

平成 26 年度第 1 回 高知県医療審議会保健医療計画評価推進部会議事録

- 1 日時：平成 26 年 8 月 26 日 18 時 30 分 ～ 20 時 50 分
 - 2 場所：高知共済会館 3 階 中会議室「藤」
 - 3 出席委員：安田委員、内田委員、岡村委員、沖委員、清水委員、田中委員、
田村委員、寺田委員、細木委員、堀委員、堀川委員、宮井委員
 - 4 欠席委員：筒井委員、野嶋委員
- （事務局）医療政策課（川内課長、豊永企画監、高橋課長補佐、久保田主任、安藤チーフ、
前田チーフ、藤野チーフ、伴主幹、中岡主事）
医師確保・育成支援課（須藤チーフ）
健康長寿政策課（山本企画監）、医事業務課（土居チーフ、古味チーフ）
健康対策課（福永課長、山崎チーフ、山本チーフ）
障害保健福祉課（森本チーフ）

（事務局）それでは定刻になりましたので、ただ今から平成 26 年度 第 1 回高知県医療審議会保健医療計画評価推進部会を開催させていただきます。

まず、委員の皆様の交代について報告させていただきます。医療審議会本会の委員をされていますが、本年 7 月末をもって任期満了となり、8 月から委員の委嘱をさせていただきました。多くの方に引き続き当議会の委員になっていただきましたが、1 名委員の方の交代がっております。

高知県看護協会の会長交代に伴いまして、宮崎委員にかわり宮井千恵委員にご就任をいただいております。

（宮井委員）宮井でございます。よろしく申し上げます。

（事務局）また、専門委員の方についても引き続きご就任いただいておりますが、高知県医師会の役員改正に伴い、畠中委員にかわり寺田茂雄委員に新たにご就任をいただいております。

（寺田委員）寺田です。よろしく申し上げます。

（事務局）お願いいたします。

また、本日は所用のため、筒井委員、野嶋委員のお二人が欠席されております。

本日出席予定 12 名の委員のうち、まだ岡村委員がおみえではございませんが、現時点で委員総数 14 名中 11 名（後に岡村委員が出席し、12 名となる）の出席をいただいております。医療法施行令第 5 条の 20 第 2 項の規定により本日の会議が有効に成立しておりますことをご報告させていただきます。

では、医療政策課長より開会に先立ちご挨拶をお願いいたします。

（事務局）皆様、こんばんは。医療政策課長の川内です。

お忙しい中、保健医療計画評価推進部会にお集まりいただきまして本当にありがとうございます

ございます。

本日は、第6期の保健医療計画の最初の評価ということで、議題を設定させていただいております。この現行の計画につきましては、この審議会で昨年3月に承認をされまして、今、策定となっておりますことをお礼申し上げたいと思います。

本日は、この25年度の取り組みについて評価調書をもとにご審議いただきたいと思っております。非常に項目も多いです。また、幅広い分野についてご検討いただくこととなりますけれども、それぞれの立場からご意見賜ればと思います。

それと、最後のほうに時間がありましたら、大体、今日お集まりの先生方のご存知かと思いますが、今日の追加資料の3ですか。A4の横で、地域における医療及び介護云々と書いてあるペーパーですけども、先の通常国会で、いわゆる地域医療・介護総合確保推進法という社会保障制度改革の一環としての法律が制定されました。

これは、順次施行になっていきます。特にこの部会との関係で言えば、医療法の改正で、まず各医療機関ごとで病床機能、またその医療機能の情報を県のほうに報告をしていただく制度ができます。高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4類型に分けてご報告いただくということになります。この結果を踏まえて、来年度から地域医療構想を策定することになります。

また、この地域医療構想を確立するために、今年度、この地域医療・介護総合確保促進法に基づきまして県基金が設置をされます。これについては関係各機関、団体からご提案をいただきまして、ひとまず今年度の分につきましては、先般、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会の先生方と一緒に厚労省のほうにヒアリングに行ってきたので、もう少しすると結果が出るということでもあります。

今後、この基金について、この部会の関連で行きますと、先ほど申し上げた地域医療構想の策定の議論を練っていただくということになります。これについては、別途、検討の責任を設けるかどうかということは、現時点では検討中でございますけれども、いずれにしても、医療法に基づく医療計画、保健医療計画の一部を成すものになるということですので、いずれにしてもこの部会でもご議論をいただくということになるかと思っております。その時期が来年度のいつからになるかということは、申しあげられませんが、あらかじめご説明をさせていただきたいと思っております。

また、これにつきましては、来月11日に開催予定の県医療審議会において詳しくご説明をさせていただく予定ですので、両方の委員になっておられます先生方につきましては、またそちらでご意見等を賜ればと思います。

少々長くなりましたけれども、本日、実りのあるご議論をいただければと思います。よろしく申し上げます。

(事務局) それでは、資料の確認をさせていただきます。大変、分厚い資料をお持ちいただきまして申し訳ありませんでした。事前に事務局から4種類の資料をお送りしてござい

すが、本日お送りした資料をお持ちでない委員の方はいらっしゃいますでしょうか。

ありがとうございました。それでは、本日、お席のほうに配らせていただいております資料について確認をお願いいたします。皆様の机の上に、配席表、本日のレジメと名簿、本日、評価調書の差し替えがございますので、項目の一覧表、この項目の一覧表の中で差し替えのあるものにつきましては着色をしておりますが、それについてご説明する場合は恐縮ですが、差し替えのほうをご覧ください。

あと、追加資料としましては、基準病床に関する資料。保健医療計画のへき地医療に関する内容の新旧対照表が1枚。それから、先ほど課長から申しあげました医療・介護総合確保推進法に関する資料のほうをお配りしております。

また、順にご説明してまいりますので、不備等ございましたら、事務局のほうにお知らせください。

それでは、ここからの進行につきましては会長にお願いします。どうかよろしく願いいたします。

(安田会長) それでは、ここからの議事進行を務めさせていただきます、高知大学の安田でございます。よろしく願いいたします。大変な資料の多さと時間が限られていますので早速進めさせていただきます。

まず、規定によりまして、議事録署名人を私のほうから指名させていただきますが、田村委員と堀川委員にお願いをしたいと思いますが、よろしいでしょうか。よろしく願いいたします。

それでは、早速ここから議事に入りますが、第6期高知県保健医療計画の評価という大きな議題ですけれども、特に5疾病5事業、在宅医療に関する進捗状況の報告とその評価結果について事務局から報告していただきまして、皆様から質疑応答いただきますが、1項目ごとではなく複数をまとめて説明を事務局からしてもらいまして、その内容についてまとめて皆様から質疑応答をいただきたいと思っております。

まず、5疾病についてまとめて事務局のほうから説明をしてもらいますので、よろしくをお願いします。

(事務局) 医療政策の医療計画全般を担当しております担当チームの安藤と申します。

まず、評価調書の前に一点だけ追加資料を、本日お配りしたA4のものがございます。基準病床数の状況ということで、これは評価いただく項目ではございませんけれども、策定時から減がございますので、ご報告ということでお手もとに付けております。追加資料と右上に書いてあるものですね。

一般病床、療養病床、精神、結核につきましては一定、策定時、24年の11月時点でしたが、この5月31日時点で一定、病床数は減ってきているという状況でございます。感染症病床につきましては変更ないという状況でございます。

これは、評価というより医療計画にございますので、直近値のご報告ということでござ

います。

そうしましたら、評価のほうですけれども、事前に資料を配布させていただいた際に、評価調査の中身の記載の方法について一定、解説のほうは付けさせていただきましたが、改めて簡単にご説明させていただきます。

A 3の1ページ目のほうを参考にご覧いただければと思いますが、上段、「第6期高知県保健医療計画記載内容」ということで、これは医療計画に書いております「現状」、「課題」、「対策」、「目標」、これを簡潔にし、抜粋をしているものでございます。その中で目標値の「直近値」、右から2番目の欄ですが、これが直近でとれるものにつきましては直近値を入れて、進行状況がわかる形にしております。

下半分ですけれども、「平成25年度の取り組みについて」という項目ですけれども、上段の医療計画の対策欄に書いておりますものに対しまして、25年度どういったことを取り組んでいくかという計画のほうを一番左のP欄に記載をしております。それに対して、実際25年度にどういった取り組みをしたかということD実行欄に記載しまして、その右のC欄で、その取り組みについての評価を行っております。また、あわせまして、その評価をしたうえで今後の課題、そして今後の対策ということでA欄に記載しております。

そして、5疾病、5事業、在宅につきましては、医療計画の巻末に現状把握の指標というものを付けておりました。欄で言いますと、1ページめくっていただきまして2ページ目ですけれども、医療計画策定時に作っていたものから直近で変更があるものが拾えたものにつきましては全て拾って記載をしております。ちょっとコピーした関係で色が薄くなっておりますが、変更したものについては着色しており、変更した数字がわかる形で記載しております。

これが今回の評価調書全般に関します考え方でございます。

それでは、これから、それぞれの担当課が評価調書のご説明をさせていただきます。ただ、時間の関係上、本来は全てご説明すべきところですが、主な取り組みを抜粋してご説明をさせていただきます。それで説明しきれない部分は、質疑でご質問いただければと思います。

それでは、がんから、担当課から説明いたします。

(事務局)健康対策課でがん対策の担当をしております山崎といいます。よろしくお願ひします。私のほうからは、がんに関する項目についてご説明させていただきます。

お手もとの、今の資料1ページになりますけれども、右肩に6-1と書いてありますA3の資料ですが、こちらのほうで説明をさせていただきます。

具体的な25年度の取り組みということで下半分を中心に説明をさせていただきます。先ほども説明がありましたけれども、P・D・C・Aと分かれておりますので、順番にPDC Aにそって説明させていただきます。

まず、1つ目ですけれども、がん予防とがん検診の推進に関しての取り組みになります。

感染に起因するがん対策としまして、肝炎に関する啓発イベントを行うとともに、肝炎ウイルス検査を無料で行い、陽性者の発見に努めました。今後は検査で陽性とわかったあと、治療につながっていない方への対策が重要となってまいりますので、肝炎陽性者へのフォローアップに努めていくということにしております。

次に、がん検診の受診促進。「・」の3つ目になりますけれど、25年度は新たに広域検診と大腸がん郵送検診に取り組みました。広域検診は居住地以外でも市町村のがん検診が受診できるよう市町村の枠を取り払った検診で、去年は22回開催をいたしました。今年度は44回開催を予定いたしております。

改善のところですが、高知市以外の検診会場での申し込みが低調であったことから検診会場の見直しや検診の周知方法について検討をしていくこととしております。

大腸の郵送検診につきましては、温度管理が比較的しやすい冬場に限定して、郵送による回収を可能とすることで住民の手間を省こうとするものです。25年度の結果はこれまでの検診と郵送検診に大きな差がないということが分かりましたので、今年度から冬場に限定してですが、郵送回収を本格実施できるよう準備を進めていくこととしております。

