

平成27年度 第2回 滋賀県医療審議会保健医療計画部会 議事概要

日 時：平成27年12月24日(木) 13:00～15:00

場 所：滋賀県庁北新館 中会議室

出席委員：松末委員、笹田委員、小西委員、芦田委員、片岡委員、石橋委員、
本白水委員、織田委員、若林委員、菊井委員、三輪委員、渡辺委員
(順不同、敬称略)

欠席委員：山口委員

事務局：健康医療福祉部

藤本部長、瀬古次長、角野次長、嶋村健康医療課長、河瀬医療福祉推進課長、
健康医療福祉部担当職員

議事の経過概要

開会宣告 13時00分

健康医療福祉部あいさつ：藤本部長

事務局より、本日の出席者数は委員総数13人の過半数である12人であり、滋賀県医療審議会運営要綱第5条第3項で準用する第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。

本日の議題2については、議事内容が、特定の医療機関に関するものであり、また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、冒頭に部会長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. 滋賀県地域医療構想(素案)について

事務局より資料に基づいて説明が、また、湖北圏域地域医療構想検討会議の手繰座長より報告があり、その後意見交換が行われた。

その概要は下記のとおりであった。

部会長 国全体でも地域格差という言葉が出ているが、滋賀県においても、非常にいい県だと思っはいるが、大きな問題があるということである。

様々な立場の委員がおられるので、全体を通して、それぞれから確認や意見等があればお願いしたい。

委 員 湖北のご意見を聞かせていただいたが、このような意見がある背景には、今年の6月に国が示した必要な推計病床数というのがあって、その通りやら

なければならぬのではないかという流れがある。それはあくまで目安と考えており、2013年度のデータをもとに10年後の推計をしているものである。本当に必要で地域に求められる病床というのは、今後議論を重ねながら考えていけばよいのであって、これはあくまで推計である。2025年だけでなく、2035年、2040年も見据えて考えるべきということも言われているので、そのような中で地域の病院はあるべき姿を考えていくと思う。病床の数ありきという議論ではないということを確認しておきたい。

部会長

湖北のご意見の中で地域完結型という言葉が出てきた。これは医療側で考えるものと患者さんの立場で考えるものとで違った視点があると思う。今回の構想素案の基本目標では「誰もが状態に応じて適切な場所で必要なサービスを受けられる」ということを滋賀県版で考えましようということである。慢性期も含め県内に流入がある中で、患者さんの立場でご意見をいただきたい。

委員

2点申し上げたい。

1点目は、保険者協議会として各地域の会議に参加させていただき意見してきた。将来の病床数について、厚生労働省から示された試算により医療機関所在地ベースで推計されていることについて、高齢化に伴うニーズに対応するために地域完結型の医療介護連携サービスの提供体制を考えたときに、気になるのは、湖北の慢性期機能の充足率が極端に低くなっていることである。この数値は誰が見ても異常値である。医療を受ける側の立場として、住み慣れた地域内での質の高い医療の確保を検討いただきたい。

2点目は、県内の患者動向を見ると7つの構想区域だけでなく他府県への流出がある中で、滋賀県では現在の患者流入が将来も続くものと仮定して考えられるということであるが、その中にはアクセスや医療機関の評判などによって患者自らが他の医療圏の受療を選択するなど、患者ニーズによるものであればやむを得ないと思っている。一方で、入院するための病床が不足することによって他の医療圏に行かなければならない患者がいるのであれば、これは大きな問題である。ここは、きっちり捉える必要があると考える。圏域内での患者ニーズなど、必要性があれば検証していただき、それらを満たすように必要な病床機能の転換や整備を進めていただきたい。

また、今後高齢化が著しい湖西の医療圏であるが、この地域では患者住所地ベースで考えていく方がいいのではないか。そして現状を見る限りにおいては、大津医療圏と合わせて一医療圏として考えていくことも一つの方法ではないかと思っている。

委員

長浜で患者さんと接する中で感じるのは、高齢化率が高く老老介護の状態の方が多し。75歳以上の方が多く高齢者が高齢者をみる、認知症の方が認知症の方をみるということが多い中で、慢性期で治療が必要な方、医療依存度が高い方は、施設がなく、湖東、湖西に行かれている状況である。家族が見舞いに行くこともあるが、認知症があって車を運転できずに行けないということもある。湖北の中では、難病や透析が必要な方で在宅では対応できない

