

第2回香川県保健医療計画作成等協議会議事録

1 日時 平成29年8月23日(水) 19:00～21:00

2 場所 香川県庁12階第3・4会議室

3 出席者

【委員】

安西委員、大西委員、大原委員、岡田委員、久米川委員、近藤委員、塩田委員、中川委員、中村委員、林委員、前田委員、松本委員、三野委員、山本委員、横見瀬委員

【事務局】

高木健康福祉部長、小川健康福祉部次長、横山医療主幹、林健康福祉総務課主幹、長尾医務国保課長、石井国民健康保険室長、東医務国保課副課長、植松健康福祉総務課課長補佐、香川長寿社会対策課課長補佐、小塚長寿社会対策課課長補佐、山下障害福祉課課長補佐、三浦障害福祉課課長補佐、大倉薬務感染症対策課課長補佐、細谷薬務感染症対策課課長補佐、穴澤医務国保課課長補佐、今井医務国保課課長補佐、山崎医務国保課課長補佐、西部国民健康保険室室長補佐、中西副主幹、田岡副主幹、浜田副主幹、西山主任

4 議題

(1) 5疾病・5事業及び在宅医療の指標による現状把握等について

(会長)

ただいま、事務局から5疾病・5事業及び在宅医療の指標による現状把握等について説明がありました。何か委員から御意見・御質問等ありましたら、何からでも結構ですので、どうぞ。

(委員)

血糖自己測定の実施件数が、香川県が全国を人口10万人当たりで比較すると上回っているということが、良い指標なのか悪い指標なのか分からないが、糖尿病の患者数が多いということの表れではないかと思います。

(会長)

おそらく糖尿病の患者を診ている先生方が多く、しっかり管理できているといえるかもしれません。確かに糖尿病の患者数も多いということも言われています。

(委員)

良いのですか、悪いのですか？

(会長)

難しいところですが、それは、しっかり治療していただいているという意味では、糖尿病を診る施設も多いですし、先生も多いし、患者数も多いということです。良いか悪いかだけで考えると難しいことです。

(委員)

非常にたくさんの指標で分かりやすくまとめられていますが、データの信頼性はどうか。レセプトとか、いろんな調査から抽出していると思いますが、把握の程度に非常に差があったり、十分把握できていないようなものもあるのではないかと思います。計画で使う際に注意する必要があるかと思います。訪問薬剤指導を実施する薬局だが、小豆島が0というのはこれなのでしょう。新規人工透析導入患者数が全県で2,010件となっていますが、こんなに新規で透析があるのでしょうか。いくつか本当にそうなのかなというデータがあったので、使用に当たっては、注意する必要があります。

(事務局)

県では、国から提供されたデータを大きな加工はせずに、全国と比較できる形にだけして、今回、説明しています。医療計画における現状把握や目標指標にする場合は、もう少し数字の方を精査して御提案したいと考えています。

(委員)

糖尿病でちょっと分かりづらいところがあるので、教えてほしいのですが、糖尿病の予備群の割合は、香川県、徳島県は糖尿病が多いというデータがあるのですが、予備群に関してはすごく少ないという結果になっています。予備群というのは、分子、分母も含めどういうデータなのでしょう。

(事務局)

ヘモグロビンA1c6.0%以上、6.5%未満で、糖尿病が強く疑われる人以外の人という定義をしています。データの方は、国民健康栄養調査という全国のデータと、各県のデータは国民健康栄養調査にはないので、県で実施している県民健康栄養調査の直近のデータを比べています。

(会長)

全国計という欄は、同じ内容のデータではないということですか。

(事務局)

定義は同じですが、年度は異なります。

(委員)

このデータが公表されたりすると、我々の常識や知っている知識とは若干違うという印象になります。糖尿病予備群も多いような気がします。データでは糖尿病予備群はかなり少なく、このままいけば、糖尿病はかなり抑制されるのかもとれます。

(会長)

今、糖尿病の治療をしている患者は予備群に含まれないのではないのでしょうか。

(事務局)

