

西部構想区域地域医療構想調整会議議事録

1 日 時 令和元年9月4日(水) 20時～21時15分

2 場 所 香川県中讃保健福祉事務所3階研修室

3 出席者

【委員】

久米川委員、佐藤委員、石田委員、溝渕委員、岩野委員、国土委員、中村委員、森安委員、立本委員、大原委員、吉野委員、岡田委員、松浦委員、横田委員、安東委員、瀧中委員、大越委員、原田委員、奥田委員、宮本委員、丸橋委員、大川委員(善通寺市保健課内田課長)、滝口委員(三豊市介護保険課森課長)、井原委員、岡田委員、富木田委員、前田委員、久保田委員、河内委員、平尾委員

【地域医療構想アドバイザー】

長尾医療政策アドバイザー

【事務局】

健康福祉部：星川医療調整監

医務国保課：尾崎医務国保課長、渡邊副課長、山崎課長補佐、二宮副主幹、佐藤主任主事、

中讃保健福祉事務所：小倉中讃保健所長、長町次長、石田副主幹、林主任、田所主任、

西讃保健福祉事務所：河田西讃保健福祉事務所次長、大平課長、永原副主幹、秀野副主幹

【傍聴者】

10名

4 議事等

1) 開 会

星川医療調整監挨拶

2) 議 題

(1) 外来医療計画の策定について

資料3に基づき、事務局から説明

(議長)

ただいま、外来医療計画の策定について、事務局から説明がありました。外来医師偏在指数というのが出ていますけれども、これは、科は関係なく、すべての科が含まれているわけですね。例えば、内科、外科、関係なく。

(事務局)

全ての診療科の医師を検討しているようです。

(議長)

これは診療所だけですか。無床、有床診療所も入っているのですか。

(事務局)

対象となっているのは無床診療所と伺っています。

(議長)

無床診療所の医師の数ですか。

(事務局)

はい。

(議長)

それをデータにした訳ですね。科は関係なく。

(事務局)

はい。

(議長)

例えばこの地区は皮膚科が少ないと言っても、これじゃ解らないということですね。

香川県においては、東部、西部は、外来の医師が多い、小豆島は少ない、ということみたいですが、協議の場というのが、構想調整会議が協議の場になりそうだ、ということなのですね。香川県の小豆島を除いた区域では外来が多いとされているのですけれども、もし、ここで開業しようと思った場合は、この協議の場に出てきて説明しろ、ということなんですか。

(事務局)

協議の場に出てきて説明するというのは、外来医師多数区域で開業を計画している医師のうち、不足する外来医療機能を担わない、とした医療機関だけです。

(議長)

ということは、不足した医療機能。例えば、高松で開業します、という場合は、何だったら開業しているのですか。

(事務局)

その不足する外来医療機能についても、この場で地域の先生の意見を聞いて決めていく、ということですが、国が言っているのは、先ほど申し上げた、初期の救急体制に参加している、とか、在宅医療に取り組むといったことです。

(議長)

在宅とか救急をやるのだったら開業しても良いということですか。

(事務局)

先ほど申し上げたとおり、開業規制ではないので、それも絶対しない、と言われた方には、この場に来ていただくことになります。ただ、当然その他の医療機能というのが地域によってあります。不足する外来医療機能をあまり限定すると、それ以外の機能を担うつもりで医師がこの場に来ていただくのも、ある意味、公平感を欠くと思います。そこは、またご意見をいただいて調整したいと考えています。その段階でまたお示しいたしますので、ご意見いただければと思います。

(議長)

では、在宅しません、救急しません、という、ドクターが開業したいといったときに、どうしても、開業したいとなった時には、こういうところに出てきていただいて、どうしてしないのだ、という話を聞くわけですか。

(事務局)

はい。

(議長)

だそうです。

(委員)

資料を読ましていただいたのですが、まず確認したいのが、診療科のことは、統計の因子として関与していないということですね。医師の数だけで、外来の機能、それから、この医師の数は、無床診療所のドクターだけではなくて、県立中央病院だろうと、大学病院だろうと、全部の医師の数で、外来の機能の医師数を出している。