次に、2つ目の項目になりますが、がん医療の推進になります。医科歯科連携の取り組みといたしまして、高知県歯科医師会さんのほうが、がん診療連携拠点病院と事業連携に関する合意書のほうを締結されております。また、がん患者への口腔ケアに関する講習会を開催され、研修を修了された歯科医師を連携医師として登録する体制を整備されております。

また、2番の一番下になりますが、緩和ケアの推進としましては、各がん診療連携拠点病院でがん診療に携わる医師のための緩和ケア研修の開催をしております。今年度はこの研修修了者を対象としたフォローアップ研修会も開催していくこととしております。

次に、3つ目の在宅医療の推進についてですが、がん患者さんなどに、がんであっても療養の場所として在宅も選択できることを知ってもらうため、去年はポスターを、今年度は啓発冊子のほうを作成して医療機関などに配布をしております。また、多職種を対象とした研修会を開催しておりますけれども、現場体験ができていない状況にありますので、今後は実地研修のあり方についても検討をしていくようにしております。

次に、4つ目、相談体制の充実についてですが、がん患者やその家族に対する相談は、がん拠点病院等県内6つの相談窓口で主に行っておりまして、年間4600件ほどの相談に対応しております。相談員同士の意見交換会も定期的を開催をして、顔の見える関係性を構築するようにしております。また、がん相談窓口をより多くの県民の方に知っていただくため、相談窓口の紹介カードを作成しまして、県内の医療機関や薬局等にも配布をして周知をお願いしております。

最後に5つ目、がん登録についてですが、がん登録の精度を高めるために死亡情報のみでがん登録が行われた方への遡り調査を行ったり、地域がん登録にご協力いただけ

る医療機関を増やす取り組みを行い、徐々に精度を高めていっています。

最後に、数値目標ですけれども、資料の右上の目標欄のところをご覧ください。

右端が29年度の目標値で、その左隣が直近の数値ということになります。3つの項目を目標値として掲げておりますけれども、いずれの数値も徐々に目標値には近づいていっておる状況にはあります。

今後も先ほど説明しました内容を、より充実して目標に到達できるよう対策を講じていきたいと考えております。なお、この25年度取り組み内容につきましては、がん対策推進協議会のほうにも報告のほうをしております。以上になります。

(事務局) そうしましたら、脳卒中のほうのご説明をさせていただきます。

脳卒中、ページ番号3番。右上の番号で6-2になります。取り組み等が、非常に項目が多いので、1枚目は医療計画の記載内容のみとなっております。

ここの直近値ですけど、空欄、年齢調整死亡率のほうは直近値が設定以降とれておりませんので空欄となっております。脳卒中センター、脳卒中支援病院の数、これにつきましては、変動がございません。

次のページをご覧くださいまして、ここからが25年度の取り組み、4ページ、5ページと2ページにまたがっております。この項目、このページは主に1番から7番までが予防の取り組みという形になっております。

予防に関しましては、主に1番、2番、3番を重点的にやっております、喫煙対策、高血圧対策、健診の受診率の向上といったことに関して取り組んでおりまして、喫煙対策につきましては、Dの一番上にあります喫煙治療をすすめるチラシの作成、こういったことを行いまして、受診者への声かけをしていただいているという状況でございます。

2番目の高血圧対策につきましては、PRと人材育成ということで、これも一番上ですけど、人材育成の研修を行っております、右の評価欄にありますように、400名程度の医療従事者のご参加をいただいております。が、課題としまして、キーマンとなります医師、薬剤師の方の参加が少ない状況ということで、今後の対策としまして、本年度以降、このキーマンの方の参加が増えますように、医師会、薬剤師会へ委託という形をとらせていただきまして、主体的に取り組んでいただいて参加を増やしていただきたいということで対策を考えております。

また、8番以降は、今度は医療連携体制の項目になります。医療連携につきましては、こちらの脳卒中につきましては、脳卒中医療体制検討会議のほうで議論いたしましたが、一定、脳卒中につきましては、地域連携医療パスというものを運用しております、委員からもご意見としましては、一定スムーズに組みがなされているというご意見をいただいております。

そんな中で5ページのほうをご覧くださいまして12番の項目ですけれども、先ほどの地域医療の連携パスにつきましては、急性期から回復期、そして、回復期から維持期とい

う形で、患者さんが渡り歩かれるといいますか行く時に、バスでもって情報共有していくという仕組みですけども、一定、維持期から回復期への情報のフィードバックが今ないという状況がございます。

これにつきまして検討するということが計画としてなっております、D欄、実行としまして昨年度、その仕組みについて検討を行いまして、今年度からそのフィードバックの仕組みを一定、事業化するということができました。

今後につきましては、その仕組みを県の委託事業ということでお金を投入して取り組んでおりますが、そういったものなしでシステムとして継続していくものをつくりあげていきたいということで考えております。

また、17番のほうですけれども、合同研修会や勉強会などの開催ということで、Dとしまして、高知中央医療圏脳卒中地域連携の会という、民間の医療機関主体の会がございます。こちらで、このDに書いておりますような色々な取り組みをしていただいております。これにつきまして、計画通り取り組みをされております、今後も引き続き行っていくということになっております。

項目が多いのではしりばしりですけれども、脳卒中は以上になりまして、次の7ページをご覧ください。

今度は急性心筋梗塞でございます。これについても、急性心筋梗塞医療体制検討会議のほうで、この評価調書のほうを検討していただいております。

1枚目が医療計画の記載内容で、直近値のほうですけれども、これもなかなか国の統計等で数値が出ないものでありまして不明が多いですけれども、上から3段目、「一般市民より心肺機能停止を目撃された心原性の心肺停止症例の1ヶ月後の生存率」これについては12.3を13%まで上げるという目標でしたが、現時点で目標を超えた数字が出てきております。

8ページをご覧ください。8ページはこれが全部、取り組みの調書になっております。上の分は、実は脳卒中、心筋梗塞、そしてこのあと、ご説明いたします糖尿病、これはもう基本的に予防の対策がひとつは重要ということで、取り組みは、先ほどのものとほとんど同じものが入っております。

下のほうが医療の連携体制ということでございます。その中で、救護搬送体制の中、1つが新聞広告や講演会等の啓発を実施ということですけども、これにつきましては、この後ご説明します救急のほうで主に取り組みをしております中に心筋梗塞、脳卒中もそうですが、もし万が一、こういう状態になったら至急受診をしてくださいというものもあわせて広報をしております。

この議論をする中でA欄ですけれども、委員の方々からは、AEDの設置場所、これは、このあとの指標にも実はあるんですけれども、相当数、県内でも設置数が増えております。しかしながら学校ですとか公共の建物に多く、夜間等の利用ができにくいということがご

ざいまして、24時間の対応ができる場所を拡大していく必要があるというご意見をいただきまして、今後それを検討していくことを考えております。

また、その一個下ですけれども、医師、看護師、救命士などを対象とした研修を推奨ということで、昨年度ICLSという医療者向けの研修があるんですけども、これは民間等の医療機関のほうで開催をしていただいております。この取り組みは、やっていただいたんですけど、またこれも課題の欄で、委員の方からご意見がありまして、12誘導心電図ということで、通常的心電図よりもうちょっと心電図が正確に測れるものがございます、これを救急車に導入することで、より心筋梗塞の対応が早くできるというご意見がいただきまして、これについても今後、検討していきたいということで考えております。

もう一点、下から3番目、あき総合病院に心臓カテーテル治療室を整備するという計画がございます、これは、あき総合病院の今回の建て替えに伴いまして、実際にカテーテル治療室が整備をされております。ただ、これにつきましては、部屋というハードの整備ができておりますが、今後、安定的に安芸で心筋梗塞の治療を本格的にご対応いただくために、安定的な人員を含めた体制づくりをしていただきたいと思いますというご意見がございました。これが心筋梗塞でございます。

続けてご説明させていただきます。10ページをご覧ください。糖尿病でございます。

これも1枚目は医療計画の記載内容でございます、これも直近値が、これは出ております。これにつきましては、データとしては平成24年のデータで、実はこの医療計画、6期が始まる前の数値ではございますが、一定目標設定時よりは良い数字になってきております。

11ページをご覧ください。25年度の取り組みでございます。11、12と2枚ございます。ここも上半分は予防の取り組みということでございます。

取り組みとしまして、8番の項目をご覧ください。県のほうでラジオ広告をやるという、広報していこうということになっておりまして、昨年度、FM高知で月に1回ラジオ放送をさせていただいております。これにつきましては、計画どおり実施しまして、今年度も引き続きラジオ放送をやっております。毎月第4月曜日にFM高知でやっております。また、他の媒体についても検討するということになっております。

次の12ページをご覧ください。

糖尿病につきましては、一部事前送付から差し替えがございました。差し替えたところは15番の項目です。15番の項目、医師会の発言された先生と調整しておりましたので、未確定としてお送りしておりましたが入れております。

取り組みとしましては、特徴的には16番の取り組みです。県の糖尿病療養指導士の制度を、準備会を立ち上げているという計画がございました。これにつきましては、25年度に実際に高知大学さんを中心としまして中央委員会のほうが立ち上がりまして、今年度からこの制度が動き始めるということになっております。今年度、講習会、そして試験を県

単位で開催いたしまして、県の療養指導士、育成していくということが動き始めております。

はしりばしりでしたが、3疾病、以上でございます。

(事務局) 続きまして、精神疾患について説明をさせていただきます。14ページをご覧ください。

申し遅れました、障害保健福祉課の森本と申します。よろしくお願いいたします。

では、同じく上段のほうが医療計画の抜粋になってございます。その一番右側の目標のところの直近値及び目標設定時のところを見ていただきますと、一番上に書いてあります精神科救急相談窓口、精神科救急情報センター数に関しましては、まだ達成ができていないという状況です。

その下、うつ病に関するところで、G-Pネットこうち、かかりつけ医と精神科医をつなぐシステムの圏域数を増やしていくよという目標に対しましては、既に目標であります全圏域の設定が完了しておりますということでございます。

一番下、認知症にかかる部分で、まず認知症疾患医療センターの設置に関しましては、基幹型1圏域、地域型4圏域の設置が完了しております、ほぼ目標どおりの達成ができておるということでございます。

最後、認知症の連携を進めますクリティカルパスの作成に関しましては、現在、試行運用に向けて会議で検討中ということで、まだ0圏域のままということになっております。

では、下段のPDC Aを見ていただきまして、1つ目の精神科救急情報センター・精神医療相談窓口の設置でございます。この救急情報センターと相談窓口と申しますのは、救急対応が必要な患者の重症度に応じまして、受け入れ先の調整をいたしたりしますのが救急情報センター。それから、精神障害のある方が安心して地域で生活できるように休日や夜間に相談できる窓口が精神医療相談窓口ということでございます。

