

令和7年度第2回伊勢崎地域保健医療対策協議会 地域医療構想部会

議事概要

○日 時：令和7年10月21日（火）19：00～20：30

○場 所：伊勢崎敬愛看護学院 3階 大ホール

○出席者：伊勢崎地域保健医療対策協議会地域医療構想部会委員（17名中17名出席）（代理出席を含む）、オブザーバー、事務局、その他関係者

1 開会

2 あいさつ

3 議題

議題（1）新たな地域医療構想について

○資料1、資料1-1に基づき事務局から説明。

○意見等の概要は次のとおり

<委員>

- ・ 資料1について2つ教えていただきたい。1つ目は、地域医療構想が医療計画の上位に位置するというのは具体的にどういうことを意味するのか。2つ目は、地域医療構想の見直しは県がするということですか。そのためにパターンを3つ示されたということか。そうしたときに今の説明だと、4つに分けた地域医療構想を広域化する参考資料としているが、どうしてこうなっているかが理解できないので詳しく説明してほしい。意見を求められても、なぜこうなったのかというのがはっきり把握できないので教えてもらいたい。

<医務課>

- ・ まず地域医療構想が医療計画の上位ということについては、現状だと地域医療構想は医療計画の中の1つのパートとして記載されているが、逆になり地域医療構想の中に医療計画が書かれる構造になる。

<委員>

- ・ 上位というのは地域医療構想が先に決まって、それが医療計画に活きるということなのか。

<事務局>

- ・ 地域医療構想を踏まえて医療計画が作成される。

<委員>

- ・ そうすると、この地域医療構想調整会議の重みづけが大きくなるということか。
- ・ 構想区域の見直し、広域化について、参考資料にシミュレーションが提示されているが、どのような根拠に基づいてシミュレートしたのか十分に理解できない。なぜこのような形になったのかをもう少し具体的に説明してもらいたい。意見を求められても、おそらく多くの委員の先生はご意見を出しようがないのではないか。

<事務局>

- ・ イメージを作りやすいように、最初は資料 1 の 20 ページの案をあくまで 1 つの例として作成した。どういうことかというと、21 ページを見ていただくと基本的にはその人口 20 万人未満の区域があるが、これを国は統合等により一定規模にしていくようにという指示・方針があったので、まずは 20 万人未満の圏域を解消する案として 1 つ考えた。そうすると今の伊勢崎圏域は人口 20 万人以上なので、基本的にはそのまま手をつけない形で 1 つの案として示した。
- ・ 今回、この説明を各委員の方に差し上げていく中で、例 1 つだけだと不十分ではないかというご指摘もあったのでそれを踏まえて、便宜的に伊勢崎他の地域を加えた 3 案を作成した。

<委員>

- ・ 人口基準で例を作ったということは理解できたが、参考資料として広域化シミュレーションとしていくつかのパターンが示されているが、それぞれのパターンはどのようなデータが反映されているのかを聞きたかった。

<事務局>

- ・ 実はこの複数パターンを作成したのがつい 2 日 3 日前ほど前である。

<委員>

- ・ パターン作成は、人口によって分けたという理解でよいか。

<事務局>

- ・ このパターン自体は追加で急遽作った関係があり、必ずしも参考資料と一致しない部分が出てきているのは申し訳ない。

<委員>

- ・ 人口によって構想区域を分けた場合、過疎地をまとめたためこのようになったというイメージはついた。北毛や西毛は人口が少ないところがあるからこのような大きな区域になったと理解できた。では、このように人口だけで構想区域を考えていいのか。それ以外に患者の流入や流出、交通の便など様々な影響を反映させたから、こういうパターンができたというのならわかる。今、我々にアンケー

トで「これでいいか」と問われたときに、どのように判断したらよいのかをお聞きしたかった。

- ・ 人口規模を考えたときの医療機関区域の考え方は、大都市型・人口の少ない地域型と分かれて考える。国の検討では 30 万人までとなっているが、県が 20 万人にしたのは何かそこに齟齬があるようを感じたがいかがか。

