

令和８年度第１回鹿児島県地域医療構想調整会議議事録

１ 日 時

令和８年７月３日（金）

午後６時１５分から午後７時４５分

２ 場 所

県庁１８階 特別会議室

３ 出席者

<委員> 16 人

<鹿児島県地域医療構想アドバイザー>

福岡国際医療福祉大学 松田学長

<事務局>

鹿児島県保健福祉部保健医療福祉課

４ 協議事項等

（１）報告事項

- ① 現行の地域医療構想の取組実績等について
- ② 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」について

（２）協議事項

- ① 新たな地域医療構想の検討体制について
- ② 新たな地域医療構想の策定スケジュールについて

５ 議事概要

（１）報告事項

- ① 現行の地域医療構想の取組実績等について
- ② 「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」について

【事務局（県保健医療福祉課）から資料１、２により説明】

牧角議長

ありがとうございました。ただいま事務局から現行の地域医療構想の取り組み実績等及び新たな地域医療構想に関するとりまとめについて、説明がございました。

委員の皆様から何かご意見、ご質問ございませんでしょうか。

四元委員

県所長会の四元でございます。よろしくお願いいたします。

21 ページの説明のうち、『策定のプロセス』に関する 3 点目について申し上げます。

取り組みの方向性については、地域医療構想の中で 2028 年度中までに決定される予定であり、具体的な取り組みは第 9 次医療計画の検討過程において議論されると記載されております。

本日、説明はありませんでしたが、委員の先生方をご承知のとおり、今後、地域医療構想は県の保健医療計画の上位計画として位置付けられるとの記述がとりまとめ資料に見られました。そういった意味で、このため、新たな地域医療構想は、人材確保を含め多様な課題を保健医療計画と連携しつつ、地域医療構想の中で議論していくことになるかと理解しておりますので、共通認識をよろしくお願いいたしますと思います。

牧角議長

はい、ありがとうございました。新たな地域医療構想は、第 9 次医療計画の上位に位置付けられますので、本当に重要になるかなと思っております。その他何かご質問ご意見ございませんでしょうか。

続きまして、協議事項として、新たな地域医療構想の検討体制及び新たな地域医療構想の策定スケジュールについて、事務局よろしくお願いいたします。

(2) 協議事項

- ① 新たな地域医療構想の検討体制について
- ② 新たな地域医療構想の策定スケジュールについて

【事務局（県保健医療福祉課）から資料 1、2 により説明】

牧角議長

ありがとうございます。地域医療構想の検討体制及び新たな地域医療構想の策定スケジュールについて、事務局の説明がございましたけども、何かご意見、ご質問ございませんでしょうか。Web でご参加の先生方、よろしいでしょうか。

四元委員

よろしいでしょうか。県所長会の四元でございます。30 ページの資料の「新たな地域医療構想検討会での主な議論事項（案）」についてお伺いします。

特に、各構想区域での地域医療構想調整会議の内容についてですが、主に 3 回開催する中で、検討体制や現状の課題、先ほどのご説明にもありました現行区域での課題など既にでていましたが、そういった課題の共有といったことを 1 年かけてやるような記載になっている

るかと思います。一方で、その次の令和9年度を見ますと、「課題を踏まえた構想区域の見直し」といった内容が後段で出てくるわけですね。

現場の感覚としては、既に課題等もかなり見えている中で、これから構想区域の見直しが行われる予定なのか、あるいは行われないのかといった方向性を、できるだけ早い段階で把握したうえで、その区域内における現状課題の把握とか、今後の方向性、あるいはそういった構想区域の在り方も踏まえた中で検討委員を検討していくほうが、議論が先に進むような気がしまして。そのため、そうした検討を行った後に令和9年度で区域の見直しを行うとなると、結果的に同じような議論をもう一度繰り返すことにもなりかねないのではと思っています。特に、令和8年度では我々は何を地域で検討すべきなのか。そういったことも踏まえながら構想区域が見直されると、再度同じことをやるといった認識でよろしいのか、その辺りの考え方について伺いしたいと思います。

牧角議長

ありがとうございます。まだガイドラインが出ていない段階でありますので、その辺はなかなか難しいですけども、事務局よろしくお願いします。

事務局

はい。四元委員がおっしゃるお話もあるかと思いますが。

今、事務局の方で考えましたのは、この課題を把握するという点では、感覚的な部分や、これまでの協議の中で把握している部分はあると思います。ただ、実際の患者さんの圏域をまたいだ移動の状況など、さまざまなデータを分析したうえで、その結果として見えてきたデータに基づく課題を把握し、その上で構想区域について検討してはどうかという考えもあり、今のような流れにしているところでございます。この点につきましては、委員の皆様のご意見を踏まえながら考えていきたいと思っております。

四元委員

追加になりますけれども、おそらくこの構想区域の検討というのは、将来策定される第9次保健医療計画における、いわゆる二次医療圏の設定にもリンクしていくのではないかと考えているところです。そうした将来の二次医療圏もある程度見越した中で、今後、構想区域を定め、その区域ごとに調整会議で検討を進めていくことになると思います。