こちらでも委員会を立ち上げまして議論していただきながら進めておりますが、民間の協会のほうから、やはり公的機関が担うべき機能であるというご意見をいただく中で、県立の2つの病院を中心に委託について複数回に分けて協議を進めてまいりましたが、ご存知のように高知医療センターの精神疾患のほうは医師不足の状態、精神の入院を今、受け入れを止めておる状態というようなところもございまして、なかなか、今、この段階で受ける、さらに別業務を受ける状況にないというようなこともございまして、難航しておるというところでございます。

続きまして、2段目の認知症疾患医療センターでございます。増え続けます認知症患者に対応するために、認知症の鑑別診断をしっかりとできる場所を指定しまして、早期診断、早期治療につなげるということでございます。

これに関しましては、先ほど申し上げましたとおり、基幹型センター、高知大学医学部附属病院にございますが、これの設置と各二次医療圏域にひとつずつの地域型疾患センタ

一の設置が完了いたしました。計画では、もうひと圏域、保険上、エリアごとにという思いがあったので、もうひと圏域作っておりましたけども、その後に出されました国のオレンジプランという計画で、二次医療圏域に1つずつが原則だよと言われておりました、実は4つ指定した後に基幹型を設置することについても、かなり国から難色を示された経緯があったんですけども、それは何とか中央圏域の広さですとかいうところをお認めいただいて、原則より1個多い5つを認めていただきました。さらに6つ目をというのは、なかなか厳しい状況というのがございます。

続きまして、認知症のクリティカルパスでございますが、これは大きく分けまして2種類ございまして、実行のところに書いておりますけども、かかりつけ医と専門医の間でやりとりしていただく診療情報提供書を認知症用に作ったのが、医療情報パスということでございます。これに関しましては、もう運用を開始しております、広く知っていただく活動を今後進めてまいりたいと思います。

また、医師同士、あるいは医師と介護機関、あるいは行政機関等でその患者さんの情報を共有し、適切なサービスができるようにするパス、地域連携パスというものがもうひとつございます。これに関しましては、本年度中の試行運用開始に向けまして委員会を開催しまして、内容を詰めていきたいというふうに思っております。

最後、うつ病対策でございますけれども、かかりつけ医と精神科医の間をつなぐG-Pネットこうちというものをつくっております、最初、高知市から試験運用をはじめまして徐々に拡大をしております。昨年度末から安芸圏域、幡多圏域への拡大が完了しまして、エリアとしましては医療計画に目標を掲げていた全圏域への運用開始ができています状況でございます。以上でございます。

(安田会長) それでは5疾病ですね。がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患について事務局から資料の、特に注目していただきたいところの説明がございましたが、どの疾患についてでもかまいませんが、更に詳しく説明が聞きたいところとか、お気付きの点がありましたら自由にご発言いただければいいですが。

沖委員どうぞ。

(沖委員) 高知県歯科医師会ですけども、がんについてお聞きしたいのですが、これの下の段の2番目の下から2つ目の分ですね。医療連携体制の整備ということで、その次のDのところ、高知県がん患者医科歯科医療連携講習会の開催という形で、先ほどの説明にも、がん患者への口腔ケアについて多くの歯科医師が登録をされたという説明では聞いたんですけども、この理解をしたというのと登録されていて、それが、がん拠点病院のほうに送られているわけですね。そうなってくると、それこそ医科歯科連携だと思んですが、この書き方だと、単に歯科医師が理解したと、大体そうっておるんですが、この講習会1、講習2、講習3のことはご理解されているんでしょうか。

(事務局) それぞれの歯科医師の先生が一定ご理解いただいて、登録までしてかまわない

というふうな先生方について名簿の登録をいただいて、その情報を拠点病院のほうに提供されておるといふふうに伺っております。

(沖委員) その講習1、講習2、講習3の違いということとは。

(事務局) 県が、ということですか。

1は治療前というような形で一定ステージに応じた研修について、それぞれ設定されて研修をされているように聞いております。最後のステージ3というのが、一番進行しておる緩和ケアに関するところの講習というふうに伺っております。

(沖委員) 結局、その医科から歯科へのオーダーというのが、それが今、無い状況ですよ。これが医療保険の、ちゃんと点数がつけられている状況ですけども、理解したで終わるんじゃなくて登録ができておるわけですよ。そこをまた進めることを書いておいていただきたいんですが。

勉強したままで、我々も全然感想が来ないというか、そういう状況がありますので、是非そのへんの進め方を県でしてもらいたいと思います。

(事務局) はい、わかりました。

(安田会長) よろしいですか。その他はいかがでしょうか。

どうぞ、寺田先生。

(寺田委員) がんのところの下25年度の取り組みのところについてですけど、2番、3番のところですね。在宅医療と、そのがん、この辺のところは、実は訪問看護ステーションとの連携、非常に大事になってくると思うんですけど、そういうものに対する計画、あるいは実行、この3番のDの2行目の、送付しただけということですけど、訪問看護ステーションの数とか24時間体制とか、そういうことに対する計画とか、そういうのはなかったんですか。

(事務局) 在宅緩和ケアにつきましては、また別に、在宅緩和ケア推進連絡協議会という会議を設けておまして、そちらのほうで、どのような対策を講じていくかというところの検討をしておるところですけども、在宅緩和ケアについては、訪問看護ステーションさんがキーになってくるということで、そちらのほうといかに連携とってまた増やしていくかということについては議論しているところですけども、連携が大事というところ、顔が見える関係性というようなところで、多職種研修会等をして現場を知っていただくことで訪問看護ステーションの存在も知っていただいて、在宅へつなげるというような対策といいますか研修等を実施して、連携については対策をしております。

(寺田委員) 問題は、在宅でやろうとするので、やはり医師だけではできませんから、訪問看護ステーションとの両輪ですね、それがなければおそらく進まないと思うので、そのところをもうちょっと書き込んでもらいたいなという気がします。以上です。

(安田会長) その他はいかがでしょうか。

宮井委員、どうぞ。

(宮井委員) 看護協会の宮井です。

私も、がんの25年度の取り組みの中の「3. 在宅医療の推進の実行、評価のところ、研修会の開催等で顔の見える関係性が構築され、少し実行力があるようになってきつつあるかと思います。課題のところ、医療従事者により具体的に在宅緩和ケアを理解してもらう現場体系を、ということが書かれているのですが、26年度の実地研修に活かしたプランになっていくようなご検討いただいているのでしょうか。

なかなかここは、配るとか、知らせるとか、研修するというところではなくて現場での実地研修のことなので、そのあたりがどうなっているのでしょうか。

(事務局) 26年度にただちにとということにはなっていないんですけども、27年度の予算に向けてということにはなるんですが、現場を知っていただかないことには、なかなか、病院側の方々に現場を知っていただかないと、在宅、無理だろうというようなところがありますので、というイメージを払拭するために現場を知ってもらうという研修会を開催せんといかんねというような話が出ておまして、27年度の予算の要求の時には、そういう実地体験のできる研修を組み入れていけたらいいなというふうに考えておるところです。

(安田会長) どうぞ、堀委員。

(堀委員) がんの予防・検診の推進のところ、広くテレビ等、マスコミ等で検診を受けましょうということ、テレビで流していただいて、非常にありがたいと思っておりますけれども、それで効果があったかどうか、それと、Aの改善の課題のところ、広域検診を高知市会場以外の検診会場への申し込みが低調。これの低調、課題ですよ。これの原因は何かということと、それに対して検診、周知の方法の見直し。これは現在、もう考えていらっしゃるのでしょうか。ちょっとお聞かせいただけますか。

(事務局) がん検診の受診率自体は、まだ25年度は出てきていない状況ですけれども、22年から色々な取り組みを始めているんですけど、22から24年については、徐々に上がってきている状況です。25年度はちょっとまだ集計がまとまりきってはいないんですけど、速報で言いますと、がん検診は、職場で行う職場検診と市町村で行う市町村検診があるんですが、市町村検診のほうはちょっと受診率が下がり気味かなというところがあるんですけども、その分、職場検診のほうで受診される方が増えておればいいんですけど、まだそこまで集計ができていないところです。

広域検診のほうの課題についてですけれども、高知市会場以外の検診への申し込みが低調というところですが、去年は22会場、設置した時に高知市会場というのが4ヶ所のみだったんです。他のところは全部、他の市町村ということでやっておりましたけれども、人口規模的にも高知市さんのほうが人数が多いですので、そちらのほうへの申し込みが多くなるというところがあります。また、広域検診は、未受診の方で、通常の市町村検診が終わったあと、2月、3月という時期に開催をしておりますので、未受診の方のみ

が対象になってくるというところもございます。

そういうことで、高知市以外のところの市町村については、受診申し込みが低調というようなところがございます。

今年度につきましては、高知市会場のほうをより多く設定をするような形にして、受診をお断りする方、高知市内の方の受診をお断りするの少ないような形にしております。

また、去年初めて、この検診はしたんですけれども、主な周知を2月から検診が始まるんですが、12月に集中的に開催の案内をしているんですけれども、その時に見ても、3月の検診の申し込みというのを直ちにすることはなかなかないということがございまして、3月検診からの受診が低調というところがございますので、今年については12月にもご案内をしますけれども、その後もこまめに検診案内することで、3月の申し込みも増やしていけたらと思っております。

(堀委員) ありがとうございます。

(寺田委員) がんのところですけど、書き込みが無いのでお尋ねしたいんですけど、25年度の実施について、クリティカルパス、がんの。かなり、例えば大腸がんとか肺がんとかみんな違うんだけど、そのへんのクリティカルパス自体は、ここには出てこないんですけど、これは諦めたということですか。

(事務局) クリティカルパスのパス自体は5大がんについては、それぞれ共通のパスのほう、作成はしておりますが、実施はとても低調というところで、なかなか進んでいないのが現状です。

(寺田委員) ここには書き込んでいないですね、何も示されていない。

それと、12ページの糖尿病のところですけども、これもやはりクリティカルパスのところ、12ページの18番。これ僕も聞いておるんだけど、実際には、なかなかこの右から2つ目のAの改善のところ、個々のパスが多く、とнаっていますね。右から2番目の18番のところですね。互換性に乏しいとか。

これが何かひとつとりまとめしないと、おそらく言っているだけで何も進まない気がするけど。今のがんの報告もそうだけど、要するに、個々の、違ってきますので、しかも糖尿病に対しては、糖尿病の場合、いわゆる双方向の問題が起こりますよね、パス自体は。その問題とがんのところは、その各種がんでパスが違って来るので、そのへんのところ、もし、やるならやるでしっかりしないと、このへんのところ、いい加減だなと僕はみているんですけど、どうですか。

(事務局) はい。糖尿病のパスにつきましては、今後の対策欄にもございますとおり、今後ですね、郡市医師会等に働きかけまして、共通化、寺田先生がおっしゃるとおり共通化について検討していきたいということで考えております。

