

東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11月8日(金) 19時00分～20時10分

2 場 所 県庁本館12階 第1, 2会議室

3 出席者

【委員】

久米川委員、神内委員(吉峰理事)、宮崎委員、濱本委員、溝渕委員、元木委員、村井委員、苧坂委員、木下委員、河内委員、和田委員(坂東事務局長)、網谷委員、若林委員、安藤委員(松岡副院長)、大森委員、厚井委員、蓮井委員、徳田委員、坂東委員(永瀬事務局長)、田宮委員、美馬委員、豊島委員、上枝委員、間島委員、植田委員、多田委員、大西委員(多田医療対策室長)、安富委員

【地域医療構想アドバイザー】

長尾アドバイザー

【参考人】

高松医療センター 細川院長

【事務局】

健康福祉部：安藤健康福祉部長、土草次長

医務国保課：尾崎課長、渡邊副課長、山崎課長補佐、二宮副主幹、佐藤主任主事

東讃保健福祉事務所：丸山次長、串田次長、太山副主幹

【傍聴者】

16名

4 議事等

1) 開 会

安藤健康福祉部長

2) 議 題

(1) 平成30年度病床機能報告の結果について

資料3に基づき、事務局から説明

(議長)

事務局から平成30年度病床機能報告結果について、緩やかではあるが2025年度に必要な病床数に向かって少しずつ近づいているとの説明がありましたが、委員から御意見・質問等がありますか。

(委員)

急性期の病床数が減って、回復期の病床数が増えているとのことですが、要因というか、どういう内訳でそうなっているのか教えていただきたい。

(事務局)

県の方でも病床機能分化・連携基盤整備事業において回復期病床・病棟への転換に当たっての補助を行っており、また、当地域の医療構想の内容の周知も行っており、このため、医療機関の自主的な判断による病床の転換等も進んでいるものと考えています。

(委員)

具体的に回復期リハが増えているということですか、それとも地域包括ケアを回復期でカウントするようになったからですか。

(事務局)

この報告は地域医療構想の病床機能報告制度に基づく自主申告による機能の報告であり、実際にどの病棟を転換したかは個票を見ればわかると思いますが、機能の方が急性期から回復期へと転換された結果です。

(委員)

資料 22 ページのイメージ図によると、病院の中でも一般病棟の他に回復期リハ病棟と地域包括ケア病棟があり、この 2 つが回復期のイメージと考えてよろしいか。

(事務局)

そのように考えています。

(委員)

当時は地域包括ケア病棟については、急性期でも回復期でも、どちらで届けてもいいということだったが、H29 年度から変わったということですか。

(事務局)

国への報告制度自体は今でも変わっておらず、イメージ図にあるとおり急性期の方にも回復期の方にも矢印が行っている状態です。

(委員)

イメージ図によれば、地域包括ケアはどちらかと言えば回復期という理解でよろしいか。

(事務局)

補助要綱上の話であって、外形的に回復期機能と言えばこの 2 つが代表である意味で例示しているだけであり、それ以外の回復期もあれば、地域包括ケア病棟は全て回復期として報告しなければならない訳ではなく、補助要件としてこれを示しているものです。

(委員)

そのため回復期に入っているのは、リハが入っているものもあれば、地域包括ケアで入っているものもあり、一定はしていないという理解でよろしいか。

(事務局)

そうです。

(2) 病床機能分化・連携基盤整備事業について

資料 4 に基づき、事務局から説明

(議長)

事務局から病床機能分化・連携基盤整備事業についての説明がありました。今のところそれほど希望は出ていないということですが、この整備事業については希望すれば補助金が交付されると聞いていますが、県の方から他に何かこういう風にすればといったことや、こういうのも可といった提案があればお願いします。

(事務局)

この事業については地域医療構想の達成に向けた医療機関の設備等整備事業として、毎年度概ね要求額どおりの内示を得ています。国が示す事業例として、建物改修整備費として不要となる病棟から他の病棟への変更、これは機能転換以外でも可ということなので、病床削減に伴い医師確保につながるような、例えば医師のために活用される部屋への転換も一つの例と考えており、様々な意見等を聞きながら、補助要綱の中で定めていきたいと考えています。

(議長)

病床数を削減する際、代わりに看護師用の休憩室の設置もいけるのではないかとということも聞き及んでいますので、各施設においてそういった計画があれば県と相談していただきたい。

(3) 再検証要請医療機関の公表について
資料5に基づき、事務局から説明

(議長)

