

平成25年度 第1回 滋賀県医療審議会 議事概要

日 時：平成25年5月10日(金) 14:30～16:00

場 所：滋賀県大津合同庁舎7-C会議室

出席委員：柏木委員、笠原委員、小鳥委員、芦田委員、中野委員、廣瀬委員、
本白水委員、今堀委員、宮本委員、近藤委員、菊井委員、井上委員、
西川委員、関委員、福井委員

欠席委員：笹田委員、石橋委員、三ツ浪委員、山田委員、小林委員

事務局：那須健康福祉部長、医療福祉推進課長、健康長寿課長、茂森医務薬務課長、
健康福祉部関係各課担当職員

議事の経過概要

開会宣告 14時30分

健康福祉部あいさつ：那須健康福祉部長

改選委員の紹介

事務局より、新たに就任された委員2名の紹介があった。

事務局より、本日の出席者数は委員総数20人の過半数である15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. 滋賀県地域医療再生計画(案)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 皆様方からのご要望も頂きながら、総額15億円の範囲内でどうするかという
ことで、説明があった。

こういうところを説明してほしいとか、意見があったらお願いしたい。

委 員 災害医療体制の構築について手厚くしていただいております、大変ありがたい。
DMAT ドクターカーはどのようなものなのか。3.11の時に、病院から当日にDMAT
が出動したが、DMATの1チームの人間の人数はドクター1人、看護師2人、
運転手とか全部で4人から5人必要。

出動するには足が無いと行けないので、こういうことをして頂けるのは良い
こと。出動する場合この4人から5人で最低のチームだが、車には人が4人
から5人乗るので、もう一台必要。2台で行かないと出動出来ない。もう一
台の方は機材を積んで、山積みして行くので、2台用意するのが病院では難

しい中で、整備するのはありがたい。

事務局 DMAT ドクターカー配備支援だが、災害支援に力を入れるということを考えている。DMAT ドクターカーの配備は、災害拠点病院 10 病院、緊急被ばく医療機関になった長浜の 2 病院、それと県立の病院、13 病院で即座に出られる体制を整えたい。

会 長 それで 2 台買えるのかということはあるだろうが、調整等願います。非常に大事なことであろうと思う。

委 員 事務的な面で感じたことを質問したい。

再生計画案の中で、21 年度計画のなかで医師の数、あるいは在宅医療推進対策の説明を伺ったが、素案の 2 ページと 4 ページに現状のことが書かれているが、彦根の市民病院では産婦人科が無くなり、私立の産婦人科が 1、2 あるという状態。

21 年度以降取り組んで頂いていて、医師の確保ということで滋賀医大と協力しながら確保して頂いていると思っているが、彦根には大きな病院もあるので、それらの活用とか考えて頂ければありがたい。

もう一点は 2 ページの在宅医療推進事業 5 項目目の、県内の訪問看護ステーション 71 ヶ所の中で、24 時間の定期訪問をしている訪問看護ステーションは 1 ヶ所ということであるが、自身の経験でも自宅看取りということは十分理解しているが、それが出来ない為に介護施設にお世話になった。ボタンを押せば 24 時間 365 日来てもらえると言う体制が敷けるのであれば、在宅看取りは十分できると理解している。しかし、24 時間訪問看護ステーションは 1 ヶ所しかないし、その 1 ヶ所ではとても回れない。それにも力を入れるということで、21 年策定の中で訪問看護ステーションの機能強化とかを謳われているが、その効果が 22 年、23 年、24 年とこの 4 年間でどれくらいあったかをお教え願いたい。それらをふまえて、今後力を入れて在宅看取りをやっていくことが必要である。

我々健保組合としては、高齢者の支援金も負担が大きくなっており、健保組合を維持しようと努力しているが、お金が掛かる部門と社会保障の中では、子供を「産めよ増やせよ」ではないが、少子高齢化をなんとかして子供の数を増やしてということで、子供手当とか保育園の増設とかに力が入れている。

これは生まれた子供を保育園に入れる、あるいは育てやすい環境で、子供手当とかされていますが、出産する為の施設を充実させないといけない。どこで産んでも良い、お金さえあったら良いとか、保育園があったら良いとか、という体制では大変である。

