

## 会 議 録

会議の名称	平成29年度第5回茨木市健康医療推進分科会
開催日時	平成30年2月15日（木）午後2時から午後3時20分まで
開催場所	茨木市保健医療センター 3階大会議室
議長	肥塚会長
出席者	肥塚委員（健康医療推進分科会長）、 榊井委員、竹田委員、阪本委員、入交委員、種子委員、谷掛委員、小鶴委員、宮本委員、小西委員、前羽委員、村木氏（オブザーバー）
欠席者	6名
事務局職員	北川健康福祉部長、北達健康福祉部理事、河崎保健医療課長、寺西救急救助課長、高橋保健医療課参事、浜本保健医療課参事、大川救急救助課参事、清田保健医療課主幹、濱田保健医療課主幹、林保健医療課係長、山本保健医療課係長
議題（案件）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・議題1 本市救急医療について</li> <li>・議題2 その他</li> </ul>
資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・資料1 平成29年度健康医療推進分科会「本市の救急医療について」（主なご意見）</li> <li>・資料2 病院一覧（茨木市）</li> <li>・資料3 一般診療所施設数（重複計上）診療科目・地域別</li> <li>・資料4 標準化死亡比 主要死因・市町村別（平成20年～24年）男性</li> <li>・資料5 標準化死亡比 主要死因・市町村別（平成20年～24年）女性</li> <li>・資料6 救急搬送に関する資料 <ul style="list-style-type: none"> <li>①-1 事故種別搬送人数</li> <li>①-2 過去5年間診療科目別傷病程度別搬送人数</li> <li>②-1 過去5年間市内二次病院時間帯別搬送人数</li> <li>②-2 平成29年中市内二次病院診療科目・時間帯別搬送人数</li> <li>③ 医療圏毎搬送状況5年間</li> <li>④ 過去5年間市内労働災害発生件数</li> <li>⑤-1 過去5年間所要時間（現場到着・病院到着）</li> <li>⑤-2 診療科目別病院到着時間比較</li> </ul> </li> <li>・参考資料 平成29年度第2回健康医療推進分科会資料</li> </ul>

議 事 の 経 過	
発 言 者	発 言 の 要 旨
事務局（山本）	<p><b>1 開会</b></p> <p>皆さまこんにちは。定刻となりましたので、平成 29 年度第 5 回茨木市健康医療推進分科会を開会させていただきます。本日は何かとお忙しい中、本分科会に出席いただき誠にありがとうございます。私は、本日の司会を務める保健医療課山本です。どうぞよろしくお願いいたします。</p> <p>本日の議題は、事前にお知らせしましたとおり、医療についての 1 件のみとなりますので、委員の皆さまには 1 時間程度ご議論いただき、閉会の予定としております。今回も前回に引き続き、大阪大学大学院の村木氏にコーディネーターとして出席いただいております。また、前回同様、消防救急救助課長、参事にも事務局として出席いただいております。</p> <p>それでは、会議の議事進行については会長が行うこととなっておりますので、肥塚会長どうぞよろしくお願いいたします。</p>
肥塚会長	<p>皆さまこんにちは。議事について進めてまいります。前回同様、本日の分科会の会議録も原則公開ということになりますので、ご了承いただきますようお願いいたします。</p> <p>それでは、本日の委員の出席状況につきまして、事務局から報告をお願いします。</p>
事務局（山本）	<p>本日の委員の出席状況につきましてご報告いたします。委員総数 16 名のうち、ご出席は 10 名、ご欠席は 6 名です。過半数以上の出席をいただいておりますので、総合保健福祉審議会規則第 8 条第 2 項により、会議は成立いたしております。また、本日は 2 名の方が傍聴されていることを報告いたします。</p> <p>次に、本日の資料を確認させていただきます。まず、資料は 1 から 6 まで 6 種類となっております。過不足等ございませんでしょうか。</p> <p>資料 1 については、第 2 回と第 4 回で皆さまからいただいたご意見を集約したのとなっております。資料 2 は茨木市内の病院一覧、資料 3 は診療科目別の診療所数の一覧となっております。資料 4 及び 5 は人口動態保健所・市町村別統計による主な死因をグラフ化したものです。資料 6 は救急搬送に関する資料一式となっております。前回、委員の皆さまからいただいたご意見・ご要望に基づいてご用意したものです。また、参考資料といたしまして、第 2 回の本分科会でお配りした資料の一部を再度ご用意しております。</p>
事務局（濱田）	<p>続いて、本日お手元にご用意させていただいた資料について説明いたします。まず資料 1、A 4 両面刷りのものです。先ほど説明した資料の中の資料 1 と同じものがございます。事前に資料を皆さまに配布させていただいた後、ご意見を頂戴しまして、改めて修正したものをご用意させていただいております。具体的には裏の《全般》という項目の文章の冒頭に“吹田市や高槻市の 2 つの”という文言を新たに追加しております。また、同じく《全般》という項目の最終行は、旧資料では“茨木市内の病院の診療機能のあり方については課題”としていましたが、「“検討が必要”と言うほうが良いのではない</p>

