

第8回佐久医療圏地域医療構想調整会議 議事要旨

- 1 日 時：令和元年5月24日（金）午後7時30分から午後9時まで
- 2 場 所：佐久市野沢会館 ホール
- 3 出席者：委 員 坂口委員、小松正彦委員、小林秀樹委員、高見澤一伸委員、小松富美男委員、大森委員、小林清江委員、中井委員、山崎委員、高木委員【代理：高木副院長（小諸病院）】、黒柳委員【代理：橋本院長代理（浅間南麓こもろ医療センター）】、伊澤委員、渡辺仁委員、大和委員、金澤委員【代理：小林事務長（金澤病院）】、黒澤委員、雨宮委員【代理：池田医師（雨宮医院）】、村島委員、山口委員、植竹委員、牧山委員、中川委員、井出善太郎委員【代理：黒岩次長兼警防課長（佐久広域連合消防本部）】、加藤委員、土屋委員、渡辺孝治委員、井出政利委員、高見澤澄一委員【代理：津金主幹（南牧村）】、石原委員、阿部委員、市川委員、中沢委員

欠席 4名

事務局	佐久保健福祉事務所	白井所長、山岸副所長、小林健康づくり支援課長、唐沢福祉課長 他
	健康福祉部	
	医療推進課医療計画係	原澤課長補佐兼医療計画係長 他
	医師確保対策室	渡邊室長

4 議事要旨

(1) 昨年度までの議論の整理

・事務局から資料1、資料1-2に基づき説明。主な質疑は次のとおり。

【植竹委員】外来医療の提供体制については、入院患者さんを診る病院だけではなく、広い意味で、診療所とかクリニックの開業医も含まれるということですか。

【事務局】外来医療は、広い意味での外来医療と同じになっていますので、入院外の医療体制がどうなっているのかということです。例えば、地域の入院外の一次医療の状況や在宅医療、これも外来医療に含まれますし、その他公衆衛生も検討の中に含まれています。その中で、外来の医師の多数のところを決めるということになっていますが、それは、診療所の医師の配置状況を踏まえて、外来の多数区域を決定するという形になっていますので、ターゲットとしては、広い意味での外来医療ということになっておりまして、それをどう決めていくのかという指標については、病院外来だけではなく診療所の医師の配置状況も踏まえて決めるという形になっています。

【植竹委員】分かりました。今までは、病院の病床のことをやっていましたが、そうではなく、在宅とかそういうものも含めての医療全体の病床以外のことも考えるという意味合いでしょうか。

【事務局】そうです。

【植竹委員】それを包括して外来という意味合いでよいでしょうか。

【事務局】はい。

【植竹委員】分かりました。

- ・事務局から花岡レディースクリニックの病床について報告

【事務局】資料にはありませんが、これからの予定ということで、小諸市にある、花岡レディースクリニックについて、事務局からご報告します。花岡レディースクリニックは一般病床14床を有していますが、6月1日に個人経営から法人経営に変更される予定となっております。診療所自体の変更はありませんので、引き続き病床数に変更がないことをご報告します。

- ・佐久総合病院の病床の変更について、伊澤委員から情報提供

【伊澤委員】資料1-2にありますように、佐久総合病院の病床変更ということで、これは本院の病床変更です。今年4月1日に、一般病床2床を療養病床に変更しました。結果、本院の一般病床199床が197床になりまして、療養病床が、40床から42床に増えました。トータルの病床数は変わっていません。以上です。

- ・上記2件について、委員からの質疑は特になし。

(2) 医師確保計画・外来医療計画について

- ・事務局から、資料2-1、2-2に基づき説明。
- ・委員からの質疑は次のとおり。

【大和委員】医師確保計画の策定というところで伺いたいのですが、3ページ(5、6ページ)の医師偏在指標ですが、基本的に佐久は多い地域になりましたが、一つは木曾とか大北とか北信とか、長野県の構想区域、医療圏は、そもそも地域医療構想が出てきた時に、そのままいいのかどうかという議論があったと思うのですが、それをそのまま踏襲した中で、構想区域での医師の数ということで出しているが、そのところの見直しの議論というのはなかったかということと、それから同じ医師数であっても、例えば松本ですと、信大に関する医師が集中しているとか、佐久でもやはり佐久医療センターは非常に高度な機能を持っているので、専門分化すれば、それだけ医師がたくさん必要であると。あるいは、それほど病院がない地域、一番多くても80名とか、佐久医療センターの半分くらいでやっている医療圏もあると思うが、そこでの医師数が、この医師偏在指標で同じように評価できているのかどうか、その辺はどんな議論がなされているのでしょうか。