事務局 医療提供体制の医師の充足について、平成 15 年から平成 24 年までの推移を見ると、全体として 200 名弱の医師が増えている。しかし、診療科目と地域での偏在の問題がある。大津・湖南地区では増えているが、その他の地区では横這いという状態。

先ほど、彦根市立病院の話もあったが、産科医が 1 人であり、これでは病院

で出産できないということで、今年度支度金も付けて、滋賀医大とも連携して講座を設けて、医師の数を増やしていかなければならないと考えている。訪問看護ステーションの関係の取り組みだが、訪問看護師は平成20年は367人、平成24年は445人。

訪問看護ステーションの数についても、平成20年60ヶ所であったものが、平成24年72ヶ所が1ヶ所減って現在71ヶ所となっている。

ただ、規模としては中小規模のものが大半で、24時間の訪問看護体制については一定の規模のないステーションは難しい。

県内では1ヶ所、湖南圏域で済生会病院に訪問看護ステーションがある。この状態をどう解消するかという事だが、まずは訪問看護師が増えていかないと訪問看護ステーションが増えない。

どうやって訪問看護師を増やしていくのか、看護ステーションでは大きなステーションと中小のステーションが連携することによって、24時間の訪問看護を回せないかという取り組みをやっていこうということで、25年度の予算でモデル事業を計上している。26年度、27年度についても今回の計画に盛り込ませて頂いた。

委員

基本的な考え方は、寄附講座は有効にお金が使われなければならないということ、東近江に関しては第一目標であった訳だが、出産の施設については、この4月から体制が出来つつあるとのことで、もう少しでスタート出来るであろう。15年位まで減っていたドクターの数が今37名まで増えてきている。県が支援していただいたプロジェクトは、少なくとも東近江地区では成功しつつある。

周産期の問題は、寄附講座が終了した時点で彦根に産婦人科医師を送るというのが、条件になっていたはず。それは実行しなければならないと思っている。どういう形で実行できるか早急に確認したいと思っている。単にお金を配るだけでなく、結果がどうなっているかを、各事業とも、我々も含めて検証していただければと思う。

委員

在宅医療支援医を持って頂くと、24時間365日対応してくれる地域中小企業の訪問看護ステーションもあるので、これを利用させてもらうが、済生会病院の24時間365日というのは誰もというのは難しいが、在宅医療支援医を作っていただくと、比較的緊急の時には対応していただくことが出来る、ぜひ支援医を作っていただきたい。

東近江の方では現在進行形で家庭医要請の体制が構成されつつあるということであるが、蒲生病院でそれをするというようなことが提案されて始まっているが、進捗状況はどうか。

委員

進んではいるが、一定の条件があると思う。この事業は2~3年間弱の事業であり、終わってからの継続性をどういうふうにするか、提案した上でやらなければならない。東近江市と綿密に打ち合わせて、県の事業から東近江市に移行するというような条件を整えて、今の家庭医の養成の拠点にするという事業はそれが条件になるのではないか。継続性の無い事業をやっても地域

の為にならない。「三方よし」のグループがいらっしゃいますし、そこに拠点を作るというのは非常に滋賀県をアピールするし、東近江市をモデル事業として全国に広げていくという意味で、是非それを成功させるべきである。その為には県による一定の支援が要るのではないかと。今居る人たちも含めてどういう医療体制にするかも綿密に打ち合わせないと、単にプランでお金が付いたからやりましょうというわけにはいかない。滋賀県と一緒にって積極的に参画して行きたいと考えている。

文科省のセンターオブコミュニティという補助に対して、我々としては第一優先順位で申請する。全国47都道府県で各1つくらいはあたるのではないかと、それがあたればある程度継続性がプラスされるのではないかと。

会 長 民間の産婦人科医という話が出ていたが、滋賀県の周産期医療の委員会委員長として周産期医療の問題を含めて、滋賀県は比較的民間がお産を取り扱っているという率が非常に高い、安全な場合は良いが、そのバックアップを何かあるときには母子を運ぶとか、周産期医療センターを作るのにこの人材や状態では駄目なので、滋賀県としては4ブロックに分けて、そこで集中して日常的に繋ぐということをしており、効果が出ている。