という方が入院できる施設が少ない。最終的には自宅でみられず病院で最期を迎えるということもあるので、これから地域包括ケアシステムを進めていく中では、湖北に慢性期の医療機関が増えていくと有り難いと思う。湖北地域は非常に看取り率が高くて、地域の医師や介護スタッフの方々が精力的にケアしていただいている現状はあるが、実際には介護人材が少ない中で、今後高齢者が増えていくので、今の状態を維持していくのも難しいと思う。在宅でのケアを進めてく中で、家族の負担があればレスパイト入院できるような施設が近くにあればよいと思う。そうすれば家族も、また専門職も疲弊せずにケアが継続できると感じている。

部会長 慢性期の病床が問題になっているが、療養病床の医療保険の部分と、入院以外のところに入ってくると介護保険もあり、医療と介護の一線が引けない状況が出てくる。高齢者にとって近くでということであるが、在宅医療の充実の度合いと、慢性期病床の不足した状況と、併せて考える必要がある。滋賀県全体の問題として地域で格差がある。これは国内共通の課題でもある。在宅医療へのシフトという流れがあるが、介護を含めての在宅医療ということで、病院と施設とが混在している。都市型、地方型ということもあるが、現在県内ではどのような取組がなされ、どのような展望にあるのか。

委員 湖北地域については、地域の開業医の方が頑張っていて受け入れていただいております。ICTを活用しながら病院と開業医とが連携をとりながら進めている。ただ数が充足できているかというところでもない。湖北の慢性期では南に患者が流れているが、この慢性期患者を受け入れられれば流れが止まるので、在宅で受け入れられる開業医を増やしていくということが必要。

部会長 がんの地域内完結率が出ているが、がん治療にも急性期の部分とターミナルを含めた慢性期の部分がある。そういうところも含めて地域ごとに見ていくとばらつきがある。

委員 がんでは、現在5大がんと緩和ケアの地域連携パスで開業医と病院との連携をされているが、開業医の方の中にごん患者を診ましようという方はまだまだ少ない。がん末期患者には介護保険を使って在宅でと思っても、認定がなかなか下りなかったりするので、認定が下りたと思ったら最期を迎えてしまうということもある。そのあたりの連携がスムーズにいかないと、この構想も絵に描いた餅になってしまうと思う。

部会長 滋賀県は比較的小さなエリアの県で、どこからでも2時間程で行ける県である。一方で県外に患者が出ている状況もあるが、県内完結に関してはどう考えるか。

委員 がん患者の場合、問題になるのは再発転移して治らないときである。県外へ行って治療できる場合はそれでよいが、治らないときは地域完結型の医療でないといけない。治らない場合は地域の病院へ帰ることがあるので、そうしたときのがん医療というのも考えていけないといけない。

委員 地域医療構想を考えるにあたって課題が浮き彫りになってきた。それは病床の数だけではなくて仕組みの問題でもある。これからは訪問看護が必要で

あるが担い手がいない。国あげて住み慣れたところで最期を迎えられるよう、適切なところで療養でき、生活できるようにということであるが、すべての圏域に共通する課題としてあがっているように、地域で見合った医療を受けるためには仕組みを考えていく必要がある。患者流出入の状況は資料からよく分かった。極端な所は是正が必要と考える。

看護協会としては、これからの時代、ときどき入院と言われるところは必須で、そうしたところに人材が必要になってくるし、機能分化が進むと病院の中においては、かつてのように臓器別の看護師ではいられなくなるので、全領域に渡った看護師を育成していかなければならない。そして、在宅への流れをつくっていく人材として、病院から地域に出向いていくような発想の転換をしていかなければならない。

委員 医師については新しい専門医制度が始まる。そこでの大きな考え方には地域偏在を考慮した配置というのがある。ただ、総合診療医、家庭医といった人材がいない。そういう人材をどうやって育てていくのかということについて、医師会の協力もいただきながらやっていかなければならない。医師も高齢化しており在宅をやろうという人があまりいない中で、若い医師が病院基幹型で在宅医療に興味をもっていただくようなプログラムもつくる必要があるのでないか。時間はかかるが家庭医養成のプログラムは進めていきたい。