事務局（山本） 肥塚会長	<p>か」というご意見を頂戴しましたので、そのように修正させていただいております。</p> <p>また、もう一点はA3片面刷りの資料3ですが、事前にお配りしていた資料の数字が若干見えにくい部分がありましたので、綺麗な形で刷り直したものをご用意させていただいております。</p> <p>以上でございます。</p> <p>ありがとうございます。皆さまよろしいでしょうか。</p>
肥塚会長	<p><b>2 議題</b></p> <p><b>①「本市救急医療について」</b></p> <p>それでは、本日の議題は「本市救急医療について」です。本市の救急医療については、これまでの分科会でも何度か議論をし、色々なご意見をいただきました。また、ご意見の中には「本市の救急医療についての資料を事務局として整備し、分科会で提示する必要がある」というご要望もございました。色々まとめられた内容を確認し、さらに説明を付け加えたり、新たな論点やご意見をいただきたいと思っております。</p> <p>これまで救急医療ということで議論をしてまいりました。本会は健康医療推進分科会ですので、救急医療は大変重要ではございますが、それ以外の分野の医療について、事務局から資料として整理されているわけではありませんが、もしご意見をいただければ、今年度、検討課題として整理したいという趣旨でございます。</p> <p>それでは、コーディネーターの村木氏から資料の説明をしていただいた後に、質疑をお願いいたします。</p>
村木氏	<p>大阪大学の村木です。私から資料について説明させていただきます。まず資料1をご覧ください。資料1は、これまでの議論のまとめとなっております。市民病院に関することとして「吹田市・高槻市のほうが病院が充実していることについてどう考えていくのか」「医療圏という単位で考えると特に問題ない」とか、制度的なことでは「基準病床数の関係から、ただただ病院をつくることができないという状況がある」という意見をいただきました。</p> <p>また、救急搬送に関しては「市内搬送率が47%と以前より高くなっているものの、それで十分と考えるのはおかしいのではないか」というご意見や、「救急搬送の数だけではなく軽傷のケースが多いということで、救急車を呼ばなくても済んだというケースが減少すると、もっと適切な医療につなげやすくなる」というご意見がありました。</p> <p>救急搬送と直接結びつくところとつかないところがございますが、かかりつけ医との連携に関しては「家庭の中で対処できるような啓発活動を行っていくということも必要なのではないか」というご意見がありました。</p> <p>精神科に関しては「精神科との連携をどのようにしていくのか」「市や救急との協力体制を整えていただきたい」「精神疾患とそれ以外の疾患では救急搬送のシステムが違うということもあり、消防としては近い所や、できるだけ早く搬送できる所に搬送しているという状況にある」というご意見がありました。</p> <p>小児科に関しても成人と同様ですが、「小児科の専門の先生が少ない中で、救急医療体制を確保していただいている。ただ、病院はパンクしつつある状況になっているので、「#8000」等の利用を含めて市民の啓発を行っていく</p>

ことが大事だ」という意見がございました。

事業の予算について、医療は不採算部門という認識をされやすい分野かもしれませんが、「だからこそ市のほうで予算を考えていくべきではないか」「大きな病院や、救急の状況として困っている所に資金を集中して投入していくような形でやっていってはどうか」というご意見がありました。

資料1の裏面をご覧ください。市民病院がある市ではランニングコストとして赤字になっている部分もありますが、「市民の安全・安心を確保するためにはそういった予算は当然必要ではないか」というご意見がございました。

最後に全般的なこととして、「吹田市・高槻市に大学病院があって、専門医師やスタッフが多くいるので、開業医としては病・診連携を安心して繋げられる。そういうことも茨木市の医療の現状であることから、そういったことも考慮して茨木市内の病院の診療機能のあり方については検討が必要である」ということや、その他として「救急医療や地域医療のことについて他力本願になっているのではないか」というご意見があり、「分科会や他の議会等でも状況を把握して改革案を出していただきたい」というご意見をいただきました。こういったご意見を踏まえ、また今日の議論を進めていただければと思います。

資料2から資料6につきましては、追加の資料として、実際の数字がどうなっているかを載せた内容になっています。資料2が病院の状況となっており、上側に救急告示病院、下側に救急の非告示病院という形で表を並べて、それぞれの一般病床、療養病床、精神病床、ICU（集中治療室）、NICU（新生児集中治療室）の数について掲載しております。その他、診療科目について掲載しておりますが、こちらは各医療機関について標榜の仕方が違っており、実態としては共通であっても違う科の名前で掲載しているものがあります。表の一番右の2列をご覧ください。これは地域連携登録医数で、地域連携として登録いただいている医療機関、診療所の数ということでご覧ください。例えば済生会茨木病院では、274の診療所と連携しているというふうにご覧ください。病院の中にある医師の数ではございませんので、誤解のないようにお願いします。こういった病院の中で見ていきますと、一般病床数が一番多いのは済生会茨木病院、続いて友誼会総合病院、北大阪警察病院となっております。現状についての資料ですので、私から詳しい説明はございません。