(寺田委員) 認知症と脳卒中は既にちゃんとしたパスができていますよね。それだけにここがちょっと目立つと僕は思っています。

(安田会長) がんが中心に話が出てきていましたが、糖尿病が少し、ご指摘がございましたが、脳卒中、精神、急性心筋梗塞ですね、いかがでしょうか。

どうぞ。

(内田委員) 14ページのうつ病対策で、G-Pネットこうちができたことによって、うつ病の患者さんが減ったのか、うつ病の治療が進んだのか、そういうデータございますでしょうか。

(事務局) はい、ありがとうございます。G-Pネットこうち自体の利用実績というのは、非常に件数としては少ないです。ここ数年間で合計しましても18件ぐらいということになっております。その理由の1つとして、やはり、かかりつけ医の方にもファックス等で県のほうに診療情報提供書のようなものを書いていただいて、ファックスしていただくとか、手間がひとつかかるなとかいうようなところがございました。

今年度に入りまして、ちょっとアンケート調査を実施させていただきまして、使ってみてどうしたか、とかいうようなことでアンケートをしたら、やはり、そのへんの手間が少しかかるなというようなご指摘をいただいたところも多くございました。

このG-Pネット会議、第1回目を先日開催させていただきまして、そのへんのことをご協議させていただいたところ、ちょっとやり方を変えて、できるだけかかりつけ医の先生にお手間のかからないような形にしようというのがひとつと、アンケート調査の意見でよく出ておりましたのが、G-Pネットこうちのシステムは使わないけど、G-Pネットこうちをやってくれたおかげで精神科医と知り合いになれたと。交流会等をやっていきますので、それで人との付き合いが出来たら、もう顔と顔の付き合いで、普通の診療情報提供書でつながっていくと。このシステムは使わないけど、このシステムの色んなツールを使って、早期の診断につながったというようなことは人伝えには聞きますけども、統計的には出てこないものですから、そこらへんの把握はちょっと十分にはできておりません。

(内田委員) それともうひとつ。がん検診のことですけど、がん検診を進めていくと、がんの発症率とかが減るとかいうデータはあるわけですか。

(事務局) がん検診の受診率50%というのを国も掲げているんですけど、50%以上の方が受診を、がん検診を受けるようになりましたら、がんによる死亡率が減少してくるだろうというふうには言われております。

また、がん検診で早期発見をすることによって、がんによる5年生存率というのが出てまいりますので、早期発見早期治療によって、がんによる死亡者というのは減少してくるというふうには考えています。

(内田委員) 何で言ったかという、やっぱり、がん検診を受けてがんにならないような対策を皆がとるかどうかによって、がんの発症率を防げるんじゃないかなと思いますけど、検診受けて、がんが無かった、ああ良かったって済んでしまうと、がんの予防にはならないわけですから、がんにならないための対策がどう進んでいくのかということが大事だと

思うんです。

(事務局) すみません。健康対策課長福永ですが。

今のお話でございますけれども、国の考え方としては、検診はいわゆる、発病といいますが、がんを発見する。一方、がんの予防というのは、がんにならないリスクを下げるといいます。ただ、現実問題としては、がん検診を持続的に受けるという行動とがん予防行動というものは非常に密接な相関がございます。これは、行動学的にもそうですし、疫学的にもそのような、そういう関係なんです。

ただ、ひとつは、がんの検診の啓発をする時に、やはり、生活習慣病対策と同様に、がん教育という、がんの啓発、これは基本的には市町村の事業ですけど、そこを組み合わせるようお願いを現在していっていると。特に、どうしても大きい部分は喫煙対策の部分と、それから、あとは、いわゆるがん予防、今は12か条という言い方をしないんですが、その部分との組み合わせによって進めていく部分があると思います。

ただ、がん検診の受診率が高くなることにつれて、継続的に受診される方が多くなるにつれて、予防行動が増えていくということは、十分に期待できるというふうに考えています。

(寺田委員) もうひとつ簡単に聞きたいと思えますけど。

1番に検診の問題ですけど、ここで出ているのは、胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮がんですけど、昨今は前立腺がん、特にすい臓がんですね。このあたりは、すい臓がん、早期発見しなければ助かりません。ほとんどあっという間に死んでしまいます。僕等も経験していますけど。

したがって、前立腺がんのほうは大学で、泌尿器科で大分熱心にやっておられるんですけど、すい臓がんになると、ちょっとこれがですね、診療がやっていないのも問題でしょうけど、ちょっと気になります。これを早く発見してあげなかったら、ほぼ死んでしまいます。もう手遅れのことが多いですから。そのへんのところ、やはり何か書き込んでやっていく必要があるんじゃないかと思っています。以上です。

(安田会長) 何か事務局、コメントありますか。

(事務局) 現在、先ほどちょっと死亡率減少効果の話がありましたが、現在、対策型検診として、県が、対策型検診の方で推奨しているのは死亡率減少効果があって、いわゆるエビデンスが確立している検診ということで、一部五大がんのことで出しております。

先ほどご指摘のとおり、前立腺がんにつきましては、QOLの損失が非常に大きい。それから、すい臓がんにつきましては早期発見が非常に難しいがんで進行が非常に早いと。

非常に矛盾する話になって申し訳ないのですが、疫学で検診を話す時は、基本的に発見方法がひとつエビデンス的に確立するということと、つまり、死亡率減少効果があれば一番良いのですが、何らかの手法を使って、がんを発見することと、しないで症状が何か表われた段階で治療を開始するのと、いわゆる死亡率の減少効果があるかどうか。それが

ら、いわゆる生存期間が延長効果があるかどうかということで、非常に矛盾する話になって申し訳ないんですが、すい臓がんにつきましては、現在のところそれほど効果が無いということに、つまり有効な発見手段がなくて、例えばエコー等で発見した場合でも、現状では症状が出てから発見されるよりは、延命できたとか、死亡率が減少したという効果が明確ではないというところですよ。

ただ、非常にすい臓がんというのは死亡率が高い、死亡者数が多い疾患なので、できれば私共としては、手はこまねきたくはないというところがございます。できれば、前立腺がんもそうですが、やっぱり知っていただくということで、5大がん以外のがんにつきましても今年度から県民一般の方々に知っていただくような事業を始める予定と、もう予算も確保しておりますし、予定しております。

私共としては、すい臓がんにしても早く見つけるような方法をできれば研究レベルで出していきたいと、非常に申し訳ないんですが、そういう言い方しか現在できませんが、おそらく血液のマーカーか、エコーか、腹部のCTでないとなかなか難しい部分があると思いますが、一般応用という点ではなかなか難しいかなと。

個別に、多分、受けられる検診ですね、任意型の形では何らかの形でうつしていくんではないかなと考えております。なかなかちょっと書き込むのは難しい部分がございますが、そのような現状でございます。

(清水委員) 参考資料で、ベッド数の推移を出してもらったんですけども、できればですね、これ自体は、評価委員会で議論するのではないかもしれませんが、精神科の現在の状況に関しては、こういう書き方ではなく、直近値で、多分1月30日の病床がありますね。そういう運用病床をきちっと、実際に使われているかですね。この精神科病床が増えることはまずないんですよ。そういう中でどういう減り方をしていくのかというのは、やはり県は握っているはずなのに、それをこういう場に出さない。それはおかしいと思いますね。現在の病床数と、実際に休床しているところ、そういうところは一杯あるじゃないですか。そういう数をちゃんと把握できるように、認知症の時も言ったんですけども、そういうことをしてくれないと、特に、25年に向けて、明らかに政策的に病床数を精神科だけではなくて、全ての病床を減らすというのが基本方針ですよ。それに応じて減っていくんですよ、確実に。その流れをつかんでいかんといかんですよ。それは社会経済的な問題ですよ。病院で勤める人間達の食いぶちがなくなっていくんですよ。だけど、その食いぶちを与えているあり方が、今までと違った形にならないといけなということですね。病床ではなくて、地域で住む人達、これ、認知症もそうですけども。そういうところで、いかに人が関わって自分達の食いぶちを得るか、そういう社会構造の変化が、この25年に向けた動きの中に入っていくので、そういう部分をきちっと何かね。

見方がいつも、何かこうなっちゃうんだけど、実はこの国は変わっていくんですよ。変わっていく先に向かって、きちんと数字を出して欲しいなと思いますよ。特に、僕、精神

科病院なので、これからいかにも減っていくんだということを、身をもって言っていけないといけないので、そういう数字が無視されている部分があるのは、非常に残念です。

(堀委員) すみません。日常生活をしている県民の目線でいきますと、今、高知県が全国1位、病院の数が多くて、今後、医療費のことにかかってくると思うんですね。県民がそれぞれ1人ずつ支払う医療費がかなり高くなってきますよね。それから、団塊の世代が高齢化を迎えます。私も団塊の世代ですけど。

そうした時に病気にならないことが、医療計画の中で一番大切なことだと思うんですね。そういう意味で、ここにも検診予防の部分を書かれて、どの項目も書かれていますけれど、もう少しそのところを県民の方にアピールして、極端に言えば、自分の病気は自分で治しましょうみたいな、予防しましょうみたいなことを大々的に言っていけないと、そこに悲惨な状態が出てくるのではないかと思いますけれど。もう少し重点的にそのところを取り組んでいただけたらありがたいと思います。食育もそうですし。

(安田会長) 要望として聞いておいていただいたら、いいと思います。あとで次期の計画を考える時に大事な視点としてもっていただければいいと思います。ここは、疾病対策とか予防と治療の評価の場なので、次の計画の視点として活かさせていただくというご指摘ということで処理させていただきますが。

その他いかがですかね。時間が押してまいりましたので、まだ5事業と在宅医療の説明が残っていますので。よろしければ、5疾病については、ここで打ち切らせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

次に、5事業と在宅医療についての説明を事務局からまとめてお願いします。

(事務局) 医療政策課で救急災害を担当しております前田と申します。よろしくお願いたします。

差し替え資料の18ページをご覧ください。

右側の目標欄ですが、3つ目標をあげております。救急車による軽症患者の搬送割合と、救急隊のうち常時救急救命士が配備されている割合、救急医療情報センター応需入力率を掲げておりますが、目標値までは、まだ到達していない状況です。

19ページをお開きください。

平成25年度の取り組みについて実行欄をご覧ください。一番上の救急医療の適正利用の啓発ということで様々な啓発を実施しております。右側の評価欄の2つ目の「・」にありますように救急搬送による軽症患者の割合が1.5%とわずかな減少にとどまっております。3つ目の「・」ですが、高齢者の占める割合が半数近くありますので、今後、高齢者にまとをしぼった啓発を行っていきたいと考えております。

実行欄の2段目、救急搬送体制の充実を図るため、救急救命士養成研修へ19名参加しています。救命士の増員はされておりますが、まだ救急車に救命士が配備されていない救急隊がありますので、更なる確保を行っていきます。

