

平成30年度 第1回 滋賀県医療審議会 議事概要

日 時：平成30年10月30日（火）14：00～15：30

場 所：大津合同庁舎7階 7-D会議室

出席委員：松末委員、堀田委員、越智委員、小西委員、佐藤委員、山口委員、片岡委員、石田委員、廣原委員、古倉委員、平岩委員、白子委員、永田委員、寺村委員、堀瀬委員、西委員、柿迫委員、菊井委員、野村委員、植田委員、木津本委員、（順不同、敬称略）

欠席委員：藤澤委員、大塚委員、吉川委員
（順不同、敬称略）

事務局：健康医療福祉部 川崎部長、角野理事、市川次長
小林医療政策課長、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：川崎部長

事務局より、本日の出席者数は委員総数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。

議 題

（1） 会長の選出について

事務局より滋賀県医師会の越智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。

（2） 第6期滋賀県保健医療計画（平成25年3月改定）の進捗について

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。

会長 データを見ていて気になったのが感染症、エイズの評価がD評価（後退）となっているが、この相談件数、検査件数はエイズの感染者数が減ってきたからではないか。この評価は単に相談が減ってきたからD評価となっているのか、感染者数、治療を要する人数に対して相談件数が少ないから評価が低いのか、いかがか。

事務局 ただ今の質問について、平成23年度当初の現状値が3250件、

途中平成 29 年に見直しを行った 4700 件の目標に対して平成 29 年度の実績が 2847 件と大幅に減っているということで評価自体はD判定となっている。エイズの発症者についてはH I V感染者も含めて、ここ 5 年間は 10 例程で推移しており、特段増減はなく当初の目標よりも実績が低かったということでD判定となる。

会長 エイズに対する事業としてこの判定、目標の設定が妥当か否かという検討が必要ではないか。

事務局 おっしゃる通りなので、相談件数を上げるということが早期発見につながるころはあるが、平成 30 年 3 月からの第 7 期滋賀県保健医療計画における数値目標としては「いきなりエイズ率」、エイズになってから発見される率を減らし、早期発見につなげるために、H I V検査件数を上げることに目標を変更している。

委員 周産期医療について、随分と数値が改善してA評価（目標達成）となっていることが滋賀県にとって良いことだと感じている。その背景の中でやはり周産期医療に携わる医師や助産師、関係職員の方の日々の努力があったのではないかと思う。評価の中にそういった部分がどう表れているのか。また第 7 期保健医療計画の取組の方向性として、子育て包括支援センターが市町に必要なってきていて、今後は保健師や助産師と連携して推進していくことがますます必要になってきているので、看護職という部分で資料の最後の人材を抱える保健師や看護師やというところでの評価および第 7 期計画の方向性について、保健医療計画改定の際にも看護協会の立場から対話したつもりだったが、在宅医療等を担える人材の専門性の高い看護職員の育成や保健師の人材育成については方向性が書かれているが、助産師については少子化、周産期医療の部分については滋賀県の中でかなり活動をしているので、そういった部分についても取組の必要性を感じているので、本日の資料では助産師に関しては明記がなかったのでどうなのかと意見を伝えさせていただく。

事務局 助産師について本日の資料では看護職員という形で包括的に記載しているため、助産師について特段明記をしていないが、第 7 期滋賀県保健医療計画では 250 ページに助産師について看護師と別立てで明記させていただき、育成と確保と併せて質向上に取り組んでいきたいと思っている。

委員 人材育成について、医療計画の中には歯科衛生士だけでなく歯科技工士についても記載がされているが、歯科技工士に関する評価がないという点がまず 1 点。

そして、歯科衛生士の育成に関して、第6期計画の評価を拝見すると「就業歯科衛生士の数は増加しており様々なニーズに対応できる歯科衛生士が増加している」とあり、大変評価されているが、なかなか実態と実感がそぐわない。具体的な就労の歯科衛生士の人数がわからないが、県内の歯科医療機関で歯科衛生士の充足されている数が6割を超えることなく続いており、歯科衛生学科の卒業生もここ5年程38名の定員に対し27,28名で推移している。

第7期保健医療計画には取り入れていただいているが、是非早期の離職防止と復職支援だけでなく、歯科衛生士の確保・育成についても入れていただけると大変ありがたいと思う。

事務局

歯科衛生士の確保については県の総合保健専門学校の入学者確保のためにも検討をしており、第7期保健医療計画の255ページに目指す姿として歯科衛生士および歯科技工士の確保ということで挙げており、今後とも取り組んで参りたい。

会長

災害医療について、DMATについて言及はあるが、亜急性期というか回復期の部分、DMATが活躍するのは建前上、発災から3日間であり、それ以降の地域医療の復興に関しては日本医師会が組織するJMATというチームが大きく力を発揮するところであるので、計画の中にもJMATという文言を入れていただかないと計画に則った動きができないのではないかと、またそれに対する評価はどうか。

