

令和元年度（２０１９年度）第２回吹田市医療審議会 議事録

１ 開催日時

令和元年（２０１９年）１２月２５日（水） 午後２時から午後４時５分まで

２ 開催場所

吹田市役所 中層棟４階 全員協議会室

３ 出席委員

川西克幸委員 御前治委員 相馬孝委員 疋田陽造委員
千原耕治委員 立木靖子委員 小林順二郎委員 木内利明委員
黒川正夫委員 衣田誠克委員 今村知明委員

４ 出席関係者

坂田泰史大阪大学医学部附属病院病院長補佐

５ 欠席委員

木村正委員 柴田敏之委員

６ 市出席者

副市長 春藤尚久 健康医療審議監 舟津謙一 健康医療部長 山下栄治
健康医療部次長兼保健所設置準備室長 前村誠一
地域医療推進室長 安宅千枝 地域医療推進室参事 岸本千春
地域医療推進室主幹 濱本利美 地域医療推進室主査 山下はるな
地域医療推進室主任 松浦正和 休日急病診療所事務長 西澤正雄
休日急病診療所主査 安井寿行 国民健康保険室長 安井克之
国民健康保険室参事 成田佳寛 保健センター所長 岸敏子
保健センター参事 山野由理子 保健センター参事 横井基一
保健センター参事 久本利恵 北大阪健康医療都市推進室長 岡松道哉
北大阪健康医療都市推進室参事 吉村恵 保健所設置準備室参事 乾裕
保健所設置準備室主幹 田畑三由紀

６ 案件

- （１）令和元年度吹田市地域医療推進懇談会の主な取組について
- （２）国民健康保険室の取組状況等について
- （３）保健センターの取組について
- （４）令和元年度年末年始の救急医療体制等について
- （５）中核市移行関連の報告事項

(6) その他

7 議事の概要 別紙のとおり

事務局 お待たせしました。本日は大変お忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。それでは、定刻となりましたので、ただいまから令和元年度第2回吹田市医療審議会を開催いたします。

委員の皆様におかれましては、本年11月16日の改選により新たに委員に御就任をいただきまして、初めての会議でございますので、会長選出までの間、事務局が進行を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

まず初めに、委員の皆様の紹介をさせていただきます。お手元にお配りさせていただいております、参考資料1 委員名簿を御覧ください。

—委員紹介—

それでは、開会にあたりまして副市長の春藤から御挨拶申し上げます。

副市長 —挨拶—

事務局 それでは、次第1 役員選出に移らせていただきます。初めに会長の選出をさせていただきます。参考資料2 吹田市医療審議会規則の第5条に、委員の互選により定めると規定されておりますので、御推薦をお願いします。

委員 吹田市医師会の川西委員が、本審議会の会長に適任と思い、推薦いたします。

事務局 ただいま、川西委員を推薦するとのお声がありましたが、いかがでしょうか。

委員 異議なし。

事務局 異議なしとのことでしたので、川西委員が会長に選出されました。

続きまして、会長職務代理者の選出に移らせていただきます。会長職務代理者につきましては、吹田市医療審議会規則第5条第3項により、会長が指名する委員となっておりますので、会長から御指名をお願いします。

会長 吹田保健所長の柴田委員を指名させていただきます。

事務局 ただいま会長から、柴田委員と御指名がありましたが、本日、柴田委員が御欠席をされておりますので、後日、柴田委員には、事務局より御報告させていただきます。

それでは、会長に御挨拶をいただいた後、以降の進行は会長からお願いいたします。

会長 ー挨拶ー

会長 それではまず、事務局に確認させていただきますが、今回の審議会の傍聴者はいらっしゃいますか。

事務局 本日は、傍聴者はいらっしゃらないことを御報告させていただきます。

会長 それでは、事務局より、本日の配付資料の確認をお願いします。

事務局 ー資料の確認ー

会長 では、次第に沿って会を進めさせていただきます。2案件（1）令和元年度吹田市地域医療推進懇談会の主な取組について、事務局から説明を受けます。

事務局 ー資料1に沿って説明ー

会長 ありがとうございます。御質問、御意見をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。まずは、かかりつけ医などの定着促進のための市民啓発の項目から、御意見はありますか。

