令和元年度地域医療構想説明会（第１回南渡島圏域地域医療構想調整会議）
議事要旨

日　時　令和元年７月２９日（月）１９：００～２０：３０
場　所　渡島合同庁舎　３階講堂
出席者　別添「出席者名簿」のとおり

＜開会挨拶（本間議長）＞
　では皆様おばんでございます。お集まりいただきましてありがとうございます。
　この場で説明会を行うのは２回目と記憶しておりますけれども、現在私どもが行っている地域医療計画がどのように取り組まれているかということ、この将来に向けてどのようにこの地域の特徴を生かしていくか、それぞれの２次医療圏という圏域単位での形をとってやっていくかということが議題となります。
　南渡島は函館を含んでおりますし、ただそのほとんどが高度急性期、急性期の患者さんが函館に函館以外の渡島地域から来るということで、３つの２次医療圏を１つで広域的に考えていこうという話が以前から出ておりますし、そういう方向でも進めていきたいと考えております。
　また、今までの取組の状況を本庁の方から地域医療課の課長さんが来られまして御説明をいただき、それから渡島保健所長さんにも追加の御発言をいただくと、その後色々と皆様方からの御質問等にもお答えできればと思ってございます。
　特に国の方が医師の確保計画であるとか、外来医療計画であるとか、それを２次医療圏単位でいろいろとやりなさいということで、これは私ども医師サイドからするとその管理医療につながるのではないかとかいろいろな懸念を含んでおります。
　いずれにいたしましても、この圏域独自の方法で、圏域にあった形のものを作り上げていきたいと考えております。この説明会が大いに参考になればと思っておりますので、どうぞよろしくお願いします。

＜議　事＞

（１）『地域医療構想に関する国及び道の動き』
（資料１～４）
保健福祉部地域医療推進局地域医療課　小川課長から資料に沿って説明

（２）『南渡島区域における地域の状況』
（資料５、資料６、資料７－１、７－２、７－３、７－４）
渡島総合振興局　堀保健環境部長から資料に沿って説明

＜質疑・意見交換＞

○本間議長

２人の御説明どうもありがとうございます。一通りただいま御説明いただいて、何か質問等ございましたらいただきたいと思いますが、いかかでございますか。御説明の内容についてでもよろしいですし、それ以外でもよろしいかと思いますが。

地域医療構想のいわゆる各ベットの４つの色分けとか、そういうことからずっと動いてきたわけでございますが、２年間でどうなっているのかという必要病床数、色分け等を今までやってきました。それに対して、現状維持の病院のほかに具体的にベットを転換するという病院も多々出てきているように思います。稼働率の問題とかいろいろあります。どんなお話でもいいので、何かございますか。

○深瀬院長

先ほど在宅医療の大切さのお話があったと思いますけれども、在宅支援診療所の有床分のベッドについては、国は申請でいいという印象ですけれども、これは許認可制ですか。それとも在宅支援診療所の場合は、有床は可能なんですか。地域医療構想の中に含まれるのか規制に含まれるのかがよくわからないです

○小川課長

おそらく、基本的には病床を設置する際には、許可を得ていただくということになるかと思いますが、基本的に道内すべてオーバーベッドの圏域、オーバーベッドということでございますので、基本的には難しいということかと思います。

一方で、例外的に一定の目的、例えば地域包括ケアに資する有床診というものを設置する場合には、道の医療審議会に事前に協議をいただく必要がありますけれども、そこで許可が出れば、届出で病床を設置していただくことができるという届出有床診制度はございます。

ただ、道内では現時点でそういうもので認められた例はないということで、届出有床診、医療審議会で議論いただきますが、その前に調整会議の中でも真にそれが地域包括ケアという目的で必要なものだっていう議論をしていただくことになっている。

少し踏み込んで申し上げれば、地域包括ケアってなんなのかという話もありますし、逆に地域包括ケアととりあえず言えば、有床診を設置できるのかという話もあります。本当にベッドがその時期に足りないのかっていう議論も当然あるかと思いますので、そこは非常に慎重な議論が必要なのかなと思っております。

○深瀬院長

ただ、いろいろな行政のサービスあるいは判断基準というのは見える化をしていこうと

いう中で、先ほどの定量化っていう話もありましたよね。そうすると、基準が不明確のような気がします。極めてその抽象的な表現、不透明なところでその是非が決められるというような印象があるため、基準を明確にした方が、よろしいのではないかと思いますが。

〇小川課長

地域ごとにかなりやっぱり事情が違います、なかなかそこを定量的に、公的に割ることは難しい部分もあると思います。逆に定めてしまうと、どうしても必要になった場合にそれがクリアできない逆の弊害もあるかもしれません。

この点につきましては、基本的には例外的な制度ではありますので、その地域の実情というのをよく地域の中で議論し、その結果を医療審にも報告及び協議した上で、決定していく形になるのかなとは思っています。