続いて資料3をご覧ください。こちらは一般の診療所を標榜している診療科の集計となっております。こちらも資料2と同様に標榜している診療科が重複しております。例えば、内科に加えて消化器内科や小児科というように標榜されている場合があるので、この数字はそれぞれの診療科の数とは若干異なるということをご理解いただければと思います。茨木市の数字を見ると、茨木市では内科を標榜している診療所が126、小児科を標榜している診療所が42となっております。内科を標榜している数だけ見ると、高槻市と大きくは変わらない数となっております。小児科についても、高槻市に比べて若干少ない程度で極端な差はないということになっております。資料の上側に三島医療圏の状況を掲載しており、下側には参考として豊能医療圏の数字を掲載しております。

資料4及び資料5は、男性と女性の状況を示しており、基本的に見方は同じとなっております。資料4の左上のレーダーチャートを見ていただきますと、この円の大きさ、100というところが全国と同程度の死亡率となっております。こちらの、円ということで理解いただければと思いますが、円が大きいと全体として死亡が全国より多いというふうに見ていただけます。全国より死亡が少ないと、円の大きさがだんだん小さくなっていきます。そして、さらにこのグラフの中でどういう項目が突出しているかを見ていただくと、このグラフを理解いただけるかと思えます。

青い太線は茨木市の状況を表しています。茨木市の状況は、全国よりも死亡の全体としては少なくなっています。内訳を見ますと、がんの関係が100に近いところになっており、心疾患、脳血管疾患のような循環器疾患は全体では小さくなっています。ただ、「急性心筋梗塞」だけ飛び出しておりますが、これに関しては、単純に本当に多いのか、死亡診断書の定義で似たような診断名として「その他の虚血性心疾患」というものがあり、分類上そちらに分類されてしまっているケースもございます。そのため、実際に多いとは必ずしも言えなくなっています。特徴的な所としては「肝疾患」「肺炎」が大阪府全体と同様に少し飛び出しているという状況です。三島二次医療圏の中での各市町の比較のグラフを見ますと、概ね同じ様な形となっておりますが、やはり「急性心筋梗塞」のところだけ茨木市が飛び出しているような形となっております。また、参考として掲載しております豊能二次医療圏のグラフも掲載しております。こちらを見ましても、概ね茨木市と同様の形になっているのではないかと思います。北摂全体として言えることですが、全体的に健康水準は高いと考えられます。

資料5は女性についての資料ですが、基本的に男性と同じ様な形となっております。「急性心筋梗塞」だけ茨木市が他市に比べて突出しているように見えますが、診断名の違いで若干「急性心筋梗塞」が多くなっている可能性がございます。いずれも死亡という観点では「健康状態は良さそう」という結果になっております。

資料6は救急搬送についての内容ですが、前回の分科会でご意見いただいた所について追加の資料として掲載しております。①-1は事故の種別の搬送人員を経年に並べた資料です。「一般負傷」「急病」「転院搬送」がこの5年間で増えてきており、他の事故については概ね横ばいと考えられます。

①-2が搬送先の科目別の、傷病程度別の搬送人員の資料です。まず表の一番上の「計」をご覧ください。平成25年中で12,000件あったうち、8,000件弱が「軽傷」、「中等症」が4,000件強となっております。裏面に平成29年中の数値を掲載しておりますのでご覧ください。平成29年中には約14,000件に増えており、内訳は「軽傷」が約8,700件で、平成25年中から約800件増加しております。また、「中等症」が約5,000件となっております約700件程度増加しております。「重症」「死亡」については概ね変わりありません。診療科の内訳を見ますと、平成29年中に一番多いのが「内科」、続いて「脳神経外科」「整形外科」となっております。

②-1は搬送先の病院別の時間帯別の搬送状況となっております。表を見ますと、平成29年中は「A病院」が搬送先として最も多くなっております。表の下部に市内全体の数字を掲載しておりますが、搬送率は平成25年中は約40%でしたが、平成29年中には約45%に増加しています。同様に昼間夜間で見ていきますと、平成25年中の搬送率は昼間のほうが9%ほど多くなっていましたが、平成29年中ではほぼ同率となっております。これを100%から引いたものが市外への搬送となっており、市外への搬送率は減ってきております。

②-2は、さらに細かく診療科別に見ていった資料となっております。各病院の診療科の充実度合いを表しており、まずは市内全域で考えていただけたら良いと思います。市内搬送が多いものとして「内科」「整形外科」「小児科」「外科」となっており、このあたりは比較的市内搬送が多い診療科となっております。それ以外の科については若干市外搬送が多くなっているという状況です。