委員 実際にこの動きが加速化されていくことは、病院にとって非常にありがたいことです。例えば、骨粗しょう症について、今までは診療所で精密検査が必要とされた場合に病院へ紹介いただいてきましたが、今年の4月から、こうした病院と診療所の関係だけでなく、診療所と診療所の関係でも行うことを始めました。しかし、開業医には、病診連携はやりやすいが、診診連携はやりにくいという思いがあるようで、半年ほどやってきて、診診連携が進んでいないという状況が続いています。その原因としては、患者そのものが病院志向であることや、開業医が横のつながりに関して制限を感じていることなどが考えられます。開業医の考える、かかりつけ医はどのようなものであるか、お聞きしたいです。

委員 専門が違うと、診療所同士でもうまくいくのではないかと思います。専門的なことについて紹介するとなると、診療所ではなく、まずは病院に診ていただくという意識が開業医にあるのだと思います。

委員 例えば、内科で市民健診のついでに骨粗しょう症検診も受けることも多いですが、内科は内科、整形外科は整形外科などと、診療科目ごとにかかりつけ医を持つ時代になりつつあると思います。我々の親が開業医だった頃のように、どのような診療科の症状にも対応するとなると、今は責任問題もあり、とても怖いです。

そのため、診療科目別にかかりつけ医ができるのだと思います。

では、普段整形外科にかかっているのに、内科で骨粗しょう症検診を受ける方がいるのはなぜかと考えると、普段は骨粗しょう症検診は整形外科で受けてほしいと思っている医師であっても、患者からの検査依頼があった場合は対応しているからだと思います。それは、患者を取った取られたという感覚が、開業医から消えないという大きな問題があるからではないでしょうか。実際に取られることも多々あり、整形外科で高血圧の薬等が出ることもあると思います。いやらしい話ではありますが、やはり商売の感覚が一部生じるのも事実です。

委員 実際に、かかりつけ医が複数いると、各々でいろいろな薬が出ています。病院に入院されると、3冊ぐらいお薬手帳を持っていることがあり、それをまとめることはできないのか、と感ずることが多々あります。その診療に専門性がどれくらい必要なのか、超高齢化社会になったときに、年齢で区切るのはおかしいと思いますが、75歳や80歳などある一定年齢を超えれば、どこかで統合できないものかと勤務医としては思います。

委員 在宅診療を専門に行っているところでは、その医師だけが一人の患者を診ていますが、例えば、婦人科内科でも、骨粗しょう症の薬だけを出すということもあります。お薬に関しては、御懸念の内容はあるとは思いますが、最近の患者はお薬手帳を持っているので、それを見てなるべく重複しないように心がけています。開業医同士の横のつながりは難しく、勤務医の先生には御負担となっているのかもしれないかもしれません。

委員 在宅診療を受入れる際は、今後の積極的な治療の必要性や希望などについて説明し、相談してから受入れています。それが、本当の意味でのかかりつけ医だと思っています。ただ、中には、絶対にお薬手帳を見せない方や、ほかにかかっていることを言わない方、場合によっては内科に何件もかかっている方もおり、いざ入院という状況になったときに初めて、他の病院や診療所にかかっていることが分かるということがあります。昔の医師と患者の信頼関係のようなやりやすい時代は終わってしまっていて、難しいです。だから、開業医が病院へ頼ってしまっている部分もあるのかもしれないかもしれません。開業医同士で相談して、3、4人の医師が集まって在宅診療をしているというのが理想だと思いますが、なかなか難しく、病院へ迷惑をかけてしまっていると感じています。

会長 骨粗しょう症からの課題をいただきましたが、同じように前立腺がん検診からの課題については、少し違うかと思しますので、その点について、お願いします。

委員 がん検診の場合、病院の最終的な役割は癌の診断だと思います。前立腺がんの

精密検査の判断においては、内科の診療所で検診を受けた後、精密検査が必要と判定された場合に、泌尿器科の診療所に紹介いただき、そこで検査データをもとに組織診の必要性を観察、判断いただいたうえで、組織診が必要な方を病院に紹介いただくという流れがあります。

吹田市で前立腺がん検診が始まったころは、精密検査のために、病院に患者が押しかけました。年間180件から200件の組織診を行いましたが、今は泌尿器科の診療所によって、精密検査の必要性をスクリーニングしていただいているので、かなり減ってきています。