〇本間議長

今の話に追加しますと、やはりその地域に本当にその増床あるいは新しく作るベッドが必要かどうかこの調整会議で、議論する場が今回設けられたということなので、この場で大いに議論されて、地域の住民にとっても必要だということになれば、医療審議会にかけていくものだと私は理解しております。その地域の特徴を踏まえてのいわゆる増床かどうかあるいは新しく作るベッドかどうかということを十分審議しなければいけないと考えております。他に何かございますか。

〇高橋院長

病床機能別は４つの区分でいいのかというのはこれからの検討だと思いますが、高度急性期と急性期の２つは需要構造の変化や医師の働き方改革で急性期１本になっていくのではないかと考えています。

問題はこの急増する慢性期、特に医療区分１だと思いますが、この高齢患者をどのように地域で受け入れるかっていうのを真剣に検討していく必要があると思っています。慢性期というのを療養病床＋介護施設＋在宅とした上で、この３つの配分を地域の医療資源、介護資源の現状を踏まえて、今後計画していく必要があると思いますが、道庁の方ではどのようなお考えなのかよろしくお願いします。

〇小川課長

地域医療構想で示されました慢性期の需要、特にあの慢性期から在宅医療の介護施設等で対応するというのは地域医療構想の中でも示されておりましたけれども、その中でどれくらい訪問診療に対応するのかというのは、ざっくりとした推計にならざるを得ません。平成２９年度に策定した医療計画の中でその目安は示させていただいているというところです。

地域医療構想自体が推計、さらにそれを基にした推計ということでございますので、数としてはやはり非常に粗い部分はあろうかと思いますので、各地域でこの地域医療構想策定以来の在宅医療の提供体制がどこまで整ったのとか、実際にどれくらいの方が在宅や介護施設に移行できるのかといったところを地域の中で、その現状やこれまでどう進めてきたのかというのを改めて共有しながら、現実的な議論をしていただくことが必要になってくるのかなと思っております。

○高橋院長

議論の際に、ナショナルデータベースようするにレセプトデータ及び特定健診のデータ、それから介護レセプトデータ及び国保のデータベースですが、道の方では見せていただけるようにはなりますか。

○小川課長

ナショナルデータベースは道自体も全て国の方から見せてもらえている状況ではございません。１つあるとすれば、先ほどの私の資料１（10 ページ～11 ページ）の方で、ご説明しました国保と後期高齢というところにまず限ってデータベースを作って、その中で分析をした上で施策に活用していこうという動きをしているという状況でございます。

○本間議長

議長としての立場ですが、せっかく今日は小川課長が来られているので、質問していただくことをお許しいただくと、私どもの南渡島圏域ですが、昨年札幌の方で全体の議長が集まる会議に参加をして、ある程度意見を述べさせていただきました。

函館を含んでいる南渡島の２次医療圏ですが、あと２つの２次医療圏を含めた３つを１つとして、広域で考えていくという考え方で、実は最初からそういうことを考えながら今までやってきていて、一度３圏域で集まって話し合いをしまして、来月にもう１回集まって色々話しをしていこうとを考えております。

道の方としてはですね、いわゆる調整会議の采配といいますか、どのように形をつくっていってもいいと理解していますが、特にこの渡島半島この３つの２次医療圏が合わさったエリアを１つとして、広域で考えるということに関して、どのようにお考えか、このまま進めていいものなのか、あくまでも２次医療圏単位で動けということなのかお伺いしたいところでございます。

○小川課長

基本的にはやっぱり２次医療圏単位で議論いただくと言うことが重要と考えておりまして、南檜山は南檜山圏域でどういう提供体制がつくるのか、北渡島檜山圏域ではどういう体制をつくるのかといった形でそれぞれ議論する必要があると思います。

また、南檜山と北渡島檜山圏域は、急性期機能がどうしても限定的にならざるを得ないところで、いわば急性期機能を集約化していくよりは、入院医療の機能をどうやって集約化していくのかっていう議論をこれから進めていただく必要があるのかなと道庁としては考えているところではあります。

このような議論の状況を、議論をしていただきながら、南渡島圏域と一緒に共有していく。函館の方でも皆様御承知おきいただくことが非常に重要なのかなと思っておりますので、圏域ごとで議論を進めていただきながら、その状況については、しっかりと広域的に情報共有していただくということが重要なのかと思っております。

○本間議長

もう１つ医療のことだけでこれを語っていいのかというとなかなか難しい部分がある。

先ほど高橋先生もおっしゃったように、いわゆる医療と介護の連携というものは非常に重要な部分で、特に函館市は医療介護連携が非常に進んでいて、急性期を脱した回復期を出て更に在宅にお戻りになる、あるいはご施設にお戻りになる。そのいわゆる医療施設を出て行く場所があるかないか、あるいはそういう人たちを見守る人間マンパワーがどのくらいいるのかというところも含めた議論というのが非常に大事だと思っております。