委員 地域で最期までというところは共感する。地域の一番小さな単位であるご近所で見守っていける体制を整えていきたいと思う。在宅医療では、診療に来ていただくときに時間がかかる地域もあると思うが、そういうところでは、医師が詰めている地域のセンターみたいなのがあって、その近くで多様な住まい方があっていいのではないかと。例えば、山奥で一人暮らしをされているのであれば何人かで集まってグループホームのような形で基幹病院の近くで暮らす、そして地域で見守ることができれば、医療と介護が同時に受けることができ、最期まで日常生活を送れるということになるのではないかと。

部会長 まさに地域包括ケアの将来像であると思う。

委員 湖北は最も広い面積に人々が暮らしているが、そういうところでは中央に病院が必要ということはもちろんであるが、診療所など末端で診ていただける医療機関がもっと必要であると考え。人口が減っていく中で診療所も減っていく現状にあると思うが、何とか維持していく必要がある。

湖西、湖北は気候的にみても、特に冬には雪が多いところであり、移動が困難な条件にある。高齢者であればさらに動きにくいということも含め体制を考えていかないといけないと思う。

委員 医療機能の現状と6年後の数値を見ると回復期が大きく伸びているし、医療需要の将来推計でも回復期が伸びている。回復期機能には回復期リハ病棟と地域包括ケア病棟があるが、構想案の各圏域の取組を見ても地域包括ケア病棟の整備を進めていくという方向であると考え。今後、回復期リハ、地域包括ケアの各病棟と、介護保険のベッドでのリハビリなども含め、回復期機能の中でもどのように役割分担していくのかということも課題である。

事務局 回復期機能の充実については、基金を活用して転換を進めるという方向である。

委員 歯科では回復期と慢性期で口腔ケアに入っていく。基金事業で病院歯科のない病院に歯科医師、歯科衛生士を派遣している。また在宅へ移っていくときに訪問診療できる体制もつくってきている。

委員 今回、構想として素案をまとめたのだから、これをベースに取組を進めていかなければならない。現在も大事であるが2025年にどんな姿になったらいいのかイメージを描くことが必要。今のままでいけば2025年の医療需要は増加することは間違いない。しかし2025年になると疾病構造、病気の種類が変わってくるし、社会構造も変わる。そして、県民の皆さんの意識も大きく変わる。そういう中で県民の皆さんが望んでいる姿というのは、理想的ではあるが、医療を必要としない姿であり、これを言い換えるなら病気の予防である。予防の効果が出れば医療需要を減少させることができる。現在医療を必要としている人をないがしろにするということではなくて、今後増加する医療需要に対して今の医療資源で対応できるのかということである。そこで大事なのはシステムである。例えば現在急性期の患者は2週間ほど入院するが、これを1週間で手術を終えて在宅へ帰れるような流れをつくったら、今の医療資源で2倍の患者を受け入れることができる。先進国で日本のように入院期間が長い国は稀であり、システムができていない国では可能である。そのためには、人材、ICT、連携が必要。急性期病院から後方支援病院へ行って、リハビリや栄養指導や服薬指導をやって、安心して家に帰って、目指すべきは、もとの元気な生活に戻るということである。これは決して医療だけできるものではない。住まい方まで考えることが必要。こうした全県的なしくみをつくっていくためには、健康医療福祉部を中心に他部局との情報交換や連携も大事になってくる。県ではそのような作業を進めているので、近々には2025年、もう少し先になるかもしれないが、県民の皆さんの顔色がいい状態をつくれるのではないかと。

また、地域完結型の医療というのは救急医療と小児医療だけ。がんは慢性疾患である。したがって、慢性疾患は、必ずしも地域に限定して完結する必要はない。滋賀県内に2か所あれば十分といった治療もある。そうしたものはそこへ行って、また地域に戻るといったことがあってもいい。これも必要なシステムである。至適な医療を受けていただき、そして地域に帰り、出来る限り健康的な生活に戻る仕組みというものを考えるときには、すべての地域を同様にする必要はない。そこに地域連携のシステムを持ち込むということが非常に大事である。そういったことも同時に考えていきたい。

