検討が進められており公表される。国の検討結果が公表されてから、調整会議において協議を進めることとなる。

太田 個人的意見であるが、県内の公立・公的医療機関等の病床を減らすことはできないのではないかと。国の分析が病床を減らすという結果であれば、県医師会長

として理由を聞いて、国の分析結果に従えないと考えれば、その内容の要請文を国に出そうと考えている。

趙) 病床機能報告において報告されていないデータは、県では把握していないのか。例えば、国保や社保のようなデータから無床診療所の働き具合等は把握していないのか。

事務局) 現時点では把握していない。

川島) 国が診療実績等のデータを分析した結果、代替可能性があるかどうか等の判断を国が示すということか。

事務局) 代替可能性があるということを国が公表する。

川島) 国が公表した分析結果について、調整会議において検証を行い、検証の結果が国の分析結果のとおりであれば、医療機関に国の分析結果のとおりにするように伝える役目が我々の役目なのか。

事務局) 国が診療実績等のデータ分析を行い、地理的条件を確認した上で、代替可能性ありとされた公立・公的医療機関等を公表する。公表された結果を踏まえて、調整会議において検証を行うこととなる。ただし、国のワーキンググループにおいては、再編統合、ダウンサイジング等の方向性を機械的に決定するものではないと議論されており、一律に適用されるものではないと考えている。

川島) 栃木県では、代替可能性があるというような分析結果は発生しないと思うが、政府の方針を考えると、公立・公的と民間が重複する部分については民間を尊重して、公立・公的がダウンサイジング等により病床を減らせということであると思うが、検証可能なデータを提供するのは国だけで、医療機関の弁護はない状態で我々が検討をしなければならない状況にならないか。

事務局) 地域の医療がどうあるべきかを考えることをお願いしており、県から提供するデータ等を活用しながら、一緒に考えていただきたい。

川島) 国が提供するデータのみで判断することは非常に心苦しいところもあるので、医療機関からもデータ等を提供していただいて、両方を判断できる状況にしていきたい。

太田) 確認であるが、国の分析結果を調整会議において検証を行い、検証結果が国の分析結果と異なるものであれば、知事に報告されるのか。

事務局) 調整会議の結果を踏まえて対応する。

太田) 国の分析結果は地域に必要なという結論であっても、調整会議において地域に必要なという合意ができれば良い。

長谷川) 国が機械的に分析したデータだけでは現場の状況を反映しておらず、それだけでは上手くいかないため、調整会議で議論をしながら検証して判断した結果を県から国にあげていただくしかないと思うが、県はどう考えているか。

事務局) 国にあげるかどうかはいろいろなアイデアがあると思うのでそこは相談したいが、説明責任もあるため上手に進めていきたい。

片山) 最終的には病床を減らす方向の数合わせをしているような感覚があるが、量の問題だけではなく、質をどのように担保するかが大切である。手術の件数は多くても成績が悪ければ質は担保できない。質の観点が欠けていると思うが、いか

がか。

事務局) 質の観点も持ち合わせながら、協議を進めていきたい。

太田) 現場の意見を反映することが重要である。

小沼) 国の分析結果の結論が出た時に、医療機関の反論ができない状況を作っているように思える。国の分析結果が調整会議において承認されなければ、国に再考を求める権限があれば良いと考えるがいかがか。

事務局) 調整会議における結論が県としての立場となると考えているが、説明責任も考えなければならない。

太田) 調整会議の権限が一番強いと思う。国が何を言ってきたとしても意見をして、その後の話は全国知事会等の話題にさせていただき、福田知事に頑張ってもらうしかないのではないか。

太田) 資料に、地域の特性に合わせ、入院、在宅医療、介護のベストミックスで慢性期の需要を支えていくとあるが、ベストミックスについてどう考えるか。目指すのはベストかもしれないが、かなり厳しいのではないか。

尾形) 在宅医療を担う医師はほとんど開業医であり、高齢化が進んでいる状況であると、ベストミックスと言っても現実的ではないという意見かと思うが、趙先生のような訪問診療に特化した医師が各地域にいれば対応できるが、残念ながら、特化した医師がいない地域が多いため、高齢化した開業医が対応する状況である。

趙) 私は特化しているわけではないが、ベストミックスについては非常に玉虫色の表現であり、良い方向に行く可能性もあるので決して否定はしない。介護については、東京等の大手の事業者に食い荒らされないようにしなければならない。真岡市の担当者も良質なサ高住でないとだめと言っているが、大手の事業者がどんどんサ高住を増やしており、市町の介護保険財政を圧迫している。そのような状況については、栃木県が指導してやめさせなければならない。また、開業医は高齢化しており、個人的には、行政が在宅支援診療所を造って、地域枠の医師に来ていただき、地域医療体制を支える公的なシステムを作らないと、10年後におそろしいことになるのではないか。地域枠の医師を生かすために、地域に受け皿を作り、在宅医療に特化して取り組んでいただいた方が良く個人的には考えている。