また、一般論として、病院は病院業務をするところであり、外来クリニックをするのではないので、そこは患者にはっきりと説明し、かかりつけ医と一緒に探し、何かあれば病院が診るので心配はいらないと話し、かかりつけ医に返す努力をしています。逆紹介の作業量はとても多いのですが、事務の職員がいるため、逆紹介はしやすくなってきていると思います。3年計画で構想転換をして、病院として緊急患者を受ける体制にすると、外来の患者数が減っていくことが目に見えていますので、病院としてはいい方向に向かっていると思います。

会長 外来の患者数を減らすということについては、大阪大学医学部附属病院でも、ここ5年で患者数を半数まで減らしたと伺っていますが、いかがでしょうか。

委員 当院は、病院の中でも給与体系や人事が特殊なので、参考になるかは分かりませんが、使命は重症患者と難病患者を診ていくということです。働き方改革を踏まえても、できるだけその点に力を入れていく体制をとるということになるので、今まで外来に来ていただいた患者をできるだけ開業医に返すということについて、全学・全科を挙げて取り組んでいるところです。ただ、これまで長い間、当院にかかっている患者もたくさんいるので、そのような方については、なかなか逆紹介には時間がかかっているのが現状です。

これまで当院では、地域の診療所医師との連携をあまりしてこなかったもので、これからはきちんとしていく必要があると思っています。逆紹介をさらに進め、外来の患者数を適正な人数にするために努力しているところです。

会長 ありがとうございます。

委員 25年程前は、ワーファリン（抗凝固薬）のコントロールについても、毎月当院に受診いただき、夜の7時や8時まで外来診療していましたが、それが徐々に開業医でコントロールしていただけるようになり、当院でのそのような外来は徐々に減ってきています。そして、手術の後、半年から1年に1回は外来に来られますが、ほかは元の診療所に帰るということで、かなり外来の患者数は減りました。そのようなことを繰り返しながら、かかりつけ医を定着させていくという

ことが必要なのではないでしょうか。外来患者が減る要因として、大きな病院では、たいいてい医師は3年ぐらいで異動するので、患者自身も医師に対するこだわりが無く、かかりつけ医に戻っていくということもあります。当院では、逆紹介率については70パーセントを超えており、これは、特定機能病院に求められる60パーセントを十分超えています。

委員

根本にあるのは、医師の専門分化が進んでいるため、医師がみんな同じ仕事ができるかということ、そうではないということです。昔の医師は、とてもすそ野が広く、何でも診ることができたのですが、今の医師は分野ごとの専門家の集まりです。大学病院はその専門家が集まり、とても大きなすそ野を持った山ができていてイメージで、市民病院などの市中病院はそれよりも密度は薄いけれど、専門性があるものとなっています。大学から人事をお願いしていますが、スペシャリストとして市民病院に派遣していただいている方に対して、専門外の仕事をさせられない、あるいは、していただけない。それはどういうことかということ、教育の体制がスペシャリストの養成だからです。一般の病院に来たからといって、急にすそ野が広くすべての知識を持てるわけではないのです。そのため、それぞれの診療所や病院の専門科が全然違ってくるのだと思います。例えば、消化器外科では、がんのステージによって治療のガイドラインが異なっていることなど、患者自身が新聞やネットでよく勉強した状態で診察を受けに来ます。そして、その際ついでに消化器外科以外の専門的なことについて、たくさん聞いていけます。そのため、ある専門で開業している先生に、専門外のことを詳しく聞かれても対応が難しいと思います。患者側がかかりつけ医の役割分担を難しくしているのではないかと思います。

したがって、資料に書いてあるように、かかりつけ医の定着促進は簡単にはいかないのではないかと感じています。もっと難しい段階に、患者自身が進めてしまっていると思います。

会長

ありがとうございました。国の施策や動向等を踏まえて、御意見をお願いします。

委員

今の議論は、日本の医療の縮図を議論いただいていると感じました。人口構造が大きく変わっているので、疾病構造も変わっているということを前提に置いていただく必要があると思います。これから増えてくるのは高齢者の方々なので、高齢者への医療をどうするのかというのが、社会的には最も大きな問題で、それに対してかかりつけ医をどうするのかということが求められているというのが全体の流れだと思います。

