

# 富山県医療審議会及び同地域医療構想部会並びに富山県医療対策協議会 議事要旨

開催日時 平成 29 年 12 月 22 日 (金) 13:00～14:30  
開催場所 県民会館 401  
出席者 医療審議会委員 24 名中 出席 19 名 欠席 5 名  
同地域医療構想部会委員 3 名中 出席 3 名  
医療対策協議会委員 25 名中 出席 22 名 欠席 3 名  
(うち重複 16 名 14 名 2 名)

## 議事要旨

### 1 開会

### 2 挨拶 (厚生部長)

### 3 議題

#### 1. 新富山県医療計画の概要及び素案について

【資料に基づき県から内容を説明した後、質疑応答】

(委員) 脳卒中ならびに糖尿病等につきまして、特に 4 ページの糖尿病のところですが、歯周治療が糖尿病の重症化を軽減するというエビデンスが出ておりますので、できればその中に歯周治療なるものを、特に慢性合併症の治療においては歯周治療を勧めるということにさせていただければと思います。前のガイドラインには載っていたのに、これは載っていないということで、できればそれを入れてほしいということと、それと、かかりつけ医と専門医の連携ですが、やはりその中に歯科医も入れていただきたい。連携することによって、少しでも重症化の軽減が図られるのではないかとということで、ぜひそこをお願いしたいと思います。

(会長) 歯周病と糖尿病の関連の項目を書き加えてくれということです。よろしく願いいたします。

(委員) 5 疾病・5 事業ではないのですけれども、最近、非常に大きな問題になっていますポリファーマシーの問題ですね。多剤投与。実はこの間の医療費適正化検討会の中で、本県においては約 7 割の方が 1 回 5 錠以上のお薬を飲んでいる。10 錠、15 錠もあるということで、これについては医療費適正化という観点では盛り込んでいただいたのですけれども、やはり医療の安全性という意味でも非常に大きな問題かなと思っておりますので、そういう意味では今回の医療計画の中に、もちろん私ども医療保険者も一生懸命やりますし、これは薬剤師さん、医療機関、それから行政も含めて、やはり本腰を入れてやる必要があるのではないかと考えております。入れるとするとどこかなと思うのですが、医療安全対策の強化なのか、薬局の機能充実か分かりませんが、6 年間の計画でもございますので、どこかにやはりポリファーマシー対策を入れるべきかなと思います。

(委員) 二つありまして、まず、どこに入れたらいいのかわかりませんが、今はやはり富山県としても健康寿命を延ばそうとか、未病の概念だとか、そういう中で医療費、それから、これからの人の働き方の問題の中で健康経営という、これはやはり医療費の問題がありますし、人の働き方は本当に大切なことですので、これをどこかに盛り込ん

だらいいのではないかなと、こう見ております。

糖尿病の方には何とか入るのかなと思って見ておまして、この資料1の糖尿病のところに、「医療保険者や事業者等との協力による治療継続支援」と、単にボンと書いてありますけれども、治療継続支援というよりも、もっとその前に、検診とかいろいろ行われている割にはそのままそれが波及されていない。それは費用対効果という考え方もありますし、富山県全体の、健康富山といいますか、そういうものを目指すという意味では、ここにもう一つ健康経営的なものを入れる時期に来ているのではないかなと。これは全国的にもそうでしょう。それをちょっと入れていただければというのが一つあります。

それからもう一つ、同じ資料1の中の救急医療の方ですが、救急医療に関してはDMAT、JMAT等もありますけれども、私どもも東北の震災のときに他の公的病院と一緒に釜石の方に行ったりしますと、JMATというよりもその後の、結局、高齢化の問題と多病を抱えている人たちがいるので、救護の避難所に行っているいろいろな診るという形の中では、もっといろいろな組織で診ていく必要があって、実際には全日病などでもAMATというものがあって、それを診たり、それから老健施設などでもやはりもっとケアということを考えて、災害支援体制の中でJCATだったかな、ケア・アシスタント・チームというものを派遣したりと、いろいろなチームを派遣していて、そういったところのつながりの中でみんなやっているということをもう少し書いた方がいいかなと思って、実際のこの「富山県医療計画」、資料3-1の129を見ると、若干書いてはあるのですが、従来の医師会、それから赤十字、大学等の救護班と、薬剤師、看護協会、これも全部いろいろ組み合わせで行っていると思いますが、この辺のところをもう少し組み合わせながら、むしろ災害発生時の24時間とか1日、2日、3日というよりも、その後の地域医療的なところを支えるいろいろなものがあると。それはメンタルなところもありますし、そういったところを少し膨らませて、研修等にも県としても力を入れるというような、何かそういうニュアンスが欲しいなと、これは希望です。

