

地域医療確保対策調査特別委員会会議記録

地域医療確保対策調査特別委員会委員長 佐藤 ケイ子

- 1 日時
令和2年1月16日（木曜日）
午前10時2分開会、午前11時35分散会
- 2 場所
第3委員会室
- 3 出席委員
佐藤ケイ子委員長、武田哲副委員長、高橋はじめ委員、郷右近浩委員、千葉秀幸委員、
千葉伝委員、高橋こうすけ委員、工藤大輔委員、佐々木朋和委員、飯澤匡委員、
斉藤信委員、工藤勝子委員
- 4 欠席委員
なし
- 5 事務局職員
中村担当書記、横道担当書記
- 6 説明のため出席した者
八幡平市病院事業管理者 八幡平市国民健康保険西根病院 総括院長 望月 泉 氏
- 7 一般傍聴者
1名
- 8 会議に付した事件
 - (1) 調査
本県における地域医療体制の現状と今後のあり方について
～厚生労働省の再編・統合と医師の働き方改革を踏まえ～
 - (2) その他
 - ア 委員会県内調査について
 - イ 次回の委員会運営について
- 9 議事の内容

○佐藤ケイ子委員長 ただいまから、地域医療確保対策調査特別委員会を開会いたします。
これより本日の会議を開きます。

本日は、お手元に配付いたしております日程のとおり、本県における地域医療体制の現状と今後のあり方について、厚生労働省の再編・統合と医師の働き方改革を踏まえについて、調査を行いたいと思います。

本日は、講師として岩手県立中央病院の前の院長先生で、現在は八幡平市病院事業管理者、八幡平市国民健康保険西根病院総括院長の望月泉様をお招きしております。御紹介い

たします。

○望月泉参考人 どうぞよろしくお願ひいたします。

○佐藤ケイ子委員長 きのうちも環境福祉委員会で医師の働き方改革について講演をされておりまして、本日も望月先生にお願いをしております。

望月先生の御略歴につきましては、お手元に配付している資料のとおりでございます。

本日は、本県における地域医療体制の現状と今後のあり方についてと題しまして、昨年9月に厚生労働省が公立・公的病院の再編・統合を促すために、本県では10の病院名を公表いたしましたことや、医師の働き方改革など、地域医療体制の現状と今後のあり方についてお話しをいただくことになっております。

望月先生におかれましては、本当に御多忙のところ、このたびの御講演をお引き受けいただきまして、改めて感謝申し上げます。

これから先生のお話をいただくことといたしますが、後ほど先生を交えての質疑、意見交換の時間を設けておりますので、御了承願ひます。

それでは、望月先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

○望月泉参考人 きょうのメインのテーマは地域医療構想です。昨年9月26日に厚生労働省が全国の424の公立・公的病院の実名を公表したわけですが、その経緯と考え方について、また岩手県としては、県立病院王国ということもありますが、既に県立病院の再編・統合は行ってきております。具体的には、平成21年に六つの県立病院を有床診療所から無床診療所へダウンサイジングを行っております。北上地域では岩手県立北上病院と岩手県立花巻厚生病院を統合して岩手県立中部病院に、それから釜石市民病院と岩手県立釜石病院の統合など、国の地域医療構想の考え方が始まる前から取り組んできたのが実情であります。またもう一つ、大きな民間病院が余りないので、今回の国全体の流れなどを御説明できればと思っております。

自己紹介ですが、私は1978年に東北大学を卒業したのですが、生まれは山梨県です。高校まで山梨県甲府市にいましたが、大学から東北地方におり、1988年、ちょうど岩手県立中央病院が上田に移転したすぐのころに、外科医として盛岡市に行ってみないかと医局と相談になりまして、実はそのときまで盛岡市に来たことがなく、何か寒そうだなど思って来ました。今は全然寒いと感ぜないのですが、実際そのころは寒かったような気がします。それから岩手県立中央病院に30年間勤務いたしました。私が勤務したのは岩手県立中央病院だけです。1988年4月から、子供の外科、それから消化器、メインはずっと消化器外科で肝臓、胆のう、膵臓あるいは胃とか大腸のがんの手術に多く取り組んできました。東北大学の臨床教授等もやりまして、2011年3月の東日本大震災津波のときには副院長で、すぐに陸前高田市に支援に行きました。2012年からは岩手県立中央病院の病院長を6年間務めまして、2018年に定年退職をいたしました。4月から八幡平市の病院事業管理者を、6月からは全国自治体病院協議会の副会長も務めております。そんな形で岩手県にお世話になって32年になります。よろしくお願ひします。

本日の内容は、1番目に日本の医療・介護の現状と書きましたが、これは統計的な話なので後でデータを見ていただいて、きょうは2番目の地域医療構想とはから始めたいと思います。次に3番目の病床機能報告制度、そもそも地域医療構想のもとになっているのが各病院からの病棟の機能を報告して、それと地域医療構想、データから出した病床のあり方とを比較検討して、2025年に向けて病院の機能をつくっていきましょうとのことなのです。最後の4番目は具体的対応方針の再検証、これは昨年9月26日に424の公立・公的病院の実名が出た経緯と今後どのようなことをやっていけばいいかです。

このイラストは、雑誌に論文を書いたら、レオン佐久間さんという方が僕のスケッチを、スキーが好きだと言ったらこんな絵を描いてくださりまして、時々講演に使っています。

日本の医療・介護の現状は人口の減少傾向の話などです。日本全体的には高齢者がふえていってプラトーに達し、やがて2030年以降、減少傾向に向かいます。地域によっても大分違ってまして、全国平均では2025年以降年々減っていくのに対し、東京都は減少幅が小さいですね。盛岡市は大体全国平均並みですが、釜石市、宮古市、気仙地域は極端に減少します。三陸沿岸の地域は人口減少が特に早い状況です。

75歳以上の人口の変化を見ましても、一般的には2025年に向けて増加します。東京都は全国平均よりさらに増加します。盛岡市も増加するのですが、釜石市ではもう増加する人がいないのです。さらに2025年以降完全に減少傾向、75歳以上も減ってしまうのです。ここは二戸市です。この資料は参考に見ておいてください。

医療提供体制は、地域医療構想と医師の働き方改革と実効性のある医師偏在対策、この三つを一体的に推進しなければ保てないので、これを三位一体と厚生労働省は呼んでおります。三つの施策の中長期的な見通しを参考資料として掲載しておきました。

昨日は働き方改革について主にお話しました。医師と教師と自動車の運転手、この三つが一番労働時間が長いと言われていますが、特段医師は長時間労働が多い職種になります。私も医師になって40年たつのですが、もともと自分が労働者と思ったことはなかったです。目の前に患者さんがいれば当たり前で診ると、先輩からもそのような教育をされてきましたし、自分自身そういうつもりで生きてきました。開業の先生は自営業ですので労働者ではないのですが、病院勤務医は、就業規則とか賃金をもらって働いていますので労働者という位置づけになって、労働基準法の適用を受けるのです。この時間外労働、過重労働を減らして働きやすい職場をつくっていくのが今回の働き方改革の目標ではないかと思っています。