<事務局>

- ・ 20 万人は、この資料の主に 11 ページで国の最初の発想として 20 万人未満の医療圏が多く、そこで非効率が生じていのではないかということで「20 万人未満」という最初の大前提があり、これを受けた考え方である。国がまた新たに示した「30 万人」の区域ということとは直接リンクしていない。

<委員>

- ・ 今問題になっているのは、現在の構想区域がほぼ 2 次医療圏と一致しているために非常に効率性が悪い。だから、もう少し構想区域を広く大きくすることを議論してもらいたいということか。その結果、見直された新たな構想区域が県の新たな医療計画に反映されると、こういうような理解でよいのか。

<事務局>

- ・ その通り。

<委員>

- ・ この新構想について新しいことをやるのはいいと思うが、今までの構想がよくわかってないところがある。今までの構想は何が問題で新しくするのか。国から降りてきた話だからやっているのかもしれないが、その辺りがわからない。シミュレーションも自分の病院で検討することあるのかと考えると、何を基準にシミュレーションをどこまでやってどう考えたらいいのかと思う。

<事務局>

- ・ まずなぜ、新たな地域医療構想かというだが、今の地域医療構想は 2016 年頃に始まって、その時の目的としては 75 歳以上が増加する 2025 年を目標とした地域医療構想を進めてきた。
- ・ 2025 年となり、これまでの地域医療構想については一定の成果があったと国の方は評価をしている。国の方では今後 2040 年に向けて、85 歳以上の人口がさらに増えてくるということを見据えて、新たな地域医療構想を作ることになった。法律で決定し都道府県が作成を義務づけられているため、やらざるをえない。
- ・ 広域化するシミュレーションを示したが、なぜ広域が必要かというところについては、群馬県としてもう一度地域の皆さんのご意見を聞いて、「こういう支障があるから広域化する」、「広域化をしたほうがいい」ということを考えていく必要があると思う。もし何も支障がなければ、今のままでもいいと思う。
- ・ 今回この会議で「今まま地域が小さいままでやっていると具体的にこういう支障があるので広域化

したほうがいい」というご意見を言っていただければ、それを踏まえて、構想区域の拡大を進められる。逆に問題がなければ、必ずしも国が言ってからといって無理に進める必要はない。

<委員>

- ・ 委員の話はすごく大切なことだと思う。地域医療構想は将来の人口構造や疾病構造が変わっていくにあたり、どのような医療提供体制を構築すればよいかということである。そうしたときに、それぞれの地域の中でどのように病院の役割分担をしなくてはいけないかということである。
- ・ マーケットがどんどん小さくなつて、現実的に病院の数は減つてゐる。その中でそれぞれの病院は生き残りをかけなくてはならないし、他にも医師の偏在などの問題もある。そういう中で病院がそれぞれの地域で住民に対して適切な医療提供体制をどのようにやっていくのかということは国が考えていくことでもあり、我々医療提供者側はどうやって生き残りをかけるかということでもある。適切に対応しないと病院は存続できなくなる。
- ・ この地域医療構想の中で人口 30 万人に一つの急性期拠点病院を設けるとなつてゐる。国はどのように考えているかというと、例えば、北海道の山奥で人口 20 万人未満の所でも拠点病院を一つは作るべきだと言つてゐる。それは「医療の均てん化」が求められるからである。一方、伊勢崎市のような人口 20 万人ぐらいのところに、急性期拠点病院が 2 つあっていいのかということが問題となる。
- ・ この場合、2 つの病院が競合することになるし、片方が潰れてしまうかもしれない。或いは 1 つの大きな病院が、具体的に言えば市民病院が、高齢者救急をたくさん受けてしまうと、高齢者救急の受け皿である医師会病院の患者が奪われてしまい、医師会病院の経営が困難になるかもしれない。或いは本来、市民病院が果たすべき高度急性期医療への対応が適切になされなくなるかもしれない。
- ・ 我々はこのような課題についてきちんと話し合つて、地域の中でそれぞれの病院が機能分化をすることを真剣に語つておかなくてはならない。このような意味から構想区域を考えていくというのはとても重要なことである。ある構想区域の中において急性期拠点病院はどこなのか、自分の病院は地域の中でどのような役割を果たすのかを考えなくてはいけない。地域住民にとっては、それぞれの病院の機能がはっきりとわかることによって、自身の症状に対して適切な病院がどこかが理解され、その結果、適切な医療が提供される。そういう意味で、この地域医療構想調整会議はとても重要である。
- ・ 新たな構想区域がどうなるかというのは、我々にとっても死活問題である。実際にその中で、適切なベッド数や適切な機能が決まつてくることになる。これまでの地域医療構想調整会議においては、それぞれ病院は一国一城の主なので好き勝手にやればいいじゃないかといった話があった。このような考え方方が、今までの地域医療構想調整会議の中でも議論が進まなかつた要因と思われる。
- ・ このような状態では日本の医療提供体制がダメになつてしまうのではないか。そうならないためにこの地域医療構想調整会議にある程度強制性を持たせたらいいというような話まで出てきつてゐる。自分のやりたい医療を行うという時代はもう終わつて、これから地域に求められる医療を行うことが求められる時代になつたとき、我々はこの地域医療構想調整会議においてしっかり議論し、将来の医療提供体制を考えるべきだろうと思っている。