2 段目一番下の 2 つの「・」になりますが、J P T E C、これは外傷病院前救護の研修ですが、60 名が受講。また、M C L S、これは多数傷病者への対応標準化トレーニングコースですが、30 名が受講しましてスキルアップが図られています。

3 段目へいきまして (3) I C T を活用した救急医療連携体制や二次と三次救急医療機関間の連携体制について検討を行い、平成 26 年度に高知県救急医療広域災害情報システムの改修を行い、動画伝送はじめ搬送実績や患者情報、位置情報を関係者間で情報共有できる仕組みを導入することとしています。

一番下の段、応需情報の更新についてです。応需情報と言いますのは、救急患者の受け入れが可能かどうかの情報ですが、更新率が低いことから、救急搬送時にこの情報をもとに救急隊が搬送できない状況があります。毎年、文書で依頼するとともに、昨年度から二次救急以上に定期的に個別に連絡しまして、更新依頼を行っています。現在、二次救急以上で更新率が 90% 以下の施設数は、登録している 41 施設のうち 12 施設となっております。救急については以上です。

続きまして、差し替え資料の 21 ページをご覧ください。

小児救急医療です。右側の目標欄をご覧ください。小児科医師数については 105 人以上を目標としていますが、直近値で、この計画が始まる前ですが、104 人となっております。

2 つ目、中央保健医療圏 5 輪番病院、あき総合病院及び幡多けんみん病院に勤務する小児科医指数 49 人以上を目標としていますが、まだ到達していません。

安芸・中央・幡多保健医療圏の小児救急体制を維持することとしていますが、現在、高知市小児急患センター、小児科病院群輪番制、あき総合病院及び幡多けんみん病院の小児救急、平成 26 年 2 月からは四万十市に急患センターを開設しております。主な診療科は内科となっていて、一般の方を対象としておりますが、小学生以上のお子さんも診療をしていただいております。

次の目標、小児救急搬送の軽症者割合です。70% 以下を目標としていますが、まだ数値については、わずかな減少にとどまっています。

輪番病院深夜帯受診者については 7 人以下を目標としているところ、25 年度の時点で 6.6 人と目標を達成しておる状況です。

22 ページをご覧ください。

25 年度の取り組みについて、実行欄の 1 段目です。小児救急電話相談事業では、25 年 4 月から 365 日体制で実施しています。この事業はベテラン看護師が対応してくださるものです。この電話相談により、家庭で対応することや翌日医療機関を受診する助言をした割合は約 67% となっていて、軽症患者の医療機関受診を減らすことにつながっていると思われませんが、まだ数値には表われていない状況です。

3 段目の 2 つ目の「・」です。これまで小児の急病時の対応ガイドブックを広く配布してきましたが、昨年度はこれを DVD にしまして、小児科や産婦人科、保育園等に広く配

布しています。現在このDVDの活用状況について後追い調査を行っているところですが、より多くの保護者に見ていただけるように取り組んでいきたいと思ひます。以上です。

(事務局) それでは、私のほうからは、第7章 第2節の周産期医療の部分の説明させていただきますと思ひます。健康対策課で周産期母子保健を担当しております山本といひます。よろしくお願ひします。

資料のほうは24ページのほうになります。25年度の取り組みということで、下のほうをご覧くださいと思ひます。

2番の周産期医療体制の整備促進というところですが、Dのところ、周産期病床増床にかかる国への協議ということで、昨年度、国への協議を進めておひまして、24床の増床が認められ、その増床のための整備、設備にかかる費用の助成を実施しております。また今年度も整備を進めているところですが、

それから、3番の早産予防を目的とした母体管理の徹底のところですが、Dのところですが、子宮頸管長の測定というのを平成24年の9月から、また、腔内細菌検査というのを昨年4月から妊婦健診項目に追加おひまして、あわせて評価検討を行っているところですが、まだ評価の部分につきましては、検査項目との関連という部分を継続して実施していかなければならないところですが、3次周産期医療施設での紹介事例のうち、妊娠28週以降へ妊娠を継続できた割合というものが随分上昇しておひまして、効果があるのではないかとということが確認されている途中です。今後も徹底していくということと評価を継続していくことという部分をあわせてやっていきたいと思ひています。

それから、4番目の県民への啓発と理解の促進という部分ですが、妊婦健診の受診勧奨などの啓発とあわせて若い時からということで、思春期ハンドブックの作成というものを女子高校生用に作成おひまして、卵子の老化等の内容も追加おひまして啓発を実施しています。

今後の課題として、やはり男性に対する知識の啓発ということが必要ということで、今年度、男子生徒版の思春期ハンドブック、また妊産婦の方へのパートナーへの知識の啓発という部分も実施していきたいと考えています。

右の表の部分の目標値の部分ですが、目標にはまだ到達できていませんけれども、少しずつ改善はされているところですが、

真ん中の出生数に対する低出生体重児の占める割合の部分につきましては、24年はちょっと数が高くなっていますけれども、かなり小さい1000グラム未満の小さい赤ちゃんの部分の出生数の割合を減らすという部分をまず重点的に取り組んでいるところですが、説明は以上です。

(事務局) 続きおひまして、在宅医療につきおひましてご説明をさせていただきます。

26ページをご覧ください。

これも取り組み内容が多くございますので、1枚目は医療計画の記載内容のみとなって

おります。直近値につきましては、目標設定時に全医療機関にアンケート調査をしております。今回、アンケート調査をまだ実施をしておりませんので、直近値は把握できてないという状況でございます。

27ページをご覧ください。

これが取り組み状況でございます。この中で、昨年度、力を入れてやっております1番目のほうですけれども、顔の見える関係づくりということで、先ほどのがんのほうでもご説明が一定ありましたけれども、在宅医療に関わる多職種の関係者で顔の見える関係をつくっていくということで、Dの欄ですけれども、県の福祉保健所、そして高知市の保健所におきまして、関係者の皆さんが参加していただく研修を実施いたしまして、6ヶ所で522名、ご参加をいただいております。

また、あわせて各地域で、先進的に取組まれておりますような事例を県内の全地域で共有していこうということで、報告会のほうも実施しまして、183名ご参加をいただいております。

これにつきまして、Cの評価ですけれども、参加いただいている方は、やはり顔の見える関係づくりができて連携をとりはじめるということございまして、これにつきましては、今後も各地域で取り組みを継続していきたいということで考えております。

もうひとつは、県民への啓発という部分がございまして、9番、14番が、一定関係性があるんですけれども、9番で啓発方法の検討というのがございまして、Dとしまして、昨年度11月に、地域医療フォーラム、これは毎年やっておりますが、昨年度は「看取り」というものをテーマに県民の方を対象に講演会の実施をいたしました。これにつきましては毎年継続して実施したいということで考えてございまして、ここで、Aの欄の今後の対策では、県全域への啓発方法を検討するということで書いてございまして、これ、看取りについては、今後、検討するということですので、このフォーラム自体は継続をしてやることになってございまして、今年も1月にこのフォーラムを実施することになっております。また、秋ぐらいになりましたら皆様のほうにもご案内がいくかと思っておりますので、是非ご参加をお願いします。

また、一番下のほうですけれども、これにつきましては、看取りの欄で書いてございまして、県民の方へ、在宅医療がどういったものかということについてPRするDVDを作成いたしました。在宅医療がどういったものかということ。それと、実際に在宅医療に関わられた3事例を事例紹介編ということで作成しまして、医療機関の皆様ですとか市町村、そういったところに配布をいたしました。

これにつきまして、今後は、このDVDの、先ほど小児の話で出て来たDVDと一緒にですが、この配ったDVDをどう活用していくかということとをさらに働きかけて、県民の方が是非、このDVDの内容を目にするような形で進めていきたいということで、考えております。以上です。

(事務局) 医療政策課で医療救護計画を担当しています藤野と申します。よろしくお願ひします。

お手もとの資料の30ページ、資料番号8-2でございます。そちらをご覧ください。

災害時における医療についてのご説明です。取り組みの項目としましては、災害医療の実施体制にかかるものとして、医療提供体制の点検と見直し、それから、保健衛生活動及び在宅患者対策の2つ。それから、医療機関の防災対策にかかるものとして、耐震化の促進、医療従事者の確保など4つの取り組みを進めております。

右側の目標の欄をご覧ください。目標として設定している項目とその直近値につきまして3つあげております。1つ目が救護病院、災害拠点病院の耐震化率で、直近値が71%と目標設定時から8ポイントアップしております。2つ目が、病院の災害対策マニュアルの作成率で、直近値が89%となっています。なお、目標設定時の数値を73%に修正をいたしております。この点は後ほど説明をさせていただきます。3つ目が病院のEMIS、広域災害救急医療情報システムへの登録率でございます。直近値が63%と、目標設定時から横ばいとなっております。

31ページ、次のページをご覧ください。

昨年度の取り組みのPDCAの状況をまとめてございます。項目が多くございますので、先ほどの目標値に関連する主な取り組みについて説明をいたします。

まず、災害医療の実施体制の1、医療救護体制等の「●」の2つ目、EMISの活用についてです。昨年度、未登録になっております病院への働きかけを行ってまいりましたが、登録を増やすには至りませんでした。今年度は国がEMISの改修を行いましたので、それもひとつの契機といたしまして医療機関への周知を図ってまいりたいというふうに考えております。

次に、医療機関の防災対策の中の1、耐震化の促進等について説明いたします。

まず、「●」の1つ目の耐震化の促進についてですが、実行のDの欄をご覧ください。耐震化に関する補助制度を設けておりまして、昨年度は耐震診断で1件、耐震化工事で4件、合計5件の交付決定を行うなど、耐震化の処置支援を進めてまいりました。これらの結果、Cの評価の欄にありますとおり、これまでで11件の耐震化が完了しております。今年度もそうした補助制度の活用も呼びかけ、また、新たな制度も創設しておりますので、耐震化の促進を進めてまいりたいというふうに考えております。

次の「●」です。災害対策マニュアルの策定についてです。こちらもDの欄をご覧ください。昨年度は、医療機関の防災マニュアルやBCPの策定を支援するために、高知県医療機関災害対策の指針を策定いたしまして、説明会などを通じて周知を図ってまいりました。

評価のCの欄ですが、病院における防災マニュアルの策定につきまして、これはアンケート調査によって集計をしたものですが、昨年度は133の病院のうち118の病院でマ

マニュアルを策定しているという回答をいただきました。一定進んだものと考えております。

なお、先ほど、30ページの目標設定の時の策定率を修正している旨を説明いたしましたけれども、ここでその内容をご説明いたします。※印で記載をしておりますが、平成24年度の目標設定時の73%という数字は、アンケート調査にご回答いただいた病院を分母として策定率を出しておりました。25年度からは、アンケートに回答がなかった病院もこれを策定していないとみなして若干厳しく積算することといたしまして率を計算しなおしたものでございます。