それでは、地域医療構想についてです。そもそも地域医療構想とは一体何なのでしょう。要は2025年というのが一つのエポック。これは団塊世代、ちょうど昭和二十二、三年ころに生まれた方たちが75歳になる年が2025年ということになります。つまり高齢者がさらに増加する年に向けて、病床の機能分化、連携を進めるために、医療機能毎に需要と病床の必要量を計算して定めるのが地域医療構想です。これは、計算式で病床の必要数などを出しております。都道府県がこの地域医療構想の策定を開始するに当たり、厚生労働省は

ガイドラインを作成しました。医療介護総合確保推進法により都道府県が地域医療構想を策定して、あと地域医療構想調整会議が行われます。地域医療構想は、二次医療圏単位での策定が原則となっております。岩手県は九つの二次医療圏がありますので、各医療圏で地域医療構想調整会議を年に2回ぐらい開いておるのですが、なかなか活発な議論は難しいです。私もずっと盛岡医療圏の会議に出席してはいたのですが、病院長として出席しても、ほかの病院のこの機能は少し違うのではないかとは言いにくいです。そこで、2018年から厚生労働省では地域医療構想アドバイザーというものをつくりました。実は私もアドバイザーをやっています、奥州市の議員もいらっしゃると思うのですが、今回公表された10の病院の中に三つの病院が挙げられている奥州圏域の地域医療構想調整会議に昨年10月、アドバイザーとして行ってまいりました。各病院の病院長が出席するのですが、病床機能の報告について余り正確に伝わっていないとの印象を持ちまして、いろいろお話をしてきたのですが、議論を活性化させることはなかなか難しいのが事実です。

岩手県の必要病床数ですが、まず定義としましては、今現在の既存病床、岩手県には今、約1万3,000床の病床数があります。基準病床というのは、医療計画で病床数を推定して規定するのですが、これが1万2,000床。基準病床数を超えて今既存病床があるので、新たな病床の増設はよほどのことがない限りは認められないことになります。ですから、今約1万2,000床が基準病床数。必要病床数とは、地域医療構想の中で割り出していくのですが、2013年における高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療機能別の必要病床数は約1万500床とされていますので、既存病床からいくと約2,500床ほど病床数が多いこととなります。

2025年ではどのくらいの病床数が必要か計算いたしますと、岩手県の場合は大体同じですね。2013年の約1万500床からプラス1.9%の約1万700床です。慢性期の患者さんの中には入院ではなくて在宅で診たらどうかという計算もありますので、慢性期の病床数は少し減っています。

参考で大阪府の必要病床数を出したのですが、2013年は約8万6,000床、2025年にはプラス17.1%の約10万床が必要となっています。大阪府など大都会では病床数が足りない状況になるので、2025年に向けてふやしていかなければならないでしょう。ただ、地方に関してはほとんど必要病床数はいっぱい、既存病床数から見ると多いこととなりますので、内閣府は病床を削減するようかなり言っているわけですが、岩手県の場合にはほとんど平行していますし、各病院徐々に、病床利用率が大分低くなった病棟の休止などダウンサイジングに取り組んでおりますので、自主的な動きでさらに病床数は減っていくのではないかと思います。

地域医療構想は四つの医療機能、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、後でその定義は説明します。この病床機能報告制度というものがあります。これが非常に大事で、医療機関から毎年、病棟毎に現状を報告するというものです。後でこれは詳しく述べます。これが非常に大事なのですが、なかなかうまくいっていないなという印象です。あるべき姿

と現状を比較して、各医療機関の自主的な取り組みが基本なのですね。協議の場である地域医療構想調整会議で話し合いをしながら、10年かけて必要な機能が確保できるように病床機能の転換に取り組む。一般的には急性期の機能が多いです。というのは、どこの地域でも急性期と報告している病棟の数が多いのです。回復期が計算式と比べて少ないですね。岩手県もそうです。それはどうしてかという理由は後でお話します。

さきほど在宅の話をしましたね。在宅医療の在宅とは家だけ、居宅だけのことをいっていません。ここで注意しておかなければいけないのは、特別養護老人ホーム、それからいろいろな老人ホーム、介護老人保健施設、こういった医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所を全てひっくるめて在宅というのです。在宅医療はなかなか進まないというのですが、老老介護の問題、独居の問題があって、本当の居宅で介護の方を見ていくのは非常に難しいのが現状ですから、こういった施設の中に医療が訪問することも必要なかなと、これがいわゆる在宅医療ということになります。ですから、患者の自宅だけではなくて、施設を含めて療養病床からの移行策として想定していることをどうぞ頭に入れておいてください。

効率的かつ質の高い医療提供体制の確保の必要性ということで、厚生労働省はほぼ在宅、介護施設にいて時々入院ということを目指しております。やっぱり入院から在宅に行ったほうが、医療費の問題もありますし、なるべく在宅で、家で、あるいは介護施設で過ごしてほしいということで、ここの仕組みをつくるのがいわゆる地域包括ケアということです。介護サービスと訪問看護、在宅医療、医療と介護をうまく連携して、施設等で過ごしていただきたいのですが、なかなかこうもいなくて、逆の場合があるのです。ほぼ入院、時々在宅と、これがなかなか退院に向けられない。介護力の問題があるのですが、今は大分この介護施設の受け入れがよくなってきていますので、ほぼ在宅、時々入院ができるかと思えます。

住みなれた場所、自宅、アパート、マンション、高齢者施設などで安心して過ごすために、介護サービス、かかりつけ医など医療と介護の連携をとりながら地域全体で支えるということです。時々入院する場合には、例えば高齢者に一番多いのは肺炎、骨折、それから心不全や脳卒中もあるのですが、そういった高齢者に多い型を受け入れる地域包括ケア病棟を今病院が充実していく必要があると思います。資料に、輪廻転生(床)と書きましたが、生きるではなくて、ベッドをぐるぐる回るということで入れてみました。

高齢者医療の主な特徴、これは資料に入れなかったのですが、慢性疾患の増加に複数の病気。ですから、心臓が悪かったら循環器に行けばいいということではないです。高齢者は全体的に診ないと、いろいろな病気があります。代謝能力の低下、症状のあらわれ方が非定型的、個人差が大きい、いろいろな合併症。治す医療から治し支える医療になって、生活を支えるための医療・介護が必要となります。

資料に入れ忘れていましたが、認知症高齢者が2012年に460万人と言われているのですが、2025年には700万人ということで、65歳以上の認知症高齢者が増加していくのは事実

かと思えます。青の独居や2人だけの家庭とか、そういう一人老人、二人老人の比率がどんどん大きくなってきています。高齢化の進展で、慢性疾患を抱えて生活しながら療養生活を継続する高齢者が増加しますので、地域包括ケアシステムは市町村レベルで構築していくのですが、各地で医療・介護連携の取り組みがとられてきております。