(事務局)

外来医師偏在指標につきましては、診療所の医師数で出していると聞いております。

(委員)

このデータでいろいろ判断していくとして、その対象の無床診療所のドクターの数で外来機能の医師が充足しているところと、充足していないところを分けていると。

(事務局)

そうなります。

(委員)

ここの医療圏は、医師数が少ない。無床診療所の医師数が少ない。けども、整形外科医の数がゼロだろうと、関係なく、医師が少ないだろう、多いだろうという議論をするってということですか。

(事務局)

そういう形になっております。

(委員)

これって意味があるのですか。

(議長)

だからおそらく、この場で整形は、オッケーだとか、あらかじめ決めとくのだと思うんです。整形が足りないだとか。それを協議する場にしたいな、と思うのですけれど。例えばここでやるのだったら小豆島でされたらどうですか、とか。

この共同の医療機器。これ例えばCTを入りたい、と言ったら駄目です、と言えるのですか。

(事務局)

ダメということにはなりません。共同利用計画を策定してください、というお願いをするという計画になっております。

(議長)

おそらくこういうデータをですね、銀行とかコンサルタントに公表して、それを参考にさせていただく、ということしか出来ないのではないかと思うんですよね。それでやっていいとか悪いとか、できれば、在宅もしてくださいよ、というお願いをすることならできるかもわかりませんが。それでもって開業しては駄目ですと、というような場には僕はできないと思うのですけれども。

(委員)

そうするとですね、すっ飛んだ説明になってしまったら困るのですけれども。そうすると、無床診療の先生がある一定基準よりも、いわゆる33.3%の地域だと、開業を抑制するっていう、ことですね。

(事務局)

少し丁寧に説明したつもりはあるのですが、外来医療計画の主旨は、あくまで開業規制ではないと国は説明しております。県の方としても、診療所というのは、許可じゃなくて、届出ですので、届出があったら受理するしかできない訳で、それをしては駄目ですとは言えません。

(委員)

そうするとですね、話が根本的に違うと思うのですけれども。そうしたら、各有床もしくは、かなりのベッド数を抱えている病院にしろ、外来をしているわけですね。その機能は全く無視しておいて、無床診療所のドクターの数だけで、ここはちょっと多いですから、ここに不足しているものに特化した開業をお願いします、というお願いするっていうだけの話ですね。

(事務局)

特化ではなくて、その機能について、県の方としては、届け出があった時に確認して、お願いする立場になろうかと思っています。

何か強制的なことをすれば、きちんと法律で書いて、それに基づいてやるべきだ、と私も思いますが、国もそこまでするものではなくて、もしこれから開業する先生がいらっしゃったら、届出の際に、こういった医療機能が地域に不足していますよと、できればこれらについて取り組んでください、とお願いをし

て、もしどうしてもしない、という話をされれば、この場に来ていただきます。

(委員)

そうしたら各診療科の機能をしっかり把握しなかったら、アドバイスすら出来ないじゃないですか。さっき僕が最初に言った大前提の統計は医師数ですよ。医師数。

そこからあとに開業するときにお願ひする、と言っていることに関しては、何か間にちゃんとした統計処理がなかったらできないことじゃないですか。

(事務局)

先生おっしゃっていることは、その通りだと思います。ただ、先ほどから何度も申し上げましたとおり、診療科については、その不足する外来医療機能としては明示しない、厚労省としては想定しないと言っていますので。

(委員)

それと、実際に外来機能、例えば皮膚科の先生であるとか、脳外科の先生であるとか、そういう先生がどれだけ存在していて、過剰だの過疎だろうということをやるのであれば、有床診療所の外来を開いているドクターの数もカウントしなければ意味がないのではないかと思うのです。

(事務局)

まず外来医療の過剰、不足は医師数でやります、と、国は制度設計上言っていますので、診療科の中身には入ってこないとは思いますが。そこに診療科がないのに、不足する医療機能も、ということをおっしゃっているのだと思うのですが、そもそも不足する医療機能の中には診療科を入れない、と国も言っております。先ほどもお答えいたしました、地域で不足する医療機能とは何なの、と私どもも国にも確認しましたが、明確な答えはなく、代表として出てきたのが先程申し上げた初期救急であるとか、そういったものになろうかと思えます。