治療中の方は、糖尿病が強く疑われる人に含まれ、予備群の糖尿病が強く疑われる人以外の糖尿病予備群には含まれません。

(会長)

見方によっては、早く治療が始まって、予備群が少ないと言えないわけではないのですね。

(委員)

集計定義の欄のNDB仕様参照とあるが、NDBはナショナルデータベースのことだと思いますが、これはどういう仕様なのでしょう。

(事務局)

NDB仕様参照とあるデータは、レセプト情報や特定健診のデータを活用し、医療計画を策定する目的で、国から提供されたデータであります。NDBから得られる数字については、患者数等が10人未満の場合、医療機関の数が3未満の場合は、個人情報の観点からマスク処理がされており、今回の集計では、0か、1か、2か、分からないために、マスク部分は機械的に0で集計しています。

(委員)

前もってこの資料1のデータを見ていましたが、香川県は非常に全国的に見ても、よい状況であると感じましたが、昨今、うどんのせいで香川県の人は糖尿病が多いと、都市伝説かもしれませんが、全国レベルで信じられています。このデータで見ると、糖尿病予備群は少ないということですが、これが、どういうことなのかということが大切だと思います。というのは、以前もつと悪い状況であったものが、香川県の政策が功を奏してこうなったのかということ併せて公表しないと、皆さんが思っている香川県は糖尿病が多いという状況と、マッチしないと思います。例えば5年前のデータがどうであるのかを見たり、大学でもうどん県における糖尿病を改善する取り組みをずっと進めてきており、そうしたことが功を奏してこういうデータになっているかどうか検証したりする必要があります。そうしないと、予備群が少ないのもう安心だということになってしまうので、昔のデータがあるのであればそれを出して、その間の政策がどうで、どういう成果があったのか、丁寧に整理しておかないといけないと思います。

(委員)

国民健康栄養調査は20歳以上になっています。今まで出ているデータは特定健診のデータで40歳以上になります。

(委員)

分母が大きいのではないのでしょうか。ヘモグロビンA1c検査の実施件数を見たら、人口10万人当たりで見たら、国よりも香川県が2割ぐらい多いですが、国のデータの分母が大きいのではないのでしょうか。

(会長)

実施件数とは何から引っ張ってきたデータなのでしょうか。

(事務局)

実施件数も、先ほど御説明したとおり、国から提供されている NDB、レセプトデータですが、分母、分子の関係は、確認する必要があると思います。

(会長)

糖尿病の死亡率というデータがありますが、糖尿病で死亡したという場合、死亡診断書の書き方が非常に影響するのではないかと思います。香川県は非常に糖尿病の先生が多いので、透析、糖尿病性腎症でなくなった場合も、その原因が糖尿病だと書いていると、糖尿病で死んだということになりますが、これを腎不全と書くと、糖尿病ではなくなります。だから、死亡診断書の書き方はかなり大きいと思うのですが、死亡率に影響するのでしょうか。

(事務局)

どの疾患で亡くなられたかというのを、死亡診断書の一番上に直接的な原因、その下に影響を受けた疾患等が書かれていますが、一番下のところが死因として選ばれます。

(会長)

糖尿病性腎症で亡くなって、その原因が糖尿病ですと書かれると、糖尿病で死んだということになるのですね。

(事務局)

はい。

(会長)

死亡診断書の書き方はやはりかなり大きいような気がします。糖尿病があっても、単に心不全、腎不全とか死亡診断書に書いている先生もいると思うが、香川県の先生方はしっかりと原因の疾患まで追いかけて書いているのかもしれない。

(委員)

NICU・GCU 長期入院児数は、全国に比べ少なく、小児在宅人工呼吸器患者数は、全国に比べ随分少ないというデータになっています。通常、長期入院児数が少なければ、呼吸器を付けて在宅でいる患者が多いということになるような気がします。高松 22 件、中讃 77 件というデータも診療報酬から出してきたものでしょうか。

(事務局)

これも NDB です。レセプトデータから抽出しています。医療計画の現状把握や目標値にする場合は、データを少し精査いたします。

(委員)