この地域包括ケアシステムは、大体中学校の学校区域ぐらいのものを想定しておりますので、人口1万人ぐらいのところでは医療・介護連携をしながら、一番大事なのは住まいです。地域包括ケアシステムの基盤はどこにきちんと住めるか、住まいがきちんと確保できないと在宅ケアの基本ができません。地域の实情に合わせた多様な住の提供体制として、サービス付き高齢者住宅、小規模多機能施設、シェアハウスなど、今いろんな形で在宅ケアの基本ができております。高齢者を孤立化させない住まいの政策も必要です。孤立化させると、特に独居の方の場合、周りとの交流がないのは非常に危ないこととなります。ですから、孤立させないことです。生活を支える仕組みとして食の確保、買い物支援、移動手段の確保、QOL、こういった施策も考えていかなければならないと思えます。

おもしろい新しい在宅の一例が、神奈川県川崎市の例ですが、もともと病院だったものを改築して1階から3階は病院で、4階が在宅ケアセンター、デイサービスもここで行えます。それから、5階以上が高齢者の住宅なのです。高齢者向けの有料賃貸住宅55戸、ここにも住むことができますと、在宅ケアのセンターがありますので、デイサービスもここで受けられますし、何かあったら、すぐ下がっていけば病院になっています。一つの建物の中で非常に安心して暮らせるということで、今こういったものがだんだんと地域あちこちにできてきています。

北国は寒いので、こうひとつで終われば外に行かなくていいですし、下手に雪道を歩くと転倒とかありますよね。

これは北海道の例ですが、奈井江町立国民健康保険病院の病床利用率が下がってきたということで、平成28年の冬に3階部分を改修しまして、サービス付き高齢者住宅をつくったのです。一般病床は46床あったのですが、そこを改築して高齢者が住めるようなサービス付き高齢者住宅にかえて16室つくりました。ですから、3階に住んでいただいて、2階、1階は病院、あと外来もありますので、必要時には医療、介護を受けられるのです。住まいとしては安心ですね。自治体経営、これ奈井江町で経営していますので、一定の家賃軽減を実施しながら、住民が集まる場所が病院に立地することで、地域住民との交流の場になる。既存資源を有効活用していることもアイデアとして非常によろしい。今の時代にマッチしているのではないかと考えています。

さて、病床機能報告制度の話をしていきます。これが地域医療構想のもとになるところです。専門的な話になるのですが、病床機能報告とは各病院が毎年10月に病棟毎の機能を報告する制度です。例えば岩手県立中央病院ですと病棟が11、12あるのかな、この病棟毎に高度急性期の機能なのか、急性期、回復期、慢性期の機能かをそれぞれ病棟毎に報告する制度です。でも、実際に、例えば高度急性期といっても60床の病棟に高度急性期の患者さんだ

けがいるということはまずないのです。急性期の患者さんもいますし、例えばがんの再発で痛みの治療をしている慢性期機能の患者さんもいますので、いろいろな機能の方が入院するのが事実です。急性期でもそうです。慢性期の方、回復期の方、家に帰ることを目指してリハビリをしている方がおります。この中でどれか一つしか選べないのです。これを選んで報告しろとは無理があると思うのですが、この辺は大体こんなものかと報告しているのです。問題がまだいろいろあるのですが、次へ進みます。

この高度急性期、急性期、回復期、慢性期の境ですが、明確な数字がないのです。定量的な数字がなく、言葉で書かれているのです。病棟の例として、救命救急病棟や集中治療室、ハイケアユニット、こういうのは高度急性期とわかるのです。救命救急、集中治療室、ICU、それからHCUなどですね。ただ、普通の病棟だと急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する。特に高い医療となると特定機能病院、大学病院は特定機能病院に認定されているのですが、定義は高度な医療を提供する病院なのです。そうすると、大学病院は高度な医療を提供しているから全病棟が高度急性期に該当するというので、高度急性期と報告してくるのです。それは違うだろうと、やはり高度急性期とはこういったものと示す。もう一つの問題は診療報酬と連動していることです。看護師の体制が7対1、ICUであれば4対1という体制ができますので、もう少しはっきりするのですが、この境目が抽象的な言葉で書かれているのです。急性期の患者に対して状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能、こういう書きぶりだから、この患者さんは実際急性期なのか、回復期なのか、少し見ただけではわからないのです。回復期の機能というのは、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する。特に急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーション、これだけ読むと、ああ、ではこれ、リハビリテーションをやっている機能が回復期機能かなと思うのですが、実際はそうではなくて、もっと範囲が広いはずなのです。回復期・リハビリテーション病棟というのがあるのですが、さっと読んだだけの病院長は、回復期機能だと思っているのです。急性期は一般病床、地域で診ている患者さんは急性期の機能だから急性期でいいんじゃないのという感じですから、病床機能報告で急性期の機能がどんどんふえてくるのです。病院の報告を基本にして地域医療構想ができてくるので、前提になるものの定量的な区分ははっきりと出していないのです。

厚生労働省は、医療資源の投入量、診療報酬上、要するに入院基本料は幾らにどのくらいの医療資源を投入したか、高度急性期は医療資源をたくさん投入しますよね。大体見ただけでわかりますね、ICUや救命救急センターの病棟は患者さんに濃厚な治療をしますのです。それだけ医療資源の投入が多いわけです。ここを3,000点というのを一度つくってみたのですが、そうしたら例えば、抗がん剤はむちゃくちゃ高いですよ。この前有名になったオブジーボは1回100万円かかります。抗がん剤を定期的に投与している人が2泊3日で入院した場合、医療資源だけで区分すると高度急性期の機能になってしまうのです。それはおかしいだろうとなったのです。結局、医療資源の投入する量で線を引くことはで

きないということになり、その後、手術などの件数、今回厚生労働省が 424 の実名公表に使った指標を後で出しますが、あれは完全な急性期の指標なのです。消化器がんの手術件数、心臓カテーテル検査の件数、脳卒中の件数、救急車の受け入れ台数などでなかなか区分できないところが、この病床機能報告制度の問題点かと思います。

地域医療構想は、この四つの機能区分ごとに将来の必要病床数を予測して医療提供体制を定めることになって、病床機能報告は、自分たちの病院の報告をするわけです。これを現状と比較するのです。

資料に書きましたが、必要病床数と病床機能報告の結果の単純な比較だけで医療機能の過不足を議論すると、判断を誤る可能性もあるのです。

何回も言いますが、病棟機能は、一つの病棟に対して、いろいろな患者さんがいる中で一つだけしか選べないのです。この辺にずれが生ずるのです。実際どういうずれが生じるか、岩手県全体の病床機能報告と将来の必要病床数を比較しますと、やはり回復期が不足する傾向になります。慢性期が少し多くて、急性期が何といても多いです。今回実名公表された 424 の病院は全て急性期と報告した病院なのです。

例えば、A病院の 1 病棟 60 床で、急性期が 40 名、高度急性期が 10 名、回復期が 10 名、急性期が一番多いと想定すると、これは急性期と報告します。B病院は、高度急性期はゼロ、急性期が 10 名、回復期が 20 名、慢性期が 30 名、これは慢性期が少し多いから慢性期で報告することになります。要するに、一つの機能で出しますと総取りみたいになるので、ほかの回復期や高度急性期にいた患者さんが全部、60 床全部急性期という形になり、全部取ってしまうのです。