(委員)

それではまったく意味がないのではないですか。

(事務局)

おっしゃることはわかります。

(委員)

例えば、ある地区に皮膚科の先生がゼロだと。そうしたら、皮膚科の先生が開業して下さったらありがたい。でもその有床診療所、もしくは総合病院に皮膚科は充実してある。そのところが皮膚科の診療科が少ない地域で、そんな統計しても全然意味がないのではない、という話をしているのです。

(事務局)

その不足する医療機能の中では、県としては“その他”という項目を設けて、先生のおっしゃることも勘案して、これから出てきたときに、ご意見をいただければとは思っています。国の制度設計なので、否定もできないなかで、先生のおっしゃっていることも解るのですけども。

(議長)

おそらく、昨年、医療法及び医師法の一部が改正されましたけど、医師の確保が目的だということで、おそらく医師偏在を防ぐためだということで、医師が少ないところに医師を持っていきたい、という根本的な国の考えがあるから、おそらくこういう指標が出てきたんではないかと思います。そして、医者多いところでやるよりは少ないところでやってくれ、というような意図が裏には見えるのですけれども、開業規制に繋がるのでそれに関して、果たして口を挟めるか、ということだと思います。

(委員)

外来医療機能と名前をつけているのが余計ややこしいのです。

県が頑張っているいろいろチェックできるかもしれませんが、ちょっとあまりに乱暴な気がするのです。開業規制ではないとおっしゃって、不足する外来医療機能を担わないと言っても開業はさせますよ、だけど協力してくださいね、というお願いであれば、これは、お願いする必要があるのでしょうか。

やらないと言っているなら、この場に来いというのは、何らかの処罰しているイメージを持ってしまうのですけれども。もしも開業するとしたら。

ともかく、西部で、先ほど岡田先生がおっしゃったように 皮膚科が足りないとか眼科が足りないとか、なら解りますし、その機能で、話してくれるならばまだ作りようがあるのですけども。

単に医師数だけでやられると、そこで、開業希望の方がこの会議で説明しているときに、根拠となるデータを示すのが難しいのではないかと思います。

(議長)

こういうデータを今後開業される先生方に示す、というのは非常に良いことだと思うんですけども、もうちょっと詳しいデータを県で作って、この地区でマッピングして何科があるのか、そういうデータを県で作って、開業される先生方やコンサルタントや銀行に提供して、これで考えてください、というような、もうちょっと親切なデータを作ったほうがいいと思います。結局罰則はないと言いつつ、公表するとかがありましたよね。どういう形で公表するのですか。

(事務局)

この場に来ていただいた場合は議事録で公開することになります。ただし、その前におそらく県側から診療所の届出をする段階で、担うことが可能な外来医療機能について聞きします。そこで不足する医療機能を満たす方向のご回答いただければ、この場に来ていただくことはないわけです。できる限り客観的なデータは診療科別の医師数は、調査がありますので、おそらく解ります。マッピングなんかも活用しながら、できるだけ県側でお聞きした中で協力いただくことを、念頭に置いております。開業希望の医師にこの場に来ていただいて説明をお願いし、委員の先生方に厳しいご指摘をいただくということをしたと考えている訳ではありません。できるだけ、その前のヒアリングの段階で、ある程度掘っていくということを考えていきたいと思っています。

(議長)

協議の場にきてもらって事情を聴いて、それでも地域で不足する外来医療機能を担わないとした場合は、公開する、ということですか。

(事務局)

議事録を公表するので、そこで議論の内容が公表されるということです。当然、議事録の中に医療機関名は入ってきます。

(議長)

県の議事録として見られるということですか。

(事務局)

県のホームページ上で、掲載することになります。

(委員)