そういったことも含めて、この構想区域の見直しについては、慎重に、あるいは必要があれば大胆に進めていく必要があるのかなと思っています。その点を申し上げておきます。

牧角議長

はい、ありがとうございます。貴重なご意見だったと思います。

構想区域の見直しについて、松田先生、いかがでしょうか。地域アドバイザーとしてのご意見がございましたら、お聞かせいただけますでしょうか。

松田アドバイザー

構想区域の見直しについてですけれども、住んでいる人の立場から考えないと、方向性を間違えてしまうと思うんですね。

例えば何かの自己完結率を高めるために、2つの圏域を一緒にしたとしても、もともと医療へのアクセスが悪い地域の人たちの状況は改善しないわけです。新しい構想区域で自己完結率の数字だけが改善するという形になってしまうので、区域の枠組みありきで考えるのではなく、それぞれの個別の課題に応じて柔軟に構想区域を考えるやり方のほうがよいだろうと思っています。

実際に岩手県は、まさにそういう考え方をとっています。がん医療については一つの圏域で考え、心筋梗塞などは、複数の圏域で対応するなど、病院の業態に応じて構想区域を変えているということですよね。

もう1つ重要なのは、これから慢性期をどのように支えていくかということです。慢性期は介護との繋がりが非常に強いので、構想区域を広げすぎてしまうと、さまざまな問題が出てくると思います。そう考えると、今ある病院の高齢者救急を軸に、構想区域を考えていった方がよいのではないかと考えています。

それから、曾於地区などについても、本日の資料では他区域との関係が示されていましたが、例えば曾於医療圏を肝属と一緒にしたとしても、実際には患者さんの動きはそれほど多くないと思います。むしろ、一部の患者さんは宮崎県の方に流出している状況があります。

そうすると、県境をまたぐ地域については、構想区域をどうするかという議論以上に、隣接する県との調整をどう進めるかということの方が重要になる場合もあります。

そういう意味では、患者さんの流れをベースにして、どのような構想区域を考えるのがよいのか、あるいは病態ごと、課題ごとに考えられる仕組みの方がいいように思います。

多分、構想区域が問題になるのが、おそらく曾於と、始良・伊佐圏域の伊佐だと思うんですね。

伊佐の人達は、急性期になると人吉の方に行っています。そうすると隣の圏域との連携をどうするかという形で、何か考えていったほうが良いと思います。また、始良・伊佐という1つの構想区域として考えるよりも、伊佐地域と始良地域を分けて、熊本県の球磨地域との連携をどうするかという形で考えていくというようにそこに住んでいる住民の目線で考えていかないと、少し間違えてしまう可能性があると思いますので、そういう意味で構想区域は、課題ごとにに応じて柔軟に考えられるやり方のほうがよいだろうと思います。

それから先ほど、新しい地域医療構想に関するガイドラインが発出されましたので、厚生労働省のホームページに掲載されますので、参考にしてください。以上です。

牧角議長

ありがとうございました。27ページの資料を見ると、委員会のメンバーが増えていますよね。生活圏が関連すると介護保険の話にもなってきますので、市町村の役割とか県の役割

というのが、非常に重要な面になってくるのではないかなと思っておりませんが、その辺はどうでしょうか。県がリーダーシップを取ってやれるのでしょうか。あるいは、生活圏を考えると、市町村の担当行政の方々がリーダーシップを取ってやる方がよろしいのか。その辺りはいかがでしょうか。

事務局

はい。介護につきましては、市町村が中心となってやっているところはございますけれども、本日ガイドラインも出たということでございますので、そういったものも見ながら、こういった形がいいのかというところは、また検討していきたいと考えております。

牧角議長

ありがとうございます。今日ガイドラインが出たということですので、熟読して対策を練れば良いかなと思います。何かご意見、ご質問ございませんでしょうか。

四元委員

先ほどの松田先生のお話が非常に分かりやすかったと思います。ありがとうございます。それに関連してなんですけれども、もう一回 29 ページのスケジュールをご覧いただきたいと思います。このスケジュールでいきますと、当面は今の構想区域を主体となって検討を進めていくのかなと思っております。

先ほど松田先生のお話をお伺いしますと、高度急性期や介護など、さまざまな医療の状況に応じて構想区域を設定し、今後対応していくということだと理解いたしました。それは非常に素晴らしいことだと思ったところです。そうなった場合に、それぞれの圏域を変えたり、あるいは隣県をまたいだりすることに関する地域医療構想というものを策定していく必要があるのかどうか、お伺いしたいと思います。