そのようなことで、構想区域の高度急性期が 10 床、急性期が 100 床、回復期が 130 床とした場合、地域の実情と必要病床数の差を計算していくと、急性期が多くなって回復期が足りないということになります。B病院 2 病棟だけは回復期になるのですが、あとはみんな急性期で報告するわけですから。

C病院は、60 床で一つの病棟しかない。急性期 30 床、回復期 20 床、慢性期 10 床、急性期の病床が一番多いから当院は急性期ですと報告しますと、60 床全部急性期という届け出になり、実際は回復期や慢性期の患者さんが多くても、届け出上ゼロとなってしまいます。やはり急性期がふえてしまうのです。実情から見て、病床機能報告では急性期が 50 床もふえてしまうことになりますので、病棟毎というものも問題があるのが事実です。でも、なかなかそれ以上のやり方はできないということで、病床機能報告制度の課題があるわけです。

ここでは計算式を出しておきましたが、必要病床数との差がかなりの数出てしまうのです。ですから、現状では、病床機能報告の限界を踏まえて、丁寧に地域の現状を把握して、過剰とか不足とは一概に判断できないと思います。地域医療構想調整会議の場で確認するというが、病院の数も多く、各院長が出席してしまっていて、ここで議論するのはそうそう簡単なことではないと思っています。

それでは、具体的対応方針の再検証について、昨年9月の厚生労働省の発表はどういう経緯でそうなったかという話を踏まえて、お話ししたいと思います。現役世代の人口の減少、ですから医療資源の集中的投入の必要な急性期医療の分配配置には限界があると思います。特に救急ですね、救急を今は救急の指定病院、告示病院というのですが、結構多くの病院が救急指定病院になっていますので、現実的にその全部の病院で救急をやることは非常に難しくなるのではないかと思います。医師の配置の問題と働き方改革、この対応が難しくなります。

一番問題になるのは医師の宿直です。我々は夜間の当直と言っています。労働基準法では、当直の業務ではほとんど救急の患者さんを診ないのです。いわゆる寝当直を当直と定義しています。それに対して、病院に宿日直許可証を発行する。その発行を受けて宿直ですという形になると、病院にずっと泊まっても、そこは労働時間から除外されます。病院は宿直手当を支払って、労働時間からその時間は除外する。もちろんその時間に軽症な少数の患者を診ることは許可されていますので、患者さんを30分から1時間診るだけであれば、その時間は労働時間になります。でも、例えば夕方の17時15分から翌朝の8時半まではほぼ16時間ありますよね、これは労働時間から除外されるのですが、例えば岩手県立中央病院のようなほぼほぼ、ひっきりなしに途切れることもなく救急の患者さんが来るような病院は、もう宿日直で対応はできないのです。これは、勤務としてカウントしなければいけない。そうすると、一人の医師が例えば日勤帯を勤務して、準夜帯と深夜帯とを連続勤務すると、連続勤務時間が24時間になり、切られますので、次の日は絶対休みにしなければならないのです。インターバルをとらなければならない。ですから、これからは救急医療をあらゆる病院でやっていくことはなかなか難しくなります。

それから、大学病院の医師派遣も働き方改革の上限規制が入りますので、2024年からは罰則規定があります。非常に大きな問題になっています。昨日もこのような話をしたのですが、今日は地域医療構想ですね、こういったことが問題になりますので、やはり急性期の医療の分配された配置には限界があります。手薄な配置、例えば産婦人科ですね、かなり集約化をして、産婦人科の医師が一人、二人いても全然もうこれは診られないのです。夜間のお産に対応するために当番制を敷くような形で4人、5人集約化して、周産期は今こういう形になってきています。やがて救急もこうやらなければいけないのではないかと思います。医療密度の高い急性期医療の集約化ですね。病院の役割分担と地域連携、医療体制の再構築が必要かなと思います。

話を戻しますが、いろいろ地域医療構想に係るこれまでの経緯につきましては、2017年3月に全ての都道府県において地域医療構想、2025年の4機能、先ほどの高度急性期、急性期、回復期、慢性期ですね、必要病床量を策定しなさいと出ました。同時に、新公立病院の改革プランも出ました。公的医療機関の統合も含めて。そして、2019年3月までにいろいろ策定をしまして、厚生労働省は地域医療構想に関するワーキンググループにおいて、公立・公的医療機関の具体的対応方針について議論をしています。そして、昨年3月に

急性期の機能に着目した再検証、これが先ほど言いましたように、がんの手術の件数や心臓カテーテルの件数など、急性期ですと届け出た病棟あるいは一つでもその病棟があればその病院は急性期になりますので、その病院の機能に着目したのです。それを再検証して、民間は入っていないのですが、9月26日に公立・公的医療機関だけの、個別の診療実績データを公表しました。その中に424の病院が入ったということになります。厚生労働省の説明をきちんと聞いたら、マスコミには統廃合しなさいということではないと説明したと言のですが、マスコミの見出しは再編・統廃合が必要な病院424と出てしまったのですね。統廃合の廃という言葉が、名前の挙がった424の病院はもう存続は難しいのではないかと誤解を生んでしまって、厚生労働省も慌てて、国と地方の協議の場や意見交換会を順次開催して、決して趣旨はそういうことではないのです、あくまでも病床機能報告で急性期と報告したところの再検証をしたら急性期の機能ではないですよと言いたかっただけなのです、と。でも裏にはやはり病床削減とかいろいろなものがあるのはもう間違いないのですが、表向きはそういう話です。

これは資料にも出しましたが、閣議決定というのは、やはりかなり重いのだそうです。昨年6月21日の閣議決定がかなり重い決定で、地域医療構想の実現に向けて全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針についてということで、これに基づいて公表になったのですが、公表の仕方はよくなかったと思います。公表することはいいと思うのです。

これまでの経過で少しビジーなスライドですが、ここには、公立・公的医療機関は地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化するよという文言が入っています。つまり民間病院がやっているところに公立・公的病院が競合する場合には、公立・公的病院は引いてくださいという文章なのです。でも、岩手県のように民間病院がほとんどないところでは、高度急性期、不採算部門を公立・公的病院は担ってくださいと書いてあります。過疎地の医療提供、山間へき地・離島、救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算部門、要するに民間は不採算部門はやりません。民間の病院が進出する地域は、やはり採算が取れる地域だけです。採算が取れる診療科をやります。それはそうですよね、民間であれば当たり前だと思うのです。繰入金の問題もありますし、その地域の医療を守るのは自治体病院であり、公的病院であるということなのです。そこを書きたかっただけではないかと思うのですが、民間病院では担うことのできないと書いてしまったものですから、なかなか微妙な書きぶりになっていました。

病床機能報告制度、あとこれ地域医療構想アドバイザーを2018年6月から任命して、地域医療調整会議の活性化をしようということです。国はこういうイメージをどうも持っているようです。これは奈良県の例なのですが、複数の病院をダウンサイジングしながら統合をして、大きな400床の病院をつくりました。ダウンサイジングして集約化して、そして効率化を図りたいというイメージを今回どうしても持っている。これは好事例としてここに出ているのですが、実際に各地でこのようなことは行われてきています。