小児在宅人工呼吸器患者数で中讃が多いというのは、四国こどもとおとなの医療センターの重度心身障害病棟で、院内で人工呼吸器を付けている患者が多いことが影響して、病院で見ている患者が多くて、在宅は全国よりも少ないということだと思います。

(委員)

小児在宅人工呼吸器患者数ですが、私自身が在宅に行っていますが、77件もないと思います。

(委員)

救急や災害のところの空白が非常に多いですが、また、いつかの時点でデータが出てくるのでしょうか。特に、各医療圏での数字がないところが多いのですが。

(事務局)

今時点で国から提供されているデータが資料のデータになります。今後、埋められる可能性があるデータもありますが、把握できないものについてはここまでとなります。いずれにしても、医療計画において目標値等で使うデータについては、きちんと整理されたものになります。

(委員)

第六次の医療計画の目標値もあったと思いますが、その数字をもとにして、今回の第七次の計画を作るということも重要です。

(事務局)

今回お示ししているデータの中で、重点指標となっているものを中心に、どれを目標値とするかについては、また、御提案させていただきます。

(委員)

このデータはどのような形でオープンになるのでしょうか。これを県民が見たり、ホームページに掲載したりということになるのでしょうか。

(委員)

国からデータをもらったからこうですではなくて、よく考えて出さないと、この数字だったら、もう何もなくていいということになりかねないと思います。また、過去のデータと比較して良くなってこうなのか、悪くなってこうなのかを示さないと、この値だけで一喜一憂してということではまずいと思います。糖尿病に戻りますが、糖尿病の自己測定やヘモグロビン A1c を調べているから、糖尿病の患者さんは減りつつあるのかとも読めますが、その読み方をちゃんとわかっておかないと、これをそのまま出すということなら、この値について、相当、自信をもって出せるものでなくては誤解を生んでしまうと思います。先ほどの小児在宅人工呼吸器患者数のように、その専門の先生が、これはおかしいというようなものが載っています。この委員会で、この資料について議論することはいいと思いますが、県民にこのまま伝えて、こんなもんなんだと思って

しまうことはいけないと思うので、出す時には相当に慎重にしていきたいというのが希望です。

(事務局)

検討いたします。

(会長)

この資料だけ非公開ということはできるのですか。

(事務局)

ホームページなどに掲載すると、見る人によって解釈が全然違うことになると思いますので、ホームページへの載せ方について注釈等の工夫を検討します。今、協議会を傍聴している方は、この議論を聞いていますので、注意が必要なデータということは分かりますが、このまま載せるとこういう議論なしに数字を見てしまうことになるので、検討いたします。

(委員)

遠隔医療等 ICT を活用した診療支援の実施状況ですが、県の合計の2というのは、どういう数字なのでしょう。

(事務局)

年1回のへき地医療状況調査で、関係する市町等に調査をした結果です。

(委員)

例えば2カ所で行っているのか、2回なのか、どちらでしょうか。

(事務局)

手元に資料がないので、分かりません。

(委員)

へき地において遠隔医療は大変重要になると思っています。この2という数字がどういうことかというのはとても大切だと思いますので、御検討ください。

(2) 第七次香川県保健医療計画の構成案について

(会長)

次期の医療計画の構成案ということで、大きく変わったことというのと、地域医療構想が章だてされたことだと思うが、これについて、御質問はありますか。

(委員)

医療計画の協議会に出ていて聞くのはどうかと思うが、第六次の医療計画が終わるが、その総

括はどうなっていますか。その総括を見て計画を立てるわけで、どう達成されどうなったのか、それは冊子とかになっているのですか。

(事務局)

第1回目の当協議会で現行計画の進捗状況ということで御説明させていただいており、第六次計画においても、第五次の計画の進捗状況は医療計画の冊子の中で入れ込んでいます。計画の素案の段階で、同じような形で提案いたします。

(委員)