この災害対策マニュアルの策定につきましては、今後も、残る病院に働きかけを個別にしていきたいというふうに考えております。

1ページとばしまして33ページをご覧ください。

災害時の医療体制構築に関する現状把握のための指標を整理しておりますが、個別に説明することは省略させていただきますけれども、現状維持という状況にあるものもございしますが、少しずつ全体としては上昇傾向にあるととらえております。引き続き、良いものの現状維持はもちろんでございますが、それぞれの指標を少しでも改善できるように取り組みを進めてまいりたいと考えております。

なお、ここでもアンケート調査の分母の考え方を先ほどご説明いたしましたような見直しを加えたものでありますとか、一部誤植してありましたものもございしますので、24年度の数値の修正を加えさせていただいております。なにとぞご了承いただきますようお願い申し上げます。以上が災害時における医療についての説明となります。

(事務局) 医師確保・育成支援課の須藤と申します。

私のほうからは、医師確保対策と治療対策について説明させていただきます。資料の34ページをご覧ください。資料番号は4-1になります。

医師の確保の取り組みといたしましては、若手医師の減少や地域の偏在、診療科の偏在といった課題を解決するとともに、女性医師の増加といった個別の課題を対応するために、県では高知医療再生機構や高知大学と連携して中長期的な対策とともに即効性のある短期的な対策を進めてまいりました。

目標値としましては2つ用意しておりまして、1つが県内の初期臨床研修を実施する医師数でして、目標値60名に対してまだちょっと開きがありますが、少しずつ増加しております。もうひとつが、高知大学医学部の採用医師数、こちらは目標値40名に対してまだ大きな開きがある状況です。

それでは、25年度の取り組みについて説明させていただきます。

Pの計画欄に記載している6つの柱立てで取り組みを進めてまいりました。1つ目の項目と2つ目の項目が将来性を重視した中長期的な取り組みで、医学生に対する奨学金の貸付や地域医療支援センターの運営により、若手医師の県内定着を促進するとともに若手医師のキャリア形成の支援を行ってまいりました。

なお2つ目の計画の実行欄の最後に記載しております地域医療支援センターの研修カリキュラムの作成につきましては、事前にお送りした資料には記載されておらず、医療従事者確保推進部会の委員の方からの意見を参考に今回新しく追加させていただいたものです。こうした取り組みによりまして、将来、県内で勤務する若手医師の増加や、県内で勤務する医師の資質向上が期待できると考えております。

今後の対策としましては、29年度からの新しい専門医制度に対応し、大学や地域の中核的な医療機関をローテーションしながらキャリアを形成できる研修プログラムの作成を早急に進めてまいります。また、若手医師のキャリア形成の支援も充実させてまいります。

3つ目以降につきましては、即効性のある医師確保対策としまして、県の中央部や郡部を問わず、現に不足している医師を確保するために、医師の招聘に向けた県及び高知医療再生機構による働きかけや、こちらの医療RYOMA大使による赴任の斡旋などを行ってまいりました。こうした取り組みにより県外からの医師の招聘が進むなど、一定の成果がみられております。

県内で勤務する若手医師が増加するまでには、まだしばらく時間がかかりますので、今後も引き続き若手医師の定着促進や医師の資質向上支援の取り組みと共に、こうした即効性のある医師確保対策を進めてまいります。

続きまして35ページをご覧ください。

へき地医療対策についてご説明させていただきます。へき地医療対策としましては、へき地の医療機関で勤務する医師の確保と育成や勤務している医師に対する支援、また、医療機関に対する支援を進めております。目標値としましては、3つ設定しておりまして、1つが、へき地医療支援機構による代診医の派遣率100%を維持することでして、これはこれまでずっと100%を維持できております。2つ目のへき地診療所勤務医師数ですが、これは目標設定時の20名を維持するというものですが、現在、1名減っている状況です。最後、3つ目ですが、へき地医療情報ネットワークの参加医療機関数、これは目標値30と設定していますが、25年度末で目標値を上回る33機関に接続していただいております。

それでは、25年度の取り組みについて説明させていただきます。

計画としましては、大きく2つに分類しております。1つ目が、医療機関から遠隔の地域への支援です。具体的には、無医地区巡回診療事業を実施する市町村やへき地における医療活動を継続的に実施しております、へき地医療拠点病院に対する支援などにより、普段、医療を受ける機会の少ない無医地区の住民の医療を確保しました。無医地区の住民の方に安心して暮らしていただくために、今後もこの取り組みは継続していきます。

2つ目は、へき地診療所のある地域への支援です。こちらの取り組みといたしましては、へき地で勤務する医師が休暇をとる場合の代診医の派遣や、へき地で勤務する医師を育成する自治医科大学の運営費の負担、また、へき地診療所及びへき地医療拠点病院の運営費

の補助、へき地医療診療所の医療機器の整備などの補助を行いまして、へき地の医療を確保しました。今後も引き続き、へき地の住民の医療を守るためにこれらの取り組みを進めてまいります。

医師及びへき地医療の対策、へき地医療対策につきましては、以上です。

(事務局) 医療政策課の久保田と申します。

引き続き、看護職員の対策につきまして説明させていただきます。

ページ数が37ページです。現在の看護職員養成校12校に対しまして、今、1学年の入学定員数が665名となっております。皆様もご存知のとおり看護課程の養成校が2校増える予定にはなっておりますが、大量に養成する中で、県内定着率をいかに上げていくか、またその1つの指標としまして、こちらに示すような目標、看護師等養成奨学金貸与者の指定医療機関に就職する率を目標として定めておりますが、今現在、ここに直近値として67%と記載しております。今、奨学金をもらって就職した人のうち指定医療機関といわれる郡部にある施設に就職した者が、今現在76%になりました。目標にやや近づいてきているということが評価になると思います。

平成25年度の取り組みの中で、まず、次世代への育成、県内定着のところにつきまして、高校生の時から看護に興味をもつていただくために、ふれあい看護体験の実施や看護学校訪問、高等学校の訪問、また、高校教育課とも連携しまして、進路指導の先生方にも看護教育についてのご理解をいただくきっかけを設けました。また、看護学生に対しましても、学校を訪問して県の取り組んでいる奨学金制度につきまして説明を行いました。

その必須条件として、郡部にある指定医療機関といわれるところに就職することが前提であることを説明し、そして、県内のどこに就職をしても、新人の卒後教育を受ける体制を整えていること、地域で新人教育をフォローアップできる仕組みづくりを整えていっているということをさらに説明し、看護学生のフォローをしてきました。

就職率が少し上がったのはそういう取り組みがあったことからかもしれません。

また、今後、卒業生全体のことを考えますと、県内就職率につながる取り組みを検討していくために、今年度新たに高知県の看護を考える検討委員会を立ち上げたところです。第1回目を終了したところですが、その中でもUターンで戻ってくる有資格者等の就職をどのようにつなげていくかということが課題としてあがっておりますので、今後さらに進めていきたいと思っております。

次に、2番、3番、4番の職場環境改善や整備等、また研修体制の充実、またキャリア形成支援につきましては、就業環境の改善等につきましても、ご報告は必要となってきますし、定着にもここはポイントとしてつながると思います。

また、看護管理者の研修はありましたが、看護管理者にとって系統的に学ぶということが実施できていなかったという反省をふまえて、平成26年度に看護管理者の研修を新たに追加しました。ビギナーコース、ミドルコース、トップマネジメントコースという

形で成長段階によった体制を整えたということも過去の反省に基づき新たに取り組んだところでは。

次に、昨年度は災害時に活動できる災害支援ナースの育成ということで、そちらにも示してありますように、各保健所のある場所を中心としまして、県内、確か5ヶ所だったと記憶しておりますが、研修を実施しました。そこで301名の看護職員が受講したということで、今年度も取り組みを進めていくところです。

次に、看護職員のキャリア形成支援に対しまして、メニューの見直し等を行い継続して実施していきたいと思っております。以上です。

(安田会長) そうしましたら、救急医療から看護職員の確保のところまで説明を事務局から受けましたけれども、どの項目でもかまいませんが、もう少し説明を追加するとかご質問とかございませんか。

(岡村委員) 看護職員の問題で少し簡単に申し上げます。先日も看護職員どうするという事で会議を開かせていただいたんですが、まず1つお聞きしたいのは、奨学金を出した学生が返済をされていないという事態が生じているんじゃないかということがございますが、県としてどの程度、今、そのような貸与したものが返されてなくて滞るという状況なのかということをお聞きしたい。

それから、第2番目は、看護師さん、定着するためにはカリキュラム、要するに高知県特有のカリキュラム、学生のカリキュラムが必要じゃないかなというふうに思っています。家庭医みたいな感じで、医師はへき地で研修をすることをおこなっているんですが、看護師さんもそういうことをして、高知特有の地域に密着した看護に学べるとかですね、そういうことをできるようなカリキュラムを学校に取り入れてもらう。もしくはそういうことに関して、逆に県として援助をし、そういうことをよく促進して、将来的にUターンしてそういうところで働いてくれる人を増やすというようなことを考えていることは無いでしょうかというのが第2番目でございます。

それから、第3番目は、先日の会議でも、看護師の会議でもそうですが、特に東部地区が非常に逼迫した状況の看護師さんがいる。ここにありますが、目標値の、その奨学金の目標値が76に上がったというふうでございますが、東部地区で実際問題、県立あき病院を除いて、特に、私、医療法人協会としては、民間医療機関の看護師確保は逼迫した状態であるということをお考えますと、実際問題どの程度就職されているのかということの3点についておうかがいしたいと思います。

(事務局) それでは、3点ご意見いただきましたことの中から、まず奨学金の滞納の状況についてご報告をさせていただきます。

看護師の養成奨学金につきましては、貸付をさせていただいたあと、所定の期間、指定医療機関、中山間等の指定医療機関に勤務した場合に償還が免除されるというのですが、指定医療機関以外に就職された場合ですとか、結婚等で県外転出をされて、所定の機関に

勤務されないことになった場合、また看護師の国家試験に2回連続不合格ですとか途中で退学といった場合については、奨学金を償還していただくようになっています。

本日調べまして、全て償還の期限のきている方、きていない方含めまして、償還の決定している方が全部で72名で、うち滞納のある方が31名いらっしゃいました。その方の滞納額の総額は現在620万の状態です。

そういった方について、県から償還の指導をしておりますが、状況のほうを確認いたしますと、この31名のうち、大きく申し上げまして、支払い能力のある方、看護職員として勤務している方や不合格等で進路を変えることになったけれども、介護士、アルバイト等で働いている方、こういった支払い能力のある方が20人。また病気等で働けないといった支払い能力のない方が6人、就業状況が不明な方が5人という状況でございました。

この滞納のある方31人のうち25人の方は、分割で1万円だったり5千円だったり、ある方によっては3千円だったりしますが、切れ切れ、小額ながらも償還指導に応じて分割の納付をしていただいている状態です。償還実績がない、分割で入れることのできていないという方が6人いらっしゃるんですが、そのうち4人が病気等で働けない、支払い能力がないという方々でございました。