ある意味で私たちも含めた人材の中でどういう形でできるか、先生方からも人材を作ってきているとのことであったが、現状もかなり努力しているのではないかと思う。

在宅の問題も、本人の希望で在宅ということもあるので、医師会もなんとか皆でやろうとしている。東近江では「三方よし」の方ががんばっているが、滋賀県の何処でもそうだといいことにならなければ、本当の問題になっていかないだろうということをやっている。

一番の問題は、住民の方々が不安を持ちながらどうしたら良いか分からないということ。家庭医とか貼り付けの先生を手当していったら、あまり心配ないという所まで行くようにしようとしているので、皆で協力してやって行きたいと思っている。

委 員 資料6ページの「病病診・在宅連携推進センター（仮称）」を設置して、在宅療養支援の体制を構築するとのことであるが、今既に介護保険の方で地域包括支援センターがあり、連携推進センターとの違いを教えて欲しい。

また地域包括支援センターの役割、位置付けとか、民間の介護保険の事業者に地域包括支援センターに委託されているというところもあるが、在宅支援ということで推進センターとか連携システムとか取り上げているが、それぞれが頑張るのではなく、横につながっていく形になるようであれば良いなと思うので、イメージが沸くような説明をお願いしたい。

事務局 病病診・在宅連携だが、確かに地域包括支援センターは介護保険を利用される方への支援をしているが、介護と医療の連携度という部分が課題として言われており、その部分を連携させて行こうという取り組みの一つとして進めており、具体的には基幹病院から次の拠点病院に転院される場合、その地域

の拠点病院から退院されるケースもあり、退院された後の在宅療法を継続される患者さん、急変時には地域の拠点病院に入院されるという流れがあり、そこをいかに転院の調整とか退院の調整とか在宅医療の支援ということをするための、コーディネート機能を持つような事業として考えており、それ以外にも医療福祉の観点からの研修とか在宅医療をする方もケアするといった取り組みを行うものと考えている。

関係者の横の繋がりが大事であり、仕組みも大事であるが、顔の見える関係が地域の中で出来ていくことが大事である。

委員 最終として目指す所は地域包括ケアであり、これを援護する為の病病診・在宅連携推進センターというふうに考えて頂いて、地域包括ケアはもう一つ上にあると考えていただいたらよろしいかと思う。

委員 在宅医療推進で、施設から地域へ、病院から在宅へという流れで、出来るだけ医療機関が近くて在宅に変えてもらうというのが、高齢者対策で例えば、訪問看護ステーションのモデル事業とか、認知症患者の円滑な在宅医療とか、高齢者をターゲットとしたものが中心かと思う。

地域包括ケアというシステムの中で、在宅医療と介護と地域支援とか福祉とか住宅とかリハビリとか、全体の中で在宅医療をどうするかをしっかりと考えないといけない。

医療審議会とは少し別かもしれませんが、地域包括支援ケアも入れていただいたらと思う。

会長 地域包括は大事な問題であるという認識はあるが、分かりにくいという事もあり、書き方があるかと思しますので、検討させていただく。

委員 医療情報ネットワークの運営支援というのがあるが、非常に大事な分野であるので、非常に有り難いと思う。具体化されていると思うが、初期投資の部分は非常に高額であるが、その後のランニングコストも結構掛かるので、この所をどのように保証するのかということが無いと、この事業は「線香花火」になってしまう可能性があるので、一方そこを考えて頂きたい。

委員 地域医療連携ネットワークというシステムは大変重要で、色々な病院が同じ情報を入れる時代がもう近い、滋賀県全体で私たちもそうしようと思っている。今までスキャンして情報を取っていたものが入れなくて良かったり、ドクター秘書の形で書いていたものを書く必要がなく、入って見てもらえば良くなった。コストダウンが出来るところがあるように思う。

全体を試算して、包括的にやれば医事のところでは結構展望があるのではないかと。医療費として重複する部分や同じ操作を二度やるということが無くなるので、全国的に先導してやって頂きたいと思う。

我々も次期システムを二年後に全部やり変えるが、その時には必ずそれを入れる予定である。

会長 ランニングコストについて不安というか疑問に思っている。請求書が来るが、これから機器を変えなくてはならないとか、追加提案とかが有り過ぎて本当にきちっとした請求になっているのかとったりする。