先ほど説明のあった資料1もそうですが、総括の際のデータは連続性で見ないで点で見してしまうと、誤解を受けることになるので、そうならないように提示をお願いします。

(事務局)

了解いたしました。

(委員)

非常に重要なことであると思うが、医療費適正化という項目は何を記載するのか。

(事務局)

医療費適正化計画で定めるとされている医療費の推計、見込み及び都道府県の推進する医療費適正化の取組みについて記載することとしています。

(会長)

適正化とは医療費削減ということですか。

(事務局)

今のところ、国の方針では、1人当たり医療費の自県との全国平均の差の半減を目指すということになっています。

(会長)

国に医療計画に入れろと言われているのですか。

(事務局)

国からは言われておりません。医療費適正化計画は、高齢者の医療の確保に関する法律で都道府県が定めるとされており、今回は、保健医療計画との関係が深く、計画期間も一緒ということで、医療計画の中で一体的に作成させていただくこととして、骨子案の第4節に入れております。

(委員)

前回の資料にある医療費適正化の進捗状況について、これがベースになるのですか。

(事務局)

そういうことになります。前回は、在院日数とか、特定健診の実施率というのが目標になっていましたが、今回は、それに加え、糖尿病の重症化予防や後発医薬品の推進、医薬品の適正使用といった項目を追加するよう国から通知されています。

(3) 二次医療圏の設定について

(会長)

ただいま事務局から説明がありました。御意見や御質問があれば、御発言ください。

(委員)

資料3の「地域医療構想策定の経緯」で、平成27年9月9日開催の（香川県地域医療構想策定検討会）の中で、5つの医療圏を3つの大括りにするという議論があったと記載されているが、その時に5つの医療圏を構想区域に一致させないということが決まっていたということですか。

(会長)

国の文書では、その時点で一致させることが適当であるということとされてきました。構想区域と医療圏は引き離して考えて、二次医療圏については、また後で協議しましょうということであり、二次医療圏は構想区域と必ず別だということはありませんでした。

(委員)

5つの医療圏を3つの構想区域にするメリットはあったのであれば、今回の3つにするということを厚労省に説明する理由・根拠になると思います。

(会長)

地域医療構想は、病床数の削減の話になってくると思います。3つの大きな括りにすることによって、あまり早い時期に病床を削減しなくていい目標値を設定でき、目標を達成しやすくなります。これは、香川県内の事情を考慮した対応であり、国からそうしろと言われてやったわけではないため、その点を、国に説明するとややこしいことになります。

その当時、国は一致させることが適当と言っていたのが、今年度に入り、一致させるよう必要な見直しを行うことという文章に変わってしまったということもあります。

一致させることによって、がん診療連携拠点病院が減らされるのではないかとということと、今までの救急体制が崩れるのではないかと、あと保健所の数など自治体の対応がうまくとれないのではないかとということが心配ですが、その点がクリアできるのであれば、一致させても構わないと考えています。

第七次の医療計画の中に、例えば、スタートからすぐ一致、いつ頃一致、もしくは一致させないなど、一致させる時期を書く必要がありますか。

(事務局)

一致させず5医療圏のままで医療計画を策定するとすれば、今後の見通しとしてどうするかに

ついて、書かなければいけません。

国のスタンスとして、誰もが納得できるような理屈がなければ、今回の第七次医療計画のスタートから構想区域に一致させるべきと言っています。通知行政なので必ず一致させなければ策定できないということはありませんが、国としては、一致させないことについて、納得できる理由がなければ、賛同しているというスタンスは取れないという強固な姿勢であり、今回は一致させず、診療報酬改定や医療提供体制の状況を見極めながら、3年後の見直しを行うという考え方についても国に説明しましたが、取り合ってもらえませんでした。

(委員)

厚労省は、27年9月の段階と、今とでスタンスが変わったという捉え方でいいのですか。

(事務局)

国が平成27年3月末に策定した地域医療構想策定ガイドラインで、一致させることが適当という記述があり、これを、当時の香川県の受けとめとしては、県の判断として一致させなくてもよいと考えておりました。今回、国に改めて、当時と今とで見解が変わったのかという点を確認しましたが、国は以前から一致させるという見解であり、今も昔もそのスタンスを変えたりはしていないという回答でした。