<委員>

- ・構想区域の話があったとき、県は自動的に20万人以下のところをピックアップしてどこかと統合するということをやっていくことになる。その時に桐生は20万人以下なので、どこかに入れることになった。
- ・なぜ桐生が太田館林に入るのか自分で理由がわからないが、1つの理由としてはまず、病院協会が伊勢崎と一緒にいるということ。これについては、病院協会も県のアドバイザーをやっているので知っている訳である。それでなぜ伊勢崎に入れないのか。
- ・あとは医療体制や有効性面だと思うが、桐生自体はどこかと一緒にになっていく。そうするとやはり、伊勢崎と一緒にいいのではないかと単純に思った。

<委員>

- ・流入・流出率について脳神経疾患に関しては、流入率が大分変わってきている。例えば、以前は埼玉県北部から伊勢崎市に相当数の脳神経疾患患者が流入していたが、最近はそうではない。
- ・脳神経疾患に関しては桐生地域においても少しずつ変わってきて、地域で完結する方向性になっていることが伺われる。委員がおっしゃった通り、他の地域において、あるいは他の疾患に関しての患者の流れはどうか。どういったかたちがそれぞれの地域にとっていいのか。例えば、桐生厚生病院のあり方、もし桐生と伊勢崎が同じ構想区域になるのであればここで議論しないといけない。

<委員>

- ・基本的に単独が一番楽である。懸念することがいくつかあり、1つはまず「30万人」とある。実際に30万人で整理すると、どちらが多分地域急性期機能病院になると思う。この資料をみると、手術は全部、拠点病院で行うことになる。これもう医師会病院でもちろんだから先生とこの病院でも全部それは原則である。2040年以降まで少し時間をかけてわからぬが、今、いきなりこれかという話である。

<委員>

- ・ご指摘のように、手術はすべて急性期拠点機能を有する病院で行うような記載がされているが、対象となる疾患は悪性腫瘍など、ある程度治療を待てる疾患であり、急性期脳卒中や虚血性心疾患など、なるべく早く治療を開始すべき疾患は、急性期拠点機能をもつ地域の中核病院でなくても対応すること求められる。

<委員>

- ・ここで20万人や30万人といっているが、伊勢崎市の人口を本当に保てるのかが気になる。数字は保てているが、産婦人科の医師の話では伊勢崎地域はかなり外国人の方が多い。外国人の方は20代から50代辺りが多く、その方が周辺地域を回っている。実際、年齢を重ねてこの地域で最後迎えないケースが多い。境町地区は外国人の方がたくさんいるが、みな帰ってしまう。
- ・基本的に人口比率に対して外部の方の要件で患者のソースとなるので、20万人の人口が変わっているかというと、それはどうなのかと思う。やはり、最終的に増えているといっているこの計算が、本当に

合っているのか。

- ・日本人の出生率で、ここ 10 年ぐらいで増えているのは外国人である。もちろん一緒にやればいいが、将来的に働き手や患者ソースとなるかというのは、疑問がある。人口 20 万人とあるが、昔は伊勢崎市の人口は 11 万人で赤堀を加えた総人口が 20 万人に届くかどうかだった。将来は 23 万人というが、果たして患者さんがこの地域にいるのか、と思っただけ。
- ・やはりどこかの圏域と一緒にになるのはいいが、2040 年になったときに構想地域をどうするのか。少なくともいくつか例を挙げてほしい。