例えば、公立病院の中でも県と市の合併というのは釜石市でやりましたよね、岩手県立

釜石病院と釜石市民病院でやりました。それから県立病院同士では、岩手県立北上病院と岩手県立花巻厚生病院を統合して岩手県立中部病院という非常に機能が充実した病院ができました。地域ではもういろいろ取り組んできているのですが、さらにこれを加速化させてやってくださいというのが今回の趣旨なのです。

病床機能ごとの病床数の推移は参考ですので、見ておいていただければいいと思います。

今回、この地域医療構想の実現に向けたさらなる取組ということで、各医療機関の診療実績データを分析して、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証して地域医療構想の実現に必要な協議を行ってくださいということで、診療実績データを分析しました。

分析のイメージは、A群は9領域で診療実績が特に少ない、B群は6領域で類似かつ近接の分析ということで指標をつくりまして、再検証をしました。全国でA群の再検証は277病院、B群は147病院でした。

岩手県の例を出しますと、診療実績が特に少ないA群です。B群が診療実績が類似しかつ近接している医療機関、近接の定義は、救急車の搬送時間からも車で大体20分です。そして指標ががん、私の専門であります消化器がんの手術件数なのです。奥州市でがんの手術をやるのは岩手県立胆沢病院ぐらいなのです。奥州市まごころ病院でやっているわけではないのです。でも、奥州市まごころ病院は急性期と報告してしまったのです。指標にはがん、それから心疾患とありますが、心疾患も心臓の疾患の数ではなく、心臓カテーテル検査の件数なのです。本当の急性期の指標なのです。がんの手術件数、心臓カテーテル検査の件数、中小病院では心臓カテーテル検査はやっていませんよね。大体循環器科の専門医なんておりません。それから、脳卒中の件数、救急車の台数、小児・周産期、これはない病院も結構多いですね。災害、へき地、これは災害指定病院とか、へき地に医師を派遣しているとか、研修・派遣は医師の派遣機能、この九つの領域で実績データをチェックしました。9領域で診療実績が特に少ないとか、災害、へき地、研修・派遣機能の三つを除く6領域で診療実績が類似しかつ近接している医療機関があるか、公立・公的医療機関を検証いたしまして、ダウンサイジングや機能の分化、連携、集約化をしてくださいねとのことですが、では実際どういうことになるのかということで、岩手県の例ですが、診療実績が特に少ない公立・公的医療機関が八つ挙がりました。岩手県立東和病院、江刺病院、一戸病院、軽米病院、奥州市まごころ病院、一関市藤沢病院、洋野町種市病院、この病院は全部、病床機能報告制度で急性期と報告した病院なのです。急性期なのに急性期の医療機能は少ないというのが趣旨です。

実は、私は岩手県立中央病院の院長のときから経営委員会をやっていまして、私がいる八幡平市国民健康保険西根病院では、病床機能は回復期で届け出なさいと言って回復期で報告したのです。国民健康保険葛巻病院も回復期で報告していますので、ここに出こないのです。西和賀町立西和賀さわうち病院も多分回復期で報告していると思います。ですから、回復期と報告した病院は名前が出てこないのですが、急性期と報告した病院は、

がんの手術件数や心臓カテーテル検査の件数でチェックされまして、これはないとなったのです。つまり報告の仕方が悪いのです。

奥州市まごころ病院は急性期ではないでしょうということですが、ただ、急性期と回復期のはっきりとした境がないのです。先ほど示した急性期の機能を担っているという文章しかないのですから、そもそもこの病床機能報告制度に問題が、問題というか、曖昧な中で病棟の機能を報告して、さらに急性期機能の指標で評価することはどうかと思うのです。国としては、もうとにかく再編・統合は進めたい、統合で統廃合ではないです。ダウンサイジングを進めたいというのがありますので、病院名を公表しました。

B群の診療実績が類似かつ近接している公立・公的医療機関は八つですが、A群と重複している病院があるのです。岩手県立東和病院は両方に出ています。岩手県立江刺病院はすぐ近くに岩手県立胆沢病院があります。車で20分で行けます。多分近接しているということだと思うのです。岩手県立一戸病院は岩手県立二戸病院のすぐ近くに、盛岡市立病院は岩手県立中央病院のすぐ近くにありま。奥州市総合水沢病院は町の真ん中。奥州市まごころ病院は少し離れていますが、重複して出てきているのです。

六つの医療機関は重複していますが、A、B合わせて10の医療機関の名前が新聞にも出たのです。でも、県の調べでは、この10のうち八つの医療機関は病床機能の転換や病床数の見直しの対応を既に実施しているということです。

国は、今回の取組は必ずしも医療機関そのものの統廃合を進めるものではないと言っていますが、では何で実名公表をしたのかというと、地域医療構想調整会議の議論を活性化して、議論を尽くしていただき、2025年のあるべき姿に向けて必要な医療機能の見直しを行っていただきたいという趣旨のようなのです。

であるならば、大々的にさらし者にするような公表の仕方ではなくて、地域医療構想調整会議にその医療圏にある病院のデータを出せばいいと私は思うのですが、その中で活性化したいのであれば。同時に、やはり民間の病院、岩手県には民間の大きな病院はほとんどないのですが、民と競合している地域もいっぱいありますので、民間病院のデータも一緒に出す、その中で議論するのが一番いいと思うのですが、一応こういう趣旨だそうです。

この問題点も言いますと、今回出たデータはそもそも平成29年のデータをもとにしているのです。それも平成29年度の病床機能報告のデータを用いて、全国一律の基準で機械的に行われたのです。分析対象はがん、心疾患など九つに限定しているのですが、問題は平成29年6月の1カ月間のデータだけの分析なのです。皆さん多分御存じないと思うのですが、その中の手術件数や心臓カテーテル検査の件数を12倍して年間にして評価したということ、1年間分を評価しているのではないのです。特に岩手県は季節変動がありますよね。6月をどうして選んだのかわからないのですが、6月の一月だけのデータなのです。心疾患や脳卒中は季節変動の大きな疾患です。それから、一時的な医師の不在。熊本市市民病院も名前が挙がったのですが、熊本地震で機能がとまっていたときなのです。機械的に行ったものだから熊本市市民病院の名前が出てしまったとか、本当にこれは謝っていました。出

し直しをする話もあるのですが、いずれ一律の基準です。機械的に、コンピューターで計算しますからね。ということで、個別の医療機関の実情が適切に反映されていないという課題があると思います。

今回の分析結果は、高度急性期、急性期医療機関の機能を評価する一つの物差しとなります。ですから、今言ったようにがんの手術や心臓カテーテル検査を行っていないのは急性期ではないですよと示したことにはなると思うのですが、だったら最初からそれを言ってくれよと言いたくなるのです。そうしたら、奥州市まごころ病院も急性期とは報告しないと思うのです。そういう問題点があります。