(会長)

もし二次医療圏は構想区域と一致させるとして、デメリットがどうなるかということだが、先ほど心配していたがん診療連携拠点病院と救急と行政ですが、おそらくこれらは現行の提供体制を維持したままでやっても国は認めてくれるし、保健所関係の行政についても、おそらく一致させなくてもいいと思います。あと、介護保険（老人福祉圏域）との関係だが、老人福祉圏域も二次医療圏と一致という話は出ているのでしょうか。

(事務局)

老人福祉圏域も基本的には、二次医療圏を踏まえて設定ということになっているので、二次医療圏を3圏域とした場合、老人福祉圏域を3圏域とするのか、5圏域のままでいくのか別途、検討することとなります。

(会長)

二次医療圏を3医療圏とした場合、老人福祉圏域を5圏域のままとしても、国は反対しないのでしょうか。

(事務局)

基本的に老人福祉圏域は、二次医療圏と一致させるという国の方針があるので、二次医療圏に合わせて検討することになります。

(委員)

前回の議論のとおり、香川県の場合は5つの医療圏が適当だろうと思っていたが、介護は基本的に市町単位の仕組みになっているので、それを広域的な視点で見るところが老人福祉圏域であるので、若干、医療圏とは意味合いが異なるところはあります。

(会長)

介護保険に関しては、市町圏域でやっているが、どういう影響がありますか。

(事務局)

基本的には、保険者ごとの事業が多い状況です。老人福祉圏域ごとに設置しているものもあるが、どういった影響があるのかを考えていかなければいけません。

(会長)

感染症についても、問題は出てきますか。

(事務局)

中讃圏域の中で指定を考えており、また、保健所単位で感染症対応を行うことが多いので、中讃保健所管内で指定ができないかということで、厚労省とも協議を進めているところです。

(会長)

保健所圏域で一つを指定できれば、問題はクリアできる可能性があるということですか。

(事務局)

協議には応じてもらえるという話になっています。

(会長)

がん拠点病院だが、これから指定要件が見直され、厳しくなっていくという話がありますが、二次医療圏の話は別として厳しくなっていくのでしょうか。

(事務局)

今のところは条件を満たしているが、今後の見直しの方向としては、厳しくなると考えています。

(委員)

A 4横の別添資料で、5医療圏を3医療圏とした場合の考え方の欄で、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定するというというのは、5医療圏のままとする場合とどこが違うのですか。

(事務局)

二次医療圏とは別に、国の通知では、5 疾病・5 事業及び在宅医療については、それぞれの疾患によって、個別に圏域設定をすることができるとされています。例えば、現行計画においても、救急や災害などは、5 医療圏をベースに医療提供体制が行われていますが、周産期では東と西の2 圏域で一定の医療提供を行うとしています。

端的に言うと、先ほどから議論されている様々な指定関係が、二次医療圏をベースに行われており、指定が二次医療圏の一つと言われているものを、個別に設定した圏域の一つと読み替えていただけるかどうかによって、指定が継続するか、取消しになるかという問題があるということです。

(委員)

救急はどうなるのですか。

(事務局)

救急については、地域の病院の協力を得て、5 医療圏で二次輪番制を行っていますが、東の方で高松や中讃に患者を搬送している例もあると聞いています。今回の医療圏見直しにより、二次輪番制を二次医療圏ごとに考えたときに、二次輪番制に参加できないという病院が出てくれば、他の病院に負担がかかることとなります。

ただし、救急については、二次医療圏ではなくて、救急の圏域設定で今までどおりの設定をすれば、今までどおりの二次輪番制を構築できると考えています。がん診療連携拠点病院は、国が指定しており、救急とは状況が若干異なります。

(委員)

要するに、がん診療連携拠点病院は、国が指定するということであり、救急の二次輪番制は、香川県の地域でお互いがしっかりやっておくということで、理解していいのでしょうか。