③は医療圏別に、茨木市からどこの医療圏に運ばれているかを表した資料となっております。三島圏に運ばれているケースが大半ですが、吹田市が豊能圏と

	<p>ということもあり、豊能圏へ運ばれているケースが 1,000～2,000 件と少し増えてきている状況にあります。また、搬送場所、事故があった場所に依りて一部は大阪市内であったり北河内圏に運ばれていたりします。</p> <p>④は労働災害発生件数となっており、この5年間で大きな変化はなく 120～140 の間となっています。</p> <p>所要時間（現場到着・病院到着）についての資料が⑤-1 と⑤-2 です。⑤-1 を見ると、平成 25 年中から平成 29 年中にかけて、「病院到着」の時間は短縮傾向にあります。具体的には「現場到着」の時間は1分程度長くなっている状況にあります。具体的に各診療科別に見ますと（⑤-2）、オレンジ色の棒グラフが過去5年間の平均を示しており、青い棒グラフが平成 29 年中の状況を示しております。「精神科」と「その他（単純平均）」を除きまして、平成 29 年中にかけて、概ね全体として病院に到着する時間はわずかに短縮してきていると思えます。</p>
肥塚会長	<p>ありがとうございます。ただ今の説明を受け、質疑応答といたします。どなたからでも結構です、いかがでしょうか。本日の資料につきましては、この間に頂戴したご意見やご要望についておおよそ回答いただいた内容でした。また、主な意見についても整理をいただきました、そのことも踏まえ、新たな論点をお話しいただいてもかまいません。いかがでしょうか。</p>
宮本委員	<p>ご説明ありがとうございます。資料4の内容について確認がございませぬ。男女別に死因を表していただきましたが、年齢は調整の上で結果が示されているのでしょうか。地域によって年齢構成が若干異なりますので、年齢の調整がなされているのかどうか教えてください。</p>
村木氏	<p>はい。</p>
肥塚会長	<p>他にございませぬか。</p>
榊井委員	<p>資料3の表は一般診療所の数を表しているということですが、読み取り方が違ふのかもしれないが、例えば上段の右から4番目の「歯科」の数値を見ると茨木市は3ということですが、これは3診療所ということでしょうか。実際には茨木市歯科医師会会員の診療所は131、会員も158いるはずでせぬ。</p>
肥塚会長	<p>事務局お願いしませぬ。</p>
事務局（高橋）	<p>ご質問の件につきましては、申し訳ございませぬが、厚生労働省の統計資料から数値を抜粋しており、解釈についてはただ今お答えすることができません。個別のお答えになるかもしれませんが、改めてお答えさせていただきます。</p>
榊井委員	<p>歯科の分野だけで言うと、同じく「矯正歯科」「小児歯科」「歯科口腔外科」も全てそれぞれもっと数がありますし、下段の表の池田市から豊中市のほうももっと数がありますので、ご確認のうえ返答をお願いします。</p>
村木氏	<p>私から補足いたします。診療所の計上の仕方ですが、一般診療所というのはいわゆる医科となっており、歯科診療所については統計がまた別にあります。</p>

	<p>おそらく内科等を一緒に標榜している歯科が3箇所あるということだと思います。</p>
榊井委員	<p>わかりました。ありがとうございます。</p>
肥塚会長	<p>ありがとうございます。他にございますか。</p>
竹田委員	<p>資料2に告示病院と非告示病院がありますが、告示病院は救急の受け入れをしている病院のことですね。以前、家族がかかったときに、非告示病院でも救急の問い合わせをしていただいたことがございました。非告示病院でも救急の受け入れはしていただけるということですね。消防署に連絡した際に、夜間でしたが受け入れてもらえるところがないか問い合わせたところ、非告示病院にも次々に連絡して受け入れ可能かどうか聞いていただいたことがございました。これはどういうふうに解釈をすればよいのでしょうか。</p>
肥塚会長	<p>事務局お願いします。</p>
事務局（寺西）	<p>告示病院は一般に救急の協力病院ということでございます。非告示病院だからといって救急搬送を行わないということではなく、受け入れは可能ですし、かかりつけ医であれば個人的に行っていただくことも可能です。</p>
竹田委員	<p>かかりつけ医でなければ、受け入れは原則的にはしないのでしょうか。</p>
事務局（寺西）	<p>そういうことはございません。一度お電話をして確認いただいてから行っていただければ結構かと思えます。</p>
竹田委員	<p>このことに付随して、茨木市はICUとNICUがありませんが、そのことについてはどう考えたらよいのでしょうか。普通、この規模の病院であればICUやNICUはあるものなのでしょうか。</p>
肥塚会長	<p>事務局お願いします。</p>
谷掛委員	<p>診療報酬上の基準があり、それを満たしていないか、もしくはとらずに病院がされていたりとか、それに近い形でGCUとか呼び方は異なりますが、違う形で重症の方を受け入れる部屋を持っている病院もございますので、そういう形で受け入れをされていると思います。</p>
宮本委員	<p>ただ今の谷掛委員のご説明の通りですが、少し補足をいたします。ICUやNICUを標榜するためには、患者数やベッド数あたりの看護師の割り当てが必要になります。そうしますと、かなりの規模の病院で集中して患者さんの受け入れをしないと、実際には不可能なんですね、ものすごい赤字を生むこととなります。実際診療はされているのだらうと思いますが、保険診療上の点数として、そういう規定に達することはできないということだと思います。病院としてはICUやNICUと同じ治療を行っている場合、そちらのほうが医療報酬はたくさんいただくことができるので本当はそのようにしたいと思うのですが、それをするためには重症患者を受け入れる数であったり色々なことが求められますので、それを維持することができないというわけです。これは病院の努力というよりは保険の点数と言いますか、保険のあり方によるものだらうと</p>