議論を聞いて感じたのは、疾病別のかかりつけ医と総合医的なかかりつけ医の話は分けて考える必要があるということです。疾病別のかかりつけ医というのは、

ある程度詳しい人同士の連携の話であると思います。それに対して、かかりつけ医で今求められているのは、特に高齢者の場合には、一人の疾病情報を一人の医師に集めることで、最期まで看取ることができるような体制を組むということだと思います。「最期は家で死にますか」と言えるほどの情報を、一人の医師に集めることができるのかというのが、社会的な問題であると思います。それぞれの先生が専門化しているので、全てを網羅するのは無理なのですが、最終的に一人の人を在宅で看取する場合、中心となる医師が必ず必要で、脳卒中や糖尿病があったとしても、その医師のところに両方の情報があり、そのうえで、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）のように、入院せずに診ますか、それとも入院してそれぞれの病気を治しますかということを考えていくことが必要となっています。ですから、疾病別のかかりつけ医の話と、人生の最期に必要となってくる高齢者への医療としてのかかりつけ医とは、分けて考えていく必要があると思います。

今、各病院で一番困っていることは、高齢者の方々が入院してなかなか退院できないという状態になってきたときに、どうやって在宅に帰すか、また在宅医に受入れていただけるか、というのが大きいのだと思います。病気は治したけれど、家に帰れないというケースは多々出てきていると思いますので、そのようなケースの受入先としてのかかりつけ医が必要です。それとは別に、入院医療をしたけれど、まだ専門医療が必要なので、外来でフォローするという疾病別のかかりつけ医も必要です。一人の医師で二つの機能を持つのは不可能だと思うので、この二つを分けて考えないといけないと思います。ですから、議論も分けて考える必要があります。

また、診診連携というのは非常に難しく、在宅支援診療所も3診療所で連携を取ってできるようになっているのですが、実際にはそれぞれの診療所の立場があるので、連携を取ってやるのはなかなか難しいです。診診連携は理想的ではあるのですが、基本的には、病診連携をベースとして、高齢者については一人の医師にできる限りの情報を集めていくというのが必要だと思います。お薬手帳も、飲んでる薬を一つの手帳に集めることが目的ですし、在宅歯科についても一人に情報を集めていくということが大切です。

会長 ありがとうございます。

委員 お薬手帳を何冊か持っている患者はたまにいますが、このごろは一つのお薬手帳にまとめられていると思います。もしそうでないときは、一つの体で受け止めている薬は一つの手帳に書くものだということを説明しています。違う薬局を使っているということに対する気兼ねがあるのかと思います。機会があるごとに、どこの薬局であっても、同じお薬手帳を使うことができると説明していますが、病院には何冊も持っていく方がいらっしゃるということですね。患者には、すで

に服薬している薬が別の医療機関から重複して出る場合等の具体的な例を示して説明すると、御納得いただけることが多いです。

会長 ありがとうございます。調剤薬局や歯科診療所が多いというのは、都会ならではの問題だと思います。

委員 歯科に関して、一般の歯科医師は、ほとんどの歯科分野を網羅していますが、口腔外科については循環器系疾患を持っている方などは、病院の口腔外科を紹介させていただいたり、矯正歯科については診診連携が進んでいると思います。

委員 歯科の場合は、診診連携というより医科と歯科との連携、医科歯科連携です。歯科については、歯科診療所と病院との関係、歯科診療所と診療所との関係をしっかり構築していくことが必要だと思います。歯科と病院との関係については、紹介状を出すことによって連携がとれると思いますが、歯科診療所と診療所の連携については、顔の見える関係を作るところが課題だと感じており、まだ進んでいないところだと思っています。

会長 ありがとうございます。抗凝固薬を使っている患者や、骨粗しょう症の薬を使っている患者等における連携の状況はいかがですか。

委員 一昔前は、抗凝固薬の服薬をやめないと抜歯ができないと考えている歯科医師が多かったですが、最近では、薬をやめずに抜歯をしていただける歯科医師が増えてきており、少しずつ病院と歯科との連携が進んでいるのではないかと思います。もちろんハイリスクの方の抜歯の場合は引受けたりするのですが、一昔前とはずいぶん変わっているように思います。

委員 整形外科の立場から言うと、整形外科の扱う患者の年齢は75歳以上の方がほとんどです。そうすると、たかが骨折と言いながら、ほとんどの方に併存症があるので、病院の立場からすると、それを診ていただく医師はかかりつけ医と考えざるを得ません。年齢で分けるのがいいのかわかりませんが、高齢者の問題は避けて通れないので、高齢者のかかりつけ医というものがもう少しわかりやすい形になればよいと思います。