どのように考えていけばいいかですが、今回求められている再編統合には医療機能の転換や連携も含まれています。ですから、再検証の対象になったからといって病院をなくすということではなくて、必ずしも統廃合を要するものではなく、ダウンサイジングや機能分化の方向性を機械的に決めるものでもないということなのです。ただ、実はこれ平成29年の6月のデータなのです。もう2年半たっています。実際各病院では、病床機能の転換や病床数の見直しは進んでいるのです。結構県立病院はダウンサイズ、県北、沿岸の病院を中心に病床機能が少ないところは、少し病床あるいは病棟休止という取り組みも行われていますので、データが古いのではないかということです。

一方で、高齢化等に伴う医療需要の変化に対応して、各地域で効率的で質の高い医療提供体制の構築に取り組んでいく必要はあると思います。やはりこれだけ人口が減ってきておりますので、いつまでも病院だけ維持しようというのは無理な話ですし、やっぱり医療の質もきちんと確保しなければならないということです。

この病床ダウンサイジングにつきまして、今、国では令和2年度の予算84億円が通ったとの報告を受けました。病床削減や統廃合に伴う財政支援としてどうぞ使ってくださいと、以前、厚生労働省の方も言うておりました。地域医療構想の実現を諮る観点から、病床ダウンサイジングや統廃合に使えるという話です。

これは付録ですが、新公立病院改革ガイドラインにおける公立病院に期待される主な機能、先ほども出ました産科、心臓、救急、不採算部門、そういったものを主にやってくださいということですが、これは民間の病院と競合している地域はもちろんよくわかる話なのですが、例えば岩手県のようにオンリーワン、地域に一つしかない病院が自治体病院、県立病院の場合、これだけの機能だけではなくて、一般の患者さんの診察ももちろん担うということですので、さらにプラスこういったことも考えてくださいという考え方になると思います。

これは課題及び関連する検討事項です。ワーキンググループでも出ていますが、設立母体が異なる病院同士の再編統合は非常に難しいです。

あと一つ、再編統合ではなくて、各病院を生かしながら、地域医療連携推進法人制度というのがあるのです。地域医療連携推進法人は、それぞれの設立母体が違う病院がグループを組んで、同じ方向を向いてやりましょうというもので、今一番成功しているのが山形

県の日本海総合病院です。もともと酒田市にある市立病院と山形県立日本海病院が合併して大きな日本海総合病院ができたのです。それから、周辺の民間病院と診療所が入った地域医療連携推進法人、例えば、スケールメリットをいかして薬の連携法人などもできるのです。その法人の中で薬も買えますので、これは、一つ考えていかなければならないです。

でも、岩手県は、20の県立病院が一つの法人というか一つの企業ですので、それはもうできています。ですが、さらにそこに、例えば市立病院や日赤と一緒にやっていくかという、なかなかそれは今のところは難しいのだろうと思っています。

地域連携推進法人制度は、その地域に急性期病院が一つしかなければうまくいくと思うのですが、盛岡市のような都会になるとお互いに競争になりますので、これはできないと思います。地域に一つ急性期病院があって、例えば、岩手県立胆沢病院があって、周辺の病院と地域連携推進法人を組むという可能性はあるだろうと思いますし、機能分担、岩手県立江刺病院をどのように機能分担していくかなどは、地域医療構想調整会議でみんなで議論していく必要があると思います。

最後、あと2枚は付録なのですが、東京都立大学の伊関先生が、医師ではないのですが、医療施設と医療費の地域差を分析していきまして、おもしろいデータがあるのです。地域差指数相関図とありますが、要は一人当たりの医療費です。上に行くほど医療費が高くなります。横軸が病床の割合です。岩手県の自治体病院の病床の割合が大体35%、一人当たりの医療費は新潟県が一番低く、次いで、岩手県、千葉県、静岡県が医療費が低い。高いところに行くと福岡県、高知県、佐賀県、長崎県、みんな西のほうなのです。医師の数もある程度いて、鹿児島県、山口県、広島県、大分県、この辺は民間病院が非常に多くて、自治体病院は非常に少ない。だから何だということではないです、このようなデータもあります。岩手県と新潟県は一人当たりの医療費は非常に少ないです。

もう一つおもしろいのが、民間病院の場合、病床割合が高いと地域差指数も高くなるのです。高知県は80%が民間病院です。一人当たりの医療費が1.2。民間病院はやはり民の特徴を出します。公立・公的病院は余り余分なことはしません。余分なことしていると言うとまた語弊があるのですが、こういうデータがあるということです。

新潟県、岩手県、青森県が一番民間病院が少ないのですが、一つの指標であります。

御清聴ありがとうございました。以上です。

○佐藤ケイ子委員長 ありがとうございます。

病床機能の報告制度の課題などを示していただきまして、大変貴重なお話をいただきました。

これより質疑、意見交換を行いたいと思います。

委員の皆さんから質疑、御意見等ございませんでしょうか。

○郷右近浩委員 今日貴重な機会をありがとうございます。また、去年は奥州市まで来ていただきまして、大変ありがとうございました。

それぞれの病院が自分たちは急性期であるといった認識と、その中で一線で頑張ってい

く、またそれは奥州の地域ですと、例えば若い医師を呼び込みたい、だからこの急性期を看板にしたいという部分もある中で、非常にどこも急性期の看板を外したくないことが、今現在、奥州地域でも地域医療の連携会議や構想会議で議論が進まない一因にもなっているのではないかと、私自身もいつも歯がゆい思いでオブザーバーとして拝見させていただいておりました。ですから、そのときに望月先生に来ていただいてそこを整理していただいたことについては、非常にありがたく感じています。

きょうの御講演の中でもお話があった、地域医療の連携であったり、医療体系をどのようにしていくか。岩手県としては平成21年からさまざまな改革を行ってきたわけですが、医局で研修医制度が動き出して医師がなかなか出てこれなくなったり、診療科の偏在であったり、いろいろな問題がある中で研修医を集めるためには、ある程度の病院の規模感、さまざまなことができる病院としての機能も求められていると認識しています。とすると、医療体制の再構築にかかわるわけですが、今までの9医療圏域の中での岩手県立病院の配置部分も含めて、私の考え方では400床から500床の中核となる病院がそれぞれの中にあり、そして、そのほかの部分についてはしっかりそれを支援するような形であったり、機能補助であったり、回復期という性格を持たせるであったり、そのようなことが必要になってくるのではないかと考えていますが、これまでずっと岩手県の医療を支え、見てきた望月先生にとって、これからどのようなものが求められてくるのか、どういう形態になっていくのがいいのか、何かお考えがあればお知らせいただきたいと思います。