例えば高度急性期に関して、関係者が集まって全体の急性期医療について議論していくのか、あるいは隣県との関係になりますと、先ほどお話に出ました曾於や伊佐の医療圏のような地域は、この過程の中で先に隣県と調整をしながら、その合意に基づく地域医療構想のようなものを作っていく必要があるのか。要するに、そういった個別の圏域ごとに分けての議論というのは、一旦、現在の構想区域で地域医療構想を策定した後に行うのか、それとも先にそうした枠組みを設けた上で、それぞれの地域医療構想の考え方を整理していくのか、その辺りについてどう考えればよいのかと思っております。

もしお分かりでしたら教えていただければと思います。

牧角議長

はい。現在、現行の地域医療構想と新たな地域医療構想の議論が混在しておりますので、松田先生、いかがでしょうか。

松田アドバイザー

基本的には、まずデータの分析からだろうと思います。やはり患者さんがどういうふうに動いているのかということ、課題ごとに明らかにして、そのデータをもとに考えた方がよいだろうと思います。

例えば、隣県との間で患者さんの移動がかなりあるような地域であれば、ある程度、そのデータを踏まえた上で、隣接する圏域との合同の会議を行っていくということでよいのではないかと思います。この間、人吉市で研修会の講師を務めたのですが、その際には人吉市が声をかけて、小林市、えびの市、それから伊佐市の方々も参加されていました。実際に患者さんの行き来があるわけですから、そうした実態をベースにまず話し合いを行い、その内容をきちんと構想の中に書き込んでいくという方がよいだろうと思います。

一度構想を作ってから隣県との調整を行うとなると、その時点でさまざまな整合性の問題が出てくると思います。まずは、今後データブックなども示されると思いますので、そういったものも活用しながら、患者さんの移動の実態を踏まえて議論を進めていくのがよいのではないかと思います。

牧角議長

ありがとうございます。

鹿児島県は、本当に高齢化が進んでおりますし、それ以上に民間の中小病院が非常に多い県でございますので、その調整は非常に難しいのではないかなと思っております。その辺について、今後、調整会議がうまく回るようなアドバイスが何かございましたら、松田先生の方からお聞かせいただけませんか。

松田アドバイザー

鹿児島県の場合ということですか。

牧角議長

そうです。

松田アドバイザー

あまりそんなに難しく考える必要はないのかなと思っています。

結局、今やっている医療の延長線上に、それぞれの機能を考えていかなければいけないと思います。ただ問題は、おそらく多くの先生方が考えている理想の医療と、実際の患者さんとの間にギャップが出てきているのだろうと思っています。

例えば、急性期医療というと、心筋梗塞や脳血管障害を診る救急医療をイメージしていたとしても、実際に運ばれてくる患者さんは高齢者であったり、肺炎の患者さんであったりするわけです。地域の高齢化に伴って医療の内容そのものが変わってきている。そのギャップに気づいていただいて、地域のニーズに合わせた方向に転換していくことが必要なのだと

思います。そうした中で、「地域のニーズに応えるためにはどうしたらよいのか」を考えていただければ、それは民間病院であろうと公的病院であろうと、あまり関係なく取り組めるのではないかと思います。

鹿児島県でどうかは分かりませんが、私は東北地方の分析をいくつかお手伝いしていました。その中でも、自分たちがやりたいと思っている医療と現場のニーズとのギャップが大きくなり、その結果として病床が埋まらなくなってきたという状況が見られました。

そこで初めてその状況に気づかれ、病院の構造転換を始められているのですが、人口構造が変わり、地域のニーズも変化しているということに気づいていただければ、それに合わせて医療提供体制を変えていくことは、それほど難しいことではないと思います。ですので、公的病院か民間病院かという点は、あまり本質的な問題ではないのかなというふうに思っています。

むしろ、これから非常に大事になってくるのは、慢性期医療をいかに支えるかというところだと思います。例えば、介護施設の日常的な医療をどう支えるのか、あるいは医師がほとんどいなくなってくるような地域において、プライマリ・ケアをどう支えていくのかといったことです。場合によっては地域の中核病院がそうした役割も担わなければならなくなってくると思います。宮崎県の会議でも話題になりましたが、例えば宮崎県の西諸医療圏などでは、病院が訪問診療を行うことによって地域の在宅医療を支えている事例があります。

実際に取り組まれているのは外科の先生方だったりするのですが、本来の専門分野とは違うという思いがあったとしても、地域のニーズは確実に変わってきています。

そうした変化に気づいて対応していただければ、公的か民間かという違いはそれほど大きな問題ではないのではないかと、個人的には思っています。以上です。

牧角議長

ありがとうございます。

松田アドバイザー

むしろ民間の方が、ある意味では構造転換しやすい部分もあると思います。

例えば、北海道の事例をずっと集めているのですが、今まで急性期を中心としていた病院が、病棟を地域包括ケア病棟に変えています。それでもうまくいかなかったため、さらに別の病棟を看多機（看護小規模多機能型居宅介護）へ転換した事例もあります。また、ある病院では1病棟を丸ごとサ高住（サービス付き高齢者向け住宅）に転換しているところもあります。

