

## 平成30年度第2回秋田県医療審議会 議事録要旨

- 1 日 時 平成31年3月11日（月） 午後4時から午後6時まで  
2 場 所 ルポールみずほ 2階 ききょうの間

◎協議事項1 地域医療構想の取組状況と今後の進め方について  
（主な意見等）

○秋田県は、30年経つと人口は30万人減る。県が目指すものは、機能分化とかではなくて、中核病院を1つ創ってそこに全機能を集めると、そういうことを考えていかなければ、地域医療構想の5年10年後はいいかもしれませんが、先はきっと行き詰まって別の方法を考えないといけないと思う。どこにゴールを置いて地域医療構想を考えるか、そこをもう少し深く検討して欲しい。

（→秋田市以外の調整会議や専門部会では、2025年以降も人口が減っていく中で、ダウンサイズが必要であろうと皆様そういう共通認識は持っている。それぞれの地域で複数の病院があり、例えば、県南の3つの医療圏を考えると、一定の高度な医療機能が必要との意見がある。長いスパンでの人口減少を見ながらも、目の前の患者さんに対応していく必要はあるので、適切に対応しながら、地域毎に考える必要があると思う。）

○今の状況を変えて、この病院は急性期、この病院は慢性期なり、それを患者さんはむしろ拒絶するのではないですか。今の状態が患者さんにとっては良い状況だと思う。

（→地域毎に提供できる医療には限界があっても、その中で各地域それぞれ提供している。ある地域で、もう少し各病院が連携すれば、もっとより良い医療提供体制を構築できることもあると思う。地域毎に細かな議論を重ねていくことは必要なので、そのように行っていきたい。）

○地域医療構想とは最終的には地域の住民の方々が安心して分かりやすい医療提供体制の中で、安心して医療を受けたいと、これを達成してということが地域医療構想の最終的な立場であると思う。そういう意味で考えると、やはり患者さんの思い、地域の住民の皆さんの思いも必要なので、我々医療側の意見だけで、急性期、回復期、などと分けていくようなことが全面に出ていくのはいかなものかなと思う。

○地域医療構想とは、患者さんのためのもの。そういう認識を私たちは共有しないといけない。

○人口推移からいくと、年間1万人以上減ってきており、20年経ったら20万人減るし、そうした社会は目の前にある。今から準備していきましょうというのがこの計画なのですが、10年後はこうなんですよということが1つ分かれば、では今動かないといけませんねということが目に見えてくるのかなと思う。

（→過去の例でいくと、北秋田二次医療圏では過去には一般病院が3つあった。再編計画を作り、1つになったが、それに類したことが各地域で起こりえるのだろうと思う。それに対して座して待つのでは無くて、見通しを立てて、途中で不幸な自体が起きないよ

うに地域で共通理解しながら対応する、これがまさに調整会議の議論になっていく。)

○以前、県からこのまま8医療圏でいくと聞いたが、いつまでか。

(→去年の4月からスタートした医療計画の期間は6年間であります。ただし、在宅医療との関係があるので、3年目に見直しをするので、そのタイミングでの議論が可能である。そこでも議論しつつ、現状のままとなれば6年後となるが、そういうタイミングで議論が必要になってくる。継続して議論していく。)

○医師の働き方改革が決定して、病院への罰則規定ができると、急性期はできない。結論が出たら考え直さないといけないのではないですか。今後の進め方などと言ってしまうのがない

(→働き方改革については、何年かかけて上限を下げていくというような考え方が示されている。状況に応じて、対応可能なところは考えていかなければいけない。)

○医師の偏在対応も全部含めて考えていかないといけない。状況からいくと、A、B、C1とC2という分類があってほぼ決まりだと思う。1,860時間という上限を設けて、その中でA、B、C1、C2に指定される病院があるが、審議会である程度病院の指定を決めるようなことになってくると思う。

○地域医療構想のそもそもの考え方のスタンスが、各地域の基幹病院の病床機能の整理が目的だと思うが、地域医療は基幹病院だけで成り立っているものではなくて、中小の病院、有床診療所、無床診療所ですとか、そういう基幹病院を取り巻く、サポートする医療機関全部、トータルとして地域医療がある。さらに最近では、地域包括ケアの考え方でいくと、介護だとか、そういう基幹病院以外の考えが全くなくて進んでいくと、地域医療も成り立たないと思う。

(→各地域の調整会議の中で介護関係者も入っていただいている。今までの議論では病床の機能が中心となっており、そこからスタートしているが、ある程度その議論が落ち着いた場合は、来年度、各地域で外来医療計画の議論も行うので、各診療所あるいは包括ケアシステムでどこまでが介護カバーするかも含めて、議論を進めていければと考えている。どうしても病床数の話が出ているので、見えてにくくなっているが、今後はそちらの方にも力点を置いていく。)