	<p>思います。ICUやNICU的な医療をしていないというわけでは決してなく、むしろ別の評価の方法を考えていく必要があると思います。簡単に統計できないということです。</p>
肥塚会長	<p>ありがとうございます。他にございますか。</p>
阪本委員	<p>資料4を見ると「急性心筋梗塞」が茨木市で多く、島本町が少ないと思いました。そこで資料3を見ると、島本町の循環器内科の割合が多いようですが、このことが関与しているのでしょうか。</p>
村木氏	<p>資料2でしょうか。</p>
肥塚会長	<p>資料3ですね。</p>
阪本委員	<p>資料3です。循環器内科が島本町は11.3%となっていますが、他市は4～5%です。その辺りが関与しているのではないかと感じたのですが、いかがでしょうか。</p>
村木氏	<p>非常に難しいご質問です。まず、資料4のほうから説明いたします。実は、死亡診断書に明確に心筋梗塞と書かれていないと、「急性心筋梗塞」に分類されません。例えば虚血性心疾患という、もう少し広い範囲の概念の疾患として狭心症とか心筋梗塞を含めたような病名があり、そういう病名として書かれる先生がいらっしゃると、「心筋梗塞」に計上されず、「その他の虚血性心疾患」と分類されてしまいます。</p> <p>一つ可能性として考えられることは、茨木市の中で「急性心筋梗塞」が多いというよりは、「虚血性心疾患」というように死亡診断書に書かれてしまうことがあるのではないかと思います。もう一つ可能性として考えられることは、一般的に急性心筋梗塞を起こした患者さんは、診療所に運ばれるということが基本的にほとんどなくて、現在だとカテーテルができる病院へ搬送しますので、診療所が多い・少ないということは直接的には死亡数に影響しないと思います。</p>
宮本委員	<p>良い機会ですので、お話しします。実はがんの死亡数は正確に出ます。なぜなら、わが国には「がん対策法」「がん登録法」があるため、法律に従ってしっかりと統計がとられています。しかし、心筋梗塞とか脳卒中とか心不全等の循環器疾患に関しては法律がございません。昨年の国会で、循環器疾患も法律をつくって正確な数字を把握する必要があるということで議員立法として進めいただきましたが、残念ながら一部の先生の反対があり通りませんでした。つまり、法律がないため、村木先生がご説明されたとおり、一定の基準でデータがとられているというわけではございません。人口動態統計という、死亡表に基づく統計をとるしかないということです。そのため、そういう点で大きなズレが起こっている可能性がございます。では、今、本当の数値はどうなっているのかという答えは、残念ながら日本で持っているところがないという実態でございます。このような現状の中で分析をしないといけませんので、きちんと統計をとるために自ら発症登録をしようとしている市町村もございます。ただ、そういう統計をとろうとすると、医療機関の協力や財政的なバックアップも必要です。本来は日本人の死因の4分の1、がんとはほぼ同じ、医療費も倍くらいかかっている疾患ですので、法律できちんと調査しないといけないと思っ</p>

	<p>ております。</p> <p>また、資料3の島本町の循環器内科の割合が多いということですが、一般診療所の施設数の規模の違いもあるかと思えます。一般診療所の施設数の総数が島本は53、他は100以上ですので、おそらく誤差と言いますか、島本町の場合は1つ増えると割合が多くなっているのではないかと思います。</p>
肥塚会長	他にございますか。
谷掛委員	<p>地域医療構想という動きが国の方針を受けて二次医療圏単位でございます。その中で、来年度以降ではありますが、二次医療圏ごとの病院を集めて連絡会を行うことが大阪府では決まっています。各病院が今後どうしていくのかという話し合いの場として、その中には三島医療圏として茨木市内の病院も加わって各病院がどういうことをお考えになっているのか議論をする場が、来年度夏以降に予定しています。今府庁でデータを分析している最中だとお聞きしています。現在病院間の協議の場がない状況で先にこの分科会で議論をしても、病院のお考えがわからない中で結論を出すことは難しいと私は思います。おそらく、市が何か医療についてお考えになるのであれば、現在、地域包括ケアシステムのお話がある中で在宅医療をまずお考えいただくことが先ではないかと私は思います。</p>
肥塚会長	他にございませんか。
竹田委員	<p>二次救急の話が主になっていますが、これだけ近隣市にたくさん大きな病院があればそれも良いかなと思えますが、先日北摂病院に伺いますと、高槻市や島本町とも離れていて救急の受け入れも少ないようです。茨木市も隣接しているので、そういうところへ補助や協力をしていってはいかがでしょうか。</p> <p>小児科は軽症の患者が多いですが、茨木市は小児科がなくなり三島の診療所まで行っています。先日、知り合いの子どもが小児科にかかったのですが、4時間待ちだったということです。子どもや赤ちゃんが4時間じっと待っています。家で寝かせておくほうが良いのではないかとさえ考えてしまいますが、親はやはり心配しています。もし、医療センターに小児科がそのままあれば4時間も待つことはないと思います。まずその辺りを考えてください。</p> <p>以前、大阪大学の内科の先生にお話しを伺いましたが、1回断っているのを話を元に戻すのは難しいとおっしゃられました。元々大阪大学の微研の関係から来られている先生のようなので。もし、市が進める気があるなら、そちらの先生方の責任者と話をし、先生方のほうから教授や大阪大学へお願いしていただく方向にもっていくのが良いのではないかと考えたりしています</p>
肥塚会長	ありがとうございます。
事務局（北達）	<p>ありがとうございます。色々なご意見をいただきました。一つひとつ、可能性のある方向について個別にお伺いしながら対応してまいりたいと思います。何もしていないわけではなく、色々な方のご意見もお聞きしておりますので、その中で進めてまいりたいと思います。</p>
肥塚会長	ありがとうございます。他にございませんか。
事務局（北	事務局から恐縮ではございますが、先ほどの宮本委員からの資料4のご説明