(会 長) 最初の点についてはいかがですか。どこか書き込めそうなところがありますか。

(事務局) 健康経営のお話ですが、医療計画としてはちょっと難しいところもあるかなと思いますが、他の計画では健康経営のことを記載しておまして、医療計画でどの程度書けるか、事務局で一回預らせていただければと思います。

(会 長) 大規模災害のお話が出ていますが、これについては県の方で詳しく審議されているようなので、ここには網羅的に書き込まれているだけで、実際の運用についてはまだ煮詰める段階で、きちんと決まっていないというのが実情かなと思います。またご検討をよろしくお願ひしたいと思います。

(委 員) 幾つかあるのでまず総論の方から。いわゆる「健康寿命の延伸」ということが非常に大きなテーマとして掲げられています。その中では糖尿病や脳卒中、それから心血管系イベントなどがあると思いますが、国の大きな方針として、「0次予防」ということが大きくいわれています。「0次予防」というのは、医療関係者がやるよりも地域の住民に協力していただいて、その住民たちが地域の中でいろいろなコミュニケーションをとって健康になるような形で進めていただく。これはもう国の政策として出ているのに、ここでは全く出ていないのですね。それから、もう少しやはり県や市町村が中心となって、地域の住民の方を教育して、それからその方々が中心に病気にならない、未病で健康寿命を延ばすということを、どこかに入れていただいた方がいいのではないかなと思います。それが第1点です。

第2点は、日本医師会が、どの診療科が一番時間外労働が多いのかということ

調べたところ、救急と産婦人科で、3番目が外科でした。今度、医師にも労働基準法が適用されるということで、今、医師会に来られています。労基法が適用になってしまいますと、特に産婦人科の方は夜間にお産があるので、全部アウトです。そうなってしまいますと、ようやくせっかく産婦人科医が少し増えてきたのですが、地域医療の崩壊といいますか、地域の方で一人か二人でお産をしているところが、できませんというか、全部労基法にかかると思います。救急もそうです。救急の担当医師はやはり時間外労働が多いということがありますので、目標の医師数をもう少し上に設定するというのと、なかなか難しいのですが集約化といいますか、ある程度集中化ということはやはりやっていかないと、医療ができなくなってしまうのではないかと思います。労基法は医師の健康を守るためなのですが、それを徹底してしまうと地域の住民にしわ寄せが行くということが最も心配することですので、医師が働けないからと言ったら、もう患者さんはほったらかしというとおかしいですが、そういう状況になる。そうならない形で、ぜひともお願いしたいと思います。

それから、ちょっと各論になります。脳卒中のことですが、血栓溶解療法のことだけ書かれていますけれども、もう既に新しいガイドラインの方では血栓溶解療法＋血管内治療で血栓を除去する治療法が非常に有効性があって、死亡率、それから後遺症を減らすといわれています。ですから、ここに全く文言が入っていないのですが、今後、血栓溶解療法だけではなくて血栓除去療法も勧めていくとか何か、そういう文言があった方が、死亡率を減少させるためにいいのではないかと。これはあくまでも各論ですけれども、この最初の二つのことは非常に重要だと思いますので、どのように県が考えていらっしゃるのか、ご意見を頂ければと思います。

(会 長) 総論の最初の部分ですが、未病のところは医療計画なので、医療計画の中身を書くものですから、未病のところをどうするかというのは難しいのですが、どうですか。

(事務局) 健康寿命の延伸、県としても大きく今、打ち出しております。やっていかなければならないことだと考えております。ヘルスの部分については、今、健康増進計画の見直しを行っております。そこで中心的に議論していただいているというようなところですね。医療計画の方については、予防に関しては、実はあまり詳しく述べていないというのが現状で、健康増進計画の方でまたしっかり書いていくことになるかと思っております。

(会 長) あともう一つの地域できちんと見守りをしていくというのは、地域包括ケアの話だろうと思いますが、これについては別のところできちんと、県の総合計画の中で書き込みがあると思っておりますけれども、それは大丈夫でしょうか。