その特にドクターヘリが整備されまして、ほとんどの急性期の患者が函館に来られて、函館から例えば檜山の方にお返しをする場合に、そういう介護を担う方々の人手が非常に少ないがために、函館からなかなかお返しできないという現状がやはりあると思います。

そのため、そういう医療介護連携という観点から、調整会議というか、ベッドの色分けも含めて考えていくということはすごく大事かなと考えております。その点も含めて、やはり広域で議論すべきと、私は個人的に考えているんですけど、その点に関してはいかがですか。

○小川課長

御指摘のとおりだと思います。南檜山圏域でも北渡島檜山圏域でも入院医療の集約化を論点として挙げましたが、介護の受け皿が不足していること、南檜山圏域については、訪問看護ステーションが空白地域になっていること、そういうところをどのように確保していくのかということは、非常に病院医療機関の再編と併せて是非とも進めていくべき課題なのかなと思っております。

そういうところを是非広域的な意見交換する際に、函館の方からどう受け止めているのか、しっかりと意見交換していただくことは、地域では議論すべきではあるんですが、１つその論点をやらなきゃいけないなということを思うためにも、広域的な意見交換は非常に大事かなと思っております。

○氏家病院局長

昨年まで岡山の方にいたんですけれども、北海道は他の都道府県と大きく違うと本間会

長が言ったとおり、非常に広さがあります。ですから２次医療圏単位といっても、それが県単位ぐらいの広さを持っています。しかもそこの２次医療圏にはものすごく、医療の施設の不足や人口が少ないこともある。それを北海道全体が、国の医療構想の考え方を受けたままやったままでいいかというと非常に疑問を感じています。もう少し別な切り口をしていかないと、それぞれが非常に大変な思いをするのではないのかなと気がします。

この地域医療構想は、やはり患者さんが困らないということも１つあると思いますが、医療従事者たちがそこで残っていけるために、どのような方策をとる必要があるか議論する際に北海道の特殊性があるような気がしますが、それはどう思われますか。

○小川課長

北海道の特殊性は当然あると思います。もっと言えば全国各都道府県で特殊性はあると思いますので、もっと言えば、北海道の中の２１医療圏それぞれで特殊性があると思います。なので、それぞれの地域で調整会議や地域医療調整会議以外のこの論点するには、まずこの医療機関集まってまず話し合いしようといったそのようなことをやっていかないと、いつまでたっても前に進まないと思っております。

必要病床数については１つの目安であり、大きな方向性でしかないと思っています。あれにこだわるのではなくて、人口減少が進んでいく中でどのように入院機能を集約化していくか、要はその従事者これから地域の中で増えればいいかもしれませんが、なかなか増えない。ある地域である病院長がこの地域では医師はもう増えませんと申し上げられました。かなり厳しいことかもしれないけど、それを前提にしながら、どのように効率的な提供体制、急性期を集約していくのか等を院長先生がおっしゃった事例があります。そういうことを地域ごとで必要とあれば数が合わなくても、しっかりとした３次救急、２次救急の機能とか、急性機能がしっかり残れば、さらに退院というか転院できるようにいわば回復期、そういった病床があれば、やはり慢性期があれば病床数が合わなくても全然問題ないとは思うんです。その中で１つの目安としながら、現実的な量を地域の中でやっていただきたいとそう思います。

○氏家病院局長

地域で現実的に考えていけば、むしろそれがいいということですね。ありがとうございました。

○本間議長

非常に重要な御質問をされたと思います。

厚労省が日本全国同じ基準で２次医療圏というものを１つの単位として、例えば医師確保の計画に関しましては、医師を生み出すところは医学部ですが、北海道は約 550 万人の人口で３つしか医学部がありません。これが全国規模になりますとだいたい 110 万人に対

して１校ずつのいわゆる医学部をもっていて、北海道だけが２つ足りないという状況の中です。全国この２次医療圏で医師確保をするために、たくさんの人がいるところから、少ないところにまわすよう努力をすると、札幌旭川に集中しているドクターを函館以外の、他の小さな所どうするのかというところがやはり北海道独自の問題となります。

先ほど氏家先生が質問された内容とかぶるとこはあろうかと思いますが、将来的に人口が減っていくので、今更医学部を作るという動きは再燃させる気はありませんが、この北海道の医学部が少ないという特殊性、広いという特殊性の２つを加味した北海道独自の考え方やり方で進めていくしかないと私は思っております。

それから外来の医療計画に関しても、後で新規の開業を制限するような、基本的には夜間救急を担っていただく等最低限の配慮をする以上は、最低限の御負担をいただくような内容を御協力いただく形がいいのかなと思っておりますし、何らかの工夫がされるべきだろうと考えております。

北海道の中でも圏域ごとに違った特色があることを小川課長からおっしゃっていただいたので、北海道独特の考え方としてこの３つの圏域を１つと考えてやっていきたいと思っております。

〇本間議長

その他御意見ありませんか、無ければ質疑・意見交換終わらせていただきます。

〇事務局

以上をもちまして、地域医療構想説明会を終了いたします。