これは、お約束した医療機関等で勤務することを条件にお貸ししたものでございますので、償還に至った場合は、お返しいただく予定値のものですが、そういった方の生活状況、支払い能力等にも十分留意をしまして粘り強く償還の指導を行っていくこととしております。状況のご報告としては以上です。

(事務局) 続きまして、カリキュラムの関係ですが、看護師養成課程の3年課程のカリキュラムが、平成28年もしくは29年に改正する予定ではないかということで情報が入っています。

その中で、いかにその看護学校独自のカラーを出し、学生を集めるか、もしくは養成していくかということが課題になってくるかと思えます。多分、今、先生がご助言いただいたように、今すぐ通常のカリキュラムの中に全て盛り込むことは難しいかもしれませんが、看護学生の夏休み期間等を活用しまして、参加のできるイベントを開催するとか、在宅医療等に興味をもつ学生が、以前調査をしたところ、3割程度もおりました。そこで、3年生の段階で、将来、訪問看護ステーションに勤務したいと言っている学生もおりますので、難しいところではありますが、是非、学校の先生方とも協力しまして、独自に学生がもう少し学べる、学びたいものをもっと活用していく、もしくは、その病院の看護師さん、部長さんとか、訪問看護ステーションの所長さん等とも連携をしまして、高知でしか学べない、ちょっと数日の学習機会というところを設けるといいのではないかなというふうに思いますので、また検討していきたいと思っております。

あと、東部地区へのナースの就職状況ですが、この26年3月卒業した者の安芸圏域への就職者が15名、全体の5.7%でした。幡多地域には13名というところで、なかなか

か中央部以外は、数名と低く、また、県立病院のほうに就職する率が高いというところもありますし、是非、これからも高知の看護を考える検討委員会の中で、是非その人達が郡部のほうに就職、就職というか少しでもそっちのほうに目を向けていただけるような形で検討していきたいと思っております。

(安田会長) どうぞ。

(内田委員) 災害時における医療ということで、病院の耐震化とかですね、防災対策で、私のところの病院が浸水対策をしようと思ったら、例えば、もみのき病院は浸水予定地に入っていないから駄目だと言われましたが、今の災害を見てみると、どこでも集中豪雨だとか河川の氾濫で災害が起り得るわけですよ。だから、高台があるから大丈夫じゃなくて、どこでも浸水とか山崩れとか、色んなことに対する対策をとっておかないと、本当に災害時に困るのではないかと思いますし、是非、色んなところで対策をとっていただきたいなと思います。

(堀委員) それに付随して。

(安田会長) どうぞ。

(堀委員) 専門が建築なものですから。

ちょっと気になったのですが、その耐震化の補助金ですね。いわゆる病院と有床診療所ということで補助金を出すという区切りがありますが、例えば少人数のベッド数がある病院等、郡部にはないのでしょうか。それと、さっき内田さんが言われましたように、広島で土砂崩れがあったばかりで、地震に対して津波云々、浸水云々っていうことはもちろんですけど、いわゆる山津波、それから山の上に貯水池のあるところは、その崩壊によって山の土砂崩れが起ります。それが、今年あたり見ていると、いわゆる地震時だけでなく、いわゆる豪雨時ですね、それが如実に形として出てきているわけですよ。

以前、20何年前に長崎の眼鏡橋が流れた豪雨がありましたよね。それ以来、日本全体が集中豪雨を受けるような気候変動を起こしている可能性というのは非常に高いわけです。高知は郡部に行けば行くほど、山地に病院等もありますので、今、内田さんが言われましたように、あらゆる災害に対する対策ですね、それをプラスアルファして進めていただきたいなと思います。

まず最初に、その20人以下のいわゆる小規模のベッド数がある病院に対しての耐震の補助金ですよ。そういう病院がなければいいのですが。

それと、2つ目が、いわゆるあらゆる災害に対して病院のハード的な整備と、病院の災害対策マニュアルですね。これもその度に見直していく必要があると思いますが、そのことに対してちょっとご意見を、今すぐには出ないと思いますが、よろしく願いいたします。

(事務局) 医療政策課企画監の豊永と申します。

まず最初に内田先生からお話がありましたけれども、耐震化の補助金は基本的に高額な

ことにもなりますので、基本的に国の補助金を活用してやっております。その基準として、今のところ、浸水地域でさびわけをするということではなくて、未耐震の建物を対象とする、未耐震の病院を対象とするという形になっています。

昨年、策定しました南海トラフの特別措置法については、浸水地域からの移転ということがありますが、それは集団移転法というものがあまして、要するに集団で移転する場合に病院もその対象となると。それは診療所とかもなってきましたけど、それだけで、今、高知県として採用しているのは未耐震の病院に対する補助ということになります。

ということで、先ほど、堀先生のほうから話もありましたけれども、病院が対象ということになっておりますので、20床以上の病床を持っているところを病院といいます、そちらのほうを対象になるということでございます。20床以下の有床診療所等につきましては、現在のところ国のほうでもそういう対称になっておりませんので、県としても何とかそこを対象に加えていただきたいなということで、毎年、政策提言等を知事にも意見、やっておりますけども、なかなかそこは、今のところ国のほうでは認めていただいております。

それから、言われるように浸水地域以外のところにも、やはり、病院等もたくさんございますし、災害の時には災害対応に活躍していただかなければいけないところもたくさんあると思いますので、病院については県のほうでも耐震化ではなくて、色んな災害に必要な備品とかそういったものを補助する補助制度というのをかまえておりますので、ちょっと年限的に対応できるかどうかというのがありますけど、そういったものを活用して災害対策を進めていただくということになろうかと思っております。

それから、マニュアル作りにつきましては、おっしゃるとおり、昔作ったものをそのままということでは多分ならないと思いますので、今回は、新たに南海トラフ、その前に東日本大震災、ありましたし、今回も新たな被害想定もありましたので、そういったものをふまえたうえで、またマニュアル等も見直していただくということも、マニュアルを作ってくださいとあわせてですね、お願いをしていっているところです。以上です。

(安田会長) 細木委員。

(細木委員) 潜在看護師の復職支援ですけども、これは、現実どれくらいの潜在看護師が県内にいて、どれくらい、13人と出ていますよね。これはあまりにも少ないと思うんですよ。

研修施設が、その彼女達の生活の場に近くなければ、なかなか行けないでしょうし、復職するにしても地域の病院というのが、また診療所が、どういうふうに対応するかというふうな、どういうんですかね。復職と思っていても、なかなかできない人をどういうふう支援するかという話をちょっとお願いしたい。

(事務局) ありがとうございます。

潜在看護師の職員の研修事業につきましては、3年前から始めました。先生がおっしゃ

るとおり、高知県内にどれだけの潜在看護師がいるのかということ推計できておりませんが、ここにも書いてありますように、毎年、今まで過去ですけれども、看護協会さんのほうにもお願いをしまして研修等お願いしていただいておりますけれども、やはり数人集まらないと、なかなかできないであるとか、受講生の希望、なかなか全てそえないというところがありまして、今現在、県のほうで私が窓口としてやっておりますが、病院自体は、細木病院さんのほうにご協力いただいているのですが、県内の130病院のほうに潜在看護職員の研修事業を受けていただきたいというご相談をしまして、手が上がった施設が今年19病院、西から東まで、県中央部も含めまして19病院あります。

訪問看護ステーションのほうでも実施をしたいというニーズもありましたところ、今年8ステーションが手を挙げてくださっているんですけれども、それもやはり受講生の自宅に近い、もしくは研修を受けたい病院ができるだけそばにあったほうがいいということもありまして、ご本人の希望に沿った一番近い病院で受けてもらっているようなところなんです。

今やっているのが、ご本人がいつ受けたいのか、研修を受けて、いつぐらいに復職をしたいのかということのニーズを聞きましてうえて、手を挙げてくださった病院のほうに連絡をし、調整、勤務の都合等も調整をしていただいております。

年間、去年は13人、それが多いか少ないかと言われるとどうかというところはありませんけれども、13人のうち6名は再就職をしておりますし、研修生の中では、規模の、准看護師さんの受講生も結構多いのですけれども、なかなかそういう方達が、例えば医療センターに就職ができるかということ、規模の大きいところは准看護師さんの採用はないというところもありますので、そのへんは就職に関しましては、看護協会のナースセンターとかとも協力しながら情報を交換して復職をしていただいております。

(細木委員) 復職というのが、看護師の場合は、常勤であっても夜勤だけでであっても、診療所でしたらね、午前中だけとかそういうふうな色々条件があると思うんですよね。できる限りそういうのに対応できるような施設、診療所、医療機関を発掘してというのか出していただいて、それに応じて、ずっと復職していただいて、段々常勤になっていくというふうにされるほうが、特に子どもさんが成長期の看護師さんというのは、とっても忙しいと思うんです。是非、そこらへんフレキシブルに動けるようなものにしていただきたいと思いますけど。

(宮井委員) 補足を。

ナースセンターのほうで、先生が今おっしゃられたような、常勤というよりはむしろ、希望してくる方々は、やはり自分のパートのような何時から何時までというような希望が結構ございますので、その求人とあわせて、できるだけ希望に叶うところを紹介をいたします。

なので、病院のほうは常勤採用という希望がありますけれども、それだけでなく、そういう多様な働き方は結構求人してくれていますので、なかなか現場の希望には応えられ

ていない状況ですが、引き続き努力していきたいとおもいます。

(清水委員) 一言いいですか。

5 疾病 5 事業の話の後に、保健医療計画があって、救急というのが出てくるわけですが、そこで精神科救急というのは必要なんじゃないかと思うんですね。情報センターができてないのでデータはないと思うんですが、輪番制はやってますし、多分この救急の中に、実は軽症と書いてあるけども、ここで精神科絡みの方達が結構いると思うんですよ。本当に反復して何度も何度も使う人もいますし、そういう人はやはり駄目ですよということをきちんと評価しないといけないと思いますね。

だから、それでこの救急の中に精神科と一般科というのを分けた形で、入るような形の報告というのができたらいいかなと思うんですけど、どうでしょうか。

難しいですかね。

(事務局) 医療政策の前田です。救急を担当しております。

救急の医療連携対策の中でも精神科の救急については、課題にもあがってきておりまして、今後検討していく必要があると考えております。今後、そういった救急の中に一般科と精神科に分けて入れるのか、どういう形になるかわかりませんが、宿題とさせていただきますと思いますが、よろしいですか。

(清水委員) 1つはですね、救急、身体疾患の移送という問題と、救急病院、身体疾患の救急病院から精神科の病院が責任を持って受け取るということが、去年か一昨年くらいの方針で出てきましたからね。実際にもうそれ、なかなかできないと思いますけど、うちみたいに病床が多いと、そういう病棟があって、日赤とか近森とかそういうところが治療してくれたら、早い時期に受け取るというような形でできるんですけどね。それができない病院が結構あるんですよ。そういうことをやはりわかっていかないといけないですよ。データとして。そういうことは必要なデータだと思いますね。