事務局から再検証要請医療機関の公表について説明がありましたが、再検証病院については過日の西部地域の会議でも話が出ましたが、いわゆる診療実績が少ないということだけでいくと、どうしても中小病院が当たってしまうのは当然じゃないかという話になりました。公表対象の病院も10月30日の国の説明会に出席されたと思いますが、御意見等をお願いします。

(委員)

東讃地区は東部医療圏として人口が20万人から50万人という枠にはめられており、診療業績が下位から3分の1、かつ、20分以内に同規模・同等機能を有する病院があるという尺度だけで指定されただけのことです。大川地区は圏域外流出が一定量あることから、先ず、これを東部医療圏としようという議論をさせておいて、そうなったわけだから、今度は分母を人口20万人から50万人として一列に並べたというもので、国がよくやる2階に登らせておいてハシゴを外すというものに完全に乗せられてしまったと感じています。

今後の議論の中で20万人から50万人という分母は外れないと思うので、病院として生き残るためには、コモンディゼイズをやる。高齢者が多い地域だから肺炎をやるというのではなく、ガン、心血管、脳卒中を必死で診ていくとともに、なるべくコストの係る政策的医療からは手を引いていって、病院としての機能を上げていくしかないと考えています。

ただ、これは公立病院が辿るべき道ではなくて、公立病院は民間が開業しにくい郡部やへき地に整備して一定の医療を提供してきたという経緯があります。

厚労省と財務省による医療費削減に対する流れの中で、東京・大阪といった民間と公立の病院が集中するエリアにおける病床削減手段に郡部の方も巻き込まれてしまったと感じています。

また、これまで国が行った医療に係る施策のうち成功したと思えるのは数えるくらいで、例えば、医師不足の問題もはき違えたし、専攻医制度はその偏在を解消できていないなど今の厚労省には医療を国策としてコントロールする能力はないと思っています。

県として、公立・公的病院がどういう役割を持って、どういう配置で、どの程度の病床医療機能を提供するのかというものを、是非、本構想会議等のなかで議論を深めていただきたい。

当院は既に精神科を廃止したし、一般病床についても260床から175床に削減、包括ケア病棟も転換したし、今般の周産期医療に関しても放棄することなく地域のためにやっていくこととしており、公立病院としての役割を十分果たしていると考えております。これに更に手をつけろと言われても、明らかな方向性を県から出して頂けないと動けないと考えています。

(議長)

御意見等をお願いします。

(委員)

一番申し上げたいことは医療機能についてです。地域の中でそれぞれの病院が担う医療機能について、今回の厚労省の集計では、公立・公的医療機関が民間と違って担うべき医療機能を9領域に限定しており、これによって当院は診療実績が少ないと判断されています。勿論、9領域の重要性は十分に尊重しますが、公的病院と言えども、これらの診療領域のみを医療機能としているわけではありません。

例えば当院では、整形外科手術が多い、外科ではヘルニア、胆石症、虫垂炎等の良性疾患が多い、では高齢者の肺炎、眼科の白内障の手術はどうか、尿路結石の治療はどうなのか、これらの医療機能も立派な急性期医療です。これらは公立がどう、民間がどうといった価値ではなく、地域の中で担っている医療機能の話であって当院の特色です。従って、9領域に限定した話で急性期病院としての診療実績が少ないと敢えて結論付けて公表するということは、先程、委員も言われたが、全ての公立・公的病院はこの機能を担えということになるものであり、地域の医療機能の分担に逆行するものと思っています。

また、先程、県からも説明がありましたが、今回の実績については、病床等病院の規模について全く配慮されておらず、やはり、同じ急性期病院としても大規模な急性期病院が担う高度医療と、当院のような小規模病院が担う地域一般で行う、かかりつけ医機能に近いような急性期病院とでは、機能が違うものと思います。それを同じ土俵で話しをされると小規模病院は不利となります。

それから、当初は急性期病床数という話であったはずですが、急性期機能が定義できないので、いつの間にか扱う疾患の話に論点が一部、すり替わっているようにも思われます。

当院はそれ以外にも、社会福祉法人として無料低額診療など生活困窮者への医療の提供や、香川大学の協力型臨床研修病院として多くの研修医を受入れており、このような実績や地域で担っている役割を全く無視した上での一方的な評価には大変戸惑いと怒りを覚えます。

(議長)

御意見等をお願いします。

(院長)

今回の報道発表では当センターの名前が最初に出て、特に、特にガン診療や9領域の成績が悪いという紹介のされ方をされたが、そもそも、そういう機能を大事に考えている病院ではないことを先ず申し上げたい。

