

愛知県医療審議会（平成20年3月17日開催）会議録

（寺田課長）

大変お待たせいたしました。定刻になりましたので、ただ今から「愛知県医療審議会」を開催いたします。私、愛知県健康福祉部医療福祉計画課長の寺田と申します。事務局を務めます。よろしくお願いいたします。

はじめに、定足数の確認をいたします。この審議会の委員数は29名でございます。定足数は過半数の15名でございます。現在、21名のご出席をいただいておりますので、本日の会議が有効に成立していることをご報告申し上げます。

なお、本日の会議は、すべて公開となっておりますので、よろしくお願い申し上げます。また、本日は傍聴者が4名ならびに報道関係の方がいらっしゃいます。よろしくお願い申し上げます。

それでは、まず、初めに、五十里健康福祉部健康担当局長からごあいさつを申し上げます。

（五十里局長）

愛知県医療審議会の委員の皆様方におかれましては、年度末の大変お忙しい中、お運びいただきまして誠にありがとうございます。

まず、最初でございますが、誠に残念なお知らせをしなければならないこととなりました。本審議会委員の名古屋大学大学院の武澤教授が去る3月1日にご逝去されました。武澤委員におかれましては、平成14年8月から本審議会の委員として、高いご見識の基、ご活躍をいただきました。ここに謹んでご冥福をお祈りいたしたいと思っております。

さて、昨年度以来、皆様方にご審議いただきました愛知県地域保健医療計画につきましては、県計画は3月14日に開催いたしました医療計画部会を経て、圏域計画につきましては、この2月に各圏域で開催いたしました圏域保健医療福祉推進会議を経て、それぞれ案といたしたものを、本審議会に諮問させていただいております。本日の医療審議会においてご審議いただきまして、答申を賜りたいと考えております。

また、昨年12月に総務省から通知のございました「公立病院改革ガイドライン」に対する本県の対応についてと、前回の本審議会でご意見をいただきました「第1期愛知県医療費適正化計画」についての報告がございます。

詳細は後ほど事務局から、説明いたしますので、広く忌憚のないご意見を頂きますようお願い申し上げます。本日はよろしくお願いいたします。

（寺田課長）

次に、本来であれば、ここで出席者のご紹介をするべきところでございますが、時間の都合上、事前にお配りしてあります「愛知県医療審議会委員名簿」及び本日お手元にお配りしました「配席図」をもってこれに代えさせていただきます。

また、事前に送付いたしました資料以外に、本日、机の上に3月14日付けの諮問書の写しと報告事項(1)～(5)の資料に合わせまして、資料1-2の差し替えと資料1-3の72ページの差し替えというものがございます。不足があればおっしゃっていただければと思いますが、よろしゅうございますか。

それでは、これから議事に入りたいと存じますが、以後の進行は、浜口会長にお願いしたいと存じますので、よろしく願いいたします。

(浜口会長)

それでは、進行を務めさせていただきます名古屋大学医学部長の浜口でございます。よろしくお願いいたします。座らせていただきます。

先ほど、五十里局長からご紹介がございましたが、私どもの同僚の、またこの審議会の委員でもあります武澤教授が3月1日に食道がんの再発で亡くなりました。亡くなる直前まで病をおしてお仕事に励まれておられて、高い使命感を持って様々な仕事をこなしていただきました。また、59歳という若さで大変残念ではありますが、私どももご冥福をお祈りする次第でございます。

それでは、本日の審議会でございますが、3月14日付けで私に諮問されました「愛知県地域保健医療計画」について審議し、答申いたしたいと存じます。また、「公立病院改革ガイドライン」と「第1期愛知県医療費適正化計画」及び各部会の審議内容の報告事項がございます。

本日も議事が円滑に進行いたしますよう、皆様方の格別なご協力をお願いいたします。終了予定時間は午後3時30分を予定しておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、始めに愛知県医療審議会運営要領第4に基づき、議事録に署名していただく委員を2名指名することとなっております。本日は、柵木委員と加藤委員にお願いしたいと思いますが、お二人ともよろしいでしょうか。

【了承】

(浜口会長)

よろしくお願いいたします。

それでは、議題にはいります。知事からの諮問事項になっております「愛知県地域保健医療計画について」事務局から説明してください。

(吉田総括専門員)

医療福祉計画課の吉田と申します。大変申し訳ございませんが座って失礼させていただきます。

始めに資料1-1をご覧ください。第1回医療審議会以降の愛知県地域保健医療計画の修正につきましては、パブリックコメントに関する修正、意見照会に関する修正、事務局による修正の3点からなります。この3点の修正について順次ご説明申し上げます。

はじめに「1 パブリックコメントに関する対応」をご覧ください。平成19年12月19日から平成20年1月18日まで、愛知県地域保健医療計画に対するパブリックコメント及び意見照会を実施いたしました。

パブリックコメント件数は全9件ございまして、県計画に関するもの8件、医療圏に関するもの1件ございました。内容としては「薬局」に関する意見2件、「保健医療従事者」に関する意見2件などでした。パブリックコメントにおける意見の概要及び県の考え方の詳細につきましては、後ほど参考資料1をご覧ください。

次に「2 意見照会に関する対応」をご覧ください。市町村・関係団体からの法定の意見照会に関する対応でございます。県薬剤師会と江南市、豊田市、安城市、碧南市、新城市、豊橋市、豊川市の7市から意見がございました。主なものといたしまして、県の薬剤師会様から「脳卒中」「糖尿病」の医療連携体系図内に「かかりつけ薬局」を記載すべきであるとの意見がございました。事務局での検討の結果、ご意見の通り記載することとなりました。その他の意見の概要と県の考え方についての詳細につきましては、後ほど参考資料2をご覧ください。

次に「3 事務局による県計画の修正」をご覧ください。はじめに目標値の設定でございます。第1回医療審議会では検討中ございました「がん」と「脳卒中」の平均在院日数の目標値を設定しました。設定の考え方ですが、現在策定中の医療費適正化計画における考え方を応用しまして、6年間で全国最短の県との差の日数の1/3を現状より減ずる日数を目標日数としました。悪性新生物の現状の愛知県の平均在院日数は26.2日、全国最小は静岡県20.5日でした。この差の日数の1/3を減じました24.3日を目標値といたしました。同様に脳卒中では愛知県の現状値が72.6日、全国最小は岐阜県63.5日でした。この差の日数の1/3を減じた69.6日を目標値としました。

続きまして、「脳卒中」に関する医療連携を進めるには、地域連携クリティカルパスの普及が有用なことから、全ての連携機能を有する病院において「地域連携クリティカルパス」の普及を目指すこととしました。

続きまして計画本文に関する主要な修正点についてご案内申し上げます。

計画の背景、目的を内容とします「計画の基本理念」を追加で記載いたしております。また市町村合併に伴いまして、東三河南部医療圏の区域を変更いたしました。来年度より地方機関の再編の一環として保健所機構の再編が行われますため、「保健施設の基盤整備」を追加で記載しております。がん対策に関しまして、粒子線に関する記載を修正いたしました。修正前は重粒子線の整備のみを想定した表現になっておりましたが、陽子線の整備も視野に入れた表現に変更してございます。続きまして「精神保健医療福祉対策」に関しまして、精神科救急医療輪番制の医療機関名を追加で記載いたしました。資料を1枚めくっていただきまして「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」の主要な医療連携体系図を住民にわかりやすい表現に変更いたしました。

以上で雑駁ではございますが、地域保健医療計画の修正についてご説明申しあげました。

続きまして、大変申し訳ありませんが、資料1-2の差しかえをご覧ください。

資料1-2は、今回の医療計画の見直しを広く一般の県民に広報するために作成した広報用の概要版になります。内容は医療計画部会や第1回医療審議会での説明資料等を基に改変したものでございます。

まず、1ページ目ですが、「見直しの経緯」「県計画の見直し内容」「医療圏計画の見直し内容」「今後の進行管理と見直しの方針」が記載されております。この中で、計画に記載する医療機関名につきましては、関係者の皆様と協議を行い、現状を反映できるよう努める予定でございます。また参考としまして策定の経過を記載しております。計画は年度内の公示を予定しております。