○望月泉参考人 九つの二次医療圏の基幹病院は全て県立病院ですが、その基幹病院をさらに再編統合していくのは、距離の問題が出てきて、かなり難しいと思います。でも、集約化できるところはあるのかなと思います。県立病院間の集約化は一つの課題だと思いますが、これだけ広い県土に、例えば県立釜石病院と県立宮古病院とを集約して400床、500床の病院をつくることができるかという、かなりこれは難しい。県立二戸病院と県立一戸病院はよく議論に出ていると思うので、考えていかないとだめなのかな。県立病院間同士の問題もありますし、さらにそこに公立病院、県でなくて市町村立の病院もあります。それぞれの再編統合という機能分担、これは無理にくっつけるのではなくて、機能分担すればいいのではないかと思うのです。奥州の地域医療構想調整会議で、急性期でなければ看護師も来ないのだという意見もあり、確かにそういう面はあるのです。急性期が上で回復期が下みたいな考え方は見直してもらいたいと思うのです。どうしても急性期医療が医療であって、回復期や慢性期はその下請けみたいなイメージに捉えているので医療者は集まりにくい。ということであれば、さっき言った地域の連携推進法人は本気で考えてグループ化をしていく、その中で人の配置も考えることができますし、あるいは県立江刺病院と県立胆沢病院の機能をどのように考えるかもあると思います。奥州市総合水沢病院も今度は新築移転する話もありますし、その辺の機能分担を、ただこれは、地域医療構想調整会議の中でそれぞれが意見を出して活性化しろというけれども、難しいのではないかと思います。僕がアドバイザーとしてこの前言ったのは、こういうことが求められています

とか、こういう定義でやっていますという話だけで、個別の話は余りしなかったのですが、当事者同士で話し合っていくでしょう。それから今度は首長の話が出てきますよね。おらの町から病院がなくなると困るとか、ありますよね。今後は財政的な問題も出てきますので、腹を割りながら、どこかの急性期病院の一つがうまくイニシアチブをとれば一番いいのですが、それが難しいのですかね。

でも、今年度中にもう一回調整会議がありますので、さらに踏み込んだ発言をしながら、今回三つの例も挙がっていますし、何らかの再編、ダウンサイジング、機能分担の話も来年にはしなければならないのです。それも踏まえてサジェスションをしていきたいと思いますが、なかなかいいアイデアは難しいと思っていました。

○郷右近浩委員 望月先生がさっきおっしゃったように、例えば県立一戸病院と県立二戸病院は、もしかしたら可能性がある。全ての例えば再編統合ではない中で、よりよい形で医療体制を提供できるように、奥州市でいえば県立胆沢病院と県立江刺病院、そして建設されるであろうかという奥州市総合水沢病院と、合わせれば、極端なこと言うと四百何十床というのをつくることも可能であることも含めて、きちんとした医療提供体制をとることによって、今度は研修医であったり、いろいろな誘因力になれるのではないかと考えています。それにしても、どういう形だと研修医さらには医師の方々に魅力を持たせることであったり、地域の方々にきちんと医療体制を提供できるかを考えると、診療科の偏在をどのようにしていくかと。そもそも診療科によって医師が少ないところに関してはどうかしていかなければならないと思っています。そこも含めて今後とも御指導賜りたいと思います。よろしくをお願いします。

○望月泉参考人 確かにそこに400床、500床ぐらいの病院ができると医師は逆に集まってくると思います。本当にそう思います。また、岩手県の場合、今、地域枠それから医療局・市町村の奨学生の基幹病院への配置が少しずつふえてきてきて、次は中小病院への配置になる時期にありますので、もうあと10年ぐらいかかるとは思いますが、奨学生養成医師の配置が進んでくれば、かなり医師不足の解消にはつながってくると思います。

○斉藤信委員 地域医療構想が提示されたときに県議会でも議論したのですが、一つは、在宅医療にかなり移行できると。しかし、岩手県の場合は医師不足の中で在宅医療を担う余力がないから簡単にいかないのではないかと。そして実際に必要な高度急性期や、急性期、もう画一的な数式で全部出てしまうのですね。いろいろ議論をしても、その議論の中身を必要なベッド数に加味する余力は全然ありませんでした。恐らく、そういう形で2025年の必要病床数が出たのだと思うのです。ですから、医療費とベッドを減らすためにそういう画一的な数式を出して、高度急性期、急性期、回復期、慢性期という形で、どんな議論してももう結論が一つというような印象をすごく受けたのです。岩手県も地域医療構想を立てたけれども、決してそれはベッド数を削減するとか病院を統廃合することにはならないという注釈をつけて医療構想を決めたと思いますが、私は地域医療構想自体が画一的な、機械的なものがあるのではないかと。望月先生がお話されたように、概念自体が総取

り方式で、実際にどの病院に行っても全てが急性期とはなっていないのだと思うのです。その点でいくと、急性期と報告をしても、実態はその半分ということなので、そのいずれを評価するような議論が必要ではないかというのがまず一つです。

私はこの前、一関市藤沢病院に行ってきました。院長先生からお話を聞いて、地域に必要な病院という立場で経営もうまくいっているし、小さい病院だがそれなりに医師も確保してやっていて、地域包括ケア病床も充実しているが、急性期があつてこそ、そういう全体の医療、地域住民の医療の要求に応えることができるのだと話しておりました。

そして、県立磐井病院との関係は、本当に必要な手術はほとんどお願いする形になっていて、私は極めて合理的な地域医療の一つのモデルではないかと思ってきたのです。急性期が少ない病床であっても存在して地域住民の医療ニーズに応えられる、同時に手術やその他については県立磐井病院ときちんと連携をしてやっていくことで、私は地域病院でも急性期も担える機能は、手術件数だけではない急性期としての評価が。機械的なものなのか。例えば、回復期にしても、慢性期にしても、急性期で落ち着いた人たちを受けるとなっています。ですが、最初自分の病気が急性期かどうなのかわからない形で、恐らく身近な一番近い病院に行くと思います。ですから、ある程度そこで必要な医療ができる。大変重いものであれば県立磐井病院へという連携、機能分担がある、急性期の概念は極めてそういう機械的なものなのか。私は一つの病院で急性期も、回復期も、慢性期も担えることが地域医療の、こういう広大な岩手県のあり方なのではないかと思うのです。

それから、盛岡市立病院と国立盛岡医療センターにも行ってきましたが、恐らく盛岡市は岩手医科大学附属病院が移転をして医療情勢がかなり変わっていて、救急患者は去年と比べると倍にふえたと。県立中央病院の院長に聞いたときにも、盛岡市立病院が一次救急の患者を受け入れてくれたために県立中央病院に全部集中することはなかったと話しておりました。私は岩手医科大学附属病院の移転とのかかわりで盛岡市立病院も新たな機能、役割を果たして、昨年度は黒字になったと。まさに病院改革元年だと院長は自信を持って言っていました。そういう意味でも医療情勢の変化と、それから国立病院機構盛岡医療センターは重度心身障がい者の病床を整備して、これは本当に切実な関係者の要望で実現をして、あわせてアレルギー疾患を対象にした小児科の病床も整備をして、私はそういう点でいけば新たな機能分担が進んでいて、もっともっと国立病院機構盛岡医療センターを充実させたいのだという話も聞いてきた。そういう病院が盛岡市内にも二つ名前が挙がったことに、やはりずれていると、情勢の変化があると感じた。そういう意味で、あのような形で唐突に424病院の名前を出すということ自体、望月先生も言っていました。私も唐突感というか、影響は極めて大きかったのではないかと。

国立機構盛岡医療センターに聞いたら、患者さんが岩手医科大学附属病院から盛岡市立病院に転院したら、行く行くなくなるような病院に入院できないというので、また岩手医科大学附属病院に戻したという、戻したというか、患者が戻してくれと。そんな話もあったので、あの影響は私は極めてやっぱり重大で、医師の確保、看護師の確保、そして患者

