

令和5年度 第3回 滋賀県医療審議会 議事概要

日 時：令和5年11月28日（火）15：00～16：40

出席委員：田中委員、松本委員、越智委員、高橋委員、佐藤委員、柳本委員、三木委員、小椋委員、草野委員、平岩委員*、駒井委員*、岩永委員*、岸田委員、寺村委員、保井委員*、山本（光）委員、野崎委員
（順不同、敬称略）（17名／24名）

* オンライン参加

欠席委員：石田委員、益田委員、堀江委員、白木委員、山本（な）委員、森委員、武原委員

議事の経過概要

開会宣告 15時00分

健康医療福祉部あいさつ：大岡部長

事務連絡

事務局より、出席者数が委員総数24人の過半数を超えており、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。

事務局より、議題5については、意思決定の中立性を確保する必要があるため、「附属機関の会議の公開等に関する指針」に基づき非公開事項に該当すると考えられることから、冒頭に事務局より各委員へ会議を非公開とする旨、諮られた。

各委員から異議はなく、非公開で行われることが決定した。

議 題

（1）滋賀県保健医療計画の改定について

事務局より資料1-1から資料3-2を用いて概要の説明があり、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 （資料1-1）について小児医療の4ブロック化は、周産期医療ではすでに実施しているが、それと同じブロック化でよいか。

事務局 ブロック自体は同じである。

委員 新生児などはリンクするため是非同じにしていただかないといけない。

健康寿命の令和 11 年の目標について、男性 81.19、女性 84.83 とこんなに高く大丈夫か。健康寿命は 70 くらいではなかったか。

事務局 そちらの数値は、健康寿命の客観的指標の数値を用いており、介護度から算出したものである。70 いくつは主観的指標による数値と思われる。

会長 (資料 3-1 について) 医療機器の効果的な活用について、滋賀県下では多分、高度かつ高価な医療機器については、病院にお願いをする、診療所から紹介をして検査をしていただくというシステムが成り立っていると思う。大切なことではあるが、改めてこの計画に入れる必要があるか。

事務局 ご指摘いただいたところは、前計画から入ったことであり、今期からの新しいことではない。私の認識では、本県においてはもう既に周知が進んでいるということではあるが、国からの通知としては、記載をするということよりも連携が取れているかということの再通知があったので、いわゆるかかりつけ制度や地域連携を強化するという意味の趣旨と判断したところ。記載の仕方については検討させていただく。

会長 各病院が機械を入れていただくと、診療所の人間としては、紹介をしたらある程度の水準以上の診断をつけていただけるという安心感がある。改めて記載されると、計画を見た人は診療所が CT 入れたり MRI 入れたりして勝手なことをしているように思うのではないかと思う。

事務局 もう少し、現場の実情を調べさせていただいて、記載について検討させていただく。

委員 今のことに関連して、国が言っているのは、医療機関の立場からの目線だが、患者さんの立場から見た時に、稼働率だけでなく、例えば待ち時間が異様に長くなるとか、その辺りはどんな感じ

か。例えば、設備がそこにしかなくて異様に待ち時間が長いとか検査したくても1ヶ月後とか、その辺のことについて情報はあるか。

事務局 当課でそこまでの資料がないので、調べられることがあれば、これから検討させていただく。

委員 (資料1-1について) 救急医療について、資料にも書いているとおり、滋賀県の緊急搬送の半数以上が軽症者であることが課題ということで、全国よりも高い。

直接結びつくかは分からないが、協会けんぽのデータでは、この2、3年滋賀支部は時間外診療の受診が全国42~43位と、ずっと低位なところにある。中身を見ていると、初診だけでなく再診もけっこう多い。そういう意味では緊急でないケースもあると思う。このあたりについて、救急医療等に一部負担をかけている部分もあると思う。

医療費適正化のこともあるので、取組をしていこうと思うが、今回記載いただいている救急安心センター事業(#7119)を是非ともお願いしたいと思う。協会けんぽの時間外受診の対策にもなることから、例えば、協会けんぽ加入の事業者様とか加入者様への周知ということも我々通じてできると思うので、是非とも連携をさせていただきたい。