熊本の災害時には3000チーム程派遣され、滋賀県はそのうち1、2チームしか出ていないが、そういったチームが存在し、各県からの支援が来るわけなので、JMATという言葉はどこかに入れていただくことをこれからの計画でお願いしたい。

事務局

第6期医療計画については施設や体制整備面が不十分であったので、前回の目標については災害拠点病院の整備やDMATの支援・整備について記載し、一定成果を達成した。

JMATについてご活躍いただいているのは承知しており現行の第7期保健医療計画の126ページにJMATについて記載しているので、JMATだけでなく、医師会の皆様にも医療コーディネーターとしてご活躍いただく場があるので、今後とも協力をお願いしたい。

会長

本日の資料の第6期計画の評価の部分に（JMATの）記載がないのが気になった。チーム作りに関してもJMATを構築する時に名簿も提出し、看護協会、薬剤師会にも依頼してチームを作

れるようにしているが、命令系統等の整備について今まで全くない。以前に知事会からの依頼があったから勝手にチームが出た、医師会が置いてきぼりということも経験したので、それを反省点として県と医師会が合体したチーム作りというか、各団体のできること、機能的に動けることを考えていただきたいと思う。

委員 難病の対策について、この資料を見るまで進んでいないのではないかと思っていたが、A評価が多く、レスパイト入院などの利用者もあり、着々と進んでいるので安心した。

(3) 二次保健医療圏域のあり方の検討について

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 参考資料で各地域、各病院の想いを書いている。これを見るとだいたい現状を維持すべきだという意見が多かったかなと思う。これから検討する上でやはり現場の声を一番大事にしていきたいと思う。県で決めたからこうしなさいではなく、現場で働く医師、看護師、在宅関係者等全ての現場の意見、視点を基に必要かどうか考えていただきたい。

委員 地域医療構想の中心になっているそれぞれの圏域で地域の住民の皆さんがしっかりした医療、介護、福祉のサービスを受けられることが基本だと思う。そういう原点に立ち立った時に、二次医療圏のそれぞれ意見を尊重するというのは基本だと思うが、あまりそれぞれ意見が食い違う場合、県全体としてどういう医療がどこでどう足りないのかとするのかというような圏域全体の意見がどのような場で話し合われるのかというのが気になっている。国の方も（地域医療構想）アドバイザーは十数県でいないとなっており、アドバイザーの設置が推奨されている中で（アドバイザーを設置していない）滋賀県としてどのように考えているのか教えていただきたい。

事務局 アドバイザー制度について、これは地域医療構想の関係で国から設置に関する通知があったところではあるが、なかなか要件として要求されるレベルが高く、どういった方になっていただくか今すぐに出せる状態ではないが引き続き検討していく状況である。二次医療圏についてはご指摘いただいた視点を基に検討をしていきたいと考えている。

会長 二次医療圏は非常に定義が難しいが、例えばドイツでは心臓の手術をするところが2つしか施設がない。全ドイツの症例が2つの施

設に集まって手術をする。アメリカでもヒューストンにメディカルセンターとして十数大学の医学部の病院を1つの町で形成し、そこに患者が集まってきて手術を実施している。そういう二次医療圏をまたいだような構想も頭の中に入れておかないといけないのではないかと思う。各県によって規模も違えば医療レベルも違う。患者さんがベストの医療を受けられるにはどうすればよいかということを考えていくと県を超えた計画を念頭に置く必要があるのではないかと思う。例えば専門医でなくても手術はできるが、食道がんの専門医は現在滋賀県にはいない。そうすれば(県外の)別のところでやっていただくという柔軟な体制を考えておく必要があるのではないか。最近では地産地消というか、1つの圏域に抑え込んでしまおうというようなことが思われるが、柔軟な構想を考えていく必要があるのではないかと思う。私見なので押し付けるつもりはない。

事務局

今の意見にあったように、全てを圏域の中に抑え込むという話ではなく、少なくとも5疾病5事業および在宅医療については二次医療圏域を基にするのではなく、4ブロック化、3ブロック化といった現在の県内にある病院の機能を基に体制づくりをしているところである。がんについては二次医療圏毎に拠点病院を整備しているところであるが、既に動きかけているが、5大がんについては疾病毎に中心的な病院を今後位置づけていくことも考えていく必要があるかと思う。

当然のことながら疾患によって専門的なことになってくれば滋賀県内では無理ということは出てくるかと思うが、それについては細かい疾患毎に計画で定めるものではなく、拠点としてはこの病院ということを決めて滋賀県の中での医療提供体制を構築していくのが基本と考えている。

