

## 平成27年度 第2回 滋賀県医療審議会 議事概要

日 時：平成27年7月27日（月）14：00～16：00

場 所：滋賀県議会 第4委員会室

出席委員：松末委員、笹田委員、猪飼委員、芦田委員、山口委員、片岡委員、石橋委員、  
本白水委員、織田委員、駒井委員、若林委員、小林委員、菊井委員、  
野村委員、三輪委員、渡辺委員、高尾委員（順不同、敬称略）

欠席委員：小西委員、宮本委員、山田委員（順不同、敬称略）

事務局：健康医療福祉部

角野次長、嶋村健康医療課長、河瀬医療福祉推進課長、  
井下健康寿命対策室長、健康医療福祉部担当職員

### 議事の経過概要

開会宣告 14時00分

健康医療福祉部あいさつ：角野次長

事務局より、委員改選後の1回目の会議となることから、全委員および事務局の紹介があった。また、本日の出席者数は委員総数20人の過半数である17人であり、滋賀県医療審議会運営要綱第4条第1項の規定により、会議が有効に成立している旨の報告があった。

### 議 題

#### 1. 会長の選出について

事務局より滋賀県医師会の猪飼会長を滋賀県医療審議会会長にとの提案があり、満場一致で了承された。

会 長 本審議会は、今後の滋賀の医療のあるべき姿を決める非常に重要な場である。委員の皆さんの忌憚のないご発言をいただき、また多くの方のサポートもいただきながら、住みやすい滋賀、暮らしやすい滋賀をつくるにはどうしていけばいいのかといったご意見をいただきたい。

#### 2. 会長代理の選出について

会長より、会長代理について、滋賀医科大学の松末委員を指名され、満場一致で了承された。

#### 3. 部会委員の指名について

会長より、医療法人部会、保健医療計画部会、医療費適正化計画部会の各部会委員について、名簿のとおり指名があり、了承された。

#### 4. 平成 26 年度病床機能報告結果について

#### 5. 地域医療構想について

議題 4 および 5 については関連があることから、一括して進められることとされ、事務局より資料に基づいて説明があり、その後質疑応答が行われた。

その概要は下記のとおりであった。

委員 2025 年に向けた病床数の中で、人口構造とか病床稼働率などで推計されていくことになるが、平均在院日数が将来的にどのように推移していくのかという想定もあるのか。

事務局 今回の 2025 年の医療需要や必要病床数の推計にあたっては、平均在院日数の要素は含まれていない。

委員 データ分析は民間への委託となるのか。

事務局 厚生労働省が構想策定支援ツールというソフトを配付している。それに基づいて県で試算していくこととなる。

委員 もう少し詳細なデータ分析も可能なのか。

事務局 支援ツールでは、例えばがん、脳卒中などの主な疾患ごとの分析も可能となっている。今後そういったデータも提示していきたい。

会長 基のデータは何年間かの平均をとっているのか。

事務局 基となるレセプトデータは 2013 年の 1 年間のデータである。

会長 2013 年というと、医療費の抑制などの政策がある程度落ち着いた時点のデータをベースにしているという理解をしているが、その基データがアンバランスであると、根底から覆る可能性もないことはない。

委員 これは仮の姿ということで、ある時点のデータをとって、その 10 年後の姿を仮想してみているということかと理解している。必ずしもガチガチにあてはめていくということではなくて、協議しながらどのような方向で進めるのかということを示していく過程であると思っている。入院受療率はだんだん抑制されてきて、年間 1.8% ずつ下がっている。そのような変化も見ているのか、それとも 2013 年の受療率が基本となっているのか。

事務局 2013 年の医療需要がそのまま続くという仮定で、そこに人口構造の推移をあてはめて推計している。

委員 病床を 4 つの機能に区分するということであるが、地域包括ケア病棟については、ここでは回復期と急性期の一部という位置付けになるのか。

事務局 現状の病床機能報告制度は、各病院の主観により病棟の機能を報告していることから、例えば地域包括ケア病棟については、急性期という区分で報告されている病院もあれば、回復期で報告されている病院もある。4 区分の定義が定性的な基準で制度が始まったということもあり、そこは国の方でも問題意識を持っている。この 10 月には 2 回目の報告が行われるが、4 区分の定義をもう少し分かりやすくするという事も聞いており、最終的には定量的な基準で機能区分を選択できることを目指している。