そうやって病院の中に介護とのつながりを強化できる組織をつくり、在宅との連携を強化できる体制を整えていくということを、多くの病院が北海道などでも始めています。

その点、公立病院の場合は、議会の承認を得る必要があるなど、さまざまな手続きがあり、意思決定までに時間がかかってしまうことがあります。むしろ、そうした構造転換については、民間病院の方が取り組みやすい部分があるのかなとは思っています。

牧角議長

ありがとうございます。

鹿児島県の特徴としては、民間の中小病院が非常に多い県でございますし、それぞれの病院が今後の機能を考える際には、どの機能を選択したとしても、経営的に成り立つという担保が必要だろうというのが、いつも悩ましいところでございます。

何かご意見、ご質問ございませんでしょうか。

牧角議長

鹿児島県は、鹿児島市に人口が集中しており、また医療資源も一極集中しているわけですが、けれども、特に私も鹿児島市以外の地域においては、鹿児島市の医療機関と連携せざるを得ない状況にあります。

そうした中で、鹿児島市とそれ以外の医療圏との医療連携の体制づくりについて、松田先生から何かアドバイスがございませんでしょうか。

松田アドバイザー

多分、まさにそれをやらなければいけないのだろうと思っています。

他の地域でも、都市部の病院が過疎地の診療所や病院をサポートするという取組を、もう始めています。

北海道の事例で恐縮ですが、北海道に豊生会という札幌市内の病院があります。そこでは、すでに夕張市や歌志内市などの診療所や老健施設を支援しています。さらに踏み込んでいくと、市町村が実施している予防事業まで受託して行っています。これは、医療圏域を超えた取組です。

地方では、おそらく鹿児島県でも同じような状況が出てきていると思いますが、自治体職員の定数が埋まらない状況が生じています。特に保健・福祉職の人材不足が深刻になっており、高齢者に対する保健事業や健診事業なども十分に実施できなくなってきました。

そのため、診療所支援も含め、札幌市内の病院と各自治体が契約を結び、地域を支える仕組みが既に始まっています。

長野県でも、木曽病院と、もともと民間の診療所だった所が、医師がいなくなったことを受けて連携し、木曽病院の医師を派遣する取組が始まっています。ですので、まずはそうしたことを進めるべきだろうと思っています。

その際に課題になるのが、鹿児島大学の役割だと思います。鹿児島大学自体が、今後そうした取組に関わっていかなければならないと思います。

新たな特定機能病院の要件として、地域医療を支えるために人材を派遣することが求められるようになります。そうすると、おそらく鹿児島市内の病院と鹿児島大学が連携して、どの地域を、どのように支えていくのかという議論を行う必要があるのではないかと思います。そのために必要になってくるのが、どの地域で何が不足しているのかという地域診断です。その実態を把握した上で、それぞれの地域に応じた支援を考えていく必要があります。

例えば、支援の頻度についても地域ごとに考えていけばよいと思います。

以前、広島県で分析をしたことがあります。過疎地域では意外に高齢者の整形外科疾患の問題が大きいことが分かりました。ただし、整形外科の医師が常駐する必要はなく、地域の中核病院から週に数回派遣してもらう形で十分対応できる場合があります。

そうした連携の仕組みを作っていくことが重要であり、それは個々の地域医療構想というよりも、県全体としてどのように地域医療を支えていくのかという視点で考えていくべき課題ではないかと思っています。

牧角議長

ありがとうございます。

松田アドバイザー

看護師さんとセラピストの派遣も考えていくことが今後求められます。それ、がんに関し
ていうと、化学療法ですよ。例えば、離島や遠隔地の住民の方が、わざわざ鹿児島市内ま
で来て化学療法を受けるというのは、かなり負担が大きいわけです。

そうであれば、ある程度スケジュールを調整して、患者さんをまとめて診る機会を設け、
鹿児島市内の病院の医師が薬剤師等と一緒に現地へ行き、そこで化学療法を実施して帰っ
てくるといったやり方もあると思います。

そうした形の連携も考えられると思いますので、ぜひそのような方向で進めていただけた
らいいのではないかなと思います。全体を調整するという、これは大学のとても重要な使命
になると思います。

牧角議長

はい、ありがとうございます。

鹿児島県医師会では、9つの医療圏ごとに、市町村や行政の担当者にも参加いただきなが
ら懇談を行ってきたところです。

その中で、鹿児島市以外の医療圏では、特に医療資源が少ない地域が多いこともあり、休
日・夜間における一次救急の確保自体が難しくなっている地域が増えているという印
象を持っております。

先ほど、鹿児島大学による医師派遣機能が非常に重要であるというお話を伺いましたが、
松田先生、鹿児島市以外では、一次救急についても既に厳しくなっている地域が数多く
ありますが、その辺りにつままして何かアドバイスがございましたらお聞かせいただけま
すでしょうか。