セーフティネットという観点で神経筋難病患者等人工呼吸器が付いている患者が70名以上、通常の呼吸器疾患であるとか、蘇生後脳症の患者についても県立中央病院や香大医学部付属病院から受け入れるなど、呼吸器の付いている患者が100名近く居るといふ病院で、これらが当センターの特色であり、担うべき役割です。また、本県の結核診療の最終拠点病院という機能も担っており、一般診療という点では、結核をやっている関係で慢性呼吸器疾患、ぜんそく、誤嚥性肺炎などの患者を中心に診ており、ガン診療についてはターミナルケアを大学等から患者を受入れながらやっている以外は元々やっておりません。一般内科的なものとして糖尿病、高血圧等の生活習慣病は地域医療に必要なので継続してやっており、また、急性期から回復期の患者を大病院から受け入れるなど、地域の診療所と大病院とを繋ぐ役割も担っています。

今回はH29年度のデータで発表されていますが、当センターはH29年度末に一般急性期DPCの対象病床から自主退出しており、いわゆる障害等一般病床ということで神経筋難病患者等の患者、慢性期だけでなくある程度急性期から回復期に近い患者を主な対象とする方向に既にかじを切っています。

今回の報道を受けて、周りから「大変ですね、病院はなくなるのか」と聞かれるが、当センターでは先程言ったように目指すべき障害等一般病棟という方向に既にかじ切りを行って

いるので、国におかれては古いデータではなく、アップデートしながら、状況把握をしたうえで、評価してもらいたいし、報道機関におかれても当センターがどういう病院かということを知らせて欲しいと思います。

(議長)

公表された3病院の院長からそれぞれ御意見等をいただきましたが、いずれの病院もその地域で求められる医療をしっかりと行っておられ、必要な病院だということは皆さん同じ意見だと思います。

とは言え、国としては3月までの報告義務については曲げていない状況にあります。今後は先程報告いただいた内容をまとめて報告すればよいということでしょうか。

(事務局)

1つの期限として3月末というのがあります。9月26日の唐突な発表以降、国から詳細な説明がないままで10月30日にブロック別説明会が開催されました。質問に対してはすれ違いのような答弁が返ってくるだけで、地域医療調整会議の中で地域の個別実情をしっかりと議論して欲しいという回答のみがまともに返ってきた回答でありましたことから、本日の会議の場において国の考え方等を説明させていただいたところです。国としては今後、正式な検証要請の通知を発出することですので、通知内容をしっかりと確認したうえで、対象となった病院と、数字だけでは現れない個々の実情も整理したうえで、来年の本会議の場で検証等についてお示しし、議論していただきたいと考えています。

(議長)

今月末、本県でも国による説明会が開催されると伺っていますが、多分同じような説明になると思います。なお、本日、資料として用意していない他の資料もあり、その中に具体的対応方針として、「再編・統合とは」という一文があり、それを紹介しますと、「これらのことから地域医療提供体制の現状や将来像を踏まえつつ、個々の医療機関の医療提供内容の見直しを行う際には、医療の効率化の観点からダウンサイジングや機能分化、連携、集約化、不足のない医療提供の観点からを機能転換、連携等を念頭に検討を進めることが重要である。この全ての選択肢が再編・統合に含まれると解する。」と記載されていますので、再編・統合という言葉だけが独り歩きして、あたかも統合しなくてはならないとか、再編しなくてはならないということではなく、要するに他の病院との医療連携して欲しいということで、これらは再編・統合に含まれるとちゃんと資料に書かれています。

今後の対応としては他の病院と連携していく旨を重点的に報告すれば国も納得するのではないかと思います。その他、委員から御質問・意見等がありますか。

(委員)

当院は公的病院であるため独自で黒字を出していく必要があります。そのため、例えば稼働率が落ちたり、患者数が減ったりすると、当然自分達で姿を変えていきます。国に言われなくても自分達の判断で姿を変えていかねばなりません。

今般の当院に係るデータについては平成29年のデータで古く、本年6月から一般病棟のうち50床を地域包括ケア病棟に転換する機能変更を行っており、このように病院の姿を自分たちでどんどん変えているという点で以前のデータとは姿が違ってきているので、他の病院からも言われたが、以前とは違い香川県においては機能の変更が既になされているということ報告すればいいのではないかと思います。

(議長)

そういった姿を変えているということを国は求めていると思いますので、そういうことについてもしっかりと報告すればいいのではないかと思います。この点について何か意見等ありませんか。今回のデータの基になったのは診療実績数のみでしたが、次に公表する時には、例えば、医師1名当たりの診療実績ということになると、今度は大きな病院が対象となると思いますので、あまり安心していると国は何を言い出すかわからないので、それは重々考えて行かねばならないと思います。アドバイザーから何かありますか。

(アドバイザー)

