

小豆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15日（金）18時30分～19時30分

2 場 所 小豆総合事務所南館1階会議室

3 出席者

【委員】

久米川議長、八木委員、炭山委員、大石委員、佐藤委員、山本委員、浜田委員、
松村委員

【事務局】

（健康福祉部）星川医療調整監、土草次長

（医務国保課）尾崎課長、二宮副主幹

（小豆総合事務所）岩井次長、黒田次長、高鶴主任主事、笠井主事

【傍聴者】

6名

4 議事等

1) 開 会

星川医療調整監挨拶

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)

これだけを見れば、全体の病床数は2025年の必要病床数と大体似通ってきている。今後足りないのは回復期病床になっている。今稼動している病床で、回復期と考えられる治療を行っているところもあるのではないかとということでそれほど心配はないと考えている。

(委員)

地域包括ケア病床についてだが、当院は、一応200床を超えてはいるが、特例で、病床ごとの設置ができるようになっていて、いま、15床でこれからもう少し増やしていく予定である。島内の他の医療機関で回復期の病床が出来そうところが今のところないと思うので、102床までは増えないかなとは思っているが、少しずつ増やしていきたいと考えている。

(議長)

何をもちて回復期病床というのかが、なかなか難しいと思う。今は病床機能報告が、病棟単位ということになっているので、これがもし病床で細かく出せということになると、急性期の病棟の中でも回復期を診ている病床がいくつかはあると思うのでそういうことを細かく書いて行けばそれに沿った方向で進んでいるというふうには言えるのではないかなと思う。

他に何か。では次の議題に。

(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)

連携基盤の整備費用についてですが、特に小豆島中央病院は出来たばかりなので、病床を閉鎖するようなこともないと思うのであまり関係はないかもしれない。

(委員)

病床の閉鎖等はない見込みである。

(議長)

あまりないということか。

他に特に質問がないので、次の議題に。

(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)

全国で一番問題になっている件である。

厚労省から診療実績が少ないとされた公立・公的病院の病院名が公表された。小さい病院は当然診療実績が少ないわけなので、診療実績が少ないという理由だけで再検証対象病院の名称を公表するのはいかがなものかと議論になっている。香川県においては、済生会病院とか滝宮病院、さぬき市民病院といったその地域で、いろんな科を一生懸命診て、地域密着した医療をしているにも関わらず、当然その一つ一つを他の大きな病院と比べると診療実績が少ないとされた。高松医療センターのようにALSとか特化して頑張っているところも公表されてしまった。これに関してはちょっとデータが古いところであてられたということもあるが。

近隣に大きな病院があるという基準についても、車で20分という香川県ではかなり離れている距離だが、そういうことを理由に公表された。あたかも必要がない病院というような表現で、マスコミに流されて病院において風評被害を受けている。患者さんにも不安を与えているし、働いている従業員にも不満や不安を感じている従業員が多い。

ということで全国的に問題になっていて、先月末、中国四国地区で厚生労働省の意見交換会があったが、まだいろいろ問題が解決されないということで、今月末にまた香川県に厚労省が話に来ることになっている。ただ厚労省としては、やはり公表した医療機関については再編統合を含めてこの調整会議で議論して年度末までにその結果を出すようにと話が出ている。厚労省が出している資料をみると、再編・統合とは書いているものの、その中に他病院との連携を含めた再編統合ということなので、別に統合しろという訳でなくて他の医

療機関との連携を図ってくれということも含んでいるみたいである。そのため、これに関してはこたえられるのではないかと思う。

委員の方でこの件に関して御意見あれば。

小豆島においては問題にならないことと思われる。先週、東部と西部においては議論が紛糾した。これも当然のことと思う。おそらく県としてもこういう公表に関しては反対している。地域も反対しているということなので、国からの話を聞いてということになりそう。ただ報告は出そうということなので、意見をまとめて、今こういうことで地域医療にこれだけ貢献しているんだということ、地域の医療機関との連携を高めていくということで、そういう結果を出すことになるのではないかと思っている。

他に特に質問がないので、次の議題に。

(4) 外来医療計画について

資料5に基づき、事務局から説明

(議長)

各都道府県に外来医療計画を作るように要請ある。協議の場を設けろということだが、協議の場がこの地域医療構想調整会議であってよいということで、香川県においてもその協議の場をこの会議にしているところである。資料にあるとおり、東部・西部の保健医療圏においては、全国でも上位に至るくらい、外来医師偏在指標がある。しかし、ここ小豆保健医療圏においては全国でも一番下の方くらい外来医師が少ない。

保健所に届出をすれば開業は自由にできるので、別に開業を制限するわけではない。では、外来医療計画で何をしようというのかといえば、新しく開業されるときに外来医師偏在指標が非常に多い区域においては、地域において不足する医療機能を担ってもらおうということである。先ほど言いましたように在宅とか救急とか公衆衛生とかを担ってくれることを確約させようというようなことである。