二次医療圏については元々病床数をどうするかということで医療法上出てきたものであるが、当時は病床数より地域完結型、保健所を中心として圏域を設定し、滋賀県の場合は行政単位と一致する形で二次医療圏が設定されていたが、医療法によって病床管理ということに移行した。今は5疾病5事業および在宅医療にみられるように必ずしも二次医療圏に縛られることなく、疾病によっては広く考えてもよいとなっているので、そうすると二次保健医療圏とはいったい何を意味するのかというのが正直なところである。強いて言うならば昔は二次医療圏毎にがんの拠点あるいは感染症の拠点等が言われていたので設置していたが、そうした時にこの二次医療圏

を拡大した場合に、今まで二次医療圏に1か所の拠点病院と言われていたものが2つの二次医療圏が一緒になって1つになった時に2か所の病院はどうなるのかという課題がある。それについて国は既存の病院についてはそのまま置いておこうとなっているので、たちまちその医療機能が失われるということはないと思うが、そうするとますます二次医療圏の意義と何かというのが正直なところである。

会長 柔軟に考えるということ（計画の）どこかに謳っておけば良いのではないか。

事務局 むしろ国が明確に言ってきたのは構想区域に合わせる事が適当ということ。当初地域医療構想の構想区域を作るときには保健医療圏の二次医療圏との関連性についてはあまり強く言われていなかったが、今回の保健医療計画改定時には合わせなさいとなった。これはどちらかというと構想区域が主という考えの方がむしろ良いのではないかとも思う。

委員 こういう話になると病院はしんどい部分がある。滋賀県でも南北問題という言葉があるように現場は大変だが、どうしても二次医療圏や歴史的な背景での滋賀県の7医療圏、病床機能報告制度、特に県内でも回復期が足りない、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった言葉が医療審議会において医療提供者が一方通行で指し示している。何が言いたいかというと、病床機能報告にしても二次医療圏にしても、例えば小児、救急、周産期等が7医療圏に差があるから4ブロック化したらデータが平準化される。平準化して平均値に近づく数字を作るという考えもあるかもしれないが、これは医療提供者側の考えであり、私自身はやはりそこに住んでおられる住民の目線をきちんとはつきりさせて、患者さんの立場が声をもっと大きく出された上で検討し、それを揉んでいくべきだが、なかなか発言されない部分がある。私を含めて病院勤務医もいずれ退職後は患者として病院に依っていくが、人口が非常に潤沢でアクセスの良い地域だけが素晴らしい医療を享受するとなってはいけない。やはり患者ニーズの目線というのを入れた、医療従事者からの一方通行ではない目線を大事にするような文言での検討を是非ともお願いしたい。バッシングされるのは病院であり、診療科の偏在があってもそこにいる医師は頑張っているのに、人数が少ないのは何故だと怒られるのは気の毒。そういう目線を持って、その地域でその地域に応じた医療は大事だと思うので、ブロック化、集約化は1つの方向性として正しいが、そこにアクセスする患者の目線を文言とし

て重きを置いてほしいというのが希望。

事務局

決して平準化することが目的ではなく、あくまでも確実な医療が提供される形を目指している。例えば救急でいえば小児救急のブロック化を進めているが、医師の働き方改革も数年後には本格的にスタートする。そういった時に24時間365日救急対応しようとする、その病院においては小児科医が8名程度必要になる。これを輪番で回していくとなるとどこの病院にも多くの医師がいるようになってくる。しかしながら小児科医は昼間それほど数はいない。それにも関わらず多数の医師を抱えると病院経営は苦しくなり、医師もそれほど確保できない。仮に多くの医師を確保できたとしても、はたして質をどこまで担保できるのかという課題がある。救急においても、救命救急などは救急医がいるところに搬送すべきと考える。そこで拠点化、それも決して住民の方にとって遠いところに設置しているのではない。以前から国から言われているが人口比で言えば滋賀県では救急センターは1か所、多くともせいぜい3か所と言われているが、地理的条件等を考えて4か所設置している。これは住民の方々の利便性は考慮させていただいている。

会長
委員

患者さんの声を聞ければと思うがいかがか。

患者側として、私は二次医療圏という言葉を出て初めて聞いた。患者としては二次医療圏、三次医療圏、医療圏という言葉は知らないと思う。今議論されていることは確かにとても大切なことで、限られた医療資源の中で地域の方が様々な病気になった時に安心して医療を受けられるということが住民にとってはすごく大事。

流出入についても、私のがん患者なのでやはり選択して二次医療圏外に出て行き、地元で在宅の治療を受けるということがあるので、とても難しい問題だと思って聞いていた。1つ思ったのは、圏域を超えて救急で行った時に、例えばがん患者が脳卒中で救急搬送された時、そのデータがうまく繋がるのか、データを繋ぐということも同じ様に考えていただきたい。患者として自分がこういった病気だということをデータで緊急の時に繋いでいただけのかが不安と感じた。患者力として自分で持ってないといけない部分もあるが、いかに患者個人の医療情報がうまくつながるのかというのが、数分差で生死に関わる時には大きいので、様々な局面を考えてとても難しい問題だと感じた。