2ページをご覧ください。平成18年3月公示の計画と今回の見直し計画を比較したものでございます。主要な変更項目については矢印で示しております。

3ページをご覧ください。4疾病5事業を中心とする見直しの主要項目内容を記載したものでございます。特に主要な目標値もここで記載してございます。

4 ページをご覧ください。医療連携体系図について「周産期医療」「脳卒中」を例にご説明申し上げます。はじめに「周産期医療」についての資料でございます。ページ左側に「体系図の解説」を中心に記載し、「目標値」についても記載しています。ページ右側は「周産期医療連携体系図」を記載しております。「解説」「体系図」とも第 1 回医療審議会に頂きました意見等を踏まえまして、県民にとって分かりやすいものにするよう努めております。

続きまして、5 ページをご覧ください。今回の計画は、県計画と 11 ある医療圏の計画を一体として策定しておりますが、医療圏計画に記載されている地域の周産期医療機関名を一覧にしたものでございます。周産期母子医療センター、産科病床を有する病院を始めまして、診療所、助産所に至るまで具体的な医療機関名を記載してございます。

6 ページをご覧ください。「脳卒中」の医療連携体系図でございます。「周産期医療」と同様に、ページの左側に「体系図の解説」を中心に記載しまして、ページの右側は「脳卒中 医療連携体系図」を記載してございます。医療連携体系図におきましても、急性期、回復期、維持期とステージ別に簡単ではございますが、県民に分かりやすい表現で説明させていただいております。

最後になりますが、7 ページをご覧ください。医療圏計画に記載されている脳卒中治療に関する医療機関名の一覧でございます。「連携機能を有する病院」「急性期治療病院」「回復期リハビリテーション病棟を有する病院」の一覧を記載してございます。

なお、県のWEBページには同様の形式で「がん」「急性心筋梗塞」「糖尿病」の医療連携体系図を掲載する予定にしております。

以上で大変簡単ではございましたが、地域保健医療計画について説明いたしました。

(浜口会長)

はい、ありがとうございます。ただいまの事務局の説明について、ご意見、ご質問がございましたら、ご発言願います。よろしいでしょうか。

(増田委員)

ご説明ありがとうございます。増田でございます。

パブリックコメントの関係でございますけれども、ただ今のご説明ですと、9 件のパブリックコメントの応募があったということでございますが、詳細を拝見させていただきますと、多くの方がお医者さんとか歯科医師さんとか薬剤師さんとかといった医療をなさる側の方からのご意見だったということです。県民の方からのご意見は団体職員の方の 1 件しかなかったのかどうかと言う点と、本来であればもう少したくさんの方から意見があった方が望ましかったと思うのですが、この辺に關しまして今後どのように対応されるのか教えていただきたいと思っております。

(吉田総括専門員)

パブリックコメントに関してでございますが、私どもも記者発表はもちろん、いろいろな媒体を使いまして啓発に努めましたけれども、残念ながらいただいた 9 件の意見のうち、ご指摘のとおりほとんどが医療関係者からの意見でございました。同時期に健康増進計画やがん対策推進計画のパブリックコメントの募集もおこなったのですが、こちらの計画は比較的一般の方からの意見が多い状況でござ

ざいました。医療計画は今回県民から見た身近な計画ということで見直ししてまいりましたが、私どもの努力不足でこのような結果となってしまいました。専門の方の計画だという印象が拭えなかったのではないかと考えております。反省しております。今後とも、ホームページ等いろいろな媒体を使いまして地域保健医療計画の普及に努めて参りたいと考えております。

(増田委員)

今後のお話になると思うのですが、例えば比較的大きな医療機関にこのような計画があるということ連絡していただいて、その医療機関の患者さんから簡単に意見が頂けるようなチャンスを作る等、パブリックコメントとしての意見の集め方を検討していただきたいと思えます。

(浜口会長)

その点につきましては次回の検討事項とさせていただきます。
その他いかがですか。

(下郷委員)

今回、地域保健医療計画の中に4疾病5事業については個々の医療機関の名前が記載されているわけですが、この記載の基になっているものが少し古いデータだということで、今後、ここに書かれた病院の機能が変わっていくことがあるわけですね。そうしますと、ここに書かれたデータを今後どのように更新されていくのかということが問題となります。それから、こういった文章を見て実際に患者さんが行かれた、行ってみたらそこに医師はいなくてももうそれは当院では診ることができません、といった事態も当然考えられるわけですが、今後どのような対策を取られるのかということを少し教えていただきたい。

(吉田総括専門員)

医療機関名の更新の話につきましては、医療計画部会を始めとしていろいろところで意見をいただいております、大変重要な課題であると考えております。私どもといたしましては、医療機関の皆様のご負担がなるべく小さくなる方法で、最低でも1年に1回は最新のデータに更新してまいりたいと考えております。理想はリアルタイムに更新することですが、それは中々難しいと考えております。医療審議会等の皆様のご意見を頂きながら、納得できるかたちで更新していきたいと考えております。よろしく申し上げます。

(浜口会長)

現状の5年に1回というのは少し古いのではないかと意見は医療計画部会でも出ておりますね。

(下郷委員)

結局は、このような資料を見て医療機関にいらっしゃって実際にはその様な機能は無かったということでクレームが付いた場合、どこが責任を取るのかということだと思います。

(高橋主幹)

責任を取るというお話かと思います。今、ご説明しました医療計画の情報の更新につきましては、医療法の改正により医療機関が情報を公表する制度が4月1日から動こうとしております。この情報公表制度とリンクした形で医療機関名を変更していこうと考えているということで、お話をしたところです。今回の医療計画の中で、病院等の名称につきましては例えば一定の手術を何件やっているかとかということに基づいて、病院名を記載しておりますが、こういった情報につきましては医療情報公開制度の中で年に1回、10月1日の時点で数字を医療機関が出されると聞いております。この情報を基に、医療計画についても必要となるのは、順次訂正・変更していこうと考えております。なお、今回の医療計画もそうですが、調査を行いましてその医療機関がお答えになったことを記載しております。このことでその後の事情が変わったという情報が頂ければ、変更ということも考えられるのですが、今後はこの情報公表制度の中で対応して参りたいと考えております。

(浜口会長)

リアルタイムでの情報を取れるシステムを開発する必要があると思うのですが、現状では中々難しくそこまで到達していないと思います。とりあえず、県民サービスとしての第一段階でこういうことができるようになったところがございます。

(松本委員)

今の件に関しましては、まだ始まったばかりではありますが非常に流れが速いので、アップデートに頻回に変えていただきたいと思います。その際に、載せられる基準、例えば手術の件数であるとか、検査の件数であるとかを公表していただきたいというか、あらかじめ病院に出していただきたい。出していただきますと、病院もこの地域で少ないと思えばがんばれますし、病院の対応をよくしていくためにも、是非基準を明らかにしていただきたいと思います。

もう1件は、一つ非常に大きな問題ですが、医療圏についてです。このリストを見ますとわずか1、2行しかないところとたくさん載っているところがございます。面積や人口の問題がございますが、医療圏にこれだけ偏りがあるのか、人口がそれだけ変わったのか、もう一度、よほど小さいところは考え直さないといけないのではないかと思います。4 疾病 5 事業などだんだん具体的になってきていますが、医療機関がたくさんあるところとないところがあり、そろそろ実情にあってきていないところがありますので、次回からは再考していく必要があるのではないかと思います。

(高橋主幹)

医療圏につきましては、現在二次医療、いわゆる入院医療を主に行う圏域ということで、基本的には市町村の広域行政圏、市町村の連携のある地域、圏域で設定いたしております。ただ、松本委員、ご指摘の様に、この圏域を越えた連携というのが今後更に必要となってまいります。医療資源、我々医療資源と呼んでおりますが、医師とか病院の数とか、この医療資源は限られておりますので、圏域を越えた連携が必要になるということですが、そこは重々承知しております、圏域を越えた連携についても記載していくことになろうかと思っております。また、その結果、医療圏をどうしても直した方がいいということであれば、ご意見をいただいて検討させていただきたいというふうに考えております。

(野口委員)

今のことと関連しますけど、医療圏を越えての医療がなされるということが十分想定されているということで、それは一安心でございますけれども、もう既にがたがたになってきているという認識を持っていただかないといけない。そのための対応として、私どもがやらしていただいているドクターヘリという事業がありますが、それに関しては計画の中でほとんど記載がありません。10数県しかドクターヘリは運航されていないのですけれども、昨年6月でしたか、ドクターヘリ特別措置法というものができまして、どんどんドクターヘリが広がっています。5年ごとの見直しということですが、医療圏は既に破壊されていると感じています。私が言うまでもないことですが、医師が少なくなったとか、偏在化といった問題で、東三河の北部の救急医療に関しては、豊橋市民病院、豊川市民病院がものすごい影響を受けているところです。それが、圏域どころの騒ぎではなくなって、浜松の方に患者さんが流れている状況ですので、これをこのままではなく、何かこれに対する手だてを提言するなり、一行でも書き加えるなどしていただかないと、私としては納得しかねるというのが今の心境ですがいかがでしょうか。