<委員>

- ・今の話は重要なポイントであって、人口減少とともに患者数が減少することは目に見えている。いかに増えてしまったベッドを減らしていくかということが議論されなくてはならない。増やすことは比較的楽だが、減らす方が余程大変である。
- ・前回の会議で、病院経営者としては病床利用率 70% では病院が潰れてしまうという話をした。ところが先日、元医政局長が、急性期病棟は、大体、病床利用率 70 から 75% でやっていけることを意識しているとお話しされていた。しかし現実には、現在の診療報酬制度では、病床使用率 75% では経営が成り立たない、病床利用率を上げなければ食べていけないという話をした。
- ・その際「公的・公立病院は税金で補填されるので赤字でもやっていける」という話がでた。さらに、民間病院は収益があがらないため職員給与をあげることもできない。一方、公立病院は人事院勧告によって給与が上がり、官民の給与差がどんどん広がって、民間病院では職員の確保が困難になっている。日精協の山崎先生は、同一労働・同一賃金であるべきだとお話されたが、そのためには適切な診療報酬改定が望まれる。診療報酬改定は国の問題だが、いずれにしても、地域医療構想調整会議においてベッド数をどうしていくか、地域の中の機能分化をしっかりしていくということは、とても重要なことである。

<委員>

- ・広域化シミュレーションのパターンが示されてこれが進んだときに、二次医療圏の存在はどういうようになるのか、お考えを教えていただきたい。

<事務局>

- ・現在、二次医療圏と構想区域は同一のものになっている。はっきりと国から説明をされていないが、今後その地域医療構想が医療計画の上位概念になるということは、これによって地域構想区域が拡大されれば、それに医療圏もあわせて条件と一緒にになってくるということが予想される。

<委員>

- ・そうするとやはり先ほど出ていたが、桐生圏域と一緒になれば、その桐生の病院ともこういった集まりをやっていくことが、いずれ必要になってくるのだと感じた。

<部会長>

- ・ あくまでもこれは構想でイメージ・パターンなので、ここでアンケートをとりそれから県で決めていただくので、ここで議論してもしかたがない。A～C のパターンがあるが、どの地域と一緒になる、一緒にならないというのは先の話である。いかに我々の伊勢崎圏域から流出している人がどのくらいか、入院がどれくらいかといったことを踏まえて、県で検討していただく形になる。
- ・ そこで先生方からアンケートとしてご意見をいただきたい。この場で議論してもなかなか結論が出ない。

議題（2）かかりつけ医機能報告制度についてについて

○資料2に基づき事務局から説明。

○意見等なし。

議題（3）病床数適正化支援事業について

○資料3に基づき事務局から説明

○意見等の概要は次のとおり

<部会長>

- ・ 経営が急変に対して最初そういう目標がなかったような気がする。病床を減らすことによって補助金が出てる話で、途中から経営赤字が3年間続いた病院に限られる。

<事務局>

- ・ 当初から経営が急変した医療機関の救済を目的としていたことは変わりがない。当初から赤字病院の救済ということが目的である。

<部会長>

- ・ そういう赤字病院を救ったところで、医療が正常化するというのはちょっと難しい。もう少し色々と考えて病床を考えていただければと思う。赤字だからお金出るので何とかしようではなくて、これから先どうなるかってことを踏まえて病床をコントロールしていただきたい。
- ・ 次に議題4「令和6年度病床機能の結果について」ご説明をお願いします。