委員 医療構想は先のことを考えるものであるということであるが、その中で7つの医療圏それぞれに課題があがってきた。これは統計的にみた課題であると思うが、大きな枠組みの中で一人一人が生活をしていて、その人たちが今必要なのは在宅であると言うけれど、がん患者や老老介護の人たちにとっては在宅に移行しましょうという中に大きな負担を感じているということが現

実にある。今ある負担を解決していかないといけない。健康、予防も必要。7つの圏域の中で患者さんの声をしっかり受け止め続けて、少し変わってきたとか、良くなったという声を集めて、良い方向に向かえばいい。患者さんが良かったと思える医療でないと滋賀の医療は良くなったと言えないのではないかと思う。

部会長 医療だけではなく地域全体で考えるということも地域医療構想の一つである。

委員 滋賀県の女性は健康寿命が一番短いということであったが、その時にどうしたら健康寿命が延びるかといったアンケートに答えたことがある。そこで思ったのは、外に出て歩く機会が少ないのが滋賀県の特徴ではないかということ。どこに行くのも車で行ってしまうという車社会なので、歩ける道をつくってくださいと回答した。公園に健康器具を置くのもそうだが、気軽に運動できる、歩ける環境が必要。

部会長 ハード面の話がたくさん出てきたが、それを裏付けるのは人材である。人材育成については滋賀医科大学に頑張ってもらっているが、特にこの人材についてこういう取組が必要だということはあるか。

委員 担い手が少ないということで、これからは若い人はもちろんのこと、長く働き続けるということが求められるので、看護職はいつまでも健康で、60歳で定年ということではなく、生涯現役でということを考えている。そういう中で、これからは役割の再編が大事である。それぞれの役割を見直しながら、互いの枠を外しながら、あらゆる職種の皆さんと一緒にチーム医療というものをもう一度考え直していきたい。

委員 連携ということについて、当初の会議でも連携してやっていくということを上申している。こうした場に来て、各種団体や県とも連携ができ、医療保険者とも協力してやっていきたいと思いますという前向きな方向付けが出来つつある。

今、我々が困っているのは健診や保健指導率の問題である。健診受診率は右肩上がりが増えてきてはいるものの、保健指導が伸びない。いろんな要因はあると思うが、中でも保健師や管理栄養士を雇用することができない、見つからないという課題である。こうした課題も皆さんから情報をいただく中で、積極的な保健指導に努めることができればと思っているのでよろしくお願ひしたい。

部会長 課題がたくさんある中でいろんな意見をいただいた。7医療圏で十分議論されてまとめられて、またフィードバックするという中で、3月までのプロセスでは今日で7合目くらいまで来たということになると思う。この部会としてまとめあげていかなければならないが、湖北の問題は大きいし、何とかしなければならぬということには理解する。概要版の数字が一部空欄であるが、医療機関所在地ベース、患者住所地ベースといろんなご意見がある。ここで決めなければならぬということではないとも思うが、部会としては一定のまとめをするという中で、湖北だけを特別扱いしなければならぬ理由

付けをどこに求めるかという、根拠付けについて理論武装しなければならないわけで、空欄のままでは責任も感じる。

委員

湖北の部会長からご報告いただき、同感するが、これは今までの長い歴史があって、そういう中で東近江などに慢性期の病床が多くなった。大津でも慢性期の患者は京都などへ流出しており同じような状況がある。病床数ありきではないということを確認しているので、県全体で病床がマイナスという数字もあるが、あくまで2013年度の実績をもとに推計されているので、これは議論を重ねる中で変わってくるかもしれない。そういうことを前提として、県全体では医療機関所在地ベースで考えて、今後、住み慣れた地域で最期を迎える、あるいはすぐにかかれる病院を確保するという議論を進めていって、そういう中で、相互に調整会議やまたこの部会でも慢性期の病床について考えていく。これで終わりということではない。今のところは医療機関所在地ベースで計算しないと県全体の数字が決まらない。ただベッドの削減ありきではないということを皆さん言っておられるのだと思っている。