(吉田総括専門員)

先生に今ご指摘いただきましたドクターヘリにつきましては、県としても重要だと考えております。救急医療対策について、お手元の配付資料1-3、107ページになりますが、この3番でドクターヘリ及び防災ヘリによる活動ということで、前回の医療計画から記載しておりますが、今回の医療計画におきましても、救急医療の非常に重要な柱ということでドクターヘリについて記載しております。

それから、すでに医療圏の医療が破綻しているところがあるというお話ですが、さきほど主幹が申しましたように、医療圏にとらわれずに必要な医療機能を融通しないといけないということです。資料1-4、医療圏計画の316ページですが、これは東三河北部医療圏、尾張中部医療圏とならんで医療資源の乏しい医療圏といわれていますが、そこでの脳卒中の医療連携の体系図です。医療圏内で完結して基本的な医療が行われれば良いのですが、特に東三河北部医療圏におきましては、現実的には隣県静岡県との医療機関、聖隷三方が原病院だとか、浜松医大病院といった病院にお世話になるケースもございますので、あえて県の計画にも記載いたしました。もちろん、静岡県当局のご承認いただいておりますし、先方の病院さんのご承認もいただいております。本県で全て完結できればよいのですが、今ある限られた医療資源をドクターヘリの活用も含めて最大限活用して連携を進めていきたいと考えております。

(浜口会長)

野口先生よろしいですか。

(野口委員)

基本的には、医療圏を越えて三次医療なり特殊な医療が自由に越えるということによろしいですね。医療圏、医療圏というと、医療圏完結型というイメージが出てしまいますので、それをきちんと書くべきだと思うのですがどうでしょうか。

(高橋主幹)

野口先生が言われる三次とは救急三次のことだと思います。一般的な一次、二次、三次ということであれば、この医療圏は二次ということですから。三次、高度医療につきましては、もともと全圏域で対応しておりますし、医療計画本文の中にそのようなことを記載しております。救急三次につきましては、人口 100 万というベースがありまして、その機能をもう少し強化していこうという流れの中で、100 万ではなく二次医療圏という地域医療に落としていったという経緯がございます。従って、三次機能につきましては、もともと圏域を越えた形で考えております。

それから、松本委員からご指摘いただきました基準について、追加でご回答いたします。県計画の 47 ページですが、松本委員が言われたのは 47 ページの注意書きにありますように、本計画におきまして、急性心筋梗塞、脳血管疾患治療の病院を選定する場合に、その基準を、例えばステント留置を含むものが 150 件以上といったように、計画に記載しております。この基準は平成 12 年の医療計画からご審議をいただきまして、この件数でやっております。このあたりが実態に即してない、現状にあっていないという議論がございましたら、今後、情報公表制度も含めて、この基準がどうしてもおかしいということであれば、次回の計画で検討したいと思います。

(浜口会長)

藤野先生どうぞ。

(藤野委員)

今のことに関連しますが、この実態調査の対象医療機関に基準があるわけですが、基準にはあっても医療機関名を公示することを拒否している医療機関はありませんか。みなさん、公表に賛同されていますか。基準はクリアしているけれども、実は公表は嫌だということはありませんでしたか。

(高橋主幹)

実態調査の時に、医療機関にはこの数字を公表していいかをあわせてお聞きしております。データによっては、公表してほしくないという部分もありましたが、計画に記載している範囲では、各病院から公表についての賛同いただいております。

(浜口会長)

だいたいご意見出尽くしたかと思うのですが。

(伴委員)

名古屋大学の伴でございます。コメントが 1 件と質問が 1 件ございます。私も医療対策部会に入っております。医師確保については、できるだけその場しのぎの手当てをするのではなく、育ててほしいと県に提言しております。それが研修医レベルで実現されていて、全国的にもひとつのモデルになっているのは大変評価します。後期研修を終えた後に地域に定着する総合医ないしは専門性をもった医師の養成を県としてどのように考えているのかということが一つ。

もう一つは、今日の修正の資料にありました地域連携クリティカルパスを1か所から21か所に増やすということですが、増やすというのは簡単ですが、今まで地域医療の勉強会などでよくでてるのは、なかなかパスがうまくいかない、病院は送り出す、ケアマネさんは受け入れる、しかしドクターとの連携がうまくいなくて困るということが起こっています。実際21か所に増やすにあたって、地元の医師会と連携してとか、それぞれの圏域で具体的な対策でやろうとしていることがあるのかをお聞かせいただきたい。

(吉田総括専門員)

連携パスですが、委員の皆様にはすでにご案内のとおりですが、大腿骨、頸部骨の骨折については、連携パスに続いて診療報酬上、記載が認められる予定で、関係者の関心が非常に高くなっているのも事実です。また、県内においても脳卒中の連携パスについては、名古屋大学の吉田先生のところで、非常に活発に議論が深まっておりますし、医療圏単位で見ましても東三河南部医療圏では、自主的に医師会や急性期病院の先生方で連携パスに関する研究が始まっていると聞いております。いずれにしましても、脳卒中はまだまだ平均在院日数が長い病気ですので、医療圏単位での働きかけが重要になるかと思いますが、連携パスの普及啓発に努めていきたいと考えております。

(浜口会長)

後期研修以降の定着をはかるという点についてはどうですか。

(片岡医務国保課長)

医務国保課長でございます。伴先生ご指摘の点については、医療計画案の130ページにおいても、臨床研修においてへき地医療に関心を持った医師が更に一定期間へき地で幅広い医療の研修ができる体制を大学病院、臨床研修病院と連携して構築する必要がありますと記載されているように、課題として認識しておりますし、先生の方で実施されている県のへき地医療支援機構と連携した活動についても大いに期待しております。132ページの今後の方策の中にも、へき地医療研修によりへき地医療に関心を持った医師が更に一定期間へき地で研修できる体制を構築し、総合的な診療ができる医師の養成を図ります、と明記しております、われわれとしてもそういった医師を一人でも多くできる体制づくりに取り組んでいきたいと考えています。

(浜口会長)

よろしいですか。プログラムの開発が大事だと思います。

(早野委員)

早野です。保健医療従事者の確保対策ということで、医師の確保対策の充実を図るという点で、ドクターバンク事業だとか、医学生に対する奨学金、医療関係者の理解を深める講習会の開催といった対応策が出ているわけですが、即効性とか実効性からはインパクトが足りないのかなという印象を持ちます。

医師が足りないということがメッセージではあるのですが、どう足りないかということが今ひとつ

よく分からなくて、県民の皆さんが見ても、医師が足りないらしい、それなら医学生を増やせばいいかという発想になるかと思います。実際は診療科の中でも過不足が随分あって、医学生を増やしても効果が出るには10年くらいかかりますけれども、今まさに研修を終えた医師が何科の医師になるかと考えているときに、県民の人たちが今何科の医師が足りないのかということがはっきり認識できれば、自分の身内だとか自分がかかっている医療機関に対して、この科の医師が足りないんですってねと言うこともできるかと思います。今、医師が何科を選ぶかというのは自由意志で決められますので、自覚というか責任性といった観点から自分はこの科を選ぶべきだということができるような方法があるといいなと思います。

具体的には、愛知県の中でどの科の医師が何人足りないか、逆にこの科は比較的充足しているということが、県民の前に明らかになれば、医師が診療科を選ぶにあたって影響を与えることができ、一番即効性のある解決法かなと思うのですが、そのあたりいかがでしょうか。実態調査等されていると思うのですが、もう少し具体的にインパクトのある数字を示すことはできないのかと思います。

(浜口会長)

その点、全国病院長医学部長会議の見解は、絶対数がまず不足しているという見解です。OECDと比較して14万人不足している。特定の科の偏りというのはマイナーで、どちらかという絶対数が足りない。ただ、今の国の方針は、足りているという視点は変更になっていない。その論点が固まっていないので、次のどの科が足りないという具体的な議論に進んでいないのが現状です。例えば、救急医はものすごく不足していると思いますが、そこへ議論が入りきれていないという現状があり、医学界自体がその議論が進んでいないのではないかと思います。