議題（4）令和6年度病床機能報告の結果について

○資料に4に基づき事務局から説明。

○意見等なし。

議題（5）その他（連携推進法人）について

○資料5に基づき大澤委員から説明

○意見等の概要は次のとおり

<部会長>

- ・我々としては、連携推進法人を設立していきたいと思っている。それで、参加者を募集しているところで、「概要」を書いて示した。色々な連携法人を見てみると、まだ始まったばかりでどのような結果がでているのかはっきりと出でていない。ですから、ひとまず連携をしていこうとある。
- ・これから先ほど委員がおっしゃったように、医療ニーズは減って患者さん少なくなっていく。幸いにして我々のところは高齢者増えるという段階ではあるが、いずれ減ってくる。そこで、地域住民が、いかにこの限られた医療資源の中で十分な医療を受けられるか、我々がどう提供していったらいいのかを考えていくのに、もう1つのツールとして「連携推進法人」が必要ではないかと思っている。
- ・市民病院の小林院長と話をしたが、市民病院は高齢者救急を積極的に取るような意思はないので、そういう意味での心配は低いと思う。そこで我々の中で1つ手を組んで法人作り、その法人の中でいろいろとやっていく。
- ・病院を経営されている方たちは、先ほど言ったように一国一城の主なので自分のところが大事だということだとすると、この連携推進法人はないしこの地域医療構想部会の会議自体の意味がなくなってしまう。地域の医療をいかに存続していくか皆さんから考えていただければと思う。連携推進法人が設立されたからといって、皆さんの病院に何か危害与えるようなことはないので、その辺のところで考えていただきたい。

<委員>

- ・まだ始まったばかりということで他のところの例もないので、ちょっとイメージもあまりわからないが、今日の設立も見ると診療所も入るとすると、今後、医師会、伊勢崎佐波医師会の先生方も入るかどうかという話を、多分していくのかと思う。
- ・これに入らないとできないことや、連携推進法人に入らないということはできないよというのは、どういうところなのかと感じた。

<部会長>

- ・そういったことは全くないと思う。先生方がご自身の病院で頑張られることについて、我々は関与しない。ただ、我々としては1つ連携法推進人を作り、地域住民に対して限られた医療資源の中で持続可能な医療を提供していきたいという考え方である。ご自身の病院で自分の努力でやっていくというのは、しょうがないかなと思う。
- ・ただ、これがいつまでも自助努力だけでこの地域の医療を守っていけるかということに対しては、少し疑問がある。何とか皆さんの力添えで、この連携推進法人に入れるのであれば入っていただきたいと思っている。

<委員>

- ・例えば、画像データの共有などは前橋でもいくつかやってたり連携推進法人でなくても同じようなことは、やろうと思ったらできるのではないか。こういう会議もこれを作ろうが作るまいがみんなで今日のような会議をやって、あまりイメージが湧かない。
- ・ただ、連携推進法人を作ったからと言ってやっていこうということか。連携推進法人を1から作るのは

結構パワーがいる。

<委員>

- ・ 私は診療所の立場としてここにいるが、在宅医療をやっているので、患者が必要なときにベッドが使えて、また在宅にという循環が、よりよくできるのではないかと思っている。それから医薬品の共同購入などスケールメリットも診療所としては期待している。また、診療所では滅多に使わないため、在庫はないような薬品等を、出来れば推進法人内の病院から“購入できるようなことをできたらいいなと思う。

<委員>

- ・ 連携推進法人はたくさんあるが、連携以上統合以下をうたっているものが多い。ある先生が「デメリットがないのがメリットだ」と言っていたがそれは1つある。
- ・ 例えば、市民病院が単独ではできないことの中で給食がある。給食もそれぞれやっていていいるが、例えば、医師会病院が給食センターを作るなどは考えていらっしゃるのか。

<部会長>

- ・ 給食は大変だと思うが、学校給食においてもやはり自分のとこでやるのが一番だと思う。センターを作ったときに大きなお金で動いていけば、そのスケールメリットはあまり感じてない。伊勢崎市も30億円くらいかけて給食センター作ったが、決してスケールメリットを活かしているとは思えない。

<委員>

- ・ 効果は別としてそういう方向になってしまうと思う。勿論色々と検討したいと思っているが、当然自分1人では動けない。薬の共同購入などで良いという意見ももちろんあると思うが、そういう具体的なものがある。