○人口減少の中で、基幹病院をサポートする周りの医療機関も厳しいので、分けて議論するのでは無く、平行して議論していかないとなかなか厳しいのかなと思う。

○昨年7月頃、調整会議を活発にということでアドバイザーという制度も活用しながら進めて、より定量化するという事だと思いが教えていただきたい。

(→地域医療構想の議論を先に進めるためということで、地域医療構想アドバイザー制度が創設され、昨年8月、県医師会顧問の坂本哲也先生を推薦いただき、国から任命されている。任期は1年で、今は各調整会議、専門部会に御出席いただき、大所高所からのアドバイスをいただいております、坂本先生とも相談しながら、定量的な基準についても実施をしている。)

○病床の数とか病院の数とか、大まかなことは出ているが、地域医療の一番大事なことは地域の住民の声が大事である。そのため、県の方では、例えば集会など、住民の声を聞く機会はあるのか。

(→各地域で開催している調整会議では、地域毎に市町村の担当者の方も入っている。医療関係者だけで議論しているわけではなく、来年度は、一般の県民の方も含めて意見をお聞きできるようなシンポジウムのようなことも考えていきたい。)

○やはり、地域医療構想調整会議というのは、学識のある方のお集まりと一般市民はどうしても考えてしまう。いろいろな方々の声をもっと反映できるような方法があってこそ地域医療だと思うので、ご努力をよろしくお願いいたします。

○関西や都会と比べると、医師が少ないので、100の医療が提供されていない。それをもって、医療資源投入量からの実績と言われると、本当はもっとも投入しないといけないが、医師が少ないので投入できていない。そういうところから数字を持ってきても理想ではない。ある程度、資料のとおり数字を持ってきて、医師が足りないですよということを供給サイドに言われても、誰が医師を呼んでくれるのか。そういうことはできないので、日本中の問題ですけれども、机上の空論になってきていると思う。

(→医療資源投入量方式というのは、急性期病棟の中にも一定数の高度急性期の患者さんや回復期の患者さんがおられますので、それをある程度確率論的に出してみても、それを積み上げてみようというやり方である。高度急性期もある程度いる、回復期も急性期病棟の中に一定数いると、これを急性期から高度急性期、回復期に分けてみると、回復期は将来必要量とある程度見合っただけで、急性期はまだ残っているという表である。

○奈良方式は、地域医療構想というものが厚労省から提示されたとき、厚労省から提案されたものとよく似ている。それが日本医師会からの猛烈な反対にあって、亜急性期というものが無くなり、それがまさに復活している。重症急性期と軽症急性期に分けて、これが前に厚労省が提示した案であって、その中で軽症急性期の機能が昔の亜急性期、在宅の患者さんだとか、全部入れるというものなのです。元々厚労省が考えていたものを復活させる良い機会だと、奈良県で使ったものだと思っている。問題は、専門部会で奈良方式を導入すると決めたのですか。

(→奈良方式で計算するとこうなります、医療資源投入量方式で計算するとこうなります、現実により近づける方法はどちらかということをお聞きを伺っている状況である。どちらの方式を導入することを決めたということではなくて、議論の中では奈良方式の概念は分かりやすいが、結果が本来軽症急性期であるものの、重症急性期にカウントされてしまうなど、そういったことがあって実態とズレるとの意見がある。

医療資源投入量方式の方が多少近づけているという議論はあるが、今の状態を計算しているだけであるので、議論を深めていきたい。

◎協議事項2 医師確保、外来医療提供体制確保に関する医療計画の策定について  
(主な意見等)

○この偏在指標というものを出したのは厚労省で、秋田県は高齢な医師が多いので、それを加味しないと労働時間ではないと言い続けていて、やっと少し改善された。これは実情に合ってきていると思う。

東京、京都や大阪があって、沖縄や岡山が上位にきているのはちょっと分からないが、若い人が遊びに行くようなところが上位にきている。これは、若者が就職して住みたい

というところで、これはもう医療だけではなくて、産業構造や社会構造を変えていかないと難しい。

○医療界だけではなくて、全産業が連携しながら取り組まないといけない問題であるというところで、そのとおりだと思う。

○新規開業者等における自主的な行動変容を促すとあるが、自主的な行動変容とは具体的に何か。

(→厚生労働省で主催している会議資料を見ると、偏在指標を公表し、この地域で開業することはリスクがあるような、競争が激しいということを事前に示した上で、別の地域での開業を促していけるのではないかと、自主的な行動変容としている。

○地方ではこういう情報を出されると、そこで開業しようという意欲がかえって損なわれるのではないかと思う。行動を促すのであれば、むしろ大きく補助を出すなどのバックアップをしないと、その地域で開業しようというモチベーションは高まらないのではないのでしょうか。