どこが適正な水準なのかよくわからない。きちっと精査して本当にこれで良いんだと、確認して進めていく必要がある。

委員 コンサルを入れて検討したら、大変な無駄をしている、全部吸い上げられているとのことであった。5億、6億はあっという間で、私どもの所は5年間で10億位吸い取られている、1年間で2億位吸い取られている。素人を騙すのが一番簡単なのはIT。今回はコンサルを入れて、そんなことは許さないということにして、競争させる予定です。

確かに高いが、全体で、共同でどうするか、また診療所の先生が入っていたかないと、本当の意味でのコスト削減、事務作業の軽減という点で意義のあるシステムにはならない。

委員 常勤の医師不足ということについて、高島市民病院が新しくなったが、沢山の方が入院されているにも拘わらず、常勤の先生が少ないと言っていた。東近江、湖東等湖北の病院でも21年度の再生計画に上がっているが、湖西についてもカバーされているのか。

原発に何かあった場合、湖西は近いし、湖西線は風で止まったり、道路も1本であり、人口は少ないがしっかりカバーしてもらいたいと思う。

事務局 高島病院は高島地区の基幹病院であり、頑張っていたかないといけない。湖西地域では、10年間の医師の常勤状況は多少横ばいよりも少なくなっているという現状である。昨年9月の滋賀医科大学と連携して設置した、医師キャリアサポートセンターは半年になるが、医師養成プログラム等策定し地域偏在、診療科目の偏在に対応していきたい。

委員 大津に住んでいるが、医療機関がすぐに対応できる場所なので、有りがたいなと思っている。湖西などは不安が多いと思うので、しっかりカバーしていただきたい。

委員 地域医療連携ネットワークだが、病病・病診・在宅のネットワークシステムを作られているとのことで、25年度末で事業が終了するが、高齢者世帯も1人暮らしであったりとか、障害を持つ方で自分の既往歴をしっかりと把握されていないとか、市では命のバトンといって、救急の連絡だとか服薬情報等を入れられる程度のものを立ち上げているが、中々全世帯に行き渡るというようなことになっていない。ご本人の医療・診療情報があれば、救急時にはすぐ役立つことになるし、そこは進められることを大きく期待しているが、最終的なゴールが在宅ケアに医療の部分も繋がって行き、市民の安心・安全の生活支援というところに繋がりがあると思うが、今の医療情報だとかは、最終的に患者本人が情報を見るシステムになっていくのか。

事務局 在宅療養支援システムを地域医療再生計画に基づいて、医師会に進めていただいている。診療所の先生を始めとして訪問看護師とかケアマネとか多職種の方が、患者さんの情報を見られるシステムということで整備を進めてもらっている。

情報システムの使い方については、患者さん自身でご自分の情報を見られるという形になっていない。

委員 手上げ方式で病院も診療所も加入する場合は、初期投資の部分は補助が出るが、後のランニングコストの部分はそれぞれ加入者が負担するということになっている。将来的に市民が見られることになった場合、生活に困窮されている方等が、経済的にランニングコストが支払えない場合、行政が支援を求められてくる可能性があるかと受け止めたら良いか。

会長 医師会としては、色々な職種の人たちが参加してもらわなければならないが、患者の情報はご本人の承諾がないと、流して良いという事はない。将来的には、皆さんが自分で見られるという事になると言うことに展開すると思う。

貧富の差があるから、片方は見られて、片方は見られないというのであれば、それこそ行政がどうするかを考えなくてはならない。

滋賀県全体としてどうしていくのかということになるが、それまでの準備を私たちがしていかなければいけない。

市とか町とか全体の人たちが今どう困っているか、地域包括がすべてを統括して、一番最適なところにどう落ち着かせるか、誘導してあげることが必要。だからこそ行政がある。医師会としては、当事者として私たちはどう動くか、ネットワークを作る段階に入って来て、現在かなりできてきているのではないか。

事務局 将来所得の少ない方がシステムを使えないのではないかとということだが、おそらく、今でも医療を使おうと思えば自己負担があるが、当然低所得の方に対する制度設計がされているので、将来自分の医療情報を見ることができるシステムが出来た時にも、同じような制度の設計がされるのではないかと考えている。

委員 ネットワークで課題となっているのは、入院するとか病院で診療を受けた内容が一定の条件下で外から見られる、それが一番のネットワークを作る目的。もう一点、ある診療所の先生が測らなくても、紹介状が無くてもどこその病院の情報が全部出る、というシステムを作るのであって、患者さんの情報を全部 IC カードに入れて持ち歩くというのは別の話で、IC カードに入っている自分の情報を見られるかどうかというのは、もう少し先の問題となってくる。