松田アドバイザー

それは多分、それぞれの地域の中核となる病院をベースに考えていかなければいけない
と思うのですけれども。

鹿屋であれば、徳洲会病院なのか県立病院なのかということになると思いますが、鹿屋の徳洲会病院と県立病院では機能が少し違いますよね。徳洲会病院は全般的に対応していますし、県立病院の方は周産期医療に強みを持っているという形です。それで、大隅半島全体を見ながら、曽於地区なども含めて考えていくことになるのかもしれませんが。

また、川薩地域であれば、出水なのか、あるいは済生会川内病院なのかは分かりませんが、そういった中核病院が、宮之城など周辺地域も含めて支えていく形になるのかなと思います。

幸い、鹿児島の場合、雪はあまり降らないので、北海道のように冬場の気象条件を考えなければならないという状況ではないと思います。そう考えると、次に重要なのは救急隊の役割だと思います。宮崎県などでも既に始まっていますが、救命救急士の育成や病院への配置といったものも、ある程度ローテーションも含めて考えていくことで、搬送体制そのもののレベルを上げていくことができると思います。

また、救命救急士については、少し現場で対応に苦慮する場面も出てきていると聞いていますので、中核病院がオンラインで適宜指導しながら、適切な搬送を行っていく仕組みも重要になると思います。

そういう意味では、医師や看護師だけが対応するのではなく、患者さんを運ぶということに関して、いろいろな工夫ができるのではないかと思います。

鹿児島大学はご承知のとおり、医療情報の分野に非常に強みを持っている大学ですので、ぜひ鹿児島大学を中心として、オンラインでの遠隔診療支援なども含めた仕組みを、県全体の体制として構築していただければいいのではないかと思います。

牧角議長

ありがとうございます。

鹿児島大学の石塚委員、何かご意見ございませんでしょうか。

石塚委員

ありがとうございます。鹿児島大学病院の石塚です。

今の松田先生のお話を聞いて、非常にドラスティックな変化が起こるんだなということを痛感しております。

実は、私たちの病院としては、今のポンチ図に書かれているような、大学は地域の基幹病院に医師を派遣して、地域の基幹病院がさらにその地域の施設をカバーするというイメージを持っておりましたので、正直なところ、少し動揺しているというのが本音です。

一方で、今お話にあったようなDXを踏まえた、最後に言われた救命救急士とのネットワークや、地域のネットワークづくりについて、私たちが中心となって組み立てていかなければならないということについては、使命感を改めて感じました。

1つ質問なんですけれども、先生がご発言された、構想区域を疾病や病態ごとに柔軟に考えるという点について、もう少し詳しくお話しいただけないでしょうか。現在の医療圏は固定

的なものとして運用されていますが、例えば、がん医療については県全体を一つの圏域として考えるといった場合、それと医療圏の考え方との関係について、もう少し教えていただけないでしょうか。

松田アドバイザー

良い事例として岩手県がありますので、岩手県のホームページを見ていただければいいと思います。基本的には、がんみたいなもの、待てる急性期、しかも集学的治療が必要なものについては、やはりセンター化した方がいいだろうと思います。

そういう意味では、手術や放射線治療なども含めて、鹿児島大学病院や市立病院などが中心となってやっていくということでもいいのだろうと思います。

一方で、急性心筋梗塞や脳梗塞のように時間が非常に重要になる疾患については、どの圏域で対応できるのが適切なのかということで考えていけばいいのだろうと思います。

離島の問題がありますので少し難しいところはあるかもしれませんが、例えば大隅半島であれば鹿屋に一か所あればいいのかとか、あるいは始良・伊佐地域であれば始良でどこか一か所あればいいのかといった形で考えていくことになるのだろうと思います。

悩ましいのは南薩地域だと思いますが、南薩地域で救急医療をどう支えていくのかという点は、なかなか難しい課題だと思います。要するに、病態ごとに、クリティカルな時間を基準として考えていけばいいのではないかと思います。

その際に少し厄介なのが周産期医療です。今後、分娩施設をどう集約していくのかというのは非常にナーバスな話ですが、おそらく避けては通れない課題だと思っています。

北海道では、妊婦健診などの日常的な管理は地域で行い、分娩が近づいたら中心的な医療機関の近くへ移動してもらう仕組みがあります。実際に宿泊施設を整備して、そこで宿泊しながら分娩していただき、その後に地域へ戻るという取組も行われています。

ですので、さけるリソースと、治療に必要なクリティカルな時間を踏まえながら、圏域を柔軟に考えていただくのがいいのではないかと思います。

産科に関しては宮崎県が既に先行して取り組んでいます。宮崎大学が県内の分娩情報を集めており、それをもとに医療提供体制を検討していると聞いています。鹿児島県でも同じような問題が起こると思いますので、まず情報をしっかり集めて分析することが大事だと思っています。

また、高齢者救急について考えると、内科系の高齢者救急は比較的狭い圏域で完結することも多いと思いますが、外傷系をどうするかという問題があります。例えば股関節の骨折などでも、ひどいものだと命に関わりますし、そのような患者さんのトリアージの仕組みも必要になってくると思います。