それからもう一つ、もう10年以上も前から言われているが、慢性疾患の安定した患者を診療所で診るようにして、病院の先生方の負担を軽減するなどということは考えていないのでしょうか。

○病診連携のことですが、従来から言われているところで、診療所でできることは診療所でやった方が患者さんも楽であるし、医療の適正化にも資するということです。

(→一部の地域医療支援病院を指す病院に対しては、紹介率と逆紹介率が要件になっているし、患者を紹介した場合に文書による情報提供を評価する項目もあるなど、診療報酬体系においては、病診連携が進むような評価になっている。)

○西高東低ということがある。いつも言われていることは、上位33%の県で高知や鳥取、滋賀とか、秋田とあまり人口は変わらない。

これは、人口当たりの医学部の多さ。今から秋田大学の医学部の定員を大きく増やすことはできない、せめて地域枠を増やしたり、そういう対応をしながら、地道に医師を増やしていくしかない。

○特に、二次医療圏で、偏在指標の最下位335位が北秋田地域で、しかしながら小児科や産科では上位にきている。算定する式が、少子化などを全然勘案していない。もう一度、県の方から説明していただけますか。

(→医師偏在指標の分子は、医師数ということで、医師の性別、年齢を加味して算出されている。例えば、初期研修の先生、大ベテランの先生、子育てされる女性の先生、そういう先生の労働量を反映したものが分子の医師数になる。分母につきましては、性別、年齢別の受療率を加味しているということで、高齢化によって受療率が高いということがあって分母が大きく見られており、相対的に本県の場合は医師偏在指標が低く出ているということである。

医師偏在指標は西高東低が明らかであり、1県1大学構想で、西側の方が圧倒的に大学数が多いことと、人口でいうと、例えば千葉県と四国4県が同じ人口であるのに、1大学と4大学になっていること、こういうことが特徴である。東日本は当然関東を中心にして人口が集積されているところが多いので、そういうところでも西高東低が明らか

になっているなど感じる。

これから4月以降に具体的な算出方法を示してくれるということなので、本県においてもそれを分析し、対策をとらないといけない。今後、医療審議会でもお諮りしながら、どのような対策をとらないといけないのか、ご提案をいただきたいと思う。

今回良かったことは、本県が医師不足地域と明確にされたということで、国に対して発言力が高まったと思っている。実情を訴えながら、医師不足地域に国が責任を持って派遣していただく制度が大事であり、なかなか難しいことではあるが、医師不足地域に医師が充足される仕組みづくりを訴えていきたい。

- 自宅の方で91歳になる姑の在宅介護が始まりまして、まだまだやっと六ヶ月、これから何年続くのだろうと思っている。今、いろいろな制度を使うことができ、ショート、デイサービスなどある。この会議に参加し、いろいろな機能があるということをお勉強させていただいた。

先日、娘が平鹿総合病院で手術し、震災のときの8年前も一回手術をした。その間、担当の先生の説明もいろいろなことが変わり、8年間でこんなに変わったのだなということを実感した。患者さんに対する対応が親切で、その後のケアもありがたく、患者に対して寄り添ってくれていると実感した。看護師さんは、今様々なコンピュータがあつて、そういう勉強もしてマスターしないといけないということで大変なことだと思った。

先ほどから地域医療ということで、実家が雄勝郡で月1、母親を横手の病院に送迎している。地元の医師にかかっているが、年を取ると歩くことも難儀、交通機関は不便。そういうときに一箇所に集約されてしまうと、私がやれなくなれば誰が面倒を見て病院に行けるのかなとすごく不安である。徐々にそういう形になっていくと思うが、患者自身が安心して相談できる医療が実現できればと期待している。

- 医師不足について、地方にいくと休めない医師が多い。また、診療所がない地域があり、今回、医師確保が医療計画に入ることで良い方向に進めていただきたい。昔はよく限界集落とか言われているが、県の方でも交通体系を整える、インフラがあつて医療圏があるので、よろしく願います。
- 医師不足の問題で、国の方で医師の設置基準のようなものを決めてしまうなどのことがないと医師が充足されない。大きな力でやらないといけない。
- 外来医療の偏在対策について、より地域の情報、疾病構造とかの情報が必要です。私ども、協会けんぽ秋田支部は33万人の加入者ということで、必要なデータはあるので、御協力できるのではないかと思います。協会けんぽの加入者数も、2045年の県人口60万ということで、現在の加入者数からみて計算すると、約15万人になってしまう。医療保険制度そのものが維持できるのかなと、現状のままであれば難しいのかなと思わざるを得ない状況である。そういったことも念頭に置いて、こういう議論に参加して、できるだけ意見を述べようと思う。
- 医師の偏在を是正しないとイケないとのテーマですけれども、多分是正できない。患者さんが少ない、人口少ないところに行けといえ、そんなこというのならば県外に出るとなる。

