

平成30年度第1回秋田県医療審議会 議事録要旨

- 1 日時 平成30年8月20日（月） 午後2時から午後4時まで
 2 場所 秋田県医師会会館 4F 会議室
 3 出席者

【秋田県医療審議会委員（19名中18名出席）】（敬称略、五十音順）

伊藤	宏	秋田大学副学長・特任教授（秋田県医療福祉政策特別顧問）
大越	英雄	秋田県薬剤師会長
尾野	恭一	秋田大学大学院医学系研究科長・医学部長
小野	剛	秋田県病院協会副会長
神谷	光子	J A あきた女性組織協議会副会長
小棚木	均	秋田県病院協会会長
小玉	喜久子	秋田県地域婦人団体連絡協議会会長
小玉	弘之	秋田県医師会長
坂本	哲也	秋田県医師会顧問
佐々木	哲男	秋田県町村会長
佐藤	家隆	秋田県医師会副会長
清水	徹男	秋田県医師会（秋田精神医療懇話会会長）
高島	幹子	秋田県看護協会会長
永井	信行	公募委員
中田	博	全国健康保険協会秋田支部長
羽瀧	友則	秋田大学医学部附属病院長
藤原	元幸	秋田県歯科医師会長
古谷	勝	秋田県国民健康保険団体連合会常務理事

【事務局】

保坂	学	健康福祉部長
諸富	伸夫	健康医療技監
須田	広悦	健康福祉部次長
佐々木	薫	健康福祉部次長
伊藤	善信	健康福祉部参事
小柳	公成	参事(兼)福祉政策課長
奈良	滋	長寿社会課長
高橋	直樹	障害福祉課長
畠山	賢也	健康づくり推進課長
工藤	聖子	保健・疾病対策課長
伊藤	淳一	医務薬事課長
小沢	隆之	医務薬事課医師確保対策室長
嘉藤	佳奈子	福祉政策課政策監
三浦	敦子	健康づくり推進課政策監

■主な協議内容について

1 病床機能報告の4機能について

- 国の出した病床数をそのまま当てはめるのか、いろいろ考えて秋田の医療というのはこういうあるべき姿をみんなで議論していくのか。
(→病床数に合わせるのではなく、2025年にはこういった機能毎の病床数が必要だと見通せる中で、各地域の中で具体的にそれぞれの疾患なり、病床数なり、どうなっていくかを話し合い、それぞれの地域毎の最適解を探っていくことが必要。)
- 病床機能報告の4機能の数値は、各病院が急性期と書いているだけで、回復期はあるし、慢性期もある。高度急性期が足りないことは、救急も含めて地域の住民にとってマイナスである。高度急性期をまず二次医療圏に提供しなければいけないという前提であって、医者が少なく、その地域では無理だというなら、他の医療圏とタイアップする。二次医療圏にこだわる必要もないし、まず高度急性期をいかに整えるかである。
(→高度急性期の患者、急性期の患者、回復期の患者、慢性期の患者など、実態は混在している。病院数が少ない医療圏では、病棟単位で色分けをするとかなり大括りになる。調整会議の中では、病床機能報告の内容と病棟の実態とで精緻な議論ができれば、報告とのズレが分かる。)

2 急性期病院の役割・機能分担について

- 能代・山本地域で、ある疾患はこの病院が得意で、別の疾患は別の病院が得意という話がある。他の圏域でも全く同じで、それは診療体制が整っていないからである。
(→がんに関しては、県で地域拠点病院、地域がん診療病院の体制ができています。能代・山本地域と由利本荘・にかほ地域では、本来、がん診療拠点病院があるべきと考えているが、指定できていないことが課題である。)
- 各調整会議で課題を協議するが、検討は誰でもできるし、実効性のある改善ができるのか、難しいと思う。高度急性期については、二次医療圏を越えた協力が必要で、患者の輸送体制を整えることが現実的。がんは、もっと二次医療圏を越えて移動してもいいし、集約化した方がリーズナブルで医師の負担も減るが、地方の病院では形態を変えていかないといけない。誰かがそれを主導しないと進まない。誰かが変えないといつまで経っても機能分化はできないと思う。
- 地域の病院の機能分化を行わないと将来は共倒れしてしまう。患者の流出率や流入率という観点があるが、例えば、カテーテルは100%流出しているが、各地域に集中的な医療提供体制を整備するのではなく、1つに集約化するというような、疾患特異性もある。県全体を見ないといけない。全体的な特殊疾患は数が減っており、すべての機能を備えた病院を全部置かないといけないわけではない。
- いくつかの圏域で3病院の役割・機能調整が課題とあるが、調整をだれがどのようにしてやるのか、どのような形でやるのかをある程度はつきりさせないと、病院で話し合ってくださいで終わるのでは解決にはならない。ある程度の公的な力を持って役割・機能調整をやるのか、課題はいいが、その後の対応の道筋をつけておかないと、同じことの繰り返しになってしまう。人口減少・高齢化で経営の成り立たなくなっている中で、診療所のあり方というものを構想の中でもう少し強く位置づけるべきではないか。
(→今年、この審議会でも地域の課題を提示して、調整会議で1年間議論して欲しい。取組