その際に重要になってくるのは、やはり総合診療医だろうと思っています。病院総合医でもいいですし、総合診療専門医でも構いません。

病院総合医を立ち上げた、済生会熊本病院から HITO 病院（愛媛県四国中央市）にいかれ、現在佐賀にいらっしゃる園田先生は、病院総合医のプログラムの中に、麻酔科の標榜医まで

取れるプログラムを組んでいます。それをやることによって、ファーストエイドの対応力を高めるということをやって、病院総合医がさまざまな場面に対応できるような仕組みを作られています。

今後は、より総合診療に近い人材育成も必要になってくると思いますので、ぜひ大学病院にもそうした取組を進めていただければと思います。さらに課題となるのが、地域枠の医師や自治医科大学卒業生の先生方です。岡山大学や岐阜大学などでは、そうした先生方を大学が中心となって継続的に育成しています。鹿児島県でも、鹿児島大学と連携しながら人材育成を進め、総合医を志す医師については、県内全域を対象に派遣できるような仕組みができるといいのではないかと考えています。少し話が広がりましたが、以上です。

牧角議長

はい、では上ノ町先生どうぞ。

上ノ町委員

鹿児島保健医療圏におきましては、いままでの取組として、最初のまとめにもありましたように、高度急性期病床や急性期病床が過剰になっているという状況がありますが、これは自主的に県全体の高度急性期医療を担うという観点から、そういった病床を残していたという現状があります。

また、各都市とのつながりにつきましては、郡市医師会長会議という場がありますので、そういった会議の中でテーマとして取り上げていくというのも、一つの方法ではないかと考えているところでございます。

松田先生に少しご質問があるのですが、拠点機能病院の決め方や、そのプロセスについて、何かアイデアやお考えがございましたら教えていただけないでしょうか。

松田アドバイザー

もう、これはファクトベースでやっていくしかないと思います。

どこの病院が何をやっているのか、それが伸びているのかどうなのか、シェアがどうなっているのかということ踏まえて、ファクトベースでやっていくしかないと思います。

その理由の一つが、やはり専門医制度です。専門医を養成するには中核的な病院が拠点になるとは思います、症例数が求められますので、どこが実際に中心となって診療を行っているのかという事実を基に考えていくしかないのではないかと思います。

ですから、話し合いで決めるというよりも、事実を基にして、「この形がいいよね」という方向に持っていくべきだろうと思います。

ただし、そのときにあまり狭く考えない方がいいと思っています。熊本の済生会熊本病院と、にしくまもと病院との関係性は、非常に良いヒントになると思います。

得意な機能を捨てる必要はないと思うんですね。

にしくまもと病院は整形外科領域では非常に有名な病院で、特に膝関節治療などに強み

を持っています。整形外科に関しては、まさに中核病院といえる存在です。しかし、にしくまもと病院は全身麻酔が必要になるような椎体骨折や股関節骨折の患者は、全て済生会熊本病院に任せています。その代わり、リハビリテーションには強いので、リハビリテーション機能が非常に強く、済生会熊本病院からリハビリテーションを必要とする患者さんを受け入れるなど、相互に連携しながら医療を提供しています。

つまり、ポストアキュートを担う病院でありながら、整形外科領域については拠点病院としての機能も持っているわけです。そういう形で、それぞれの病院が持つ特徴的な機能を残しながら、急性期病院と連携していく関係性が作ればいいだろうと思っています。

もちろん、先ほどお話があったように、民間病院同士でそれが本当にできるのかという課題はあります。ただ、そこについても、やはりファクトベースで考えていった方がいいのではないかなというふうに思います。

中核病院については、あまり狭く考えてしまって、「中核病院だから全ての中核的な機能を担わなければならない」という形にしてしまうと、多分間違えてしまうと思います。

日本では歴史的に、医師はそれぞれ専門医として養成されてきたわけですから、その専門性を否定してしまうと、なかなか先に進めないと思います。

ですから、それぞれの病院が持っている強みは残しながら、一方で、「この病院の主たる機能は何か」ということについて整理し、話し合っていたくのがよいのではないかと思います。

牧角議長

その他ございませんでしょうか。

大西委員

松田先生に質問でよろしいでしょうか。鹿児島県医師会の副会長の様と申します。

新しい地域医療構想では、「連携」と「集約化」がキーワードになっているわけです。

先生には先ほどのお話の中で、各県におけるドラスティックな動きについてご紹介いただきました。例えば岩手県では、疾患によって一つの構想区域で対応したり、三つの区域に分けたりしているとお話がありました。また、東京都でも、中心部と周辺部では実情が異なることから、より広域的な区域設定を検討する動きがあるという話も聞いております。