岡山での説明会に出席しましたが、厚労省は2016年という3年前の古いデータのみで、かつ、俎上に上げられた病院の地域における医療提供体制を十分把握せず単に数値だけでバツサリと切っており、誤解を招くデータの取り方だと思います。

説明会において審議官は、この地域医療構想会議の活性化のためにこのデータを示したとしか言わず明確な回答がありませんでした。今度、厚労省の方が説明会に来県されるが、県にお願いしたいことは、これら4病院は地域のためにそれぞれの機能を有しているので、現状をしっかりと聞いたうえで数値に現れない医療を実践していることを厚労省に報告していただきたい。次回、事務局から素案が示されるのですか。

(事務局)

次回には検証の結果・方向性をお示ししたい。

(アドバイザー)

是非、各病院が有する特殊性を強調して、どうしても地域になくてはならない病院であることを報告していただきたい。

(4) 外来医療計画について

(議長)

国は県に対して外来医療計画を策定するよう求めており、そのための協議の場については本調整会議としていることから、本日の議題の一つとしました。東部医療構想区域は外来医師の偏在指数が全国でもトップランクに位置されるほど外来医師がいます。そのため、当地域内で新たに診療所を開設するのは色々問題があるということになります。手続きとしては保健所への届出のみとなっており、この会議がこれを止めることができるわけではありません。

ただ、外来医師が多い地域で開業する時は、その地域において不足する医療機能に関して担っていただきたい旨を決めても結構ということで、資料59ページには4つ記載されており、この地域では何科が不足しているということとしているということこの場で決めてもいい訳で、例えば、この地域では眼科が不足しているということでもよろしいか。これを決めるのは本会議ということでもよろしいか。

(事務局)

そうです。

(議長)

ということですので、この資料によれば、休日診療や在宅をやってくれとか、学校医をお願いするといったことを先ずは要請するというので、協力しないということになれば、この場に呼び出して意見を聴き、その結果を会議録として公表しますというようなことになるということでもよろしいか。

(事務局)

そうですが、資料59ページの(4)その他地域医療として対策が考えられる外来医師機能というところは、少し幅広に読めるようにしており、先程の「この地域ではこの診療科が不足」というような説明があればということを含んでいます。

(議長)

ということは、この会議において開業を認めればいいわけで、公表もされないということでもよろしいか。

(事務局)
そうです。

(議長)
この外来医療計画について、御意見・質問はありますか。

(委員)
共同利用について、CT、PET、MRI等が対象となるようですが、新規購入分が対象で既存分や更新分は対象外という理解でよろしいか。

(事務局)
既存分は対象外ですが、更新する際には対象になります。

(委員)
それは何故ですか。

(事務局)
高度医療機器の購入に当たっては保健所への届出が必要で、あくまで推測ですが、国としては、各県がこの届出によってでしか購入の捕捉ができないということを念頭に置いているものと思われま。

(議長)
共同利用ということで、他の病院から頼まれた場合、協力しない病院はないと思いますので、それに関してはあまり問題があるとは思っていません。これは新規医療機関だけでなく全医療機関が対象ですか。

(事務局)
そうです。全ての医療機関が対象です。

(議長)
医療機器の共同利用については、要するに高松にはたくさん機器があるからあまり買うなということかと思えます。

(委員)
過日のブロック説明会で、来年3月の段階で再編統合対象病院は何らかの結果を出す、その結果というのはダウンサイジングでも構わないという話がありましたが、県としては対象病院の役割等をしっかりアピールして現状のままで維持したいということで理解しましたが、国が納得しないとなった場合のペナルティはどのようなのですか。

(事務局)
今のところペナルティについては一切示されておらず、この場での申し上げることはできません。

(委員)
あの時の議論の流れの中でも、それについては今後検討するという含みを持たせた言い方であって、ペナルティはないとは言われませんでしたよね。

(事務局)
細かい点については慎重に検討する等言質を取られない発言をされたと認識しています。

(委員)

極めて単純に考えると、自治体病院や我々公的病院に対しては補助金の類あたりからやってくるのかなと思います。現実問題として、もしペナルティが設定された場合には強制的になってしまうと思います。

(事務局)

ブロック説明会における国の審議官からの説明においては、各病院の検証結果については特にこれを止めなさいとか削減しなさいといった権利はない旨を最初に言われています。再検証に当たっては当方から対象病院が求めている情報についてはしっかり出して欲しい旨を伝えており、再検証した結果はどうなるのかといったことも含めてしっかり情報提供を求めて行きたいと思っています。

(委員)