(事務局)

そうです。

(会長)

構想区域に二次医療圏を一致させるにしても、二次輪番制は崩す必要がない、保健所の管轄についても崩す必要がないと考えていいのでしょうか。

(事務局)

未来永劫どうなるかはともかくとして、たちまち圏域を大括りにしたからといって、直ちにということはありません。いずれにしても急激に政策が変化して地域に影響がでるということは、好ましくないと考えています。一定の医療政策の継続性が担保できてはじめて、3 医療圏とするということで、今、国に確認し詰めているところですので、これをさらに見極めてどういう方向にするかは検討いただきたいと考えています。

(委員)

医療圏を3医療圏にするというのが、地域医療構想の時の結論と理解していました。3医療圏にするが、今までの救急とか、いろいろなものは、5圏域でやるというのでは意味がありません。3医療圏にするということであれば、それに向かって、第七次ではできず、第八次、第九次になるかもしれないが、香川県の医療提供体制を3医療圏に合わせて再構築する目的をもってやるということであれば、表面的に3医療圏にしても意味がないと思います。急激な変化は好ましくないという話もあったが、将来はやはり変化をして3医療圏にして医療行政が行えるという風にするのが本筋ではないかと思えます。

(委員)

国の方と協議を進めているという話がありましたが、この計画については、一定のスケジュールで進めていると思いますが、スケジュールの範囲内で国と協議しているものについて、一定の協議が調うのか、見込みはどうでしょうか。

(事務局)

先ほど、確認中といったがん診療連携拠点病院と感染症の指定の問題の2点について国と調整していますが、前回の会でお示したスケジュールで、次回の第3回協議会で、国の結論をもって判断していただくこととしたいと考えています。それまでには、回答がほしいと国には伝えてあります。

(会長)

もし、構想区域と二次医療圏を一致させるということになっても、突然にはもちろんできないことだが、何年かを目途にそういう風に持っていくということも必要かもしれません。一番心配しているのががん診療連携拠点病院が減らされるのではないかということです。それ以外は大体クリアできると思います。

(委員)

病院経営にも関係するので、これはちょっと我々だけで決めるのは難しい問題です。

(委員)

一致しないのは、香川県と三重県だけというのにびっくりしています。それだから、国としては全部一致させようということだと思います。地域医療構想も医療計画も、人口とか、疾病とかの10年後、20年先の状況を踏まえたベッド数や医師の調整ということです。基本的にベッド数を減らすというのが、あまりそのことは強調されていないとしてもやはり、地域医療構想の一番大きな問題点だったと思います。地域医療構想の策定の際には、中でいろいろ調整できるからそれほど問題ではないという感じだったが、国がここまで一致させることに固執する理由というのが、ちょっと聞きたいと思います。頑張っているのが香川県と三重県だけで、それをやっていると、予算とかで変なことされるということがあるのかどうかも気になります。かといって、こんなことでどうこう言われるのも癪にさわるという気もします。その辺の国の意向を教えてください。

ないでしょうか。

(事務局)

医療圏を3にするとしたとしても、我々としても対外的な説明が必要であるため、一致させなければいけない理由が必要で、二次医療圏と構想区域は定義自体も別物でそこまで一致させなければいけないということが理解できないということも国に対して伝えましたが、国からは、構想区域も医療計画の一部として策定したもので、構想区域の単位も病床の管理をしていく単位であり、医療計画の医療圏も基準病床数に対する既存病床数という意味で病床を管理していく単位で、同じ計画の中で、同じように病床を管理していく単位である構想区域と医療圏は一致しなくてはならないという回答でした。

(委員)

これまでの県内の地域医療構想と医療計画の議論は、ダブルスタンダードに聞こえます。こちらは5つが便利だから5つ、こちらは3つが便利だから3つというダブルスタンダードが良いとこ取りしようということ。ただ、問題は、2025年、あるいはそれ以降の医療がきちんと守れるかということで、それをきちんと議論しないと、今がこうだからダブルスタンダードでとやっている、2025年の時に本当に医療が守れるのかということになります。