もしそれに従わない場合は調整会議に出席してもらって、議事録を公表するということになる。小豆区域においてはそういうことはないので高松で開業するならこっちで開業してくださいというようなことにしてくれるかどうかは別だが、そういう願いはするのかもしれない。ただ大概、開業しようとした時も大体決まっているので、できれば早くからそういう資料を県としてもいろんなところに公表しておいて欲しいなと思っている。

地域で不足する機能ということは、調整会議で決めていいということですので、その地区において、例えば、眼科が少ない、整形が少ないということであれば、不足する機能だということで、別に開業に制限を加える形ではないと私は理解している。

以上について御質問等は。

どこか開業されるという話は聞いていないか。

(委員)

聞いていない。

(議長)

この地区は全国で見ても非常に外来医師が少ないということなので。夜間の救急の場合は困るなあ、ということはこの数値をみても一目瞭然である。

この外来医療計画について御質問、御意見あれば。

(事務局)

小児の夜間、今は何とかやっているけど、先生方の年齢がかなり高くして数年先はどうなるかわからない。そういう状態はある。65歳以上の医師が10年後どうなのかと考えたら。そういうところはどうか。

(議長)

東部西部においてもこの議論は出ている。

高松で開業してもほとんど歳でやってない。そういう人も数には入っている。

国がいうには一応年齢調整もしているということだが、数式を見ると、そんな係数がかかっているようには思えないし、ほとんどやっていない先生もいる。高齢になったが跡を継いでくれる人がいない、でも、患者さんが来ているので仕方なくやっているところも数に入っている。数だけで指標を算出するのはおかしいだろうという意見は東部西部構想会議でも出ている、おっしゃるとおり。

(事務局)

わかった。

(議長)

よろしいか。

(委員)

素人が言っている意見なのかわからないが、小豆は外来医師偏在指標48ということで国としては100を目指せということなのか。

(事務局)

外来医師偏在指標が48となっているが、100を目指せというのではない。これに限っては目標がどうこうはない。一つの目安として示されている数値である。

低いところについては特に何かすることはなく、基本的には外来医師の偏在を均すため、指標が高いところに入ってくる場合には何かしてもらい、そうでない場合は低い所へどうぞと自主的に選択してもらいたいとなる。いずれにしても、開業する方の意向が大きく、開業が届出制なので、そんなに縛りがあるものではない。

ただ、せっきくその地域に入ってくるのであれば、何かその地域で機能を担ってもらいたい。それを早め早めにPRしていこうと思っている。数値に特にこだわるものではない。

(委員)

数値を改善しようとしないうことをしないといけないと思うが、開業医さんが来やすくする、誘致する施策をとるのか。

(事務局)

この計画の中では特にそういうのはない。

小豆島に関しては外来医師の方が非常に少ないので、とにかくウェルカムであるということと言える。

地域で不足する外来医療機能については、計画に盛り込んで、開業時に担ってもらえるか確認することになる。ただ、担わないとなった際に調整会議に出てもらおうということがない。

(議長)

外来医師偏在指標が多いところでは開業規制らしいことを書いているだけで、少ないところでは何かしろということを書いていなかった。

他に何か。せっかくの機会なので、議題以外でもなにか。

おそらくこの地区で一番問題になるのが、ドクターヘリだと思う。ドクターヘリ導入協議会が3回、もう2回終わったが、全体的な方向としては香川県としても導入しようという動きになってきている。次は来年？

(事務局)

第3回は来年の1月にと。

(議長)

第3回が1月にあるので、恐らくそこで導入という形になろうかと思っている。

それから、色々細かい手筈が、例えばヘリポートどこに置くか、格納庫、基地をどこにして、どこの病院に担ってもらおうかということになるので、すぐにはということにはならない。大体どれくらいになるか。おそらく2年はかかるのか。

(事務局)

そう。検討会議を開いてから、どの県も施設の整備、フライトドクター、ナースの人材養成に最低2年はかかるかな、とそれくらいと聞いている。

(議長)

昼間に関しては向こうから医師が来てくれるので、救急に関しても救急のドクターがどこかに行かなければならないということはない。患者をドクターヘリに送った後も小豆島で患者が診られるということになる。ただ、夜間が飛べないのでそこは今までと変わらないかなと。

(委員)

ドクターが高松から船に乗ってきてくれたら有り難いが。

(議長)

それはそう。

これに関してはまた、ある程度ヘリが動き出してどれくらいになるかの話になる。出来るだけ救急は昼間に入っていただくようになると思うが。

そうはいつでも夜間に何かある可能性は残る。

(委員)

そうなる。

心筋梗塞や脳卒中に関しては、高松医療圏の基幹病院に受けてもらえないことはほとんどなく、ほぼ最初にかけたところで受けしてもらえる。しかし、外傷が、時々難しいことがある。例として、お昼過ぎに発生した事故で、県中、医大、日赤すべてに断られて。患者さんは、15時頃に来られたが、受けてもらえますかと要請して、向こうで検討してもらおうとなると、やっぱり30分くらいかかる。そうこうしている内にヘリが飛べない時刻になってしまっ。最終的に救急車をフェリーに乗せて、三豊総合病院まで高速通って送って行ったことがあった。