(事務局) 地域包括ケアの推進等につきましては、総合計画、そして介護保険事業支援計画の見直しを現在しておりますが、その中でしっかりと書き込んでまいります。

(会 長) ここは難しく、医療の方と介護の方と別立てで動いている。そして県の中ではこの両方の会議、審議を、齟齬（そご）が起きないように調整して今、作っていただいて、最終的には県の総合計画の中に書き込みが出てくるはずなので、多分、地域包括ケアの中身についてはそこでしっかりと書き込みがされると思います。

(委 員) よろしく申し上げます。病気になってからではなくて、病気にならないようにしていただけるように。

(事務局) 今、二つありました予防の話は、もちろん今申し上げましたとおり別の計画にな

るのですが、糖尿病の概要のようなところもありますので、その辺は何となくイメージが湧くような形で対応させていただきまし、地域包括は結局、医療でいきますと在宅医療や訪問看護も関わってまいりますので、その辺も提供のところに書くか、どういうものなのかというところで、理念のようなところでしっかり入れ込ませていただきたいと思いますし、今回医療計画作成に当たりまして悩みましたのは、やはりご指摘のとおり医師数で、現状を引いた形で示していますけれども、これは変わり得ると思っております。なので、働き方改革の議論もしばらく国の方で時間がかかると聞いておりますから、それをちょっと踏まえさせていただいて、必要に応じてこの医療計画を改編する時期でなくても、目標数をそれに合わせて、改めてこれは修正をさせていただくというような形は考えていきたいと思っております。

(事務局) 脳卒中につきましては、血管内治療の話は、実は部会の方で議論になったところですが。ガイドラインが新しく出まして、そのガイドラインの中では、一義的にはまず血栓溶解療法だと。それが駄目だった場合に血管内治療という話になったので、まずはやはり血栓溶解療法を指標として入れた方がいいのではないかとのご意見で、目標としてはこれを掲げたというところでは。

(委員) では、全く触れないのですね。だって、もうガイドラインが出て、そちらの方がいいと分かっているのに。

(会長) これは専門部会で審議されたのでしょうか。

(委員) ガイドラインが出てからの審議ですか。それとも出る前ですか。つい最近ガイドラインが変わっているのですが。

(事務局) ガイドラインが変わるという話を頂きまして、最初、その 4.5 時間に間に合わなかった次の段階として血栓溶解療法をやるというふうにご説明を頂いて、まずは血栓溶解療法が駄目だと言っているわけではもちろんなくて。

(委員) それは 4.5 時間だと遅いのです。脳死が起こってしまうから、そこから血栓を取っても意味がないです。だから早期の対応でやらないといけないと思っております。

(委員) 確かに血栓を除去するというのは準備が大変ですので、t-PA（血栓溶解療法）の方が手軽にできますから、やはりどうしても一次的にやってしまうということだと思いますが、あれもタイミングが遅れて盛り上がってしまったらすると、出血性梗塞で（機能を）失うとかいろいろありまして、計画の中に入れるというのはやはり難しいのかな。でも、何か一言触れておいてもらった方がいいのかな。

(委員) 富山市医師会は初期救急を担っておりますけれども、この救急医療の書き方ですが、初期救急はとりあえずは二、三次救急の負担軽減のためにさらなる充実が必要だということと、それと医師会と協力して初期救急医療体制を維持するということが掲げられているわけですが、われわれも初期救急をいかに維持していくかということに腐心しておりますけれども、最近は勤務医の先生方の協力を借りて初期救急を何とか維持しているのが現状です。一部の開業医ではかなりのウェイトを勤務医の先生方に負担いただいて、お互い協力して初期救急体制を維持しているのですが、今、お話がありましたように働き方改革の中で、公的病院あるいはそういった基幹病院の中でも、要は勤務医の働き方改革の中で、なかなか初期救急に応援を出せなくなりつつあるというふうなことをいろいろ伺っています。今の、何とか医師会と開業

医だけで初期救急を担うという体制がいつまで続けられるかという、そうなるくるとなかなか難しい話で、この書き方を、やはり初期救急の在り方をどこかでもう一度考え直す時期に来ているのではないかと思うので、この書き方は、あくまで開業医はもう初期救急で、二、三次の負担軽減のために医師会が頑張れという書き方をちょっと一度考え直す時期が、今すぐとは言いませんが、近い将来、そこまで来ているのではないかと思うので、そういうことだけちょっと理解していただきたい。