【事務局】二つご質問をいただきました。一つは圏域をどう考えるかということ、もう一つは圏域ごとに様々な医療提供があると思いますので、それが医師偏在指標にどう反映されているかということだと思います。一つ目の圏域をどうとらえるかということですが、先生にご指摘いただいたとおり、地域医療構想策定の際には、まず圏域をどうするのかということで、その中では、これまでの医療提供体制の整備自体が、10の医療圏の中で構築されてきたということを踏まえて、地域医療構想では、将来の提供体制を構築するにあたって、10の医療圏でいくという形になっています。また、現行の第7次医療計画についても、医療圏をどうするかというところは、計画の検討の中でしてきたところですが、地域医療構想と同じにしました。また、圏域はそれぞれ10位置付けるという形になっていますが、例えば佐久地域であれば、圏域としては上小と別れてはいますが、連携体制としては、佐久医療センターを東信地域全体の救命救急センターとして、三次、二次、一次の救急体制が組まれています。松本、木曾、大北地域についても、松本が基幹となり、大北、木曾だけではまかなえないようなものについては、松本と連携して広域連携医療体制を組んでいこうという形になっています。圏域を超えた医療圏の広域的な連携もあるということを認識の上で、現状の二次医療圏が組まれているという形ですので、それを考えるかどうかについては、現状の10圏域であっても、実際の医療自体は、広域的にやられているというところがあるので、圏域は変えずに、圏域間で足りないものについては、広域的に対応して、横の医療圏と対応して連携してやっていくということになっているので、圏域自体をいじるということは考えていませんし、この医師確保計画の中でも、そういったことは考えず、10の医療圏の中でどうやってい

くのかという形で検討させていただきます。もう一つの医師偏在指標を考える時に、それぞれ圏域ごとに担っている医療が違うので、それがどう偏在指標に反映されているのかというところですが、算定式を考えた時には、高度急性期の需要と、慢性期、回復期の需要の重み付けはされていませんので、算定式の中で医療需要を考えた時には、現状の算定式では反映されていないという形になっています。その他には、現状の患者の流出入というところをみていますので、医療需要の中で、その対応しているボリュームについては、高度急性期と慢性期が重み付けされていないのですが、例えば、高度急性期の方であれば、上小から佐久へ流出しているとか、木曾、大北から松本医療圏へ流出しているところがありまして、それは、流出入調整係数ということで、医療需要に反映させるという形になっていますので、対応している患者さん個々の医療需要自体は算定式には入っていないのですが、患者全体の需要動向というところの流出入の調整係数で見ているというのが、今回の医師偏在指標になっているということでもあります。

【大和委員】説明をうかがっていると、それは現状認識ですが、結局そういう風に説明が必要になるということは、医療圏も現実的ではないし、この指標もこの数字が、例えば、佐久医療圏は結構医師が充足しているということが独り歩きをする。それで政策が決まってくる。それでは、いないところにお金を使ったり、医師を派遣しようという議論になる、数字が独り歩きをするわけですから。今ご説明されたことは、そこに活かされるかどうか。活かされるような指標を出せば政策に生きるでしょう。そうではなくて、今のような説明がないと、うまく政策に活かないわけです。それはやはり政策を立てる上での指標としては、不完全ではないですか。

【事務局】数値のことに關しては、完璧というわけではないと思いますが、その分、2次医療圏ごとにいろいろな事情があると思いますので、その事情というのは、その医療圏ごとに、丁寧に今後計画を作っていく段階でお聞きして、例えば、佐久地域が、先ほど私の方から多数になる可能性もあるというお話はしましたが、地域によっては、例えば望月地区とか、それから南佐久の方とか、場合によってはポイント、ポイントで医師不足というところはあると思います。そういうところについては、その事情を、今後の検討の中で踏まえて、医師少数スポットというような対応の仕方で行っていきたいと考えています。