部会長
委員

県内としては同じ方向性で動きたいということである。

若い医師が自分の将来をどういう形でやっていきたいかということについては、いろんな思いがあると思う。自分はスペシャリストでいきたいという方もおられるし、開業医や家庭医的なことを望まれる方もおられる。いまの若い医師の中で、家庭医であるとか、在宅医療をしようという方は多いのかどうか。

部会長

研修医をそれぞれの病院が育て上げる中で、新専門医制度が始まってくる。内科系に関してはサブスペシャリティということで消化器内科、循環器内科といったものがあるが、その並列として総合診療医というものがある。ここに関しては、すごく魅力的に感じている医師は多い。滋賀県には地域で頑張っておられる診療所の先生など、若い医師が総合診療医に目覚めるためのリーダー的な方がたくさんおられる。国もそういう方向にあるし、県病院協会としても若手医師の研修などでアピールしている。国あげて、県あげてそういう医師が増えてくることは間違いない。滋賀県全体を網羅するためにどのくらいの時間がかかるかは分からないが、従来よりは確実に右肩上がりが増え、問題意識も上がっていると思う。

滋賀県のいいところは患者さんの質がいいことである。若い医師が育ちやすい、患者さんが医師を育ててくれる県である。そういう点では未来は明るいと思っている。

委員

滋賀県は救急も含め医療に恵まれていると思っている。救急医は十分であると言えないが、専門医は育ってきている。他府県では救急搬送に相当な時間を要しているところがある。滋賀県ではいろいろと課題も提起されたが、医療提供体制は整っている方だと思う。

ただし、医療人の育成は重要である。ベッドを確保してもそこに人材がいけないといけない。回復期とか慢性期のところの内科の医師が少ないと思われるので、そこは何とかしていかなければならない。若い医師は、総合診療医

の希望が3番目に多い。これから卒業していく医学生は、自分の20年後、25年後を見据えている。ゼネラリストを目指す医師もたくさん出てきている。

委員

医師会としても、開業医が行っている仕事について、その魅力を勤務医の方にアピールしている。勤務医の方が開業する際は、その地域で開業されることが多いので、医師会としても開業医の良さを知っていただき、地域に根差して医療の提供をしていただく若い医師を増やしていきたいと考えている。

委員

若い医師が地域の在宅医療に向かうかどうかについては、いいものを見ないといけないと思っている。私自身、県内の実践事例を見てきたが、行って初めて分かることがある。そしてそれは医師だけではない。地域で在宅医療が成り立っているのは、医師のみならず、看護師、栄養士、PT、OTなどのメディカルスタッフが皆でやっている。そういうところにいるんな人が行かないと地域在宅医療は成り立たない。確かに若い医師を先導させるということは大事であるが、やるなら医師のみならず多職種で対応していかないと到達点に達することができないと考える。

部会長

今日は限られた時間で幅広い立場からたくさんの意見をいただいた。湖北からは患者住所地ベースで推計をという要望も出てきた。ただ県全体の調整ということで、本日の資料の推計値は入れていかなければならない。県全体として同じ方向でやっていこうという意見であったと思う。そういう意見も含め構想素案について部会として了承いただきたい。

各委員
事務局

(異議なし)

本県でも人口減少していく中で、現実を見据えてどのように推計していくのかということであると考える。湖北では患者住所地ベースで推計すべきということであるが、県全体の調整の中で、他の地域は医療機関所在地ベースの推計ということである。湖北の慢性期機能の流出の問題や病床稼働率を上げていくにはどうすればよいのかなど、今後地域の中で検討されていくものとする。本来の望ましい姿は患者住所地ベースであると思うが、あくまで将来推計においては、現実としていまの患者流出が存在する中で、警鐘的な意味も含め、県全体の推計として医療機関所在地ベースとせざるを得ないと考えている。ただ、委員からもご意見があったように、今後も引き続き地域の協議の場で調整しながら、必要に応じて推計値の調整もあり得るものとする。

2. 地域医療支援病院の承認について

事務局より資料に基づいて説明があり、全会一致で承認された。

閉会宣告 15時00分