そうすると、外来機能の、県内の各医療圏なり、もっと小さい範囲のほうがいいかと思うのです。医療圏じゃなくてね、それを可視化することには、みんな、大きな異論はないと思うのです。いわゆる開業をされる先生がマーケティングリサーチすることと同じことを、県の方で、こういう外来機能が分布しています、というのは良いと思います。けれども、開業規制ではない、というのは当たり前の話で、開業の最大の規制は医師免許があるかないかで規定されているはずで、法的に。だからそれを規制することができないようでしたら、お願い申し上げるということですよね。もう、それしかないわけですよね。それで、開業のお願いをするのであれば、ここはこういう過剰地域です。であれば、医師のクリニックの人数だけで、その人を説得するだけの理由にならないですよ、という話です。さっきから言っているのは。

(事務局)

おっしゃっていることは解っていますので、それなりのデータは整えた上でヒアリングはさせていただきます。

(委員)

それから、共同利用のところも読ませていただきましたけれども、共同利用の最大の問題は、近くにCTの良いのがあるから、あなたのクリニックはCTを持たないようにしましょう、というお願いをするということですか。

(事務局)

そういう主旨のものではありません。開業する場合に共同利用してください、とお願いするもので、近くにあるから買わなくていいでしょう、という話をするものではありません。

(委員)

何の意味があるんですか。限りある資源を有効に使うために、とか、医療費を上げないために、共同利用にすると、いいのかなというような意図があると思えてしょうがないのですけれども。

(事務局)

国の制度設計とか主旨としては、先生のおっしゃることが、その通りだと思いますが、要はそういう強制的ないろんなことをするには、やはり行政は法律で書くべきなのですが。厚生労働省で法律関係を検討し、自由にものを買う規制にあたるので書けないとなって、県の方に、そういうのを聞いてください、というような仕組みを作った、ということであろうかとは思いますが。県の方に、それをどうしたらいいですか、と言われても、県の方としてはお願いするしかない。情報はできるだけ丁寧に、いうことで対応させていただきしかないと。地域の所有状況となったら、おそらく、先ほど会長さんがおっしゃいましたように、一番気になるのはコンサルテーションする会社であったり、銀行であったりですので、投資をする時にその資料をもとにCTを買って、需要がありますか、ということは、民間の資金管理という意味であり得るのかなと思っておりますので、そういう情報は、県としては提供していくということになると思われま。

(委員)

ということはですね、開業医がこの医療機器を買う時に、特に相談しなくても勝手に買ったとしても、特に罰せられることも何もない。とういうことでよろしいですか。

(事務局)

外来医療計画に罰則規定はございません。

(委員)

でも、この場に上げるということによろしいですか。

(事務局)

医療機器に関しましては、共同利用計画をしないという場合に、協議の場で、その理由等確認するとされておりますので、その場合だけです。

(議長)

例えば、他から依頼があれば、共同利用しますよ、ということを一言言えばいいわけですよ。

(事務局)

はい。

(議長)

それはどこも言うと思うのですが。

(委員)

機器購入のことで、CT、MRI、PET というこの三つを挙げておりますが、CT と PET を同列にすることはとても納得できません。県は救急医療とか在宅医療を、やってください、ということをお願いしているでしょ。そうした場合に、当然、何かあったら、まず、お腹が痛いとなったらCTをとる。頭が痛いと言ったら頭のCTを撮ると。それで何かあれば、その基幹病院の方に紹介する。それが普通です。救急患者に関しては、

だから CT をほかの機器と同列に扱うのは絶対おかしいと思います。CT なくして、ポンと基幹病院に送ってきますよね、救急で。そしたらそこの救急の医者はものすごく不満がある。なんでこんな状態で送ってくるのだ、という不満はたくさん出てきます。基幹病院では、だから CT はこの機器からは当然除外すべきだろう、というふうに思います。

(事務局)

先ほどのご意見ですが、救急で CT を撮った後、より高度な救急医療機関の方に送るっていう話もあるのですが、先ほど不足する医療機能のところ、むしろ夜間や休日等における地域の初期救急医療提供体制の中で、個人の診療体制でそこに協力してくださいね、という主旨も実は救急が不足しているところに入っていて、補足で説明させていただきます。CT がどうか、という話についてはまた国の方とも意見調整をさせていただきたいと思います。