尾形) 私も賛成である。県等を含めて、医師が在宅医療に取り組むように研修等を実施しているが、なかなか取り組まない状況にある。訪問診療等に特化した医療機関が必要であり、その一つの方策として公的な医師を配置していただき、在宅医療や看取りまでできれば、ベストミックスも現実味を帯びてくるのではないか。

太田) 公的病院が訪問診療に参加してもらいたい。特に県北や県西のような地域では参加してもらいたい。

② 平成 30 (2018) 年度病床機能報告の結果について

太田) 病床機能報告は精神科病院を除いているのか。

事務局) 除いている。病院数は全体で 106 である。

川島) 2025 年の推計した病床数は再計算したのか。

事務局) 県が公表した病床数であり再計算したものではない。

川島) 高度急性期や急性期が推計値のように減るはずはなく、回復期はそれほど必要でないだろうと考えているが、推計値は変わらないのか。

事務局) いろいろな御指摘があることは承知しているが、推計値は変わらない。

川島) 病床機能報告については毎年報告させているのだから、推計値も毎年見直せば良いのではないか。

太田) 厚生労働省は絶対に見直さない。推計値に対して病床数を合わせろというのは無理な話であり、病床数に注目しない方が良いのではないか。厚生労働省はターゲットを公立・公的にしているが、病床の必要量に合わせることは難しいということを知っているのではないか。病床の必要量に合わせる必要はないと考えている。

長谷川) 国のデータは機械的に出したものであり、県南は全国的にも特殊な地域ではないか。現場の状況を考えたわけではないため、推計値がどの程度信ぴょう性があるかは分からない。医療機関が報告した機能別の病床数は、病棟ごとの病床数を報告したものであり、最も多い病床機能を病棟ごとにまとめて報告しているため、実際の病棟に入院している患者が全員同じ状態であるわけではない。推計値が正しいかどうか分からない上に、病床機能報告の合計数と将来の患者の合計数は異なるため、合うはずのない数値を合わせても上手くいくはずがない。最終的には、国から提供されたデータを、調整会議において現場の状況を良く理解している人が良く議論をした結果が最も現場に合っているのだろう。現場の質を理解している人が議論をすると、国が機械的に出した結論とは異なる結論になるだろうと推測している。

片山) 二次医療圏ごとの高度急性期の病床数はナンセンスであると思う。専門性が高い分野は、数が限られていても患者を送れば良いと思う。慢性期に近づくほど地域に密着したものが必要であり、最終的には在宅医療や介護が二次医療圏に密着したところであり、その病床数の議論であればある程度分かるが、高度急性期の病床数を無理やり合わせることはナンセンスであると思う。

③ 外来医療計画について

綿引) 外来医師多数区域において新規開業を希望する者への対応について、不足する医療機能を担うように求めて、応じない場合には協議の場に出席させ、協議結果等を住民に対して公表することとしているが、職業選択の自由に抵触しないのか。

事務局) 不足する医療機能を担うように求めるものであり、開業してはいけないというものではない。

綿引) 対応は県が行うのか。地域の医師会が行うのか。

事務局) 調整会議において行う。

綿引) この内容を医師会が行うと、医師会の中で対立が起こり、一体性が損なわれるのではないかと思う。医師会にやれと言われれば、私は関わらない方が良く思う。

宮崎) 外来患者の流出入について、保険者においてもデータを所有しており、データが多い方が精緻な結果を得られると思うが、データの提供についてはいかがか。

事務局) 国から提供されたデータの内容を覆すものがあれば活用したいと考えているが、流出入の規模等を考えると、今回は国のデータを活用しても大きな影響はないものと考えている。

宮崎) 必要があればデータを提供する。

尾形) 本会議は、太田県医師会長が議長となり、国のデータを県が説明して、結果的に我々がお墨付きを与えたということになると思う。非常に乱暴であり、外来医療計画については、職業選択の自由を考えてもおかしい。医療圏と言っても、県北は那須町から高根沢町まで同じ医療圏であり、一つの数値だけで考えられても非常に難しい。医師会が役割を担うことはあってはならないことであるが、本会議がお墨付きを与えたと新規開業者に県が説明することになると思う。本会議においてしっかり議論されたという形になることがとても怖いと感じているが、太田会長はどのように考えているか。

太田) 外来医療計画についても、国が算出した数値が本当に正しいのかを考えなければならぬ。先日、厚生労働省の会議に出席したが、開業制限については、都市部しか該当しないと説明していた。都市部しか該当しないということは、県南や宇都宮でも該当しないだろうと私は考えている。栃木県にはなじまないのではないか。

片山) 宇都宮の実情を説明するが、医師偏在指標は全国が 238.3、栃木県が 216.7、宇都宮が 197.0 である。偏差値では、開業医が 53 に対して勤務医が 43 しかない。一次救急と二次、三次救急を切り離して、なるべく勤務医に負担をかけないように開業医が頑張っている状況である。35,000~40,000 人程度の救急患者を開業医が診療して、勤務医にエネルギーを与えている。そのような地域の実情を踏まえずに考えられるとやっていけない。宇都宮は外来医師が多いから開業を抑制しろということになると、宇都宮全体の医療がだめになってしまう。