また、骨粗しょう症の薬は、整形外科の出す薬であると以前は言われていましたが、この20年間で吹田市医師会では、内科の医師が一般的に出す薬に代わってきています。同様に、循環器の医師から処方する薬でも、かかりつけ医に出していただけるというものがあってしかるべきだと思います。

会長 もう少し伺いますが、大腿骨頸部骨折の患者の1年生存率が相当悪いとい

うことや、その予防としてのフレイル予防に関して何か御意見はありますか。

委員

大腿骨頸部骨折や脊椎の圧迫骨折も、75歳以上の患者がほとんどで、大腿骨頸部骨折については80歳以上が約73パーセントを占めていることから、大腿骨頸部骨折は高齢者病の範疇に入っていると思います。頸部骨折や心不全、肺炎など、高齢者に多い疾患を、まとめて管理するのが合理的なのではないかと思います。大腿骨頸部骨折の患者の生存率は、欧米に比べると高いですが、それでも80歳を超えると2年以内に半分の方が亡くなっているというデータもあります。そういった意味では、骨折の治療が一番ではなく、再骨折予防と併存症の治療がメインであり、かかりつけ医や訪問看護ステーション、老人ホームとの連携等も含めた対応が必要になってくると思います。

委員

患者が心不全になると、いつもはA病院に行っていたけれど、そこが受入れできないとなると、B病院やC病院に行くということになります。それぞれで治療は行われますが、開業医のところに戻るときに紹介状を見ると、それぞれの病院で取っている情報や内容、患者への説明もバラバラであって、どのように患者へフィードバックしていくかということに悩むという声が開業医からあがってきます。そのような課題に対して、患者を啓発したうえで患者自身が検査データを書いて自己管理し、また病診連携の様式も同じにするという取組を、都島周辺の医師会の医師が中心となってスタートし、学閥等関係なく大阪全体でやろうという動きがあります。そのようなことができれば、ある程度共通化されて、肺炎と同じように循環器専門医だけでなく、内科の医師と共通のやり方でしていけるようにしなければいけないし、そのようになっていくのではないかと思います。そのようなことを大阪全体で取組み、また吹田も先駆的にやっていかなければいけないと思います。

会長

それでは次に進めていきたいと思いますが、今までのところでもう少し御意見のある方はいますか。

委員

今、心不全に関する議論がありましたが、心不全をターミナルケアとして扱うため、国立循環器病研究センターをはじめとするいろいろなところでガイドラインの作成を目指しています。今まで、心不全は循環器病として扱ってきましたが、それを最期の治らない病気として考えていこうという考えです。

例えば、緩和ケア病棟にも心不全の方が入っていくようになっていますし、心臓リハビリテーションも心不全に対しての取組が増えてきています。誤嚥性肺炎や心不全は、死因の代表的なものとなってきており、死ぬまで医療を続けるというのではなく、どこで医療をやめるのかということを考えなければいけないということで、そのガイドラインを各学会で作成していただいている段階です。国

の医療計画でも、心不全の方への対応を多く載せていこうという動きがあります。これから心不全への医療がすごく変わってくるのではないかと思います。

会長 議論は尽きませんが、この案件については終わらせていただきます。
 案件 2 国民健康保険室の取組状況等について事務局から説明を受けます。

事務局 一資料 2 に沿って説明—

会長 この案件につきまして、御意見や御質問をお願いします。

委員 二点質問と意見です。10 年ほど前に、特定健診が保険者主体の健診になり、市町村が実施主体であるがん検診と分かれてしまったために、がん検診の受診率がかかなり低下したという事態が起きました。吹田市では、特定健診とがん検診は連携してやっているのか、別々でやっているのかどちらでしょうか。

患者としては一回で受診できるのがいいのですが、どのように健診が行われているのかお聞きします。

また、特定健診未受診者の追跡調査を行うとのことでしたが、是非注意していただきたいことがあります。特定健診の未受診者には、病気で治療中のために健診を受けていない人と、全く医療にかかっていない人の二種類が存在するので、純粋に未受診者を追跡した場合、それを踏まえたうえで結果を扱わないといけません。例えば、喫煙の有無による医療費の状況を調べた場合、今吸っている人と吸っていない人では、吸っていない人のほうが、はるかに医療費が高くなる場合があります。それは何故かという、今吸っていない人の中には、過去吸っていたが病気になってタバコをやめた人が含まれているからです。健診についても、病気の人は健診をやめていますので、純粋に受けていない人を追いかけたら、病気のため健診をやめた人たちが入っているので、おそらくものすごく病気の群になってしまいます。そうしたことに注意をする必要があると思います。