(委員)

もう一つ確認ですけれども、医師の無床診療所のドクターの数だけでは到底議論が進まない気がしているのですけれども、みなさんは進むように言われますけど。その時に、少なくとも診療科の医師の偏在、だけはきちっと調べるときにですね、知らない議論が先に進まないと思うのですけれども。その時に、有床の病院の外来機能をどういうふうに、こう考えるか、ということが一つ、無床診療所の先生で、例えば内科なら内科ってするわけです。今だと、循環器、呼吸器とかあると思うのです。で、先生によっては、内科のこと以外は一切診ません。私どもは循環器と、呼吸器は診ますけども消化器はお断りしますとか、一つの診療所のドクターが何を機能として持っているかは、自己申告でする訳です。

例えば、これがいいかどうかは別にして、その人の持っている学会の専門医であるとか、それを答えるか、とかいうのはまだ、何となく、整合性があると思うのです。自己申告だと、例えばもう外科の先生でも、私はちょっとした皮膚科も診るし、内科も一般的で受けましょう、というところで全部の機能となるわけです。それが 1 と数えられるので、そこがはっきりしてないと、これをやる意味が、なくなってしまうじゃないかと。

外来機能が不足していることに、今後新規開業をする人はできるだけ、ここでない機能で開業して欲しいということを県が願う、もしくはマーケティングだっただけでやっていただけの方がいいと思うのですけれども、この機能を、どうやって判定するかです。

(事務局)

おっしゃるデータが、存在するのであれば、それは良いのですけれど。今思い浮かんでいるのは、毎年、ドクターであれば必ず報告する医師、歯科医師、薬剤師調査の主たる診療科に関する調査があると思います。国はその医師、歯科医師、薬剤師調査のデータがありますけれども。それも自己申告そのものです。先生がおっしゃるようなデータを集めるにしても、相当の労力をかけることになると思います。

さらに、それを適正に判断できる人がどこにいるのだろうか、というのは疑問で。そこまでのほどのものが外来医療計画なのだろうかというのが少しあります。

まず、先ほどから申し上げているのが、不足する外来機能の中に診療科の概念は、国は入れないと言っているのですが、例えば、循環器内科が不足するから循環器内科だったら OK だっていうことを、判断することにもおそろくならないと思います。国が言ってきているのは、夜間や休日等における地域の初期救急医療提供体制の中で役割を担ってくださいね、ということであったり、在宅医療の提供体制に一部に協力してくれる、ということであったり、あとは地域の産業医とか学校医とか予防接種、公衆衛生の分野で、何らかの役割を果たしてください、というのが、主な三つの項目でございます。それ以外にその他の地域医療として対策が必要と考える外来医療機能というところに、もしかしたら先生おっしゃる、外来機能の不足している科が明確に示されるのであれば、そこですることになると思います。そもそもそういうデータの存在とか、適正に判断する制度がないというところで、先生がおっしゃることを外来医療計画の中で、書き込むのが難しいかな、というふうには感じます。

(議長)

国ではそんな詳しいことは全然考えてないです。要するに、開業するなら人口が少ないところで医者が足りないので開業してくれ、と。言いたいのはそこだけなのですね。別にここで何科が少ないから、その科でやったらどうだ、とかそんなこと全然考えていない。だから、開業医が多いところで、なんで開業するのだ、もししたいのなら在宅をやれ、と。言いたいのはそこだけなので、そんな細かい議論をしてもだめだと思います。

公表をどのようなデータで県は、銀行とコンサルタントに公表するような形になるのですか。

(事務局)

公表というのは、外来医療のデータの話のデータですか。

(議長)

データを公表して、開業医の先生にたいして見せるわけでしょ。それで、県はどのような形で公表する予定ですか。

(事務局)

計画自体に入れるということで、国から診療所のマッピングデータ等を。

(議長)

だから、それはもう開業しますから。それじゃ遅いわけで、もうちょっと早い段階から公表しておかないと駄目じゃないですか。どのような形で、ホームページに載せるとか、すぐ見えるようにするとか、しとかないと駄目でしょう。それから百十四銀行にデータを持っていくのか。