が進まなかった場合には、医療法の規定により、県は自治体病院・公的医療機関については、その機能について命令、民間病院には、要請することができる。法的にはあるが、やはり何よりも地域の医療機関、地域の住民の方々の共通認識に立たなければ難しい。

最終的には県民の立場に立って県民医療を守るということは、地域医療の責任は県にある。これからの病院経営を考えた場合、人口減で患者数が減った場合、CTとMRIなど、高額医療を複数の急性期病院が持つべき必要があるのか。持つことによって経営が悪化するのではないか、病院が共倒れするのではないかという心配がある。そこで、地域で病院機能をしっかり分担していく必要があると思っている。

一方、周辺の県では、急性期病院・回復期病院・慢性期病院としっかり機能分担して、病院の再編・統合している地域が東北各県にある。今いる若い医師が、何でも行う総合病院で、患者数が少なく分散している状況で、県内に残るか懸念している。こうしたことから、医療の高度化・効率化ということを絶対行っていかなければ、秋田県の医療の先行きは暗いと思っている。

がんについては手術・放射線・薬物の化学療法が必要。がんは、転移するので、1つの部位の臓器だけの一部分の手術を行うだけではなく、集中的な医療を行えるような、地域がん診療連携拠点病院を作ることが必要。

4機能の病床を区分することは現実に無理である。1つのあり方として、高度急性期・急性期・回復期が1つのグループ、例えば回復期・慢性期を1つにする、慢性期・介護施設を1つとしてキャパを考える。弾力的な考えで見ていく必要がある。

基本的に県としては、審議会で議論いただいたことをしっかり調整会議に伝えて議論して、その地域の中で皆さんが理解して納得する考えの流れになるようにと思っている。

3 審議会意見の調整会議への反映方法について

- 医療審議会の意見を、各調整会議の委員に直接伝わる工夫が必要。

(→各調整会議の委員が審議会にはいないので、各郡市医師会長の皆様に、医療審議会の議論の報告を含めて説明する機会を作る。)

- 医療審議会の意見をどう調整会議へ反映させるか。調整会議では、うまく進まないのではないかと。厚生医療センターも9つあるが、その長がこの医療審議会に入れば具体的な方策というのはもう少し出るのではないかと。

(→各調整会議には、医療審議会での議論や意見をしっかりと伝える。)

- 各調整会議の中で、話をしてもなかなか進まないので、調整会議を全体で見る会議が必要で、国の方からの方針を示されたので、医療審議会で調整会議全体の話をした。調整会議の座長は一番大事な立場だから、郡市医師会長を集めて、県の考え方、この医療審議会の考え方をしっかり浸透させる。

4 調整会議での議論の方法について

- 調整会議ではいろいろなデータを出して議論はあるのだが、実際、自分たちは何をすれば良いのか、表現できていないことが現実である。県北・中央・県南でどのような医療を提供する、その中で大事なものは高度急性期をどうするのか、そうするとそれに付随する医療はどうなるのかということが分かりやすくなる。県から各調整会議の中で高度急性期はこうするのだと、もっと明確に示すことが大事である。

- 急性期疾患には幅がある。重症の急性期と一般急性期、経常急性期など。急性期の部

分をきめ細かく見て、各地域の実情に応じた対応をする協議がいい。慢性期については、介護施設がどれだけ医療の必要度の高い方を対応するか、介護施設でも慢性期は対応できる。もう少しきめ細かく地域の実情に合った協議をした方が良い。

- 共通する課題3つは、すべての構想区域で協議するのか。共通する課題であれば、県が主導して示した上で、地域にあった議論をすればいい。

(→どの医療圏でも共通する課題として、ピックアップした。課題の現れ方は各区域においていろいろあるので、地域毎の議論が必要。)