(3) 医師偏在指標等に係る患者流出入の調整について

- ・事務局から資料3に基づき説明。
- ・委員からの質疑は次のとおり。

【山口委員】医師少数スポットは、どのようにこのデータで反映されますか。この大きな医師偏在指標が出ますが、この少数スポットは、どんな形で把握されますか。

【事務局】多数地域、それから普通地域といいますか、その部分について、指標というよりは、これは政策的に必要だと判断すれば、調整会議等で議論してもらい、指定していくということになります。

【山口委員】そうすると、佐久が大きく多数地域に指定されたら、他の足りない医療圏に（医師が）回るので、仮にここに少数スポットがあっても、医師はなかなか確保できないということになりませんか。

【事務局】そこは、全体のパイとの問題になってくるとは思いますが、ただ、計画上は、はっきりした数字というよりは、地域の実情に応じた、声を聴きながら、少数スポットは政策的に決めていくということになっていますので、そこは、今回だけではなく、このあと2回調整会議もありますし、もっと地域の方々の声を聴くというところの中で、判断していきたいと思っていますので、その際は、是非ご意見いただければと思います。この次の段階で、またお話ししたいと思っています。

【保健所長】今年から上田保健福祉事務所を兼務することになりましたが、その数値の中で、県内で2位の佐久地区と10位の上小地区ということになっています。先週、上小地区で議論のあった中では、某病院の先生ですが、依田窪地区から立科町周辺に関しては、特に東信地区の中で最も医師の少ないスポットであるという議論があったということがありましたので、これは、ある程度佐久医療圏内も含むような形で認識されているという議論があったということを伝えさせていただきます。

【山口委員】ありがとうございました。

【植竹委員】南佐久エリアからの質問ばかりになってしまいますが、医師のボリュームの、医師というものの数の定義なのですが、常勤、非常勤の医者、当院でもそうですが、非常勤に頼っている部分も多いですね、そのカウントをどうしているか。非常勤がもし入るとしたら、例えば、山梨からきている非常勤医もいますし、松本から佐久に、信州大学から多く手伝いに来ていただいています、その辺はカウントされているのかどうか。もう一つの質問は、産科、小児科は別になっていましたが、それ以外は、当然数が先だと思いますが、やはり一般医に近いドクターが多くいた方が地域医療にはいい部分が当然多い。それと三次の医療センターも大事ですが、医者の数のカウント、もし非常勤が入っているとしたら、この地域別という定義自体かなり崩れてくると思いますがいかがでしょうか。

【事務局】今回の算定式で使っている元となるデータは、直近の三師調査の結果となっております。医師、歯科医師、薬剤師調査です。なので、常勤、非常勤というとらえ方ですと、常勤医という形になります。三師調査の医療施設従事医師数の中で、主たる所在地はどこかということ进行调查していますので、医師数、それぞれどこを主たる勤務地としているか、佐久の医療施設を主たる勤務地としている医師は何人いるのか、というのが元データとなっていて、その年齢構成をみまして、年齢によって労働力は違うので、それをいろいろ加味したものが、ここで言われている、標準化という言葉が適切かどうか分からないですが、標準化した医師のボリュームだと言っていますので、元データには非常勤の医師は入っておらず、どこの医療機関が主たる勤務地かという医師数を労働力で補正したものが今回の数字のもとになっています。

【植竹委員】常勤先がない医者はご存じのとおり多数います。カウントするのは難しいと思いますがいかがでしょうか。そういう医者は全国に二、三割いると思いますが、それが入らないと、余計医師不足が顕著な数字になるとと思いますがいかがでしょうか。細かいことになってしまいますが。

【事務局】医療施設従事医師数が元になっていますので、そこは問題かとは思いますが、医師偏在指標の性格自体が相対的な評価をするということになっているので、今回はデータに限りがあるということもありますので、医療施設従事医師数を使わせていただき、それを労働力で補正したもので、まずは供給側の偏在指標のもとになるデータを作っています。

【植竹委員】常勤医が少ないという数字でいいでしょうか。

【事務局】医療需要との見合いで少ないということになっています。

【村島委員】産科、小児科の偏在指標が出ていますが、今後、各科ごとの偏在指標というものは全国的に作られる方向にいくのでしょうか。

【事務局】今の国の検討状況を見ますと、現状の第一次医師確保計画を作るところでは、まだ、そういった議論は出ていないと、こちらの方では見えています。というのも、医療需要をどう見るかとなった時に、産科、小児科以外の医療需要を見るのが難しいというのが現状だと思っています。小児であれば、0歳から14歳のレセプトデータや、患者調査を使うということで医療需要を考えることができますし、産科であれば、ここでは分娩件数を見ているので、それを医療需要とみなすということで、そこで産科それぞれの指標を作っているというところはありますが、ほかの診療科を見ていく時に、医師の方は三師調査等で診療科別とい