(早野委員)

そうなることは目に見えているので、愛知県として、1年くらいかかるのではないかと思います、実態を調査してもよいのではないのでしょうか。

(浜口会長)

いかがでしょうか。県の方で調査をやられるという考えはございますか。

(片岡医務国保課長)

医務国保課です。何人どの科の医師が足りないということについては、国民全体のコンセンサスが、つまり国の方でも明確な見解がでておりませんし、なかなか県で単独に何科の医師が足りないということを明確にするのは今の段階では難しいのかと思います。ただ、調査ということであれば、毎年、今年度であれば6月の時点で行いましたが、来年度も例年と同じような時期に、主に病院を対象に医師の不足数充足数について、主に問題になるのは病院の勤務医ですから、病院協会さんのご協力を得ながら、そういったところの不足の状況について調査を行っていかねばならないと思っております。

(浜口会長)

県のデータとしては、産科小児科等については、全県レベルでどれくらいのところが閉鎖を余儀なくされているかが先日公開されています。全体的には調査が進んでいないと思いますが、クリティカルなところではかなり厳しい状況にあるということは、かなり調査が進んでいると思います。今の問題点は、国全体の政策で変えられない問題点は仕方がないが、産科小児科医をいかに病院から辞めさせないでサポートできるかということが、緊急課題だと感じています。これは、行政と大学と地域と連携しないとどうしようもできない。住民の方に小児の第一次の緊急医療についてもう少し理解していただかないと、いずれまたもっとひどい状態になってしまうのではないかと思います。

(片岡医務国保課長)

医務国保課です。当然のことながら、病院の勤務医の負担軽減というのは非常に重要な問題でして、特に救急の二次三次の病院に一次の患者さんが集中してみえることが、病院救急の負担を招いているということはわれわれも認識しております。そういったことで、小児の場合には小児救急電話相談ということで、いきなり病院へ駆け込むのではなく、まずは電話でご相談を受け付ける体制を充実させるということと、それから、県民の啓発が大きな課題ですので、国、県でもお子さんをお持ちの保護者の方に対して啓発資料のパンフレットを作り広報を通じて、少しでも診療時間内にかかりつけ医を受診していただくような施策をとっていきたくと考えております。

(松本委員)

病院協会の松本でございます。今、医務国保課長が言われたように、病院協会でも非常に憂慮しておりまして、県と協働しまして医師不足について調査を行っております。詳細についてはまだまだこれからでございますが、まず、医師不足の定義がということが問題になります。県と協議いたしまして、これ以上数が減ると診療閉鎖もしくは診療制限にいくという最低限のところを設定して調査をいたしまして、18%の医療機関で診療閉鎖もしくは診療制限、紹介状がなければ診ることができないという結果が出ております。将来的には地域での問題、これから後期研修を終わられた方がどこへ定着していくかという問題について、さらに調査をする必要があると考えております。

実際、絶対数の不足が一番ですが、さらに拍車をかけているのが偏在の問題です。地域での偏在、病院間での偏在、病院と診療所間での偏在、また診療科の偏在の問題です。診療科の偏在でいいますと、過重な労働を強いられる科ですとか、訴訟が多い診療科にとっては、特に厳しい問題です。特に今問題になっている異常死に対する対応ですが、医師が逮捕されるという事件が相次ぎました。そういった逮捕されるような診療科、婦人科だとか外科だとかを嫌うということがございます。昨年度の外科学会総会の会長講演で、このまま減少すると2014年には、学会に入会する医師がゼロになるという異常な事態が発表されております。こういった厳しい現状を解決しない限りは、他の科も同様に病院から医師はどんどん去っていくのではないかと思います。県もわれわれも一緒になりまして、早急に対策を立てていかないと大きな問題になってしまうと思います。

特に救急においては過剰な労働を強いられておりますので、現場から去っていくということがございます。救急におきまして、先ほど医務国保課長が指摘されましたように、三次の病院に一次の患者さんが大量に押し寄せておりまして疲弊しております。名古屋市においては、二次輪番が組めない状況になっておりますし、こういったことが現実になりつつあります。救急医療の崩壊は目に見えてお

りますし、すでに始まっております。従いまして、患者さんが適切に受診するということが早急に始まらないと、救急医療は崩壊しますし、救急だけではなく一般医療にその波が確実に押し寄せることとなります。対策を立てるうえで非常に困難にしておりますのは、応招の義務というのがございまして、来院患者を拒否できないということでございます。これについても、対策を真剣に練らなければならない状況になっています。松阪市や伊勢市においては、救急においても紹介状がなければ診ませんという宣言を市長さんがされておりますが、愛知県におきましても、全市、あるいは知事さんも含めまして、そういう宣言をしないと救急は崩壊する、そういう瀬戸際に立っていると認識しています。医師数をもっと潤沢にあればこのようなことはもう少し先になるのですが、これについても瀬戸際の状態です。医師だけでなく看護師も従来足りているという話でしたが、現実には現場では大変な問題になっております。医師だけでなく看護師不足によりまして救急医療が大変になっております。特に周辺部におきましては、病院が閉鎖に追い込まれる状況もございまして、そのような状況ですので、われわれも大変厳しい中で次善の策を考えていかなければならないという状況です。

（藤野委員）

先ほどの質問にもございましたが、医療計画でクリティカルパスが21か所に増えるということについてです。名大の吉田先生がやっておられる総務省、経済産業省、厚生労働省の合同で地域医療連携システムを作成する事業ですが、精力的な活躍をされて20年度全国展開をしていくという気運にあります。すでに、20年度は他府県でも2、3の所がITによるクリティカルパスづくりの立ち上げをしているところだと記憶しております。愛知県としては、個人的な研究事業で恐縮ですが、吉田教授がしているようなクリティカルパスづくりを応用、適用するようなアイデアや計画はお持ちでしょうか。

（吉田総括専門員）

藤野委員からお話ありましたが、吉田先生の研究は最新のIT基盤を背景に、脳卒中連携クリティカルパスを普及するというのが概要ですが、最新のIT基盤という段階ではお金、コストもかかりますので、普及するにこしたことはございませんが、吉田先生の取り組みで作りあげられたパス、これは全国の脳卒中の専門家の方が一堂に会して作ったパスでございますので、少なくともそれは紙ベース、パソコンでもエクセルベースで配布できます。電子基盤での背景はともかくとして、手書きの方では作成ができました。連携パスについては、地域でこういったものが適当か模索しているような場合には、参考までに提供していくことは県としても考えています。

（未永委員）

医師不足につきましては、松本先生が言われたとおりで、現場におりますと、どんどんリスクの高い科を志望しない人が増えているということで、非常に心配しています。リスクのある科はおもしろいんだよということを現場で教えてほしいというか、大学でそういうことまで教えてほしいと思っておりますが、なかなかこれは根が深い問題だと心配しております。

とにかく、今回、医療計画ができたわけですが、私から見ると、これは厚生労働省に言われて作らなければいけなくて、何とか作ったという感じがします。見直しの中に、医療計画の案は作ったが現状はどうなのかとか、あるいは、この地域ではこういうことを取り入れたからうまく回っているだ

とかといったように、欠点だけをあげるのではなく、愛知県の中でこういうこともある、それを他に利用できないかといった点も含めて見直しをする必要があるのではないのでしょうか。評価をしていかなければ作っただけになってしまうと思います。1年ごとにといわれたけども、何を評価するか、医療機関が何をやらなくなっているかではなく、その地域の医療がどう守られているかの評価、その地域での不満を吸い取るということまで含めてやっていく必要があると思います。いい地域もあるはずなので、いい地域をお知らせいただきたい。

(浜口会長)

ありがとうございます。今のアドバイスをいかしていただくということをお願いします。お時間も押しておりますので、諮問のありました計画案は適当であるとして知事に答申することとしてよろしいでしょうか。

【「異議なし。」の声】

(浜口会長)

ありがとうございます。

事務局の方でこの趣旨に沿った答申の文案がありましたら、配布してください

【文案の配布】

(吉田総括専門員)

答申案について読み上げます。「愛知県地域保健医療計画案について(答申)平成20年3月14日付け19医福第416号で諮問のありました愛知県地域保健医療計画案については、適当と認めます。」

(浜口会長)