事務局 #7119については、現在本県についても導入に向けての準備を進めているところである。前の委員会でもご説明したかもしれないが、こどもに関する専用相談ダイヤル#8000は所管が厚生労働省の関係であるが、#7119は消防庁を持つ総務省所管である。それと市町の消防があるので、自治体との共同での運用ということをしつかりと整備しなければならないと思っている。

現在、各市町との#7119の導入、その基になる、委員からご指摘いただいた、いわゆる夜間の適正受診や救急車の適正利用といったところが一番大切なことかと思っている。導入に向けて考えていきたいというところで、今回初めて記載する。

委員 是非、当協会とも広報などで連携いただけたらと思う。

事務局 よろしく願います。

委員 最終アウトカム・中間アウトカムの指標については今後も検討していくということだったので、本文の中で記載があるロジックモデルで指標が空欄になっているところがあるかと思うが、そこは、最終アウトカム・中間アウトカムは空欄、指標がないということだけではなくて、いくつかの分野がやっている様に指標の欄の中に検討中ということを表したらよりいいと思う。

目標値のところは令和 11 年の目標値というように記載がしていると思うが、精神分野は目標値のところは令和 8 年度と入っていたと思う。これは、令和 11 年度に達成されているべき値という意味なのか、それとも、令和 11 年度に得られる各データの最新の値という意味での令和 11 年度なのかというのを教えていただきたい。

理由は、もし令和 11 年度の値を想定して目標値を設定されていると、おそらく現実的には、次期計画策定する時には、令和 11 年にはまだデータが集まってないという状況で、実際には令和 9 年、令和 10 年の値を用いて評価をすることになると思うので、令和 11 年度のデータの目標値を設定していると、計画が評価できないということになる。そのあたりどうのように記載されているのか教えていただきたい。

事務局 1 点目については、基本的に指標の設定が難しい分野もあるということをお前提としつつ、毎年度のところで検討するというところを謳っているところ。

2 点目については、精神障害の分野については、令和 8 年度までの別計画があることからこの分野については、令和 8 年度をターゲットに目標を設定していると承知しているところ。

委員 では、令和 11 年度のデータで達成されているべき値が設定されているということか。

事務局 その年度で最新の数字を把握した上で、評価としたいと考えているところ。

委員 ということは、令和 11 年度のデータではなくて、令和 11 年度に得られる最新のデータで達成されているべき値ということか。

事務局 精神疾患のここだけ R 8 は目立つので、もしそういう記載にするのであれば、何故そうなのかというところまで回答したいと思う。

見え方としては、統一できるところは揃えていきたいと思っている。中間見直しがこの時期にはあるので、それをどのように活かしていくかというところまでの目標設定なのか、最終 11 年までなのかというところを再度協議していきたい。

委員 令和 11 年度のデータがなくて策定年に評価ができなかったということがないように、分かるような形にさせていただけたらと思う。

委員 (資料 1 - 1 について) 言葉の表現の整合性だが、周産期医療について、上には周産期医療体制とあってその下は災害時医療体制と書いてある。災害時医療体制といえば周産期医療だけでなく全てなので、上が周産期医療体制であればここも災害時周産期医療体制と言葉の整合性を取った方がいい。

事務局 ご指摘のとおり修正する。

次に、事務局より資料 4 - 1 から資料 6 - 2 を用いて概要の説明があり、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。

会長 がん治療について、診断がついた時から緩和ケアもつくことは十何年前から言っていた。今さらという気がないこともない。意識の違いを実感した。非常に大事なことなので、推進していただきたいと思う。

(2) 滋賀県医療費適正化計画の改定について

事務局より資料 7 - 1 から資料 7 - 3 を用いて概要の説明があり、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。

会長 度々申し上げているが、胃薬について、抗生剤を出したら必ず胃薬を出す、鎮痛剤を出したら必ず胃薬を出すということを度々

目にして、照会したら、ウチが出しているのと同じものが出ているという経験がある。病院レベルではなくなってきたが、開業医レベルでそのようなことが起こって、処方を変えられないという現実がある。それをしっかりやるだけでもだいぶ違ってくると思う。そのあたりもどこかに一言入れる必要があると思う。