そういうことは考えているのですか。

(事務局)

県のホームページで公表するのは当然させていただきますが、そのほかにこれ届出は必ず保健所経由で出てきますので。

(議長)

だから届出では遅いので、その前の段階ではないか。

(事務局)

そこはどうですか、という話は、計画ができれば、計画自体を、データについても、公表する予定です。

(議長)

見においで、だけしかしないのですか。積極的に、例えばコンサルタントの方にちゃんと持って行くとか、銀行にこれ置いといてくれ、とか、そういうことはするのですか。

(事務局)

公表いたしますので、そういうご要望があれば、当然、資料を提供いたします。もうすでに銀行さんからもこの件については、そういうデータが公表されているのですか、というご照会をいただいております。

(議長)

だから持っていけるのですね。こっちから。それぐらいしないと駄目ですよ。

(2) 地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について

資料4に基づき事務局が説明

(議長)

診療実績というと、どのぐらいの分け方なのですか。例えば、A病院で呼吸器内科の診療実績が少なく、隣のB病院での呼吸器内科の診療実績が多ければ、少ない方の呼吸器内科を潰してしまえ。そしてB病院でやってくれ。そういうことですか。

(事務局)

まず診療実績の元については、病床機能報告に入っている。診療内容を使っているそうです。

(議長)

例えば。

(事務局)

心筋梗塞、脳梗塞、がんなどの診療実績が上げられています。

(議長)

がんはがんで実績の部分は一まとめなのですか。例えば肺癌とか、消化器のがんだったらこっちの病院で、すい臓がん、肝臓がんならこっちの病院で手術しましょうとかそういうことではないですか。

(事務局)

すいません。そこまでになるとブラックボックスとなっております。

(議長)

そこまでは分ける必要がないということですか。

(事務局)

分けているか、分けていないかも含めてこちらでは、説明がございません。

(議長)

国の方針としては、病院、総合病院と言われるところで全科するな、というふうに見えるのですけれども。得意な分野に特化して、近隣であれば、その機能を分けてやった方が効率的なんじゃないかと、医師もまとめられるぞ、というような簡単な考え方だと思うのですが。

なかなか、そこに踏み込んでいけるかどうか。各自治体病院であれば、その科を手渡すことになるとうまいところもあるかと思えます。これについて、決まったのではないですよ。これから実績をちょっと見てみて、検討したい、というところですね。

(事務局)

29年度の病床機能報告を使って現在検討中です。43ページの一番下のところに書いておりますが、検証結果が出て、検討した場合、厚生労働省自らが地域ごとに助言支援を実施することを検討する、とあります。報道等でも一部出ましたが、厚労省の方が直接、調整会議等に来て、説明する場合を想定していると聞いております。

(議長)

どういうことを想定していますか。例えば、さっき言ったように、呼吸器内科はこっちでしなさいとか、そういう話ですか。

(事務局)

厚労省が言ってくる場所は、どういう内容で、公表するかについてもまだ検討中ということですので、正直わかりません。

(議長)

例えば分け方を見ていたら、脳卒中とかそういう分け方だったではないですか。そうすると、脳卒中はこちらの病院にしなさい、とかそういう話になっちゃう気がするのですけれども。

(事務局)

この議題も、非常に乱暴なテーマだと思っておりますけれども、今回情報提供させていただきました。内容としましては、今、資料で示させていただきました43ページの資料が全てでございまして、7月ぐらいにもそれぞれ対象とする医療機関、そういったものを発表する、というふうに厚生労働省も報道の方ではちょこちょこ見かけることがあるんですけども、それ以降、動きがないので、我々も情報が掴めてな

い、というふうな状況でございます。

先ほど申し上げました診療実績であるとか、こういった分野であるとか、それと全国的にこういった重点区域、そういった場所を決めるとか、今後の動きについても、きちっと明確な部分が出ておりませんので、こういう動きがある、ということだけの御周知になろうかと思えます。そういった中で厚生労働省の職員がそういう対象区域を決めて、その他で、病院ごとの治療実績をお示ししながら、ご説明したり相談に乗ったり、そういう議論の中に入っていくというような、ことが、情報としてはありますので、その部分を今、ご説明させていただいた次第でございます。