先程の外来の様々な開業制限にしても機器の購入にしても、当協議会としては現状を伝えて御理解いただき手控えていただく、いわゆる性善説ですよ。しかし開業する権利はあるわけなので、そういった診療所は診療報酬の点数を低めに設定するとかのペナルティはあるのですか。

(事務局)

今回の外来医療計画については国のガイドラインに基づきどういう書き方をするのかということに注意しているところで、地域が求める機能を担っていただけない、合意していただけない場合には、本協議会の場に出て来ていただいたうえで話をお伺いし、その際の議事録公表が一定のペナルティ、ハードルのような見え方をしていますが、それを超えた部分については承知しておりません。

(委員)

個人の権利に関わってくる部分ですから非常に慎重に扱わないと、民事ということで止まればいいが、それ以上の議論に巻き込まれると大変なことになるという危惧が一つ、公立病院に対するペナルティの設定に関しても、既に東北の一部の病院ではスタッフの引き抜きが始まっており、「リストにあがった病院はもうダメな病院だから早くうちの病院に来なさい。」などと看護師や薬剤師、リハビリのスタッフ等の引き抜きが始まっています。これは実損が生じるわけで必ず民事に関わってくることになります。当院の職員が何人辞めるかはわかりませんが、公立病院としてのダメージが大きいということがあり得るので、この場合に関しても本協議会の中でどこまでその議論がカバー出来るのか、やはり大所高所からこういう議論をなささいというガイドラインがないと、いくら議論をしても誰も決定権がなく、そうなってくると県知事のビジョンが大事になってくると思いますが、県知事はこういう議論についてどのような感想をお持ちで、それは伝わってこないのですか。

(事務局)

知事自身も議会でも定例の記者会見でも今回のこういった形での公表については大変遺憾であり、地域の実情を十分踏まえない形式的なものだけで出されたことについては大変遺憾であると繰り返し発言しており、これが知事の考えでもあるし我々も共有しています。それに対してそれだけを言っても済まないのが実情で、3月までないしは9月までに何らかの形で検証結果を報告することが求められています。その求める文書すら未だ届いていないという状況ですから、どういった文書でどういう内容のものを返さないといけないかが今後具体的に変わってくるのでそれをきちんと返そう、その論点はどこかということについて今回いろいろお聞きしていったわけで、それを更に詳細にお聞きしたうえで、次の会議で議論して整理することになるかと思っています。そのため知事が上から「こうしろ」と言える問題ではないと考えています。

(委員)

わかりました。

(議長)

文書をずっと読んでいくと、いわゆるペナルティは公表することです。今回公表された4病院も風評被害を受けており、それがペナルティとなっています。外来医療計画についても、お受けいただけない場合は議事録を公表することがペナルティになり、マスコミに出た場合、あらぬ風評被害が出るかもしれません。ただ日本医師会もそうですが、決して外来の開業の抑制はしないというのが基本にあり、外来医療計画を基に開業させないということは決してありません。法律上していいわけですので、ただ、注文を付けるというもので、地域住民のためをお願いしますというものなので、あまり民事的なものにはならないと思います。予定した議題は以上ですが他に何か御意見・質問等がありますか。

(委員)

本日の議題とは関係ないことですが、資料によると当院の救急診療の実施状況が全て“0”になっています。ひょっとして提出書類に不備があったのかもしれませんが、民間病院の機能評価もするようになった場合に当院が実績の乏しい病院と言われても困るので正しいデータを把握していただきたい。それと感想ですが、国としたら急性期病棟を減らして医療費がかからないようにして、在宅で畳の上で死んだら医療費がかからないのでそのために看取りをする、在宅をする、24時間家に行ける医者を今から増やしたいのだと思います。それはそれで国のやり方でいいのですが、先程から先生方も言われたように、医療としてちゃんとしているのに一方的に実績の乏しい病院という公表の仕方だけはどうなんだろうと思います。別に国として潰したい病院でも、競合する病院といういい方でもいいと思いますが、少なくとも実績の乏しい病院というと医療をしていない、仕事をしていない病院というふうに皆さんとられますので、それだけは何か配慮しないと、ペナルティを課すことは構いませんが、表現として実績の乏しい病院という言い方は各個人の医師に対して「君は働かない医者」と言っているのと同じだと思いますので、それだけは考えていただきたいと思います。

(議長)

公表の仕方に問題があるという御意見であり、まさにその通りだと思います。恐らく国としては公的病院が沢山あって、みんな同じことをしているということを言いたいのではないのでしょうか、それぞれ特色を持って医療連携をしてくれということが本音だろうと思います。他に特にないようですので議事を終了したいと思います。本日は長時間にわたり有難うございました。

3) 閉会