事務局 資料7-2の16ページ、施策の3行目にポリファーマシーの観点（不要な添付薬）という形で入れさせていただいた。今後適正受診について対策をしっかりとやっていきたいと考えている。

委員 医療費適正化計画の中で、国も進めているもので大きいのは、在宅への推進だが、これについて、何か県の方で目標値等は考えているか。

事務局 特に目標値としては挙げていないが、先ほどの骨折などの医療費などをある程度効率的にしていくとなれば、連携した体制が重要と考えている。

委員 後期高齢者がこれから増えてくるので、病院でも看取りができなくなると思う。その時に、在宅を整備すると、非常に医療費の適正化にも大きい。重要になってくると思うので、県の方で考えていただいた方がいいと思う。

会長 施策として在宅に移行していくのは了解できるが、実際に、在宅を担うとしたら診療所や一部の病院の在宅診療となる。診療所の医師の平均年齢は62歳である。24時間365日これよりも増えた状態でそれを担っていくというのは、非常に難しいところもある。そういう現実もあるので、そのあたりも人材のプールであるとかそういう形のことが必要ではないかと思う。

事務局 本県においても、今まではベッドは増えないという説明をしてきたが、高齢者がどんどん増えてきた、そして、コロナの経験もしてやはり病床がある程度必要という状況が出てきた。
今回この計画の中で基準病床数の見直しをさせていただいた。会長がご指摘いただいたように、今までそれを地域包括ケアシステムの中で在宅へ移行していたが、どうしてもまだやはり高齢者

の方々が急に退院できなかつたりするので、そこを限られた回復期で調整していくとか、在宅へ移行するまで切れ目なく進めるために、しっかりと治療するというところが今回新しいところと考えている。その中でご指摘いただいたとおり、在宅に帰すことで医療費を効率的に使っていくところは上手く繋げていかないといけないということは認識している。

委員

在宅の支えとなると、開業医の先生方の在宅医療ができるようなバックアップ体制を考えていただくこととなる。それと、回復病床（地域包括ケア病床）は、結局1ヶ月以内に在宅に帰さないという病床である。ということは、結局在宅に帰さないといけないということである。

受け皿の在宅を県としてもさらに重視するように考えていただかないと、回復期も結局在宅に帰さないといけないとそのように考えていただかないといけない。

事務局

承知しました。

委員

目標の中の高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、目標値がこの事業を実施している市町を19市町全部で実施すると挙げておられるが、できれば他の項目と同じように住民側の目標値に変わらないかと思っている。

例えば、骨折による高齢者の入院の数とかそのあたりの目標値にさせていただきたいと思っている。なぜなら、15市町で一体的実施の事業をやったからといってこの事業に参加する人が十分でない可能性もある。参加したからといってその方々が骨折予防できるというのは限らないので、この事業を実施している市町数自体を目標値にすると、医療費の低減というところには繋がらないと思う。

事務局

実は、ここは非常に悩ましいところであり、もう少し具体的な目標を書くことができたらいいが、実際、この骨折予防をどのように進めていくかを今悩んでいるところがある。全国で比べてみると、滋賀県の年齢層ごとの骨折率をみていると、高齢者の骨折もそんなに全国レベルでは高くない。その中である程度効果を出していこうとすると、どのような施策を持って行くかということ

ろが手探り状態であるので、6年間の中でもう少し施策を煮詰めて進めさせていただければと思っている。ただ、高齢者の方が骨折されると、そのあとの予後とかが非常に問題あるので、大事なテーマと考えて、全国の水準以下の医療費ではあるが、取り組んでいきたいと考えている。

委員 レイカディアプランの方を拝見できていないのでそのあたりの整合性とかわかっていないが、是非検討いただきたいと思う。

(3) 医師の働き方改革の施行に伴う特定労務管理対象機関の指定について

事務局より資料8-1から資料8-4を用いて概要の説明があり、その後質疑応答が行われた。

特に意見等なし。

(4) 令和5年度第1回医療法人部会の審議結果について

事務局より資料9を用いて概要の説明があり、その後質疑応答が行われた。

特に意見等なし。

(5) 地域医療連携推進法人の代表理事の重任について【非公開】

事務局より資料10を用いて概要の説明があり、その後質疑応答が行われた。

特に意見等なし。

閉会宣言 16時40分