委員 いろいろと変動要素がある中で、今年度中に構想をまとめるということに

なるが、そうした変化が明らかになったときに構想案は修正されるのか。

事務局

今回、2025年の目標を地域医療構想としてまとめることになるが、この構想は保健医療計画の一部として策定するものである。現在の保健医療計画の計画期間は平成25年度から平成29年度までとなっており、今の計画の見直しを平成29年度中に行うことになる。その中で、地域医療構想も見直し、点検をするということになる。今後データも更新されていくので、随時見直しをしていくこととなる。

委員

参考資料に歯科医師の状況は出ているが、これからの在宅医療に必要な歯科衛生士の数は出していない。そういうデータも把握可能であれば示していただきたい。

委員

2013年のデータはDPCデータであると思うが、7区域の中でDPCデータがバラバラの状況で一定換算して流出入の概念を導入していくのか、圏域は圏域で任せるのかを決めておかないと県としてまとめていけないのではないか。

事務局

今回、国が各都道府県に配付しているデータは、DPC参加病院はそのデータを活用し、参加していない病院は、すべてのレセプトを集約しているナショナルデータベースからの情報が基となっている。こうしたデータは、地域差なく同じ条件で比較分析できるものと承知している。

委員

近畿の病院協会の集まりである近畿病院団体連合会での話し合いの中で、滋賀県はまとまりがあって先行しているということが分かった。そうした中で「滋賀県地域医療構想調整会議」という会議の位置付けがどのようなものであるのかが気になるところである。

事務局

調整会議は医療法に基づく協議の場である。本県では、構想策定後にこの調整会議を設置し、構想実現に向けた関係者による協議を進めていく予定。今年度は構想を検討いただくための検討会議として進めていきたい。

委員

県によっては、来年の診療報酬改定がどう動くかによって発想を変えていかなければいけないということで、今年度中に地域医療構想をつくる必要がないのではということも聞く。3月31日までにつくらないといけないということではなく、滋賀県民にとって住みやすいまちをつくるということが目標であるということを念頭に置いていきたい。

会長

資料ではデータがたくさん示されているが、現在では、ほとんどの病院、診療所で診療報酬請求の電子化が進んでいる。それを中央で集約するというデータを示すことができるということで、出だしたところ。団塊の世代が10年後には後期高齢者となり、予想外の医療費増大という可能性もある。これをうまくソフトランディングさせようというのが国の考え。

委員

地域医療構想で病院を機能別に4分類されている。この名称について今後の議論で混乱を招かないように少し注意しておいた方がいいと思われる。「高度急性期医療」は高度な急性期医療を扱う病院と読めるが、説明のところでは高度な専門医療を扱う病院とも書かれている部分があり、両者に少し違いがある。この点を共通理解して議論を進めたほうがいいと思われる。

また、県全体の方針を考える時、現状のみならず将来の予測される病気の種類や患者さんの数そして県下での分布状態などを十分に勘案し、また個々の病院の希望のみならず県全体での有効な配置なども重要かと考えられる。

会 長 点数・金額で切っているのは高度・高額ということ。急性というのは期間の問題である。ヘリで患者を運んで命を守るのが高度急性。がんの重篤患者で高額のがん剤治療をする場合も高度にあたる。

委 員 投薬では血液がんの治療をしている患者は点数が上がる。高度急性期の患者の考え方は二通りある。

会 長 在院日数について、国ではかなり前から、いかに短期間で退院していただくかということを検討してきたが、既に限界にきている。

委 員 技術が進歩すれば在院日数を短くすることは可能。それに対して人的資源や高度な設備が関わってくるので、短期間になるほど医療費は上がるが、報酬は短期間になれば減ることもある。報酬で見られないなかで在院日数を短くしていくというのには無理がある。

委 員 保健医療計画や地域医療構想を実現していくために基金が活用される。ハード面に力を入れるようなことも聞く。病床というと病院のことだけになるが、病院を超えて地域が病床であると考えべき。地域包括ケア病棟も含めて地域の病床という見方で在宅医療を考えていただきたい。そうすると在宅医療には人がいる。看護師の数はいくらあっても足りないが、2025年までに17万人の不足と言われている。在宅の看護職を増やそうとなると、病院も地域を含めて考えていただき、病院から地域へ出ていただきたい。それを診療報酬で担保された形でシステムとしてつくっていききたい。