そうした流れというのは、先生がおっしゃったような住民や患者さんの流れがあって、それに少し手を加える形で自然に進んでいったものなののでしょうか。

それとも、県や大学などがある程度強いリーダーシップを発揮しながら進めていったものなののでしょうか。その辺りはいかがでしょうか。

松田アドバイザー

すみません、ちょっと音が割れていて、うまく聞き取れなかったのですが、集約化と連携についてのお話でしょうか。

大西委員

聞こえにくいでしょうか。マイクを変えました。

東京都のようなところで広域の医療圏、あるいは構想区域をつくろうとしているのは、上からの指示によるものなのか、それとも患者さんの流れから自然にそうなったのか。

要するに、少しのサポートでそういう形になったのか、それともある程度強い力で主導したのかということをお聞きしたいのです。

松田アドバイザー

東京の場合は、もともと二次医療圏が患者さんの動きに合っていないという問題があるんですね。

東京都には複数の二次医療圏がありますけれども、患者さんは実際には鉄道路線に沿って移動します。縦方向にはあまり動かないんです。つまり、線路がない所には患者さんが動かないわけです。

要するに、二次医療圏の設定と患者さんの実際の動きが合っていないということが、東京の一つの大きな課題になっています。

それからもう一つは、文京区をはじめとする都心部に大学病院や急性期病院が集中していることです。そのため、がん患者さんなど、高度な医療を必要とする患者さんが都心部に集まってしまう状況があります。

そうすると、それぞれの二次医療圏という考え方自体が、あまり実態に合わなくなっているんですね。そのため、東京都医師会や病院団体などからも、「もう少し広域的に考えた方がよいのではないか」という意見が出され、現在のような議論になっているのだと思います。

大西委員

はい。

岩手県の場合はいかがでしょうか。

がんは一つの区域、心疾患や脳血管疾患は三つの区域というお話でしたが、それは必然的な流れとしてそうなったのでしょうか。それとも、どなたかが主導してそういう形になったのでしょうか。

松田アドバイザー

すみません、少し音が割れていて聞き取れませんでした。

チャットで入れていただけるとありがたいです。すみません。

牧角議長

ありがとうございます。他にございませんでしょうか。

四元委員

保健所長会の四元でございます。

いろいろと松田先生をはじめ、皆さんからご意見をいただきました。また、それぞれの病態等に応じた構想区域の考え方についても教えていただいたところでございます。

そういったことを踏まえまして、改めて 29 ページの策定スケジュールについてお伺いしたいと思います。

これを見ますと、検討期間は令和 9 年度の 1 年間だけとも受け取れる中身になっております。令和 10 年度になりますと、パブリックコメントや構想の告示といった流れになっております。

このスケジュールが作成された時点では、おそらくガイドラインもまだ出ていなかったという認識でおりますし、どこまで細かく病態ごとに分けて検討していくのか、あるいは隣県との協議をどの程度行うのかといったことも、まだ明らかではなかったのではないかと思います。

とりあえず今年度は、課題の把握やデータ分析を行うということになっておりますが、本日のお話を伺っていると、かなりやるべきことが多く、さまざまな関係者が集まって、多方面にわたる協議を進めていく必要があるように思いました。

ガイドラインも示されたということであれば、少し前倒しして、色々な議論や協議は始めていった方がよいのではないかと思います。

現在のスケジュールのように、実質的な検討期間が 1 年程度で地域医療構想をまとめるということになりますと、間に合わないのではないかと懸念があります。

現場で調整会議を担当する立場としても非常に懸念があるということを申し上げておきたいと思います。

牧角議長

はい、ありがとうございます。

今日、ガイドラインが出たということでございますので、検討委員会の設置に関しては異論はないのではないかと思いますけれども、策定スケジュールの調整等については、本日ガイドラインも出ましたところですので、もう一度、委員の先生方からのご意見を踏まえて、策定スケジュールを作成してスケジュールの前倒しも含めて検討していければと思っておりますが、いかがでしょうか。

石塚委員

松田先生に 1 点、お伺いしてもよろしいでしょうか。

もし私の理解が誤っていれば、会場の皆さんからご指摘いただきたいと思うんですけれども、今までの地域医療構想というのは、病床機能を非常に重視していて、いわゆる専門分野についてはあまり考慮されていなかったように思うんですね。

それが今回は、5 疾病・6 事業の上に地域医療構想が位置付けられているわけですが、例

例えば急性期の拠点病院を決定していく過程で、その病院が持つ専門分野や専門性を、今後どのように考えていけばよいのかについて、教えていただけますでしょうか。

松田アドバイザー

先ほどのにしくまもと病院と済生会熊本病院の関係性が一つの参考になると思うんですけれども、総合性を持った中核病院、拠点病院が既にあるのであれば、そこが中心になればいいのだろうと思っています。

でもそれ以外に、例えば鹿児島であれば相良病院のように、乳腺ではすごい強みを持った病院があるわけですね。そういうところは、これからもその専門分野における拠点病院であり続けるのだろうと思っています。

ですから、それぞれの専門領域で強い病院に関しては、そこを拠点機能として残していくということでもいいのではないかと思います。それを無理に今までやってきたことをやめさせて、全部を一つに集約するという話ではないと思うんですね。