<委員>

- ・ 地域医療連携推進法人は、大澤委員のお話を聞きし、これがうまくいったら素晴らしいことだと思った。しかし、うまくというのはとても大変だと思う。例えば、この地域医療構想調整会議でも同じような議論ができるはずである。しかし、機能分担していきましょう、病床数をどうしましょうといつても、実際には十分に議論できている状況とは言えない。
- ・ ではどうしたらよいかというと、志を同じくするような人たちが本気で自分ごととして考えないと、この地域医療連携推進法人はうまくいかないように感じられる。誰かがこの指とまれといって、それではとりあえず入っておこうとうのでは、なかなかうまくいかない。
- ・ この地域医療連携推進法人を設立することは、地域医療構想の中で検討されるべきである。この中で議論されて初めて「じゃあこういうふうにしてやっていこう」となれば、すごくよくなると思う。大澤委員がお話になったことは夢があってうまくいたらこの地域はなくなるだろと思うが、果たしてここにいるみんなが本当に自分ごととしてそれを考えるかどうかということが一番問題であると

感じられる。

<部会長>

- そこで志と一緒にできる人が集まればいいと思う。違う考えの人が入ってきて、かき回してもしょうがない。我々としてはこういう方向に向かっているので、少なくとも反対しないでほしい。ですから、反対するのであれば入ってきてその中で、意見を述べていただければいい。「この会ができるだろうからじゃあやらない」という形になると困る。
- 我々としては、市民病院と医師会病院と少し話を進めていて、そこで連携推進法人を作つてみて、方向づけをしたい。もちろん先生方の病院を拒絶しているわけではないし入っていただきたいが、すべての人が1つになって志を1つにして連携推進法人を作るということは、いつになつてもできない。
- まず作つてみて、あんまり意味がないとなつたら入つてこないし、何かいいことがあれば入つてきていただければいいと思う。我々は連携推進法人を考えているので、それに対して反対の意見があるかないか伺いたい。反対しない場合は、連携推進法人を設立する方向に進んでいこうと考えている。

では、反対の方はいらっしゃいますか。

<委員>

- 総論としてはすごくいいけど具体性が欠けるから、先ほどからお話しましたように、みんなこれ賛成ですか、反対ですかというと、何だかよくわかんないなっていうのが実際のところである。

<会長>

- ただ、これはやってみないとわからないところがある。「やってみないとわからないからやらない」というのでは何も進まないので、まずやってみて駄目ならしょうがないと思う。少なくとも市民病院との間の話では、何とかやっていこうと進めているのでご了承いただきたい。

<委員>

- これを進めるには、地域医療対策協議会を通さないと進んでいかない。そのためにはこの地域医療構想部会で、対策協議会に「地域医療連携推進法人設立に関する異議なし」という意見を協議会に持つていけなければ進まない。これは県が認可していくものなので、そのところを勘案いただきたい。
- おそらく市民病院と医師会病院は、そこで「核」になっていくと思う。その中で、皆様方に色々と提案していく、こういうものにしていくがどうかと誘いかけていくことになる。

<委員>

- 先程言った通り、法人なので自分一人だけで決められない。法人内で説明するために、色々な病院と地域でやっていきたいといったとき、連携推進法人ができていて他のところが入るのを待っているという形なのか、連携する他の病院が入ると言った時に入るという形になるのか、そんな感じでいいか。

<委員>

- ・ 今、この話の中心となって進めているのは、市民病院と医師会病院だと認識している。では市民病院がどのような将来像を描いているか、或いは医師会病院がどのような将来像を描いているのかということが明確であってほしいと思う。
- ・ 例えば、医師会病院は、脳血管内治療のために新たに脳血管撮影装置を購入すると聞いているが、そのことが、将来的にこの地域の医療提供体制に合っているのか。国の循環器病対策推進協議会として、急性期脳卒中患者は、365日24時間、血栓内カテーテル治療ができる脳卒中のコアセンターに集めていく方針である。これは患者を集約化することで医療の質が上がる当データがあるからだ。現在、医師会病院では脳血管撮影機が故障しているため、医師会病院に搬送されたかもしれない脳卒中患者さんが当院に搬送されているのは事実である。
- ・ これは、ある意味で理想的な形だろうと思う。やりたい医療、例えば、医師会病院では急性期医療をやるというような話をしているが、はっきり言ってこれは適切ではないかと思う。やはり、これから医師会病院に求められる医療は何かを考えたら、いわゆる高齢者救急への対応や在宅療養支援だと思う。一方、市民病院はいわゆる高度急性期を担っていく。このように考えた場合、医師会病院は、医師会病院の将来のあり方として、例えば、いわゆる高齢者医療をしっかりとするとか、今後、大きなニーズとなる在宅医療をバックアップするとか、そのようなことが明確になればいいと思う。これから1億円出して新しい脳血管撮影装置を購入するという話だと、ちょっと違うと思わざるをえない。だから、やはり将来的な姿というものが見えて欲しいと思う。