防災ヘリだと、ドクターとナースを送り返してくれるので、欠損時間30分くらいで済む。これがまた、ドクヘリになるとさらに短縮されるかと。病院からドクター、ナースがでていくことはなくなるし。ただ、やはり夜間が問題になる。

(議長)

ドクヘリが導入されればそれ用のチームが組まれるので、事故でも断ることはない、それに対応した人をその病院で対応できるチームを組む。

ずっと毎日組むことが難しいので、いろんな病院で分けて組もうというようなことになりかと思う。事故でも、ドクヘリの稼働時間内であればすぐ取ってくれるような体制になるだろうと思う。

今よりも少しは良くなるのではないかと考えている。

(委員)

はい。

(議長)

他に何か。

(委員)

新聞の方で見たが、紹介なしで大病院を受診すると特別な料金がかかる。

国の方では400、500病床の病院が200床以上の病院にかかる特別な料金がか

かる。

そうなると、小豆島中央病院も最悪の場合、来年の4月からいきなり外来に行くと5000円かかってしまうという状況になってしまう。これに対して、小豆島中央病院を受診していた患者を島内の開業医が受け入れることが出来るのか、また、患者さんが受診を控える行動になってしまうのかというようなことが想定される。

特に国保の診療状況を見るが、この制度で、もし一律に200床以上の病床に特別の初診料がかかると、普通の行動変容と全く違うような行動が起きてすべてが見えなくなるな、という風に思うのです。

国のHPを見てもおおむね200床にすることを同意しているという形ででている。出来れば、地域包括ケア病床を小豆は特別に240床までは大丈夫という風に地域の状況を認めてくれているように、この200床の特別受診料についても特別な制度で対応してもらえないのか。または奥の手で234床の病床を199に削減してしまうのか、そうせざるを得ないのか。皆さまの考えを聞ければ。

(議長)

そもそもこの考え方は住民の方に大病院志向があると、たとえば風邪であっても大病院にかかると、そうなると外来は待ち時間がかかるし、重症の方も風邪をひいている患者さんの後にならんで1時間2時間待つことになる。

国の考え方としては風邪みたいな軽症の方は地域の診療所に行ってほしい、必要がある場合はその病院で紹介状を書いてもらって紹介状を持って、病院にいったらえれば料金は取らないということである。だから、あくまでも初診の場合。その料金に関してはある程度病院でどれくらいとるか決めていいということだが。

小豆島だから特例にできるというのはあったか。

(議長)

なかなかここだけがというのはなかなかないかな、国の議論の中ではなかなかないのかな、と。

今回の件に関して、色々資料聞くと、地域医療支援病院の指定を受けている病院を拡充の対象としてはどうかということがまずあるが、範囲がまだ全部はみえていない。今のところ、まずは地域医療支援病院の指定をうけているところが大前提であると。

小豆島中央病院は指定を受けていない。なので、関係ないのかなと。ただ県内の地域医療支援病院の指定を受けている病院の中では今までの病床との差の中である程度制約がかかってくることになろうかと思いますが、たちまち保険の関係ははずれているのではないかなと思っている。改めてまたしっかりと調べたいと思う。

(議長)

小豆島中央病院での初診の患者さんで、これは近くの診療所に行った方がいいという患者さんも多いのか。

(委員)

そう。今朝から風邪気味でという方もいる。

(議長)

そうなると待ち時間長くなるか。

(先生)

一応、午前中初診外来、2診体制で行っているのです。そんなに長いということはないと思う。規模のわりには外来患者さんがかなり多いので、そういう患者さんがすべてクリニックの先生にいくとなるとかなり大変じゃないかと思う。

(委員)

どこの開業医さんもこれ以上来たら、やっていけない。

紹介状も、どの程度の詳しさが必要なのか。どこまで書くのかが分からない。

(議長)

小豆島中央病院は、地域医療支援病院の指定を受けていないということなので、問題はないかと思うが。たしかに、小豆島の場合、診療所自体が少ないので、なかなか難しいものがある。

(事務局)

また改めて、月曜日にでももう一度、また詳しい資料をお送りしたいと思う。

(委員)

分かった。

(議長)

他になにか。

(事務局)

小豆島は結局、いわゆる本来、開業医さんが診るような患者さんも必然的に病院が見ている状態である。国の議論を見ていたら小豆島中央病院みたいな地域の中核ではあるけども、なんでもかんでもやってきている病院の外来機能に関して、国としては、初診はせず、そこは開業医さんでやっていこうという絵を描いているということか。

(議長)

国が言っているのは特に公立・公的病院は民間病院が出来ることはするな、民間病院が出来ないことをやるのが公立・公的病院である。それなら赤字でも仕方ない、でも、民間が出来ることまでやって赤字では困るでしょというのがスタンスである。

(事務局)

風邪引きさんまで見るな、ということか。わかった。

(議長)

おそらくこの小豆島は、一応へき地指定になっていると思うが、地域的に。

(事務局)

地域的には過疎、へき地、離島になっている。

(議長)

島の事情というのは、ほとんど認められるのではないかと思うが。

それではこれにて、小豆地域医療構想調整会議を終了する。

本日はどうもありがとうございました。

3 閉会