委 員 滋賀県の訪問看護師数は全国平均に少し足りないくらい。人数としてはまだまだ不足である。7：1看護体制が進められた時に病院に看護師が流れたと思うが、今回病床機能が整理されて地域に流れてくる看護師がどのくらいなのか。それによって訪問看護師がどのくらい充足されていくのか気になっているところ。

会 長 女性の医師や看護師が結婚、出産しても仕事が続けられるように、子育て環境を整備していくことも重要。

委 員 薬剤の関係では、特に在宅での正しい薬の使い方、適正化に目を向けている。在宅に出ていく薬剤師を増やすための研修も進めている。横の連携を密にとって取組を強化していきたい。

委 員 一つの機関では前に進んでいけないのが現状。関係機関が集まって連携協力をすることによって滋賀県全体の健康保持・増進が図っていける。保険者協議会としても関係機関と連携をとって取組を進めていきたい。

病床機能報告結果で、数は少ないが無回答というのが見受けられる。この結果は重要であり、検討のベースとなる資料の一部に無回答があるのは残念であるので、今後の報告では無回答というのがなくしっかり報告されるようにしていただきたい。

医療需要の推計等について、数字で見るのは把握がしづらいということも

あり、協会けんぽでつくっているような医療圏別の地図に落とし込んで、どういう流れがあるのかということを目に訴えるような資料をお願いしたい。

委員 在宅医療は大事だと思っており、一県民としてできることは協力していきたいと思っている。予防に関する取組は19市町で地道に取り組んでいる。今後も継続的に取り組んでいきたい。

委員 重症患者であっても病院に断られて入院先が見つからない患者がいる。在宅で面倒を見る方がいいが、そうでない場合でも退院を迫られることもある。今回の方向性に逆行するような話かもしれないが。

会長 医療難民をつくらないということも構想の大事な部分である。システムをつくった結果、そのような患者が出てしまうという現状があれば、それを社会に訴えて、そのような患者をどこが受けるのかということを考えていかなければならない。

委員 慢性期の医療需要を考えると、在宅サービスとの調整が必要になってくる。各自治体では3年間の介護保険事業計画を立てているが、そういったところとの関係はどのように検討されていくのか。

事務局 今後構想区域ごとに進めていく検討会議には、市町の委員にも入っていただく。その中で、医療・介護連携のような部分も議論していただきたい。

委員 将来を構想して計画を立てるとするのは、非常に難しいと感じている。データの収集やシステムづくりの難しさも感じている。自分の10年後のことを考えると不安がある。

システムの変更はいいが、強引に進めていくのはどうか。移行期のソフト面を充実させないといけない。将来的な医療システムはよくできて、医療費も削減できて、計画としてはよくても、その間で本当に患者は満足しているのかという問題がある。システムの隙間に埋もれてしまう方をどのようにして満足させるのかということ、計画と一緒に考えていかないといけないと思う。

委員 学校教育の中では、予防のことや医療費削減にどのように関わられるのかといった観点がある。がん教育や生活習慣病対策などの指導など、医師会や歯科医師会、薬剤師会、行政と連携しながら取り組んでいく必要があると考える。

## 6. 滋賀県地域医療介護総合確保基金について

## 7. 滋賀県保健医療計画の進捗状況について

議題6および7については関連があることから、一括して進められることとされ、事務局より資料に基づいて説明があり、その後質疑応答が行われた。

その概要は下記のとおりであった。

委員 周産期医療に関して、数値目標では新生児死亡率などがあげられているが、安心して子どもを産み、新生児死亡率を下げるためには、妊婦に対する健康教育も必要な取組であると考えます。

事務局 重要な指摘であり、妊婦への健康教育については保健医療計画の本文には明記している。数値目標には設定しにくいことから、ここでは死亡率や周産期病床に関する目標を掲げさせていただいている。

委員 療養病床の入院受療率に地域差があるとのことだが、資料のグラフの数値について、もう少し分かりやすく説明していただきたい。

事務局 高知県をはじめ、四国・九州地方では歴史的に療養のベッドを多く整備してきた経過がある。そうした地域は人口当たりの入院受療率が高く、結果として医療費も高くなっている傾向がある。

委員 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などがもっと教育現場へ関わっていただきたいと思っている。

事務局 PT、OTなどセラピストの養成は、別途県のリハビリテーション推進計画の中で取組を進めている。地域リハの人材を養成・確保する中で、教育現場への関わりについても重要であると認識している。

閉会宣告 16時00分