うことを出せると思うのですが、それに見合う医療需要をどう考えるかという時に、なかなか現行の統計調査とか、レセプトデータを使うという方法が難しいというところがありますので、仕組みとしては、小児、産科以外の医師偏在対策も医療法に基づき医師確保計画の中で位置付けられるということになってはいますが、現在はエビデンスに基づき出せないということで、まず産科、小児科をお願いすることになっています。

【伊澤委員】医師の数に初期臨床研修医も含まれますか。

【事務局】はい、含まれています。

【伊澤委員】そうすると、佐久病院では32人初期臨床医師がいて、専門医の労働力とはだいぶ違って来るかなと感じます。それも医師数に入っているのですね。

- ・事務局から医師偏在指標について、参考資料1に基づき説明。委員からの質疑は次のとおり。

【保健所長】佐久と上小の比較ということで申し上げますが、私としては、この偏在指標というものは、ある程度真実に近いという部分もあるのではないかと思います。この佐久地域と比べると、例えば上小地域では、上田医療センターが最も医師数が多く、70人前後ということであり、次に医師数の多いところで約25人ということになっています。この佐久地域に例えると、こもろ医療センターが一つあって、二番目が浅間病院の半分の病院で主要な救急医療をやっていることとなります。そのほかの佐久医療センターや佐久病院の本院はないという状況です。先ほどの資料見ますと、一日に約200人の方が上田から佐久医療圏に来ていますので、一年間に73,000人の方がやってきます。その中では、上小地域は二次以上の救急が厳しいので、二次三次救急が多いと思われまます。上小も佐久も救急医療の数が、高齢化に伴って増えています。一時期、一番医師が多い上田医療センターには常勤医師が32人しかいなかったところから、何とか70人に回復してきたのですが、それでも高齢化の関係で、一年間10,000人前後の救急搬送患者が出ています。そのうち1,200人の患者さんは上小地域外に行っており、ほぼ3/4が佐久の二次三次救急のところに来ていたのではないかと思います。もう一つ、産科の指標ですが、上小地域は医師少数地域ということで、非常に驚いたのが、東御市民病院では、産科の先生は一人いますが、分娩は行っていません。そこには付属の助産院があり、そこで現在も年間90件の分娩を助産師のみで行っています。四年前のピーク時には175件の分娩を助産院で行っていたということです。産科の指標に、このような助産院の実績は入っていないという状況です。上小地域としては、佐久地域にかなり医療的に依存せざるを得ないという実感を、この資料に感ずるものがあります。

- ・会議事項(3)について、次の意見を踏まえて、当会議の了承を得た。

【大和委員】患者さんの流出入に関して補正を加えることは、是非やっていただく必要があるし、必要なことだと思いますが、そのことが、医師偏在指標の精度をより高めるとは思いますが、実際、患者さんの移動は、今、白井所長がおっしゃったとおり、救急患者さんであったり、あるいは、がんの高度な医療を受けたい患者さんだったり、実際の受療数の中のある特定の層なわけですから、それで、補正をしたから医師の必要数が、それだけで補正が済んだかといえば、決してそうではないので、患者さんの流出入に関しては補正を加えましたが、偏在指標に関しては、なお、まだ考慮すべき点はあるということは、保留しておいていただきたい。これで完全なものになったと言われると、ちょっと私は違和感があるということは申し上げておきたい。

【事務局】大和先生のご意見承って、また、国等と話をするように進めていきたいと思っています。

(4) その他

- ・特に発言等はなし。

4 その他

- ・事務局（医療推進課）から資料 4-1、4-2 に基づき健康長寿ビッグデータ分析・活用事業について、令和元年度長野県地域医療・介護総合確保基金事業について情報提供。
- ・事務局（保健福祉事務所）から、健康増進法改正による受動喫煙防止対策について情報提供。
- ・上記について、委員からの質疑は特になし。

以上