の確保を含めて問題だったのではないかと思うのです。

○望月泉参考人 要するに今回の出し方は、全国一律の指標で、地域の実情は一切考慮されていません。それから、何回も言いますが、平成29年の6月のたった一月の診療実績で公表しているやり方が余りにも乱暴過ぎると。これには、自治体病院協議会でも猛烈な抗議をいたしました。地域医療構想自体は反対ではないのですが、公表の仕方ですね。

今言ったように、岩手医科大学附属病院が移転したのは今年の9月ですから、その後の医療情勢はまた変わってきているわけですから、そういった考慮をどんどん調整会議の中でやっていこうと思います。言われたとおりでいいと思いますし、だからなくてもいい病院という位置づけではないはずなのですが、どうもその辺がうまく伝わっていない。厚生労働省ももともとそういうつもりではなかったと言うのですが、あの公表の仕方は問題だと思います。

○斉藤信委員 あと一点、岩手県の医療を考える場合に、一番大事な問題はやはり医師不足。全国で一番医師不足だというデータも出されているので。そういう中で医師を確保すればもっと受診件数にしても手術件数にしても、いろいろな意味で対応できるのに、医師が不足しているために必要な医療が受けられない、必要な医療が提供できないところに、岩手県の場合は一番大事な課題があるのではないかと。そういう意味で知事も地域医療基本法という提案もしていますが、確かに奨学生医師は確実にふえてはいるのですが、現時点で見ると、卒業してもかなり大学その他に残って猶予されている医師のほうが多い。行く行くはもちろんそれも病院に配置をされると思うのですが、そういうタイムラグが今の段階はあるということと、一方で岩手医科大学附属病院からの派遣が、奨学生がどんどん入ってくるから今までのような配置は必要ないのではないかとということになりかねないのではないかと。医師不足をどのように打開していけばいいのか、その点についても意見をお伺いしたい。

○望月泉参考人 今回のその奨学金養成医師のことは、良医を育てて地域に定着させる、その義務年限を終了した後もずっととどまってもらえるような仕組みをつくらうということで、実は私、配置調整会議の委員もずっとやっておりました。ただ、卒業して義務年限中だからもう田舎の中小病院に行きなさいというのは逆によくはないと思うのです。義務年限の最初は基幹病院できちんと医療の基本を学びながら質の高い医師をつくり、なおかつ地域に配置もしなければいけないということで、配置調整ルールの中で、例えば地域枠では15年間のうちに6年間の猶予期間を設けて、9年間の義務年限という形にしています。6年間の猶予期間の間は、例えば大学病院で大学院に入って医学博士の勉強をするのもいいと思いますし、あるいは県内の有名病院で技術を磨くというようなことも可能にして、ただ義務年限だけはきちんとやってもらおうということで、毎年我々は手分けしてその医師と面談しているのです。無理矢理配置するのは決していいことではないので、次はこういうところでやっていきたいと思います。少しまどろっこしいとは思いますが、猶予期間を与えているのは、やはりいい医師をつくっていきたい、そうしてつくった医師が県内に

定着してほしいということでやっております。時間はかかりますが、でも徐々に配置もできておりますので、もう少し時間をかけていきたいと思っております。

○佐々木朋和委員 私は一関選挙区選出でありまして、名前が出た一関市藤沢病院があります。近接しているという概念が車で20分という話でありますと、県立千厩病院が該当するわけであります。一関市藤沢町の地理を考えたときに、鉄道もありませんし、どんどんバス路線も廃止になっている中で、千厩町から藤沢町の例えば大籠から通おうとすれば車で1時間ぐらいかかってしまうという中にあっては、やはり一関市藤沢病院の存続は必要だと思っておりますし、独自のパイプを使って医師の招聘もしていただいております。

そういった中で、先ほどお話もありましたが、急性期という看板ではなくて回復期であればまた機能分化になるのだという話の中で、郷右近委員からも、ただそうすると医師の集まりはどうかという不安の声も出ておりました。望月先生は自分のところは回復期で報告しなさいと指示をしたという話もされておりましたが、急性期の看板で出す、回復期の看板で出すということによるメリット、デメリット、違いが具体的にいいのか。イメージの問題だけなのか。あるいは、斉藤委員が話していましたが、回復期で報告しても、ある程度の手術はできるくらいの財政的な面での不利は出ないのかどうか、教えていただきたいと思っております。

○望月泉参考人 一関市藤沢病院は、地域に一つしかないオンリーワンの病院だと思えます。問題は、今回急性期の指標ががんの手術や、心臓カテーテル検査の件数など、そういったものだけではなくて、地域の急性期、軽症急性期といったほうがいいのか、これを受け皿とする、急性期という中に軽症であっても地域になくしてはならない地域急性期病院といったものの提案は今しているのです。そういう形で急性期という名前をつけることができればいいと思うのですが、それだと四つの機能をさらに細分化することになり、厚生労働省はとてもじゃないが乗ってこないと思うのです。地域医療構想の調整会議の中でそういった話もしていけばいいのかなと思っております。

一関市藤沢病院や我々の病院は軽症急性期の患者さんを多く診ているのです。高齢者の肺炎も最初は急性期です。肺炎として抗生物質も使って、入院して治療したら、あとは大体在宅に向けてリハビリをやっていけば回復期になると。だから、その一人の患者さんの機能が急性期なら急性期だけということはないのです。もっと言うと、そもそも病床機能報告制度が問題なのではないかと、これによって病院を差別化するのは決してよくないのではないかと思います。いろんな面で声を上げていきたいと思っております。

地域に一つしかないオンリーワンの病院をどのような位置づけにしていくか、その病院がなくなったら地域が消滅してしまうということですから。今回のような唐突な出し方は決していいとは言えない。全国一律の指標ですしね。これはもう自治体病院協議会としては声を上げていこうと思っております。まさに佐々木委員のおっしゃるとおりだと思っております。

○佐藤ケイ子委員長 さまざまな御意見も出されましたが、時間ということで本日の質疑、意見交換はこれをもって終了します。

望月先生におかれまして、県立中央病院長や全国自治体病院協議会副会長という役職を担っておられて、各地で講演をされて、本当に豊富な経験を積んでいらっしゃいます。本県が抱えている地域医療体制の課題、今後のあり方について貴重なお話をいただくことができました。本日はお忙しいところ本当にありがとうございました。

委員の皆様には御相談がありますので、お待ちください。

それでは、次に1月30日に予定されております当委員会の県内調査についてであります。北上市及び花巻市において地域医療確保対策について調査を行います。それぞれよろしく願いいたします。

次に、4月に予定されております次回の当委員会での調査事項についてであります。御希望、御意見等ございますでしょうか。

〔「委員長一任」と呼ぶ者あり〕

○佐藤ケイ子委員長 特に御意見等がなければ当職に御一任願いたいと思いますが、これに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○佐藤ケイ子委員長 御異議なしと認め、さよう決定いたしました。

以上をもって本日の日程は全部終了いたしました。

本日はこれをもって散会いたします。