(委員) 今、富山の方から一次急患センターを医師会で維持するのがだんだん大変になってきているというお話ですけれども、そういうお話は医師会レベルでは聞いております。私がちょっとお話ししようということは、新川地区で、実際は医師会と公的病院と行政の話し合いの上で、苦肉の策のような形で黒部市民病院と労災病院の中に一次急患センターを作っているという形になっております。

魚津市の方では医師会の人数が足りないものですから、医師会からは日曜日の夕方、夜の枠の3時間だけ、医師会が参加しています。ですから、富山市の方はわれわれから見ると開業医さんの数がまだまだあるので、すごく頑張っておられるように見えるのですが、新川などではもう既に、実際に開業医で一次救急を、センターを作って維持するということは実質できないのですね。むしろ在宅当番医という形を続けていると、在宅当番医ですと、その先生の診療科に応じて患者さんが来られますから、小児科と書いてあれば小児の患者さんが来ますし、消化器と書いてあれば消化器の患者さんが来ると。ドクターも自分の得意の領域というか、自分ができる範囲のことはこなせる。

申し上げたのは、富山市の先生方が頑張っておられると。富山市もかなり維持するのが大変になっているということは、新川から見ると本当に大変そうに見えますよと、そういうことです。

(事務局) 先ほどの血栓溶解療法と血管内治療につきましては、実は本文で言及しております。

(委員) 確かに急患センターの働きというのは、高齢化して、そこがもし崩壊すると、それが全部二次・三次に来ることになって、今度は二次・三次が順番に崩壊していくという形になりますので、これはしっかりとみんなで考えていかないと、将来的に大変なことになると思っています。

それともう一つ、精神疾患を持った患者さんの行き場に非常にいつも困っているということで、精神救急疾患に関してやはりもう少し充実させて、安心して送れるようなシステムがあったらいいなと思うことが一つ。

あとは救急車の、なかなか啓発といっても遅々として進まないの、僕は真っ先に有料化すればいいと、乱暴な言い方かもしれませんが、そのような意見を持つのですが、そのようにしていかないと、なかなかそれも大変かなと思います。

(会長) 救急現場が、ここに書き込まれているように、今までどおりやれというにはちょっと無理が来ているという話がありますが、医療計画の中ではこうたわざるを得ないのかと思いますけれども、一つ一つの地域の二次医療圏の事情によって、一次の救急体制を少し変えなければいけないような事態も考えられるということで、書き込むのはちょっと難しいかと思いますが、皆様のご理解を得ておいた方がいいのではないかと思います。実際、もはや富山市の急患センターは、従業員は過重労働です。出向医師は何とか工面して今はやっていて、その人たちについては、それはある程度は維持できるかもしれませんが、職員についてはもう過重労働です。なり手がいません。

(委員) ちょっと訂正をとるか、追加していただきたいと思うのですが、資料 3-1、医療計画の中で、先ほどの説明にはなかったのですが、180 ページの真ん中に「関係機関の例」とあって、そのところに「病院・診療所」と書いてあるのですが、そこにできれば歯科診療所も入れていただきたい。180 ページです。

それからもう一つ、186 ページにもまた歯科診療所を入れていただきたいと思います。

それから、189 ページの上から 5 行目で、ちょっと気が付いたのですが、先ほど出ていたのですが、「地域包括ケアシステム構築のために歯科の医療と多職種との連携強化を図ります」という項目を、そこに追加していただければ助かるなと思います。

また、歯科としては連携を図って進めていきたいと思います。できればそういう委員会があれば歯科も含めていただきたいなど、これは要望としてお話しさせていただきます。

(会長) はい。「病院・診療所」になっていますので、歯科が入っていないというご意見かと思えます。

## 2. へき地医療拠点病院の指定について

【資料に基づき県から内容を説明した後、質疑応答】

(意見・質問なし)

## 3. 地域医療構想の推進について

【資料に基づき県から内容を説明した後、質疑応答】

(委員) 国の方のホームページを見ていますと、もっと具体的な地域医療構想を持っているようにしか見えないのですが、今回のご説明を伺っておりますとあくまで自主的な取り組みということで、そういう方向でわれわれも考えていけばよろしいのかという点と、それから、その自主的な取り組みをする協議の場というのが、ちょっと時間的に考えても短すぎるのではないかと感じていまして、それについてご意見を頂ければと思います。