委員 吹田市のがん検診は、特定健診と同時に受けることが可能です。昔は、吹田市の市民健診は、8 月から 10 月の 3 か月間を受診期間として行っていましたが、途中で受診期間を誕生月とその翌月に変更しました。その際は、がん検診の受診率が大幅に落ちましたが、周知に努め、市民に習慣化していただき、徐々に受診率が戻ってきました。そんな中、特定健診が始まり、またがん検診の受診率が落ちてしまいました。これも、特定健診と同時に受診可能なことの周知に努め、現状では、少しずつ受診率が上がってきましたので、ほとんどの市民は一緒に受けるものという意識で受診いただいていると思います。

しかし、がん検診の受診率も昔ほどではなく、今は特定健診の受診率と共に下がってきていますので、なんらかの啓発が必要かと考えています。協会けんぽや

社会保険の方々は、会社で特定健診を受ける仕組みなので、会社でがん検診を受けている方もいると思いますが、吹田市のがん検診を受けることもできるということをお存知ない方が多いです。

会長 特定健診の未受診者の追跡時の注意について、先ほど御意見をいただきましたが、KDBデータ（国保データベース）から疾病の有無も見えていかないといけないということですが、技術的に可能でしょうか。

事務局 その点を含めて内容を検討していきます。

会長 単純に健診を受けていない人ということだけでは、掘り起こしにならないということですね。

委員 反対の結果が出ると思うのです。多くの自治体等で失敗していますので、同じ轍を踏まないようにしてほしいと思います。

会長 委員の意見を参考にさせていただいて、頑張っていきたいと思いますので、事務局もよろしくお願いします。他に御質問等はございますか。無いようでしたら、案件（３）保健センターの取組について事務局より説明を受けます。

事務局 ー資料３に沿って説明ー

会長 ありがとうございます。この件に関して御意見等ございますでしょうか。

委員 高齢者フレイル等予防事業についてですが、対象となるフレイル状態にある高齢者はどのようにして特定するのでしょうか。

事務局 フレイルの方の抽出方法ですが、フレイルの原因である低栄養のリスクチェックという質問票を作成しています。この質問票では、健康のチェックとして、体重の変化や、運動の状況、ふくらはぎでできる指輪っかテストの結果、また、歯や歯茎の状態や飲み込みの状態などのオーラルフレイルのチェック、食事チェックとして、食事の内容や食事量などを御本人に回答いただき、回答結果によってスクリーニングをかけ、低栄養状態のハイリスク者を抽出するという形で実施します。

委員 多くの人にスクリーニングをしてもらうことが重要だと思うのですが、今、当院で取組んでいる骨粗しょう症の地域連携パスの取組において、骨粗しょう症と診断した方の身体機能を測っているのですが、骨粗しょう症の方はやせ型ですし、

管理栄養士がスクリーニングをしているので、おそらくこの事業の対象となる方が多くいると思います。このような方も対象になると理解していいのでしょうか。

事務局 今回は、介護予防事業や住民主体の通いの場を利用している方の中から、そこでスクリーニングを行い、ポピュレーションアプローチとして啓発をしたり、必要に応じてハイリスク者に対しては個別栄養指導を行うというものです。そのため、骨粗しょう症検診などでフォローされている方については、今回の想定の中に入っていません。今後は、そのようなことについても連携をさせていただけたらと思いますので、よろしくお願いいたします。

委員 フレイルには、ロコモティブシンドローム（骨・関節・筋肉などの機能低下）のような整形外科的な運動不足から起こるフレイル状態もあります。フレイルを考えるうえでは、ロコモティブシンドロームやサルコペニア（筋肉量が低下している状態）も踏まえて考える必要があると思います。

国の老健事業のフレイルは、低栄養にターゲットを絞っているので、少し偏ってしまっているところがあると思います。現実問題、骨や関節、筋肉の問題によって起こってくるものについては、ロコモティブシンドロームの概念も踏まえて、整形外科の医師に協力を得て、対策をしていかないといけないと思うのですが、フレイルと医療の接点がなかなか難しいと思います。

事業実施をするときには、フレイルと掲げないと補助金をもらえないのですが、実際の対策としては、ロコモ対策に踏み込んでいかないと、ずいぶん偏ったものになってしまうのではないかと危惧します。