ただいまの文案でいかがでしょうか。

【「異議なし。」の声】

(浜口会長)

それでは、文案のとおり答申することといたします。

次に、報告事項に移ります。では、各部会からの報告をお願いします。本審議会は医療法人部会、医療計画部会及び医療対策部会の3部会を設置しておりますので、各部会において、それぞれの所管事項について審議等しておりますので、その状況を報告していただきます。それでは、報告事項(1)「医療法人部会の審議状況について」から報告事項(3)「医療対策部会の審議状況について」まで、続いて事務局から説明してください。

(鎌倉医務国保課主幹)

医務国保課の鎌倉です。まず、資料 2 - 1 です。医療法人部会の審議状況についてご報告いたします。前回の医療審議会以降、医療法人部会を 2 回開催いたしました。部会では、医療法人の設立について審議を行いましたが、申請件数は 2 回合わせまして、病院が 1 件、診療所医科が 8 件、歯科が 1 件の合計 10 件でありました。結果は、いずれも認可が適当であるとされました。次のページに医療法人数がございます。上から 3 つめの平成 19 年度の欄をご覧ください。一番右ですが、19 年度は医療法人の設立件数が合計 13 件、解散が 7 件、転入が 1 件ありまして、現在は 1,726 法人でございます。医療法人部会の報告は以上です。

(高橋主幹)

続きまして、医療計画部会の審議状況についてご報告いたします。資料 3 - 1 をご覧ください。医療計画部会については、前回の医療審議会以降、2 回の部会を開催しております。第 1 回目は 2 月 18 日に開催いたしまして、今回諮問いたしました愛知県地域保健医療計画についてご審議いただいております。2 回目は 3 月 14 日に開催し、病床整備計画、診療所の病床設置、愛知県地域保健医療計画の追加変更についてご審議いただいております。本日は、時間の関係もございますので、病床整備計画についてのみ簡単にご説明いたします。資料の 3 - 5、3 - 6 をご覧下さい。今回病床整備計画が出てきているのは、資料 3 - 5 にありますとおり、病院が 2 つ、診療所が 2 つで、合計 4 施設 38 床の病床整備計画でございます。なお、中程の診療所 2 か所については、医療法改正により診療所も病床規制の対象となることから今回でてきているものです。なお、資料 3 - 6 についてですが、病床過剰圏域であっても産科の有床診療所に限ってはこれを認めていこう、分娩のできる施設についてはこれを認めていこうということで、計画部会でご審議いただきまして、3 施設については届け出のみで開設を認めるというかたちでご承認いただきました。計画部会の報告は以上です。

(青柳医務国保課課長補佐)

続きまして、医療対策部会の審議状況についてご報告します。「資料 4 - 1 医療対策部会の審議状況について」をご覧ください。医療対策部会は、3 月 11 日に開催しております。資料の「議題」の欄をご覧ください。まず「2 地域災害医療センターの指定について」でございますが、平成 20 年 5 月 1 日に開設されます厚生連江南厚生病院を新たに指定することにつきまして、差し支えないこととされました。災害拠点病院としましては、県内で 31 箇所目の指定となります。

次に、「3 愛知県災害拠点病院設置要綱の一部改正等について」でございますが、これまでこの要綱の規定により「愛知県災害拠点病院協議会」が設置され、災害拠点病院の指定等に関しまして協議をしていただいております。災害時の医療体制を確立するために、この協議会の協議事項として新たに「災害時の医療体制に関すること」を加え、協議会の名称も「愛知県災害医療対策協議会」と変更することを内容といたします要綱の一部改正等につきまして、差し支えないこととされました。

次に、「4 医師確保対策について」でございますが、本県の取組状況等について意見交換を行っていただきました。主なご意見としましては、資料をおめくりいただいた裏の頁ですが、「医師不足についての綿密な調査を行った上で、公的病院の統合について考えるべき」、また「フリーアクセスの制限についても検討する必要があるのではないか」等の様々なご意見をいただきました。今後の対策の参考にさせていただきたいと考えております。最後に、部会への報告事項といたしまして、「公立病院改

革プランへの対応について」をご報告しました。医療対策部会の審議状況については、以上でございます。

(浜口会長)

ただいまの各部会の事務局説明について、ご質問がございましたら、ご発言願います。

以上で、各部会からの報告は終了します。

次に報告事項(4)「公立病院改革ガイドラインへの対応について」事務局から説明してください。

(高橋主幹)

それでは、資料5「公立病院改革ガイドラインへの対応について」をご覧ください。今回、公立病院改革ガイドラインというのは、昨年12月24日に総務省が発出したもので、その基本的な考え方は、公立病院は地域における基幹的な医療機関として、地域医療の確保のため重要な役割を果たしているが、近年多くの公立病院において経営的な問題が生じている、またはこれに医師不足による診療体制の縮小を余儀なくされるなど、その経営環境はますます悪化しているということを前提としております。各自治体病院を持っている市町村に対して、公立病院改革を行いなさいということで、この改革ガイドラインを出したものです。

その内容のポイントは、資料5の左側です。第1に公立病院改革の必要性ということがありますが、公立病院の役割は先ほど申し上げましたとおり、採算性等の問題から民間医療機関により提供が困難な医療、へき地、救急、高度先進医療を担っているということを前提としております。第2ですが、地方公共団体は、平成20年度内に公立病院改革プランを策定しなさいと総務省から通知が出ております。柱は大きく3つあります。第2の の3つめですが、一つが経営の効率化、これは経営指標を見ながら経営を効率化していこうというものです。 の4つめが再編・ネットワーク化、ここに、都道府県は医療計画の改定と整合を確保しつつ、主体的に参画することとあります。内容は、二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進、医師派遣拠点機能整備推進ということがあります。このようなことを念頭に置き、地域における再編・ネットワーク化をはかっていたきたいということです。3つめの柱は経営形態の見直しです。これは、地方公営企業法の全部適用、地方独立行政法人化というものです。この3つの柱については、第2の の一つ目の括弧書きですが、経営効率化は3年、再編ネットワーク化、経営形態見直しは5年を標準に計画を立てなさいということで今回出されています。いずれにしても、自治体病院を持つ市町村は、平成20年度内に公立病院改革ガイドラインに基づくプランを作成するというので、今回この作業が始まったということです。

これに対する本県の対応ですが、右側の表をご覧ください。今回、このガイドラインに対応するため、県において大きく分けて3つの会議・組織を立ち上げる予定です。また、市町村においては、検討組織を立ち上げるよう2月の市町村会議において依頼をしております。県では圏域保健医療福祉推進会議、二次医療圏ごとに設置している会議ですが、県保健所が事務局でやっております、ここに地域医療連携検討ワーキングをつくって、再編・ネットワークの検討、広域的な調整をはかっていくということを考えております。また、愛知県医療制度改革推進会議がございます。ここに公立病院等改革ワーキングということで、県庁内の関係連組織を集めた会議をたちあげる予定でございます。矢印が相互になっておりますが、再編・ネットワーク化の検証・検討ということで、公立病院等地域医療

連携のための有識者会議というものを立ち上げます。これは4大学の病院長さん始め、医師会長さん、病院協会会長さん等の出席をいただきまして、市町村が策定します再編・ネットワーク化案の検証・検討を行っていただくとともに、愛知県における連携の在り方についてのご報告をいただきたいと考えております。1枚めくっていただきますと、有識者会議の所掌事務がございます。右側には、来年度予定されている市町村が行う再編ネットワーク化プランということで取り上げてあります。ガイドラインに基づく改革プランは3つの柱のものを立てるわけですが、その予定となっております。市町村においては、5、6月に取組状況調査報告をするのですが、これは再編・ネットワーク化プランの素案となります。10月に公立病院改革プランの案ができて、12月に公立病院改革プランの最終案がでます。表の右側に二次医療圏、医療制度改革推進会議、有識者会議とありますが、このように市町村のプランに対してご意見を申し上げていこうと考えております。簡単ではございますが、説明は以上でございます。

(浜口会長)

ただいまの事務局の説明について、ご質問がございましたら、ご発言願います。

(柵木委員)