<部会長>

- ・ その点は、美原記念病院さんの専門だったらわかるが、先生のところもほとんど病床満床だということですから、医師会病院が緩衝役として少しでも役に立てばいいなというところである。先生と勝負しようとは思っていない。先生のところに患者さんが全部集まったとき、患者さんは入院を待つような状態だと困る。いずれ淘汰されていくと思うが、そこで1億円の出資はやむを得ないのかなというのが医師会病院の考え方である。

<委員>

- ・ それは医師会病院としての考え方だが、世の中の方向性と少し違うかもしれない。例えば、自治医大から医師を呼んで内視鏡手術を考えているというのが何か記載されていたが、それも機能分化という視点からは違うと思わざるを得ない。これからの医療提供体制ということを考えたとき、まさに機能分化が求められている。
- ・ そのことを理解して、地域の中でどのように機能分担していくか、自分たちの病院がやりたい医療ではなくて、地域に求められる医療をしっかりとやっていくということが議論できないと、「これやりたいよ」と言っていると、なかなかこの話がまとまらないのではないかと思う。

<部会長>

- ・ まさにその通りである。我々医師会も常勤医の話し合いがあり、救急以上だがそれではうまくいかないので方向を少し変えていくつもりで、渋澤院長とは話をしているところである。理想は理想なので、

理想だけで地域保健医療対策協議会で地域連携推進法人の話になり、この部会で満場一致しないと受け付けないとかそういう意味であれば満場一致にはならないし、絵に描いた餅でこの話がなかったことになる。とにかく反対がなければ協議会に諮り進めて行きたい。

- 本当に皆さんと同じ方向に動いてくれて同じような形できれば一番いいが、なかなかそういうわけではない。ただ、我々としても皆様の足を引っ張る形は絶対にしないし、そのつもりも全くない。地域住民の医療を守っていきたいので、それ以上のこともないしそれ以下でもない。

<委員>

- 地域医療連携推進法人がスタートするにしても、実際は病院の細かいところまで介入するものではない。お互いに一致できるところは共同でやっていき、別に医師会病院で運用してはけないとは考えていない。もちろん美原記念病院でやっていただきたい。

<委員>

- そういうことを言っているのではなく、1つの話としてこれからの先行きを見たとき、医師会病院の果たすべき役割は何なのかということである。私は、医師会病院に求められる役割は在宅医療の後方支援病院であり、高齢者救急だと考える。一方、高度の医療というのは、ある程度集約化が求められている。
- 例えば医師会病院で脳血管内治療をやりたいと言っても、十分な医師数が確保されていない、リハビリテーション体制が十分ではないなど、そのような状況で超急性期脳血管内治療を行うということが、ある意味で誤解のないように言えば、適切な医療提供ではない。本当に求められているのは何かということを考えた時に、しっかり機能分化をして、それぞれの病院がそれぞれの果たすべき役割をしていくということが、個人的にはとても重要だと思う。そういう意味で大澤委員がおっしゃった提言というのは、非常に将来性があるのではないかと認識している。

<委員>

- 結果については私の方からコメントしない。ただ、医師会病院としてもある程度今いる医師で、ある程度仕事をやっていく上では必要だろうと考えて、一応、今回は公表することになった。ただ、数年後に先を見据えてやろうという話もあるかもしれない。これがあと数年はまだ共同でかかると思うし、その間はいいのではないかと思った。

<事務局>

- 資料1について補足で説明させていただく。地域医療構想の構想区域を3パターン示させていただいた。説明に誤解があったが、資料2のパターンと、今日お配りした資料1②のパターンAが同じものになるので、全部で3パターンということになる。ご意見をいただければ、検討させていただく。

<会議終了>

5 閉会