川)	<p>に関連して質問がございます。「老衰」についてですが、新聞に、茨木市は老衰による死亡が少なく、いかにも医療費が高くなっているというような記事がございました。資料4を見ましても、茨木市は「老衰」が少なくなっています。この辺りの計上についても、決まった算出の仕方がないからなのでしょうか。先生によって診断が異なるのでこのようになっていると理解してよろしいでしょうか。</p>
村木氏	<p>私からお答えします。死亡診断書のフォーマットには、診断書の一番上に死亡の要因を記載する欄がございます。さらに、その死因になりそうな病名を記載する欄が3つほどあるのですが、「老衰」と書いてあっても、2番目の所に何か病名が書いてあれば、基本的には「老衰」という診断名にはなりません。一つ考えられることとしては、「老衰」という診断の下に何か別の病名が書かれているということがございます。</p> <p>「老衰」という診断がつく一つの基準として、他に何も病気が見つからない状態で亡くなった場合に「老衰」と分類されています。「老衰」のケースの中で一部は「心不全」と書かれる場合もあるので、必ずしも「老衰」とならないこともあります。しかし、それ相応の年齢で他に原因がない場合が「老衰」に分類されるとなると、例えば「少し調子が悪いから病院に運ぼうか」という判断をする方が多いと、病院に行きとりにあえず検査してみたところ、亡くなる直前に肺炎らしい影が見つければ、病院は所見として「肺炎」と診断せざるをえなくなる可能性は大いにございます。今後研究しないといけないところですが、大阪府や都市部では「肺炎」による死亡が多いという統計データがございます。その原因は今一つ私にもわかりませんが、普通、長生きして亡くなるのであればこの数値はそれほど上がってこないはずですが、しかし、「肺炎」が上がってきていますので、結核であったり、大阪の特徴ではありますが、本当に肺炎を起こして亡くなっている方が多いのか、もしかすると死因が「老衰」になるようなタイミングで、医療機関が多いとアクセスがよいので、そのようなタイミングで医療機関に運ばれて最終的に「肺炎」という診断がつけられるケースが多いのかというようなことを見ていく必要があると思います。医療機関へのアクセスが良いと、先生は病院へ運ばれてくるとどうしても「老衰」という診断はつけにくいので、色々な検査をして異常が見つければそのような傾向はあると思います。</p>
阪本委員	<p>老衰が少ないというのは、いろいろ等のケースが多いのかと思っていましたが、いかがでしょうか。</p>
宮本委員	<p>村木先生がおっしゃるように、人口動態という死亡個票からとっているデータですので、何らかの死因と考えられるものがあれば、できるだけ正確に残そうとしますので、死因の記録をどういうふうにとるかというお話しです。全ての疾患を正確にとるには、国会を通らなかった時の話をしますと「がんも調べて循環器も調べて全部やっってはキリがないから、そのようなことはしないほうがいい」と反対された方もいらっしゃいましたが、つまり、救急であるとか重症かどうかとか対策を必要とするものはきちんと統計がとられているということです。「老衰」というのは除外基準と言いますか、そういう疾患を除外していった最終的に残ったものが何もないという時に「老衰」とせざるをえないということですので、老衰が少ないのは、先ほどお話もございましたように、医療機関に恵まれているということでもあると思います。</p>

肥塚会長	よろしいでしょうか。他にございませんか。
榊井委員	私も歯科医として検死等の身元確認に立ち合うことがございます。警察の方に死因のお話を聞くと「心疾患みたいですね」という感じで、結局わからない場合、特に孤独死の時が多いようですが、調べても死因が分からないと「心疾患」や「虚血性心疾患」で片づけられてしまっていることが多いので、実際には細かい分類はなされていない状態です。病理解剖や司法解剖等に至らないケースの場合は、ある程度曖昧な無難なところで片づけられてしまっていることがあります。今後、次の機会がございましたら、自宅での孤独死や搬送先で亡くなる方の数、自宅での看取りの数等もデータを作成していただくと良いと思います。
肥塚会長	ありがとうございます。他にございませんか。
小西委員	今後ぜひ皆さまに議論していただきたいことなのですが、今もずっと、搬送や受け入れのことについて主に話し合われていますが、その一方で地域でどうやって生活していくのか、支えていくのかという視点が抜け落ちているように感じます。仮に病院が建つことになった場合でもすぐではありません。それよりも目の前の日々、これだけ慢性疾患を抱えている人が増えている中で、一人ひとりが自分の病気と向き合い対処方法を習得し、慌てて救急車を呼ばなくても済むということが世の中の前提であると思います。そのことを踏まえた上で救急医療体制を考えていくことが望ましいと思います。ぜひ、地域での医療について、見守りも含めて議論が十分になされていくことを期待します。
阪本委員	資料⑤-1に現場到着と病院到着の所要時間が掲載されていますが、この資料にはどのような意図があるのでしょうか。全国平均とかの比較対象もなく意図がわかりづらいと思いました。
村木氏	補足いたします。搬送にかかる時間は、平成 27 年度現在、全国では現場到着までに 8.9 分、病院到着までに 39 分、40 分弱かかっています。全国の傾向では、ここ 5 年間に現場到着時間も病院到着時間も年々伸びている中で、茨木市はがんばっている印象がございます。茨木市に住んでいるとそれが当たり前のように感じてしまい、病院到着までに 30 分は切って欲しいと考えてしまうところですが、全国的にはこのような傾向です。件数自体も増えているということもありますし、大阪大学の実習で調べたところ、搬送の 1 割は不搬送になっています。茨木市も同様の状況ではないでしょうか。出勤してみると患者がいなかったとか、遠方に住んでいる家族から「本人と連絡がとれないから行って見てきて欲しい」というような身元確認の連絡だったりすると伺っています。このような出勤が増えていくにつれて、現場到着が遅れてしまいます。
宮本委員	ただ今の件に関して、ご存知であれば教えてください。東京都のような病院がたくさんあるような所でも、救急隊の現場到着から病院に搬送するまでの間に何に一番時間がかかっているかと言うと、どこの病院へ行くかの決定です。どこへでも連れて行けるのですが、順番に電話をかけていくと、1つの病院に「受け入れてもらえますか」「確認します」「ダメでした」というやりとりをするのに5分かかります。そして、また次の電話をするということで、病院があればあるほど病院に到着する時間が遅くなってしまいます。つまり、病院があっても、搬送する病院をいかに早く判断できるかが非常に大事です。茨木市の