(議長)

まだ、論議する段階にないと。

(事務局)

そうですね。まず、どの県の病院を、対象にするか、ということすら出てないということでございます。

(議長)

資料に書かれている再統合についても、まだ解っていないと思うんですね、

(事務局)

この資料に書かれていることが全てでございまして、こういう計画があるということしか、我々も承知してないところでございます。

(議長)

ということなので、特にここで論議できるような議題ではなさそうなんだと、国はこういうことも考えているということでございます。

(3) 医療機関の具体的な対応方針について

資料5に基づいて宇多津病院及び永康病院が説明

(議長)

休床病床をまた始めるときに、協議の場としてこの地域医療構想調整会議で意見を聞く、という一文があったように思います。ここで意見を聞いて、どういうふうにする、というところまで決まっていますか。

(事務局)

資料5-44の方に書かせていただいております。昨年も同じような形で、それぞれの医療機関の具体的な対応方針ということで、それぞれのプランというものを出示していただきまして、構想の方向性に沿うかどうか、ということを見ていただいたと思います。特に問題なければ、それによろしいでしょうか。

(議長)

この場合は、どこをカットするとか、駄目ですとか。結論出すところなのですか。

(事務局)

この議論の中で、そこまでのものではないと思います。

(議長)

わかりました。今二つの病院で、休床再開の計画を出されました。宇多津病院に関しましては、将来的に回復期に特化していくということで、これは非常に地域医療構想の考えに沿った方向ではないかと思っています。また永康病院に関しましても、問題ないかと思いますが。委員の先生方で何かご意見ございましたらご意見をお願いします。

(各委員)

特に意見なし。

(議長)

承りました、ということで良いかと思っています。

3) 報告事項

(1) 在宅医療推進協議会について

参考資料4に基づき事務局が説明

4) 長尾地域医療構想アドバイザーによる講評

(長尾アドバイザー)

まず、地域医療構想の実際の取組についての議題がありました。

公的病院の再編統合等、きつい言葉が出ておりましたが、実はこのことにつきましては、私は従来から携わっておりまして、病院の機能統合とか機能分割のような議論をしておりました。当時から基幹病院の先生方にも来ていただいて、議論していましたが、とてもじゃないけど大変でございます。例えば、病院、病院によって役割というのがありますし、最終的には病院の経営の話に関わってきます。これは非常に大変な議論だと思います。従って資料出すときに、県としても、相当慎重に資料を出していただきたいと思います。

それから、外来機能につきまして分化するというので。機能の不足や偏在について、厚労省から問題提起がございましたけれども、厚労省としても大きな確たる方針がまだ定まっていないのではないかと思います。例えば、この間出ました、専門医の地域別のシーリングの問題もありました。また、在宅医療の偏在に関しましては、全て県に直接こういう具体的な降りてくるわけですね。ある日突然に。それから、急いで対応される、というのが県の通常の流れだと思います。今日先生方がされた問題提起も非常によく理解できますし、財政との兼ね合いがありますが、先生方とおっしゃったことは、その通りだと思います。従って、その声を、東部や小豆もありますので、まとめて、専門医の問題についても、もっとまとめて、私自身も厚労省に訴えていきたいと思っております。

今回の外来機能につきましては、本当に、先生方のおっしゃるとおりです。もとになる基本的な考え方が、しっかりしていない。そういうことで、この場での議論を今後もしっかりやっていただきたい、と思います。

5 閉会

(議長)

国は権限を県に与えるといいつつ、その中で医療計画を県が立てて検討しなさいと。非常に丸投げされている形です。県に同情するのですけれども、国が考えるのは、こういうことをございまして、またなかなかここで論議しても、結論が出るような話ではないことが多いのです。特に今日の議題はそうだったと思います。なかなかまとめることが出来ませんでしたけれども、国がこういうことを考えている、ということまた持ち帰って、いろいろ考えていただきたいというところで、本日の会を終了したいと思います。