(会長)

次回のこの会はいつごろになりますか。

(事務局)

9月の中旬の予定です。

(会長)

国の方針と香川県があんまりズレていると後々問題が起こると困るので、一致させる方向で、それほど影響がないのであれば 国の結果を見てということですかね。もし一致させるということになれば来年の4月からとするのか、第七次の計画期間中とするのかということ。ところ。です。

(委員)

誤解してはいけないのは、一致させたからといって、ここの病院がつぶれるとか、ここの病床が急に100床減るとか、病棟がつぶれるとか、そんなことをすぐにやれといっているわけではなくて、2025年以降、患者数は確実に減るわけですから、それに合わせるようにどうやったら上手くいくかという議論をやらなければならないと思います。来年4月からベッド数をいくつにしないよという方針ではないと思います。

(会長)

もちろん、それは、地域医療構想調整会議の方でやりますが、そんな話には全くなっていません。別にベッド数を減らすという話ではありません。(今議論しているのは、)医療圏をどうする

のかという話です。

恐らく、患者数が減ってくれば、医療機関のベッドも徐々に減らしていかなくてはならないが、それは各病院、診療所の考え方もあって、徐々にという形になろうかと思えます。診療報酬の改定の内容を見ながらですから、外からあなたの病院の病床数を減らしなさいという乱暴な議論には持っていきたくありません。しばらく、地域医療構想調整会議の方では様子見という形にさせていただこうと思っています。

(委員)

質問になりますが、国のスタンスとしては、第七次の医療計画がスタートする時から、医療圏と構想区域を一致させることが望ましいとしているのでしょうか、それとも、それは6年間のうち、3年目で見直すということでも許容範囲なのでしょうか。

(事務局)

基本的には、前者になります。国は、第七次の医療計画がスタートする30年度から一致させるべきというスタンスです。国が心配しているのは、香川県と三重県だけが一致させない方向で、他県は一致させるようにしているが、香川県が一致させないことで全国的に香川県のように一致させなくていいんだという話になることです。27年度末にとりまとめられた地域医療構想策定ガイドラインの記述においても、「次期医療計画の策定においては、最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当」とされており、これは当時からの国のスタンスです。今般の国との協議の際は、第七次の計画期間中の見直しという話もしましたが、取り合ってもらえませんでした。

(委員)

要するに、「適当」という言葉の解釈の仕方が、香川県と国とでは違っていたということです。三重県の方はどうするのでしょうか。

(事務局)

三重県は香川県と逆で、医療圏は4医療圏で構想区域が8構想区域という、構想区域が細かく設定されている、香川県とは逆のパターンです。国に確認しましたが、三重県からは香川県のよ様な詳細な説明・相談は受けていないとのことでした。三重県にも直接確認した限りでは、三重県の方は、8構想区域に合わせて、今回、医療圏を8医療圏とすると、基本的に今、過剰病床の地域が過小病床の地域になってしまっていて、新たに病床を整備できるような状況になるということで、それはかなり望ましくないという考えで、医療圏は4医療圏のままいく方向で議論していると伺っています。

(会長)

次の会が最後になりますか。

(事務局)

協議会は、5回程度を予定していて、次の会は、3回目ということで中ほどの会になります。

(会長)

もし、30年度から3医療圏にした場合に、何が引っかかってくるのか問題点を整理してもらって、国の考え方を聞いて、次の委員会で協議したいと思います。

(委員)

資料3の別添で3p目の一番上の段落で、これはまずいのではないと思うのが、「医療提供体制や保健所機能の継続性等が損なわれ、住民サービスの低下につながる」というところで、「サービスの低下につながる」というのは、そうならないようにするのが、行政であり、この協議会の仕事であると思いますので、表現を直した方がいいと思います。

(事務局)

サービスの低下につながるという断定的な表現になっていますが、これは、懸念があるということを示唆するもので、「住民サービスの低下につながる懸念がある」と修正します。

(会長)

それでは協議会を終了します。