事務局（寺西）	<p>救急隊には、救急搬送に関して搬送先を的確に選択するような仕組みは導入されているのでしょうか。</p> <p>大阪府の統一の仕組みとして、「ORION」というシステムを立ち上げています。これは、スマートフォンのGPS機能を使って、受け入れ可能な一番近い搬送先を選ぶ、病態に合った傷病者を運んでいくシステムで、大阪府下全体で行っています。受け入れられない時もありますが、ほぼ受け入れていただいています。</p>
肥塚会長	<p>ありがとうございます。そろそろお時間ですが、他にご意見等ございますか。</p>
入交委員	<p>私は医療の専門家ではございませんし、特別に専門性を持たない一市民としましては、先ほど小西委員がおっしゃったように、自助・共助・公助という言葉もごさいますが、家庭の中であたり個人として暮らしの中で自分の体と向き合うことが大切だと思います。そういうことを一般市民に啓蒙していく必要があると考えています。</p> <p>私は家庭科の教員をしておりますが、昔は家庭科の中に「家庭医学」という教科があり、子どもの簡単な病気のみかた等がありましたが、今は全くありません。全て家庭の色々な仕組みが社会化してしまい任されてしまっており、「どこかに言っていけば良いんだろう」というようになってしまっており、自分の体を自分できちんとみるという姿勢が教育内容によって奪われてしまいました。きちんと義務教育や高等教育で少しずつそういうことも含めて教えていく必要があります。高校では消防署へ行って救命救急の色々なノウハウを学び一定の資格を取得しています。そのことによって、校内で倒れた誰かを助けることができます。</p> <p>資料1の《救急搬送に関すること》の3つ目には“健康いばらき 21 の中にも「かかりつけ医等との連携」とあるのですが、病院に行くというのは、一応、私たちからすると敷居が高いのです。それよりは、薬局との連携と言いますか、まちの中のかかりつけ薬局みたいなものをつくるべきだろうと思います。地域の中に、私がよく新聞広告を見て思うのは、薬局の方が新米のお母さんたちに色々なアプローチをかけている薬局の方や薬剤師がいらっしゃり、「こうやって一般の市民にはたらきかけているんだ」「普段は通り過ぎるだけだけどちょっと相談に行ってみよう」と思っていたらいいだろうし、ぜひそういうことも進めて頂けるとありがたいと思います。</p>
肥塚会長	<p>ありがとうございます。</p>
阪本委員	<p>国はかかりつけ薬剤師や健康サポート薬局の取組も進めており、茨木市は地域連携が進んでいるほうだと思います。</p>
肥塚会長	<p>他にいかがでしょうか。ただ今のご意見に私のほうからもコメントを申し上げます。先ほど谷掛委員から地域包括ケアシステムの話もございました。総合保健福祉計画の第2章で高齢者保健福祉計画とか介護保険事業計画のところで、医療と介護の連携や医療資源・介護資源の把握について既に記載されてはおりますが、ご存知の方も多いと思いますが、この度の診療報酬改定の内容等も、前回よりはっきりと地域包括ケアシステムをどうしていくのかということが重点課題となっている中で、ご議論もございましたが、かかりつけ医・かか</p>