改革ガイドラインについては、先回の医療対策部会でもご説明をいただき、対策部会の席上でかなり問題となりました。この案件そのものが今回の審議会の議題ではありませんので、ここでこういう会議を作るのか、こういうスキームを了承するのかどうかは分かりませんが、もしこれをこのまま作って運用するということの報告であれば、対策部会でも同じような議論が出ましたが、医療審議会でも対策部会の意見を受けまして、また、私の考え方を入れましても、これについては反対であると申し上げざるを得ない。反対であるということ、今局長が怪訝な顔をされましたけれど、疑義があるということでございます。このスキームを直せるものでしたら直していただきたいと思えます。

問題となるのは、先回の対策部会でも組織についていろいろお聞きしましたが、組織というのは、必ずしも47都道府県同じようなものができるわけではなく、県の独自性が相当あります。スキームの図の右側の二重枠で囲ってあるところの3番目のところは、全ての都道府県が作るということでしたけれども、その上の有識者会議、その下のワーキンググループについては作る県もあるし、作らない県もあるとのことでした。

私が申し上げたいのは、先ほどこの委員会の席上も出ましたが、医療圏単位でこういう公立病院の改革を考えていってそれでできるのだろうか、という一つの大きな疑問です。もう一つは、医師不足についてですが、今後偏在や絶対数の不足がますます加速されているのではないかという前提がございます。もしそういう前提に立つのであれば、このような医療圏の中の協議で出てきた再編計画というのが本当に実効するのだろうか、今でも医療圏の中でたちいかなかった病院や、統合しなければならない地区が結構ございます。医療圏の中で話し合って自分の病院をつぶす、あるいは住民にとっておらが町の病院をつぶすということが医療圏の中でできるだろうか、という意見が強く出ました。そういう意味では、ここにある有識者会議でしっかり再編プランを立てて、ここから医療圏に対してトップダウンで、むしろ医療圏をある程度捨象というか無視した格好でもやっていかないと、愛知県における医療危機を救えるだろうかという根本的な疑問があります。こういうボトムアップ式の再

編計画というのは、極論を言えばほとんど実効性がないのではないかと私は思います。今の審議会の委員の先生方がどのように思われるか分かりませんが、これを立ち上げて実効させるという意欲があるのであれば、ぜひトップダウン型の組織にして本当に腰を据えて、愛知県で医療圏を考え、病院の再編もその中で考えていっていただきたいとお願いします。以上です。

(末永委員)

この公立病院改革ガイドラインにそったプランを作るのは、自治体病院にとって非常に大変なことです。それぞれの自治体の経営財力が落ちているということと、自治体病院そのものの赤字ということで、実質連結赤字比率とか、公債費比率をオープンにしなければならないということになったものですから、これは夕張のようになってしまうわけです。そうすると赤字の大きい公立病院を切り離すという経営形態の見直しが出てくるのではないかと思います。実際に、それぞれの自治体はどう考えるかが大きいですが、地方公営企業法の全部適用にしても、地方独立行政法人化にしても、それぞれの自治体で考えればよいのですが、一番大きいのは再編ネットワーク化であろうと思います。総務省のことを言っただけではいけないかもしれませんが、ずっと低医療費政策を続けた中で経営のやり方だけに原因を求めたことに非常に大きい問題があると思いますが、そうはいても、こういうものは出た以上は立てなければならぬことになります。そこで再編ネットワーク化ということになりますと、これは柵木先生もいわれたように、医療圏において医療をどう提供していくかということだけではなく、医療圏を越えて愛知県としてどこの地域にどういう病院を置いていくかということが考えられなければならないと思います。現実問題として、医師不足、看護師不足のために、経営形態を見直す市民病院があるわけです。そういうところが、再編ネットワークといったところで、今何年間かもつかどうか問題なわけです。そういう人がいないところですので、人を一か所にまとめるという再編ネットワーク化というのは致し方ないと思うのですが、そうすると首長さんの意向で維持したいというだけでは進めなくなっている。そういうところに対しては、県が大きい指導力をもって、この二つ三つを一つにしなければならぬといったことを打ち出さなければならぬと思います。二次医療圏の中で話をしても院長同士は、このままでは共倒れになってしまうとみんな分かっています。その人たちは自分たちが院長を続けるということは吹っ切れています、これはどうしても統合しないとやっていけないという思いを院長が持っているところはたくさんあります。これが、実際に首長さんが入るとそうはいかなくなるというところに問題があるわけですから、そうすると、県が大きい指導力を持って、こういう委員会に関与して行って、場合によっては説き伏せるといったことをしていかないとまとまらないと思います。困っている圏域で話していても答えは出ないと思う。それにプラスして、有識者会議など県の指導力でこの地域には絶対病院はなくしてはいけないだとか、この規模ではだめだから大きくしなければならぬといったように、指導力を発揮していただかなければ、再編ネットワーク化はできないと思います。

それともう一つ、公立病院改革プランは、国が出したとおりによればこの通りになるのですが、再編ネットワーク化が12月までにできるわけがない、経営形態の見直しや再編ネットワーク化については5年程度を目途にされているので、これはもっと長期的に考えなければなりません。自治体病院の中でも、ガイドラインにどう対応するかが話題になっておりまして、平成20年度の地方会は7月11日に近畿東海地方会を開催する予定で、それぞれの地域でいろいろな話をするのですが、その共通議

題として公立病院改革ガイドラインがでております。愛知県でいうと、7月11日に会議があるのですが、その前に2つ会議がありそこで大枠が決められてしまうと、現場で苦労している院長の会議の意見が反映されないことになってしまうのではないかと懸念しています。もちろん、1回や2回の会議で再編ネットワーク化がうまくいくはずはないので、有識者会議はもっと後ろのほうに必ず必要があるのではないかと思います。その前に、そういう観点でやってほしいということを公立病院会に出していただいてもいいですが、12月にプラン決定というのはかなり難しいと思いますがいかがでしょうか。

(高橋主幹)

ご意見ありがとうございます。論点が幾つかあったかと思いますが、現在県が考えていることを補足でご説明いたします。今回の再編ネットワーク化については、トップダウン方式だとか、ボトムアップ方式といったように、答えを決めてやるということは考えておりません。なぜかという、末永委員もいわれたように、公立病院を持つ自治体がこの病院をどうするのかということが前提にあって、この議論があります。もう一つは、先ほどから議論がありますように、医師不足等が主な原因で、診療制限を行っている病院をこのままにするのか、再編ネットワーク化という形で整理するのか、機能分担、機能連携をやっていくのかを地域で話し合っていたきたい。なぜかという、病院だけで医療が守られているのではなく、例えば、医師会、地域の診療所の先生方も含めて、地域で医療をどうやっていくのかという視点が必要になります。従って、地域で市町村が持つ経営改善という面を含んだ再編ネットワーク化プランについてどう考えるのか、どう連携・分担をしていくのかということを考えていただきたい。もちろん県として必要な意見は言わせていただきたいと考えております。

それから、先ほどから話題に上がっていますが、二次医療圏といいましても、医療資源にばらつきがございます。従って、圏域を越えて病院の機能分担や連携、ここでいう再編ネットワーク化が必要であれば、圏域を越えるかたちも想定しています。従って、議論をしながらやっていきたいと思えます。それから末永先生が言われたタイムスケジュールですが、この12月というのは、市町村が来年度予算を含む以上、12月がタイムリミットということで想定されているものです。確かにスケジュール的には非常にタイトではありますが、この中で県としても助言、支援をしながら、また広域的な調整を図りながら市町村のプラン作成に大きく関与していきたいと思えます。

(浜口会長)

ちょっと質問ですが、経営の効率化のタイムスケジュールは3年ですね。再編ネットワーク化と経営形態の見直しは5年ということになっています。平成20年度はこの計画では初年度ですが、初年度のゴール設定はどのあたりを考えているのでしょうか。

(高橋主幹)

例えば、経営形態の見直しにしろ再編ネットワークにしる、今年度中にすぐやるというのはなかなか難しいので、5年という期間が設定されています。従って5年後にこういう再編ネットワーク化するということであれば、今年度から年次計画をたて、予算を付けていくということになります。

(柵木委員)