(会長) 国はもう少し決め決めにいっているのではないかと。県からのお話とは少しニュアンスが違うのではないかとというご意見と、各地域での協議会の場が少ないのではないかとというご意見、短いのではないかとというご意見もあるのですが、いかがでしょう。

(事務局) 国の方は地域医療構想ワーキンググループの中で地域医療構想推進のために鋭意検討されておまして、それである程度オーソライズされたものから各都道府県に通知なりされているということなのですが、この地域医療構想につきましては、基本的には医療機関の自主的な取り組みを尊重して、医療機関さんの方針や取り組みを、地域医療構想調整会議の場で、前回もプランを各公的病院に作っていただいて病院長にご説明していただいたのですが、そういう中で地域医療構想の方向性と整合しているかどうか、その辺を協議する場でございまして、国は基本的にこの地域医療構想のそういう自主的な取り組みを尊重するという事は変わっておりません。

ただ、やはり各医療機関でいろいろな考えを持たれていて、どのように病棟再編とか転換をしていくか、それから他の医療機関とどう連携していくか、その辺の部分はなかなか一病院では検討できませんので、関係の病院と連携して協議していただければと思いますし、こういった地域医療構想調整会議の場で、具体的に連携など考えていることを披露していただいて、その会議の場で委員の方々とご意見を交わせばと思っております。

それで、地域医療構想を3月に策定したところで、今年度は推進に当たって、本県としてはどういった課題が具体的にあるのか、一番大きな課題は、まず取りかからなければならないのは回復期の病床への転換を進めて、在宅医療とか、それからリハビリ医療をもっと進めていくことが1点。それから2点目につきましては、やはり在宅医療等の推進ですね。そういった受け皿をつくらなければ、なかなか慢性期の方からの転換も進まない。そういったものについて、現状と課題について今年度は整理させていただいたところです。来年度におきましては、やはり定期的に開催しまして、今、ご意見がありましたので、その会議の時間が短いということですので、もう少し時間を取りまして、そういった具体的な検討ができる場にできるようにしたいと考えております。

(委員) 誤解していました。病院が自主的な取り組みで協議の場を開催するというのであれば、調整会議はなるべく短い方がいいので。

(事務局) 病院さん同士で直接やっていただくのがまず基本で、もし連携が必要であればやっていただいて、それでもうまくいかないような場合があれば、そういった調整会議の場を活用していただければと思います。

(委員) もともと地域医療構想というのはこの富山県、医療圏の中で何が必要でどうするか。持続可能な医療体系をつくるということの中で、ある意味、総務省から出た「新公立病院改革ガイドライン」というのは、経営はうまくやっているのかということを含めてみんなでチェックしようという話だし、それから「公的医療機関等2025プラン」というのは、本当に地域医療構想にぴったりやっているのかということ、ここが一番大切だと思いますけれども、みんなで話し合っていこうということが必要だと思うのですが、ここへ来てちょっと思うのは、最近いろいろな自治体で地域包括ケア病床とか、回復期の病床はもう十分あるのではないかと、データの出し方がそもそもおかしいのではないかとということがいわれてきておりますし、私自身も富山県は数字の上でもう達成していると考えています。例えばこの資料の5ページに、高度急性期、急性期、回復期、これは割合が多いもので単にパンと届けるだけなので、実際には急性期の中にも回復機能を持っているところもあれば、それから慢性期の中にも高度急性期もあるわけで、ただ、ニュアンスとしてはもうそういうものを数えると、既にもう回復期病床はそれなりに動いていて、要するに、データをもう少し正確にやっていかないと、協議会で話し合うとしても間違ったデータで僕らは想像して、それでは急性期をどんどん回復期にもっていこうという、それだけの動きがいいのかという話があって、その辺のところは、実際の病床機能と、それから特別入院料の届出のこれも差がありますし、そこをもう少し詳しいデータを頂いた上で、病院間でそれぞれ話し合ってくれというのであれば、どれだけでも自主的にやりますけれども、そのデータがちょっと違っているのではないかなということは、これは各県、皆さんそういう話が出ていると思うので、もう少し、緻密なデータを頂ければ非常にありがたいと思います。

(会長) 特に回復期病床については、中央からの答えも随分いろいろな意見が出て変えてきているはずなので、そこも含めて国に本当の回復期病床とは何なのかということを含めてきちんと聞いてほしい。そうしないと議論のしようがないところがあって、その議論はずっともう日本医師会からも厚労省に上がっているはずなので、問い合わせてみてください。

#### 4 閉会