	<p>りつけ歯科医・かかりつけ薬剤師や薬局の重要性が指摘されていますので、そのことを診療報酬に反映させることが既に起こっているということでございます。また、様々な連携ということで、病・病連携、病・診連携、診・診連携、医・歯・薬の連携ということも診療報酬改定でも大変重要だということで、国としてそちらへ舵を切っているということがございます。</p> <p>総合保健福祉計画の介護の分野で書いていただいておりますが、この健康医療分科会としても、医療側から今いくつかご意見をいただいております、地域包括ケアシステムに向けた医療のあり方や医療と介護の連携のあり方、その中における、とりわけ茨木市に多い中小病院の役割や連携のあり方というものをどういうふうに議論していくことが大切だと思っています。もう一つの分科会とこちらの役割分担をどうするのかということは市に考えていただきたいと思っておりますが、本分科会の名称にも「医療」と冠していますので、今後その辺りの議論が重要な論点であると感じています。</p> <p>ありがとうございます。他にご意見等ございますか。</p>
<p>宮本委員</p>	<p>ナショナルセンターとして、厚生労働省とディスカッションする機会がございます。先ほど谷掛委員からお話がありましたように、「地域の医療体制をどうするのか」ということに集中して、いま色々な議論がなされています。おそらく近々国から出てくると思いますが、いわゆる地域の中核病院はどういうことを備えていないといけないのかということが今後示されます。それに対して、茨木市がそういったものをきちんと備えた地域の医療体制を組むというのが求められたり必要になってきたりすると思います。もう少し待って、それに迅速に対応するということが一番良いのではないかと思います。</p>
<p>肥塚会長</p>	<p>よろしいでしょうか。色々なご議論をいただきましたので、次年度以降の議論で反映させていただきたいと思っております。</p> <p>最後に、せっかくコーディネーターの村木氏に来ていただいたので、コーディネーターとしての立場よりご意見をまとめていただきます。</p>
<p>村木氏</p>	<p>私のほうから一言ということではございますが、私からあれこれ言うようなことは、皆さまの今までのご議論で出ていましたので簡単に状況を整理しておきます。これまで3回にわたり議論をしてまいりました。今も時間があつたらいつまでも議論が続けられそうな勢いですが、今年度慌てて何かを決めていくという段階ではないのかなと思います。</p> <p>医療機関数・病床数は吹田市や高槻市に比べると少なく見えてしまうところはございますが、近い場所に比較的大きな病院がある状況ですので、救急の搬送に関しては全国状況と比べると数字としては良い状況にあります。もちろんそれで十分かというのは議論の余地がありますが、搬送件数が今後もおそらく高齢化等の影響により増えていくだろうという中で、軽傷やどういうふうに対応していけば良いのかということでは、検討が必要なところも残されています。夜間や小児科のことについてもご意見がありましたが、そのことについても引き続き検討し、啓発という形で対応していけるものなのか、もしくは何らかの体制としてやっていかねばならないことなのかということについては、もう少し議論を深めて決めていくことが必要だろうと思います。</p> <p>いずれにしても少子高齢化が進んでおり、地域包括ケアシステムのことも考えていかなければならず、在宅医療も含めて議論していかなければいけないと思っております。今後、救急医療体制だけでなく総合的に考え、茨木市の医療体制について活発に議論いただきたいと思っております。</p>

肥塚会長	<p>小西委員がおっしゃったように、医療だけが全てではありません。今回健康医療推進分科会ということで「健康」についても一緒に扱っていますので、ぜひ「健康」の観点も含めて総合的に議論していただけると本分科会の価値がすぐ高まっていくのではないかと思います。</p> <p>ありがとうございます。</p>
肥塚会長	<p>②「その他」</p> <p>その他ということで申し上げておきたいこと等はございませんか。よろしいでしょうか。</p>
肥塚会長	<p><b>3 閉会</b></p> <p>それでは、最後に事務局からお願いいたします。</p>
事務局（山本）	<p>今年度最後の分科会を終えるにあたり、健康福祉部長の北川より、皆さまにご挨拶申し上げます。</p>
事務局（北川）	<p>本日は貴重なご意見を頂戴し、誠にありがとうございました。また、委員の皆さまには公私何かとご多忙の中、次期計画策定のため、総合保健福祉審議会と健康医療推進分科会にご出席いただきまして誠にありがとうございました。おかげをもちまして、各計画も最終段階を迎え、ただ今パブリックコメントを実施しており、2月16日が意見募集の締め切りとなっております。たくさんのご意見をいただいております、注目の高さに改めて総合保健福祉計画の重要性を感じております。</p> <p>皆さまもご承知のとおり、次期総合保健福祉計画では新たな取組として、従来7圏域に設定していた日常生活圏域を5圏域14エリアに再構築し、仮称ではありますが地区保健福祉センターの設置や総合支援体制の拡充、ネットワークの再編を行い、より地域に根ざした施策の展開を図ってまいりたいと考えています。次年度の審議会や各分科会におきましては、各計画の進捗状況、とりわけ本分科会におきましてはご議論いただいております救急医療を含めまして、本市における医療体制、そして健康・食育につきましても含めて引き続きご議論いただきたいと思いますと考えています。</p> <p>まだまだ寒い日が続きますが、委員の皆さま様にはご健康に留意されご活躍いただきますようお願い申し上げます、閉会の挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。</p>
事務局（山本）	<p>本日の会議録につきましては、事務局で案を作成し後日委員の皆さまにお送りさせていただきますので、ご確認をお願いいたします。以上でございます。</p>
肥塚会長	<p>これをもちまして、平成29年度第5回茨木市健康医療推進分科会の会議を終わらせていただきます。皆さま、長時間ご協力ありがとうございました。</p> <p>(終了)</p>