委員 今回の計画は補正予算に伴うものということで、23年に作成した時はかなり時間を掛けて審議した。

今回は、あくまで23年に作成したものを補うもので、その点では非常によく纏められていると思う。

お願いとして、医師確保が滋賀県下では問題だと思います。滋賀医大の卒業生がなかなか県内に定着しないので、しっかり定着いただくこと、一方地域医療の現場では医師を必要としています。

今回は補正予算関係ということで、これでいいと思うが、おそらく2年後には大きな計画をされると思われるが、その際には大幅に医師確保が出来るような方法を検討していただけたらと思う。

- 事務局 国では、医師確保の問題、あわせて医師の疲弊をどうするかについて議論されていることは認識しているが、県でも医師の確保と言うことが大きな課題である。
- 現状分析はどんな取り組みが必要か、もう一回これまでの地域医療再生のどこに問題が有るのか、知恵を出しながら皆さんの知恵を借りながら、まとめていきたいと思っているので、そのときにはよろしくお願いします。
- 委員 滋賀医大には里親制度というものがあるが、来年の3月に里親制度の恩恵荷浴した人が卒業するので、歩留まりが上がるのを密かに期待している。
- NPO 法人で立ち上げたが継続をどうするか。
- 委員 研修医は54名中8割、43～45名を目標としているが、今年は40名を切ってしまった。ところがレジデントという2年研修が終わった人が同数、毎年45～50名弱がほとんど滋賀県で働いている。
- だいたい40～45名位は確実に残って頂ける、とご理解いただければ良い。問題は診療科の偏在で、今一番問題となっているのは小児科の問題というか、出産の問題で、出産の一番の問題は医師を分散させたら出産ができない。どこかセンターに集約せざるを得ないという事で、基幹病院に数名の産婦人科医を集める方法で行かないと出産は出来ないだろう。個人でも何名か居る所以外は、1名ではおそらくお産は出来ないだろう。
- また、精神科医が確かに少ない、特に危惧しているのは、神経内科医が滋賀県にいない。脳卒中の先生とか脳外科医が診ておられますが、本当に必要なのは神経内科医で、なんとか増やさないといけない。
- 滋賀医大に教授が居ない。前から提案しているが、中々教授を作ってくれない。良い教授が来ると研修医が集まるので、滋賀医大の中に神経内科医を作らねばならない。
- 委員 医師不足の問題だが、私共の病院は120名程度おり昨年から8名増えていますが、問題は女医さん。女医さんが48名で約3割という状況。
- 滋賀医大の卒業生の4割が女性で、5割に近づいている。
- 女医さん対策が大きな課題である、女医さんは子育てがあり、また親の介護の問題があり、女医さんは非常に負担が大きい。
- 女医さん対策無しで医師確保は出来ない状況である。どの様にして効率よく働いて頂けるか、県の施策としても考えて頂きたい。
- 会長 何とかしていかないといけないが、男性も今の形の働き方で良いのかという事も含めて考えていかねばならない。
- 事務局 女性医師に関する課題は認識しているが、女性医師の働きやすい環境整備とか、女性医師のネットワーク作りにも取り組んでいる。今回の再生計画には記載がないが、保健医療計画には明記して取り組んでいるところである。
- 会長 貴重な意見が沢山だったので、少し修正といたしますが、こういう文言のほうが良いのでは、というような事があるかと思う。国に提出した後、有識者会議での結果をふまえて、もう一回検討して頂いてから、最終案を提出することになる。

修正するのであれば修正させていただき、委員長として責任を持って提出する、という形にさせていただいてよろしいか。

では、そういう形でよろしくをお願いします。

最後に質問だが、この審議会は、ザックバランな審議会ということもありえるのか。

事務局

滋賀県の医療審議会は非常に有意義な審議会である。2025年問題は大きな問題として、今から手を打っていかないと間に合わない。我々だけでは何処に問題があるか判らない、地域をどうして行くのかという事も含めて、フランクな場で意見を検討しようという事であれば、滋賀県医療の為にさせて頂きたいと思っているので、ご意見等あればよろしくお願いします。

閉会宣告 16時00分