そしてもう一つ、胃がん検診に内視鏡検査を加えるというのは大変すばらしい取組だと思うのですが、この内視鏡検査を取り入れるにあたって、実際の検査中に潰瘍が見つかったり、ピロリ菌の確認が必要など、検診から医療に移る場合、検診と医療行為との切り替えについてどのような整理をされていますか。

委員 原則としては、吹田市の内視鏡検査は、観察することを検診とするとしています。ただ、検査医が悪性を疑い、組織診などが必要と認めた場合には、組織診をしてもよいということになっています。これを保険診療とするのかの解釈は難しいですが、悪性を強く疑った場合にのみ、組織診をして、それを保険請求できるという解釈で説明しております。

委員 ぜひ、しっかりと打ち合わせをしていただけたほうがいいと思います。患者としては、いろんなことを一度にさせていただけたほうがありがたいし、医師にとってもそのほうがありがたいです。観察だけしかだめであると言われてしまうと、もう1回内視鏡を入れ直しましょうということになり、利益が相反してしまいます。

ですから、この検診の内視鏡でやれる範囲はここまでであると、はっきり医師に伝えていかないと、医師によってやり方が変わったり、グレーな部分がより広がったりすると思います。ただ、グレーをなくして、観察だけしかできませんというのが、一番不幸な結果になってしまうので、どこまでが検診で、どの辺までどういう医療に切り替えてやってもらうのかということを協議していかないと、かえって不満を生む結果となってしまうので、是非御検討いただきたいです。

委員 オーラルフレイルということがありましたので、歯科医師会としては10年近くオーラルフレイル予防、お口の健康調査という形で、お口の機能の低下についての調査をさせていただいているところです。これは独自でやっているものですが、各歯科医でやっているデータがありますので、この辺も踏まえていただければと思います。

会長 次の案件に移ります。（４）令和元年度年末年始の救急医療体制等について、事務局から説明を受けます。

事務局 —資料４に沿って説明—

委員 休日急病診療所の移転に関連してですが、国立循環器病研究センターでは、まだ今でも旧病院に行かれる方が毎日数人いますので、休日急病診療所の移転についても、周知をしっかりとする必要がありますと思います。また、吹田の南部に住む方が行きにくくなりますので、クレームも増えるのではないかと思います。その辺についての覚悟も必要かと思います。

委員 確認なのですが、市立吹田市民病院の小児科一次救急受付時間が、午前７時から午前９時までの２時間だけの受付ということで、ほとんど受付をしないということになりますが、記載内容は合っていますか。

事務局 合っています。これは、市立吹田市民病院が夜間二次救急の救急病院としての診療をされていることから、引き続き翌朝の午前７時から午前９時の間も、一次救急として受付していただけるというもので、以前から行っています。

委員 資料の確認なのですが、大阪大学医学部附属病院の救急車の受入れが思ったよりも少なく、文部科学省で見ている救急の数からみても随分少ないのですが、数え方が違うのではないのでしょうか。

会長 事務局にお聞きします。これは吹田消防署の統計ですか。

事務局 吹田消防署の統計ではなく、私どもから直接医療機関に送付した様式によって御回答いただいている数字です。したがって、なぜ差が出ているかということについては、お答えすることができないのですが、こちらの回答については病院から自己申告にいただいた数です。

委員 おそらく数えている内容が病院によって違うかもしれません。大阪大学医学部附属病院の時間外の数はずっとあると思います。数え方を統一したほうが良いのではないかと思います。

事務局 数え方については、これから考え方を統一してできるように整理していきたいと思います。

会長 次年度からは質問内容を精査していただけるということでよろしいでしょうか。ほかに質問がないようでしたら、次の案件（５）中核市移行関連の報告事項について、事務局より説明を受けます。

事務局 ー資料５に沿って説明ー

会長 ありがとうございます。何か御質問はございますか。大きく変わるということですが、今後も市から様々な案内があると思いますが、よろしくお願いします。案件（６）その他について、事務局からお願いします。

事務局 健都に関する報告事項を事務局より御説明いたします。

ー参考資料３、参考資料４に沿って説明ー

会長 ありがとうございます。事務局からほかにありますか。

事務局 ありません。

会長 以上で本日の案件はすべて終了しました。長時間の御議論ありがとうございます。