会長

患者の立場から二次医療圏という言葉は知らないということであった。データについてはびわこあさがおネット等が充実してくればやり取りができるのではないかと思う。

事務局 一般県民の方が二次医療圏、三次医療圏ということ意識していただく必要はないと思う。要は身近なところ、自分の行きたいところに行っていただければ良いと思う。ただその後に医療提供側として考えた時に一定の圏域の中でしっかりした医療が提供できる体制、これが1つの二次医療圏の単位として考えているところ。例えば高度急性期で救急で運ばれる場合は別だが、通常はかかりつけ医の医療機関で受診する。かかりつけ医は圏域における医療提供体制についてはご存知なので適切な医療機関を紹介され、そこからの病診連携において治療が実施される。情報共有についてはびわこあさがおネットが稼働すれば県内のどこの医療機関においても患者情報が見られるようになる。

報告事項

(1) 平成30年度地域医療介護総合確保基金事業について

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。

会長 消費税増税分はどれくらいまわってくるのか。教育費の無償化等に増税分の半分が充てられるようなことが言われている。

委員 以前は滋賀県が最下位であった基金の内示額が全国41位になったことについて、日本看護協会の地域医療介護総合確保基金の医療の部分、介護の部分での勉強会等での情報はあがるが、例えば同じ近畿でもどういう配分で額が決まってくるのか私の中では納得がいかない。奈良県や和歌山県よりも毎年額が少ないというのは国と県のお金の使い方の総合的な判断で決まるのか、その辺りの仕組みがわからないので教えていただけないか。

事務局 正直なところなぜ奈良県や和歌山県より少ないのかということとはわからない部分がある。医療分では区分Ⅱ、Ⅳの在宅医療や人材確保については国予算の約934億のうち約430億が配分され、約500億が区分Ⅰの地位医療構想推進のためのハード整備に配分される中で、区分Ⅱ、Ⅳの中にはこれまで国庫補助で実施していた部分が基金にスライドされてそこが一定ベースになっている部分があると聞いており、その部分について国もしっかり配分することであり、それが1つ挙げられる。そこをベースに国で様々な要素を考慮して検討がされていると想像するが、それ以上の情報についてはわからない状況である。

事務局 実際のところ、国からどれだけ内示されたか全国で順位をつける

ことはあまり意味がない。むしろ要求額に対して何%採択されたかが重要であり、もともと都道府県で要求額が違う部分がある。そこになぜ違いが出てくるのかということの要因の1つとしてあるのは、以前の地域医療再生基金と異なり、今回の地域医療介護総合確保基金は3分の1を県が負担する。全体の要求額が30億であれば10億は県が一般財源を出さないといけない。要は県財政でのやりくりが1つの要因である。県としてどんどん活用しても良いとなれば金額も膨らむが、滋賀県の中では現在そうなっているわけではなく、一定の(財政的な)縛りがある。

もう1点は必ずしも区分Ⅰについているから区分Ⅱにもついていないということでもないが、基本的には区分Ⅰでの基金を要求すれば国もその分は内示をしてくれる。一方、区分Ⅱ、Ⅳについては厳しくチェックされる。滋賀県では区分Ⅰ、主に病床転換になるがあまりそれが進んでいなかったことがあり、これも予算の取り方の問題だが基金残ということで残っている。

滋賀県ではありがたいことに国の基金ヒアリングの際には県医師会、歯科医師会、薬剤師会、病院協会、看護協会のトップの方からも国に対して説明していただいている。冒頭にも申し上げたが要求額に対しての内示額の割合が大事である。

(2) 平成29年度病床機能報告の結果について

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。

- 会長 これは病院の当事者でないとわからない。
- 委員 高度急性期、急性期について、大津医療圏では大学病院や日赤病院等が集まっているのでやや多いという見方もあるが、高度急性期と急性期の区別は必要ないということがこの医療機能区分を作られた産業医大の松田先生もおっしゃっていて、どういう医療を提供しているかという中身をしっかりと見ていくということ、ICUやハイケアユニット、小児集中治療室等の特定病床についてはそれぞれ看護配置等が厳しく規定されており、(診療報酬)点数でも評価されていることから、全体として高度急性期と急性期の線を引くのは難しいというのが大津圏域の高度急性期、急性期を提供している病院の意見である。急性期医療を提供していることに変わらないので、回復期や今後非常に増えるであろう慢性期、介護医療院について議論していく必要があるという流れだと理解している。

閉会宣告 15時25分