今の事務局のお答えは対策部会の際にもお聞きしました。問題となる医療圏については、必ずしも一つの医療圏ではなく、二つ三つ合わせて地域医療のあり方を検討していくというご意見はよく分かっており、その上で申し上げているのです。現実には日本でどういう事態が起こっているかというところ、ある地方では市町村合併で人口 5 万人くらいの所に 8 つも市民病院がありこの 8 つの市民病院をどうするかということ、合併後 2 年くらい検討していたのですが、なかなか結論が出ないということがあります。こういうことが現状、現実問題としてあるのです。さらに、その間に医師不足や救急の混乱がひどくなっているのが現実でして、愛知県は仄聞するところによると、研修医が 380 人ほど県内で卒業するというのですが、県外から入ってくる研修医はプラスマイナスすると 100 人くらいオーバーしているということだそうで、医師不足も解消され、地域の医療再編にそれほどのエネルギーを注がなくても何とかなっていくのだろうと理解されています。しかし、そんなに甘いものではないというのが私たちの理解であり、先ほどから話題になっているように、医師の偏在や女性医師の問題も含めると、ますます実際の病院の医師の不足が加速され、再編統合というのを避けて通れません。そのときに、地域も大事ですが、二次救急、三次医療も考えていくと、これは医療圏を越えてどのように愛知県の医療を再編するかという視点なしでは考えられない。地域的に考えると、地域エゴの問題があり、ガイドラインでは経営の問題が大きいです。例えば病院が存続すれば、有床診療所であろうが老人保健施設であろうが、病院の経済的なバックグラウンドが成り立てばよいというのではなく、医療、特に公的病院というのは公共財ですから、公共財としての医療をどうするのかという大きな視点でやらないと、先ほどの事務局のように地域でまず考えてくださいでは、今の医療崩壊の現状を止めることはとてもできないというのがわれわれの認識です。ですから、できるならば組織を見直して、実効性のある組織にしていきたいと思いますというのが私の意見です。

(妹尾委員)

今言われた経営の効率化だとか、経営形態の見直しだとか、というのは総務省よりの考え方で、実際再編ネットワーク化というのは緊急の課題なんですね。救急、産科救急、精神科救急も含め愛知県の医療をどうするか、救急医療の再編については時間がありません。5 年もかけてやると言うのはほとんどない話です。どうしても避けて通れない地域がたくさんあります。経営や経営形態を無視してでも喫緊に再編ネットワークをしていかないと患者さんが困ってしまいます。医療計画部会でも言いましたが、名古屋市は公立病院もこの中に含めないと意味がない。医療圏を越えないと再編ネットワークなんてできません。再編ネットワーク、医療提供体制をどうするかはわれわれの最大の課題です。地域によっては明日にでもつぶれてしまうのではないかと病院がたくさんあります。トップダウンでやらないと、地域の行政の壁にぶつかって必ず失敗してしまいます。下からあげてきた意見は有識者会議で聞かないかもしれない、そうするともう一度始めからやらないといけない。上から下に下げないと再編ネットワーク化は不可能に近いと思います。ぜひとも、経営の効率化とか経営形態の見直しは下からあげてもいいかもしれないですが、再編ネットワーク化については、上からにしないと思っております。トップダウンにしないと愛知県の医療提供体制の見直しはうまくいきません。

(五十里局長)

いろいろご意見いただきありがとうございます。私どもの公立病院改革ガイドラインの対応についての説明がまだまだ不十分であったかと思えます。委員の方が言われたことと私どもが考えていることはそんなに大きく違わないのかと思えますが、結論として、市町村がまず一度考えてください、というのがあります。これは国の方針どおりです。そこに県がどう関係していくかということで、いろいろな検討会議を設けて、そこに医師をどう派遣するか、医師を派遣する根拠をどうしっかり作るかというのが、地域医療を守るという意味で非常に大切だと思います。先ほど高橋からも申し上げましたが、平成20年度中にとにかく作る、ただ、詳細なものまですぐ出来ないものはとりあえずプラン、必要事項だけでとどめていいと国は言っておりますが、終わりは3年、5年ともう決まっております。したがって、私どもとしては都道府県として現場の意見を聞きつつ、有識者会議の意見を伝えつつ、という役割を県で担っていこうと思っております。今までこういうところに県が入ることはほとんど無かったのですが、そういう意味でも今回の公立病院改革ガイドラインについてはしっかりやっていきたいと思っております。

それから二次医療圏についてですが、二次医療圏というのは、当初の医療計画で出てきました目的に病床規制があり、そのために二次医療圏を設定するということがありました。今回の地域医療計画の中で一番大きいのは二次医療圏をまたいで連携体制を作ると言うことです。今まで10年来あまりに二次医療圏完結型ということ言い続けてきていたというのが、今回の見直しの中でのわれわれの認識でございます。二次医療圏完結型ということは国も言わなくなりましたし、二次医療圏完結型ではできないということがようやく分かってきたということです。その点で今回の二次医療圏での会議も、隣の関連するところと十分連携してやっていくということはお約束したいと考えております。

(妹尾委員)

再編・ネットワーク化の二つ目、二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進、という部分を削ったらどうですか。

(浜口会長)

再編ネットワーク化の2行目ですね。

(妹尾委員)

愛知県が独自でやっていく、独自で指導力を発揮していくということであれば、これを消してもよいのではないですか。

(高橋主幹)

今日、お出ししているペーパーは、総務省のペーパーをそのまま使って記載しております。下の・については、総務省が例示しているもので、必ずしもこれを全部やれということではありません。妹尾先生が言われるように、二次医療圏で全てを統合するということを考えているわけではありせんのでご了承いただきたいと思います。

(浜口会長)

ここは議長裁定で積極的に削るということで、二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進、というのは、医療圏の再編そのものから考えていかないとかなり深刻だと思います。あと、この資料 5 の県の二重枠のところ、今の議論でひっかかるのは、真ん中の有識者会議から検討依頼の矢印がでていますが、この矢印も削ったらどうでしょう？有識者会議は有識者会議としてしっかり意見を出していただくということで。

(高橋主幹)

絵が全て書き切れておりませんもので申し訳ありません。この検討依頼の矢印は、医療制度改革推進会議の方から圏域の方へでているものです。有識者会議の方は、先ほどの議論のとおり、県下全体で、医師確保も含めた視点でどういう方向で取り組んでいくのかということを経験いただきたい。その前提にたって、個々の圏域の、個々の地域の個別の計画についてもご意見をいただきたいと思えます。したがって、この矢印は箱から箱へ行っているという理解で、有識者会議については、中の医療制度改革推進会議との関係で見ただけであればと思えます。絵があまり上手くなくて申し訳ございません。

(野口委員)

今の件は、対策部会でも矢印を反対向きにしないと言ったと思います。あとは妹尾先生、柵木先生、みなさんのご意見でいいと思います。ただ、そういいながらも、大変失礼ですが、有識者の中には、公平性を保つという意味で医療関係ではない人も入った方がよいのではないですか。その中で、医師派遣をお願いするというのができましたので、大学病院とか基幹病院から公立病院に医師を派遣していただきたいという思いがみなさんにあるのではないのでしょうか。もっと抜本的な検討策が出せるようなメンバーを交えて。例えば、救急医療の専門家などを加えるべきだと思います。もう一度検討していただかないと、この先生方に大変負担がかかると思います。その点についてはお願いしたい。

(下郷委員)

例えば、ワーキンググループや有識者会議のメンバーを見ていても、経営の分かる方が一人もいないですね。これはやはり経営の分かる方をどこかにいれておかないと、例えば基幹的保健所で圏域のワーキングをやって、決算統計調査が入ってきている。基幹的保健所の中で、本当にきちんと経営の数値が見えるのか。もう一つは、有識者会議の中に民間病院の代表が誰も入っていないんですね。野口委員が言われましたが、公立病院の再編に伴って、その下の民間病院も大変大きい影響を受けるわけですので、このメンバーだけではちょっと問題だと思います。やはり、民間病院の立場も取り入れるべきだと思います。

(高橋主幹)

スケジュールのところにある、決算統計調査のヒアリングを行う、というのは、本県の場合ですと総務部の市町村課の職員とお話を伺いますので、市町村課のプロと一緒にすることになります。健康

福祉部で取り組んでいるのは、3点の中の再編・ネットワーク化でありまして、このキーワードとなりますと、医療機能の分担・連携、医療資源の有効活用ということになるかと思います。その視点から有識者会議を立ち上げたものでございます。

（妹尾委員）

では、病院企業庁が県と市にあるのですが、県立病院と市立病院を所管するわけですから、まさに公立病院を改革するトップがいるわけです。県と市の病院企業庁の長が入った方が、自分たちの身にしてみても公立病院のことが分かると思うのですがどうですか。