是正できなければ県としてどうするのか。アクセスを整えるとか、いろいろな手段が

あるから、是正できなければどういう手段をとるのか検討して欲しい。

(→今、地域卒の先生を地方に出すに当たって、それなりに環境を整えないとなかなか出ていかないということがある。若い先生を地方に出す際には指導医と一緒に派遣するとか、若い先生の勤務を週5日のところを、指導する先生も代わり派遣するので、週4日働いていただければ、1日を大学に戻って勉強できるという勤務環境の改善には取り組んでいこうと考えている。

○短期的な展望と、中長期的な展望をしっかりと議論しないといけない時期で、この審議会でも議論できればと思う。

○公立病院と公的病院の議論の状況で、各県で合意が済んでいるとか、検討中であるとかがグラフに表されている。秋田県は検討中となっている。

(→公立・公的病院の議論の状況であるが、「新公立病院改革プラン」、「公的医療機関等2025プラン」を策定し、平成29年度中に協議することとなっており、この議論の状況をグラフで示したものである。

昨年の10月からの調整会議で各医療機関の皆様から説明・協議をしていただき、現在、継続中となっている。実際のところ、各県では合意済みが多い状況となっているが、これは国の方で今問題意識を持っており、中身を詰めて合意したのか、議論がなされずなんとなく合意したものだとか、合意の中身を検証している。いずれ指標のようなものが出ると聞いており、中身のない合意に対しては再協議となると聞いている。

◎報告事項1 平成31年度健康福祉部の組織体制の見直しについて

○一昨年ですか、看護需給計画を策定したとき、看護師は不足していないとの認識だったと理解しているが、やはり不足しだしたから対策室が必要になったと、そういう判断でしょうか。

(→看護需給見通しでは、まだ100%に到達していないということで、これからも介護系の施設、在宅サービスなどの充実もあり、まだまだ不足していると認識している。

今回の組織改正を行った目的は、医師確保対策室で一通り人材確保・養成を一生懸命行ってきており、そういうノウハウを看護師や理学療法士など、他の医療従事関係者にもそのノウハウを使いながら、育てて県内の従事者を増やしていきたいという思いから、このような組織改正を行い、強化を図るということである。

◎その他

○偏在指数の中で、もう一つ産科医療のところの数字のマジックがある。北秋田市には産科医が1人しかいない、それで分娩数が70~80件くらいあると思う。関東圏などでは、10人の産婦人科医がいて1,000件くらいあると、どちらが良いかといいますと数字上は北秋田市の方がいいでしょうということになる。でも、北秋田市の先生がもし数年後にお辞めになったら、その瞬間に北秋田市はゼロになる。そういう危ういところにいるのが秋田であって、そういった数字だけで秋田は足りてるよねと判断されてほしくないときっちり言わないといけないですし、医師の人数が1人か2人で数字が大きく変わるようなもので公表すること自体、見識を疑うものであると思う。そうしたところ

を秋田県が、我々がやっていかないといけない。一方で、私は秋田大学の医学部長として言わせていただきますが、昨年の卒業式で学生達に「君らが40年後、私と同じ歳になるときに秋田の人口は60万人を切ると言われています。その時に君たちに、秋田で働き場があるだろうか私は予測できない。足りているかもしれないし、余っているかもしれない。」と述べた。これは大きな問題で、医療界だけの問題ではなくて、どうしたら秋田に働き場があるか、働く人がたくさん居てこそ、そこに医師がいるわけであって、人が居ないところに医師はいらないわけですよ。

今、医師確保対策などで医師や入学者を増やしましょうと、それはもちろん良いことだが、彼らが働く30年後、40年後、その時にこの秋田県はあるのだろうか、そのことすら保証できない。失礼かもしれませんが、そういう状況にあるので、決して医療だけの問題ではないと思う。何とかして秋田県全体を活性化するための方策を考えていただきたい。人が増えれば自然と医師も増えると思うが、例えば、医師だけを増やしましょうというという政策の中で、地域枠だとかアイデアが出てくるが、これだけでは根本的な解決にはなっていません。

この2年くらいいろいろと勉強してきた中で、例えば、秋田県は全国の医学部長会議などで、他県の様子を聞くと、やはり少し遅れているのかなと思うことも無きにしも非ずである。あるいは、去年は能代などのシンポジウムにも参加したが、そうした中で他県の成功例、医療機関の機能分化、統合、連携などのやり方のサンプルが出てきていると思うが、僕らはしっかり勉強して、応用が効くものであれば取り入れて、またそうしたものをやっていかないと、私が不安なのは今の10年このまま過ごして大丈夫なのかというところが気になるところで、是非よろしくお願いしたい。