ただ、その専門性というのは、おそらく前期高齢者くらいまでを主な対象とした医療であることが多いと思います。一方で、後期高齢者の場合には複数の慢性疾患を抱えていて、ある人は肺炎かもしれないし、尿路感染症かもしれないし、あるいは骨折で入院してくるかもしれない。そうすると、高齢者救急については、総合性や多職種連携が求められるようになってくると思いますので。そうした機能を担う病院も必要になると思います。それは「高齢者救急」という形の専門性なのかもしれませんが、中核病院とは少し違うかもしれません。

ただ、それについても、それぞれの病院が、この10年間で自院の患者層がどう変わってきているのかを丁寧に見ていけば、自分たちの病院が地域から何を期待されているのかということは解るだろうと思うんですね。

その上で、自院の機能を考えていけばいいのではないかと思います。

そういう意味では、無理に「ここが中核病院だ」とか、「人口20万人に1か所」といったような考え方で進めてしまうと、地方の場合は間違えてしまうのではないかと思います。自分も委員なので、あまりこういうことは言いたくないんですけれども、地域医療構想を検討する委員会は都市部の先生方が多いので、どうしても都市部の議論になりがちなんですね。しかし、地方にいったら20万人に1か所の拠点病院というのはなかなか難しい話で、すごく広い圏域のところでは全体では20万人しかいないけれども、それぞれの地域で見ると5万人程度ずつしかいないということもあります。そういう地域で一か所に中核病院を集約するというのは、現実的にはなかなか難しいと思います。それを無理に進めてしまうと、かえって地域住民にとって不利益になる可能性があります。

ですから、その辺りの議論は非常に難しいのですが、やはりデータに基づいて考えていただくことが大事だと思います。

一方で、大学病院が気にされるのは、おそらく専門医を養成するために十分な症例数があるかどうかという話だと思います。その点については、麻酔科医の派遣ができるかななどもありますので、大学から「この領域については、この病院に集約させてほしい」といった提案

をされていくことになるのだと思います。

ただ、それはあくまで地域住民のアクセシビリティ、つまり医療へのアクセスのしやすさを考えながら進めていくべきだと思います。

ぜひその辺も含めて、大学病院には、専門医を育成するという役割と、住民の医療アクセスを確保するという役割の両方を踏まえながら、派遣先は話し合いで決めていただければと思います。以上です。

牧角議長

松田先生、最後にですね、本日まで出席いただいている委員の先生方は、それぞれの医療圏における地域医療構想調整会議の議長を務められる方々ばかりです。

ぜひ、今後、調整会議を円滑に進めていくためのアドバイスをいただければと思いますが、いかがでしょうか。

松田アドバイザー

うまくいっている調整会議というのは、今まであまり見たことないので、アドバイスというほどではないですけども、大事なことは、それぞれの地域で何が起こっているかということに関して、私たちはデータは出すことができるんですけども、そのデータの裏は現場の先生しかわかりませんので。そのデータの裏で起こっていることを把握していただいて、それをやはりこのような会議の場で説明していただくことなのだろうと思います。

多分、計画を具体化するためにはその納得感がすごく大事だと思います。それと東北とか北海道の事例を少し分析して思うのは、ニーズに合わない、やはり中期的には経営が傾きます。一方で、ニーズに合わせて機能転換していったところは、この状況下でも何とかなっています。

ですから、経営的なことも含めてニーズに応えることが、大事なのだということを、説明していただくことが大事だと思います。

医療の側から介護に少しアプローチをしないといけないと考えています。今、急性期イベントも慢性期が起点になっている例が多くて、今まで医療は、介護に対して少し距離を置いて見ていた部分があったと思うんですけども、その結果何が起こっているかというと、介護の方がすごく今ビジネス化が進んでしまっていて、介護の方が医療を吸収するようなことも起こっていて、それが結構むき出しの資本主義みたいな形で、すごく困ったことになっています。そうした中で、病院には非常に多くの高齢者が来るようになっています。だからこそ、こうした変化を踏まえながら、公共性の高い医療・介護をどのように実現していくのが大事なのだという理念を、ぜひ調整会議の議長の先生方には強調していただきたいと思います。

少し青臭い議論になってしまうかもしれませんが、そうした理念を共有することが大事だと思います。一般社団法人みたいなところが病院を経営していて実は後ろは株式会社だったり、ファンドだったというような事例が結構あります。そういう人たちがやる医療には残

念ながら問題がある例も少なくありません。そういったむき出しの資本主義の草刈り場にならないようにするためにも、議長の先生方には、きちんとした理念をデータに基づいて語っていただけたらいいのではないかと思います。

データについては、私たち研究者がしっかり作っていかなければいけないと思っていますので、ぜひそうしたデータをうまく活用しながら進めていただければと思います。

牧角議長

では、事務局の方で、この策定スケジュールについては再検討していただくということで、よろしかったでしょうか。

事務局

はい。

牧角議長

ありがとうございます。