趙) 医師会に定款があるが、入会の規約の改正が必要であり、規約通りに取り扱えば却下される内容ではないか。本当に対応しようとすれば、規約の改正をしないと医師会として対応できないのではないか。

太田) 定款を変更する必要はない。

川島) 外来医療とは何か。開業医だけが外来医療か。病院の外来医療は含まれないのか。初期救急や在宅医療だけが外来医療なのか。眼科や皮膚科の新規開業医に救急を担うように求めてもやらないだろう。医師会の新規入会者に既にお願している内容であるが、皮膚科の新規開業医に同じようには頼めない。一次救急をまかなうには多くの医師が必要であり、新規開業を抑制するとはとんでもない話である。専門医も必要であり、病院においても専門外来を行っているのだから、病院外に専門外来があっても良い。なぜ、開業医だけ集めて外来医療と言っているのか全く分からない。外来医療を地域に適正に配置したいと考えているのであれば、何科のどんな医療ということを示して欲しい。我々は、調整会議を通して、地域の必要なニーズを把握した上で、医師会も努力したいと思っているから会議に参加して協力しているのに、国から提供されたデータだけを並べられて同意しろと言われても難しい。せっかく集めたデータなのだから、もう少し細かく分析

すれば使える内容もたくさんあるのではないか。

太田) この内容は厚生労働省からの通知なのか。

事務局) 通知である。

太田) 通知ということは、従わなくても罰則はないのではないか。外来医師多数区域において新規開業を希望する者への対応について、不足する医療機能を担うように求めて、応じない場合には協議の場に出席させ、協議結果等を住民に対して公表することとしているが、このようなことがまかりとおることが不思議な世界であり、現場を全く考慮していない。県も国の説明を聞いてくるだけでなく、疑問点を質問して回答を持ち帰ることが県の役目である。宇都宮市内の診療所が県内で最も減っているのに、新規開業を抑制するという議論をすることはナンセンスである。もう少し議論を煮詰めてから外来について検討した方が良いと思う。栃木県のようにどんどん診療所が減っている状況では、何をすれば良いのか。データについても、高齢化率等は考慮されているのか。また、調整会議においては、おかしいと思うところは変更できる。私が、県の意向を受けてやっているわけではない。

事務局) 外来医師偏在指標の算出式においては、高齢化率等を調整している。診療所の医師数が指標になっているのは、都市部の診療所の偏在是正を念頭においているからではないかと推測される。地域において不足する医療機能については、初期救急、在宅医療等を例示しているが、調整会議において議論していただき、例示されたものでない分野となることも想定される。議論の結果、外来医師多数区域においては、地域において不足する医療機能を新規開業者に担うようお願いすることを考えている。どのようなデータがあれば不足する医療機能を分析できるかについては相談したい。診療科ごとの分析まではガイドラインに示されていない。また、地域の仲間を増やす議論が必要との意見があったが、新規開業者に不足する医療機能を担うようにというだけでは上手くいかないことは承知しており、新しい先生方とやっていくためにということを考えなければならない。

太田) 栃木県は、ほとんど該当しないのではないか。そのような計画をなぜ策定させるのか。

④ 医師確保計画について

小沼) 栃木県の奨学金制度は縛りがきつくて離脱者が多い。静岡県では、卒後20年のうち10年静岡県内で勤務すれば良い制度であり、栃木県も枠を増やして縛りをゆるくすれば、栃木県内に勤務する医師を増やす手がかりになるのではないかと思うが、現状はどうなっているか。

事務局) 診療科を限定している修学資金制度については、現在は産科のみである。その他は地域枠となるが、現時点では専門医プログラムの基本領域から選択することとなり、栃木県内の派遣可能な病院との関係もあるが、診療科の制限はしていない。一方、地域枠に関しては、国の方が縛りをきつくしてきており、例えば、県外で初期研修を受けようとする人を採用した病院が指導を受けているような事例もあり、縛りがきつくなっている。

小沼) 地域枠の学生にも奨学金を貸しているのか。

事務局) 貸している人と貸していない人がいる。

小沼) 貸している人への縛りをゆるくすれば、もう少し良くなるのではないかと
いう提案である。

太田) 静岡県は県内に定着しなかった人が多いようである。あまり縛りをゆるくす
ると県内に定着しないということもあるようなので、ある程度の縛りは仕方ない
のではないかと。

長谷川) 患者数の季節変動について、地方では季節変動の影響がかなりあり、病床
数の設定に頭を悩ませるところであるが、県は平均に設定しようとしているのか。
または、上下どちらかに設定しようと考えているのか。

事務局) 悩ましいところであるが、明確な基準は持ち合わせていない。

長谷川) 地域医療構想調整会議において、知恵をしぼって考えるべきではないかと。

太田) 感染症や災害医療への対応を考えて病床数を設定すべきではないかと。また、
そのような病床を確保することは、公立・公的の役目ではないかと。

⑤ その他

事務局) 今後の会議日程について連絡