（高橋主幹）

県の病院事業庁については、資料5の県の箱の中にありますように、医療制度改革推進会議のワーキンググループ、県庁組織の方をお願いしたいと思っております。なお、先ほどから話題に上がっています名古屋市については、県を通らずに総務省から直接指導となりますので、現在県がやっております改革プランの対象から外れております。妹尾委員が言われるように、名古屋近郊の医療機関、地域においては、名古屋市内の病院との連携が非常に重要ですので、圏域ワーキングについては名古屋と合同の圏域ワーキングということで検討していきたいと思っております。

（柵木委員）

そうすると、先ほど野口委員から矢印を逆にした方がよいのではないかというご意見がありましたが、このスキーム自体はかえることはできますか。

（高橋主幹）

スケジュールのほうで素案についてご説明いたします。説明不足で申し訳ありません。市町村の5月のところに、取組状況調査報告とありますが、ここに3点、経営改善、再編ネットワーク、経営形態の見直しの素案が市町村から県に出てきます。この際あわせて、自治体病院の公営企業法の決算統計調査報告が出てきます。これをあわせて、基幹的保健所において総務部の職員とともに、ヒアリングを行います。ヒアリングを行いまして、圏域ワーキングを設置するとともに、その内容を報告し、案について取りまとめる。それについて、公立病院等改革ワーキングを通じて、有識者会議の意見を伺うということになります。いただいた意見をもとに、10月の公立病院改革プラン案のところに反映させていくこととなります。前の絵は少し圧縮した形でかいておりますので、若干誤解を与えているかと思いますが、考え方といたしましては、今のようなローリングを考えております。

（柵木委員）

今のローリングを変える可能性があるのか聞いているのです。

（高橋主幹）

どういう形でかえるということになるのでしょうか。例えば、市町村から出てくる案に対して先に有識者会議にかけるとか、というご提案でしょうか。

(柵木委員)

先ほど妹尾委員からもお話がありましたが、有識者会議のメンバーがこれでいいのか、民間病院の代表をいれなさい、経営が分かるものを入れたらどうかとか、いろいろなご提案がございました。そのうえで、この有識者会議を実効するようなメンバーにしたうえで、そこからワーキングに落とすという方法を提言したいと思いますし、それを採用していただけると幸いです。

(高橋主幹)

すいません。有識者会議のところを見ていただくと、第 1 回目のところで、県内の状況とこれに対する今後の取組方針を検討していこうということです。第 2 回目のところで、今後の取組方針ということで、再編ネットワークにかかる総論をまとめていきたいと考えております。この情報については、逐次市町村に発信していきます。これをベースに、市町村が計画を策定し、上がってきたものに対し個別に意見を言っていくということになります。従って、有識者会議をお願いしております先生方には非常にタイトな中で、県下の全体的な方向性を考えていただいて、少し分掌ができればと思います。

(柵木委員)

ということは変えないということですか。変えないということであれば、それは県の考え方でそれでも結構です。

(寺田課長)

医療福祉計画課長でございます。今、変えるのか変えないのかというお尋ねですが、柵木委員のご指摘としては、実効性が非常に大切であるということで、そのために全県的な調整という観点でしっかりしたメッセージを発していかないと、結果を出せないのではないかとということが、ご意見の中心にあったのではないかと思います。そういう意味では、今主幹が申し上げましたように、1 回目 2 回目の有識者会議、医療圏で個別の話をしてもらう前の段階で、全県的な状況を踏まえて、こういう点について注意した取組をしなければならないというご意見をいただき、そうしたメッセージをしっかりと県から市町村へ発したうえで、市町村と圏域で話をしたものを出してきてもらって、これに対してもこれが実効性があるものであるかについて、個別の案について意見をいただくというのが 3 回目以降になっていきます。こういった流れでして、スケジュールについてはこの通りに行くかはわかりませんが、幾つかご指摘いただいておりますように、非常に喫緊の課題になっております中で、いかに将来への展望を出していくかということと、次年度以降の医師の派遣や人事を考えたときにも、市町村の予算を考えても、リミットはある程度あるので、こういった目標をたてて取り組んでいく必要があると考えております。私の理解では、総論的なこと含めて、全県的な調整に関する県の考え方をしっかりと発したうえで、個別の調整に入っていくという部分があるということが、最初の説明の中で不十分でありましたが、先生のご指摘の方向性とそんなに大きく違ってはいないのではないかと考えております。

(柵木委員)

まあ、県のご意向はよく分かりましたが、有識者会議と現場とのキャッチボールを繰り返して、本当に実効性があるかどうかは、どんなにご説明をいただいても、それはいい案ですねとは言い難いというのが、私の考えです。

（宮村委員）

先程来のご意見で、公的な病院については大変重要だと思っておりますが、私は歯科医として歯科の技術的な専門家ですが、有識者とはとてもじゃないが思っておりません。この有識者会議というのは総務省がつけたものですか。つまり、医療専門家の有識者の会議ということなのか、世間一般の有識者ということであると医師だけが有識者というのは変なので、これはおそらく医療提供者の有識者会議ということになるのでしょうか。普通、有識者というと、歯科医師会でも有識者会議を作っていますが、そこにはわれわれ医療関係者は入れていませんが、どういうことなのでしょうか。

（寺田課長）

今回、県で考えている有識者会議は、国で作るべきだと言われているものではありません。総務省のガイドラインでは、二次医療圏で統合ということが書かれていますが、全国的に一つのパターンとして各市町村がプランを作るべきで、そのために外部有識者の意見を聞くべきだ、ということは書かれているのですが、県として全県的な立場での調整といったことを考えながら、外部の意見を聞きつつ、という取組は、本県独自のものです。この名称についても困ったなあと思いながら作ったのですが、医療全般についての有識者ということであれば、この医療審議会他たくさんあるのですが、今回は公立病院の改革ということで、市町村がプランを作るのですが、これに対する県の支援として、少しでも実効性のあるプランを作ってもらおうと考えたときに、いい意見を述べていただける方ということをお願いをした次第です。

（浜口会長）

そろそろ時間ですので。議長としてお願いしたいのは、資料 5 の絵を直していただけるかどうか、それを約束していただけるならまとまると思うのですが。真ん中の矢印をひっくり返すだけです。それを「はい」と言っていただければ、長い時間はいらないです。それからスケジュールのところですが、病院改革のフロントに立つのは、公立病院等改革ワーキンググループであって、このワーキンググループがその部分を受け持っていただけるということで、有識者会議を前面に出すとあまりにも先生方に申し訳ないので、県が全部火の粉を浴びましょうというのがこのスケジュールなのだと思います。なので、有識者会議のご意見を最終段階でどういれるかについてももう少し工夫がほしいと思います。それから、このポンチ絵は変えることはできないのですか。

（寺田課長）

誤解の無いように修正を検討いたします。ありがとうございます。

（浜口会長）

お願いします。柵木先生、よろしいですか。

(柵木委員)

誤解の無いようにしていただければ結構です。

(浜口会長)

ちょっと、時間がおしております。次に、報告事項(5)「第 1 期愛知県医療費適正化計画」について、事務局から説明してください。

(野々山主幹)

医療福祉計画課の野々山です。簡単に報告いたします。資料は 6 - 1、6 - 2、6 - 3 とありまして、6 - 3 が本文です。前回の審議会でご説明いたしました、その後の市町村への協議やパブリックコメントを実施いたしました。市町村からは特に修正の意見はありませんでしたが、パブリックコメントについては、4 名の方からご意見をいただきましたが、計画の内容の修正を要するようなものではありませんでした。修正点は、医療費の数値を、前回 14 年度のを 17 年度の実績におきなおしたものの、17 年度の平均在院日数を 18 年度におきなおしたとか、数値の修正が中心です。資料 6 - 1 の一番下、「はじめにの追加」とありますが、これは製本の段階で追加いたしますので、今回は入っておりません。申し訳ありませんが、削除をお願いします。簡単ですが以上です。

(浜口会長)

ただいまの事務局の説明について、ご質問がございましたら、ご発言願います。よろしいでしょうか。本日の議題及び報告事項はすべて終了いたしました。最後に、事務局から何かありますか。

(寺田課長)

本日の会議録につきましては、会議冒頭で会長が指名されましたお二人の署名者に後日ご署名をいただく前に、発言者の方にテープから起こしました発言内容をご確認していただくことにしておりますので、事務局から依頼がありましたらご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

(浜口会長)

それでは、本日の医療審議会はこれで終了します。ありがとうございました。

署名人

印

署名人

印