病院を格付けするうえで大事なことで、これから先、どれを残していかないといけないか、自院がですね、どの病床を残してどの病床を残さないかということを、やはり減っていく中で、大事なものは大事なもので、そのへんのところをちょっと公的なデータが集まれるところは是非ですね、色んな基準で、多分、データは収集できると思うんですよ。それを是非出してほしいと思います。

(寺田委員) 救急の話になりましたので、一般救急の話をしたと思いますけど。19 ページのところです。

私に関与している香南市の第6期の保健医療計画のために何が問題になってくるといって、アンケート調査、ニーズ調査をすると、在宅の患者さんのいざという時の救急体制が非常に不安だということが、一番大きな数なんですね、患者さん側のアンケートが。

そこで、19 ページの計画のDの3つ目の段の(3)ですかね。これをずっと右へ持って行きますと、ITを活用した云々とか・・・。

在宅で24時間やっているというのは、大体普通は高齢者の寝たきりみたいな人なんです。その中で(3)の右から2つ目のところ、未だ三次救急へ患者が集中していると、ERに行っていると。二次医療救急機関の対応力の低下が進んで、その辺が問題なので、地域で、例えば本当にERをはさまなくちゃいけない患者さんはそっちへ行けばいいのですが、いわゆる亜急性期に対応できる医療機関ですね。これをきちっと整備しておかないといけないのが、確か畠中先生がガンガン言ってたと思うんですけど、いわゆる三次救急じゃなくて一次、二次救急の対応力をきちっとしなきゃいけないということが課題だと思います。

そのへんのところをしておかないと、地域の、診療所のある地域での亜急性期の方をどう扱うかということになる、今のニーズ調査に対する答えがないと思います。ERに運ばれても、亜急性期レベルだと、その日に帰されちゃうという方も多いですから、今でもそうですが、紹介しても、すぐにその日のうちに帰っておったということが多いですよ。

ですから、そういうことも考えると、患者さんの側からすれば、あるいは家族にしてもですね、ニーズ調査したら、それが一番不安だと言うんですね。各市町村で出てきます。

ですから、そのへんのところ、二次救急医療機関の対応力の低下、これをもう少しきちっと書き込んでどういうふうにすればいいかということですね。

一次、二次救急の先生方というか医療機関は多分、救急として1人か2人しかいないと思うんですね、医師が。だから、対応できない。実際に救急病院とうたっていても、ほとんどやってくれないということ、あるいはERに運んでしまうということであって、そのへんのところどうするかというのが大きな検討課題です。

(田村委員) このあいだの見直しの会でも、これが出たんですけども、やはり一番の問題は医師不足ですね。特に若手の医師がいないというのが一番の問題だと思います。

高知県、3つの救命救急センターありますので、そっちへ若手医師が全部集中していますので、地域の二次をやっている病院は、若手医師はほとんどいないです、今は。大学、先ほども出ていましたけど、大学の中での研修医の数も非常に少ないので、医療センターだとか日赤だとか、いくら研修医を抱えても派遣しませんから、自分のところに抱えるだけです。派遣機能を持っているのは大学病院だけです。そこに年間、全部トータルで20人くらいしかいなかったら、1科に1人ですから、なかなかそういう職員を増やしてそれを。

以前、臨床研修制度が始まる前は結構うまく回転していたんですけども、あの研修制度が始まって以来、ピタッとそれが止まってしまったのが現状で、なかなかそういう常勤でいる医師はどんどん高齢化するばかりで、当然パワーダウンしてくるとというのが今の現状ですね。

それとは別の話ですけども、看護師さんの奨学金の貸与者の云々という話がありましたけども、うちの病院も毎年、何人かそういう奨学金の方を養成しているんですけども、う

ちは幸い、卒業した方がきちっと義務年限は勤務してもらうんですが、義務年限を過ぎたあとですね、問題は。

やはり辞めて行くんですね。どこへ行くかという公的病院に行くんですよ。給料が良い、退職金が良いとかいう話がありまして、うちだったら、土佐市民病院に行ったりとか、仁淀病院に行ったりとか、高北病院に行ったりとか、中にはあき病院に行った者もおりますけども、そういう状況で、官民格差という給与格差もかなりあると思うので、条件が違うのでなかなか民間病院は太刀打ちできないところがあるんですね。

今、あき総合病院がかなり充実させてやっていますけども、安芸郡下のある医院長も、いい加減少ないところへあき病院がどんどん看護師募集したら、うちの、辞めてそっちへたくさん行ったとかいう愚痴を言っていましたけども、そういう現状があるということをお県の方にもやはり認識をしておいていただきたいなと思いますので。

(安田会長) ありがとうございます。

それでは、ちょっと時間が過ぎまして、まだ説明が残っている箇所があるのですが、ここは一応9時までですが、事務局としてこの残りの部分の説明はどのようにされますか。

(事務局) 残りの部分につきましては、個別説明は無しで、事前に送付でご覧いただいたものでご意見をいただこうと思っておりました。

(安田会長) ただ、あと時間、最大でも20分くらいしかないんですが、全体を通して資料のほうを見て、事務局の説明が無かった部分を含めて、是非ここを詳しく聞きたいというところがございましたら。既に説明があった部分で、まだ質問をもらしたところがあれば、説明していただいてもかまいませんが、いかがでしょうか。

どうぞ。

(内田委員) 小児の救急のところでも少し考えたんですけど、子どもが病気した時にどうするかということじゃなくて、子どもが病気しないように健やかに育てるためにはどうすればいいかということと、やはり医療体制と同時に教育体制の問題も含めて連携して考えていかないと、なかなか病気になった時にどうするかだけではいけないんじゃないかと思えますし。

先ほどの、すい臓がんを早く見つけても予防が必要だということ、すい臓がんにならないために、私、門外漢で、がんのことをよく知らないんですけど、酒を大量に飲まないようにしようとかね、色々なすい臓がんの予防対策はあるはずですから、それをもっともっと全面に打ち出して行って。

脳外科でいいますと動脈瘤、100人に5人ぐらい見つかることがありますけど、子どもの時には動脈瘤は無いんです。40、50になって動脈瘤ができてくるんです。それは、やはり、動脈瘤ができないための予防策はとれるんですよ。高血圧にならないようにしようとか、免疫力を強くしようとか、色々な生活習慣を改善していけば、動脈瘤はできなくなる可能性はたくさんあると。

20、30で無かったものが40になって出てくるのは、その間の生活習慣が関係するんだと。全ての病気を予防するということから入っていかないといけないんじゃないかと思っています。

(安田会長) その他。じゃあ、岡村委員のほうから。

(岡村委員) 本日の内容と直接関係しないかもしれませんが、適当かどうかわかりませんが、少し聞きたいことがございまして、追加資料として基準病床数の状況というのをご報告いただいて、ご承知のように高知県は、圧倒的に一般病床及び精神科病床も非常に多いという現状があるわけございまして、今後、登録制度、色々、25年に向けて、病床再編ということが、直近の課題になるということは間違いのないと思っておりますが、我々医療法人協会として、今後、病床数をどういうふうに算定していくか。

要するに、国の基準というのは1つの、あるかと思いますが、それでいくと、もちろん計画策定基準病床数に近づくわけですが、そうしますと、かなりの病床数が、現実的には余ってくる。地域によって、随分、高齢とか、それから偏在とか色んな問題があつて、生活の質とか家族構成とか色々あると思うんですが、そのへんを勘案されて、今後、実施され、病床数自体を絞り込むと。ますます知事の、今度は権限が強くなる。これは全体の病院になるのか、それとも公的病院だけなのか、それもよくわかりませんが、そのへんを含めて、どのようなビジョンをお持ちなのか、直接関係しませんけど少しご意見いただければありがたいと思っています。

(事務局) 非常に重要なご質問、ありがとうございます。

この追加資料をご覧になっていただいて、基準病床数を、既存病床数が大きく上回っている状況なので、この既存病床数が持つことの意味というものが、現行の医療計画制度では、ここを超える整備はできませんというメッセージです。

ここまで減らすことを目標とした数字ではない。ということは、この現行計画を策定する際に何度も申し上げています。

今後、病床機能報告制度、そして、地域医療構想、色々あつて、ごちゃごちゃするんですが、地域医療構想を策定する段階において、想定確保、各病床機能ごとの標準数を定める時に、そこにどのように意味をもたせるかということが。これまでの厚労省と国会答弁の中では、ちょっと曖昧にされてきているところです。

とは言っても地域医療ビジョンで策定することになる、病床機能ごとに線引きをすることになります。そこを超えるようになる場合については、一定の知事の権限が出てくるということになります。

それは、ここまで削減しろという命令は、権限はありませんので、担わないことになっている医療機能、病床機能をお願いするところの権限になっています。

いずれにしろ乖離が出てくるのはおそらく確かですので、そこは8月19日付けのメディアファックスを読んでいただいた方はわかると思うんですが、私のインタビュー記事が載

っていますけど、知事の権限はなるべく使いたくありませんとあるんですよ。それは楽だからです。正直に申し上げて。

自然と、各医療機関、またその地域の中での議論、合意形成の中で役割分担が自然と形成されていくのが一番望ましいかなと思います。もちろん、そういった地域での議論の中には県も入っていき、一緒に汗をかこうと思っています。

ちょっとくどいようですが、今年度中に地域医療構想の作成のガイドライン、これから、そこでの線引きに対する意味をどうもたせるかという生々しい議論になってくるんじゃないかと思いますので、その議論を見ながら。それと、今年の10月から病床機能報告制度、施行されますので、そこでの数字も見ながらと、ちょっと考えていきたいなと思っていますので、現時点ではこんなところです。

(安田会長) その他、ご発言をいただいてない方、よろしいでしょうか。

そうしますと、本日のこの部会で審議した内容を踏まえて、医療審議会のほうに第6期の保健医療計画の評価結果としてあげるということになっているんですが、ただ、がんの内容と、それから、救急医療の内容、看護職員等を中心にご意見いただきましたけど、一部、この評価表のA、改善の課題とか今後の対策のところ、もう少し書き込んだり、文言を修正したりということが必要なところが出てくるとは思うんですが、ただ、修正をした内容は皆様にいちいち確認できれば一番いいんですが、時間的に非常に厳しい日程にはなっているということですので、今、言いましたようなところをご指摘いただいたことについて、事務局が修正したものを私のほうで確認させていただくということで、私のほうと事務局のほうに修正についてはご一任いただくということでよろしいでしょうか。

そのうえで、近々予定されている医療審議会のほうにこの評価結果をあげるということにさせていただいてよろしいでしょうか。

ありがとうございます。そのように進めさせていただくということで、この本日の評価についての皆様のご審議をここで終わらせていただきます。

その他、いくつか事務局からアナウンスがあるということですので、お願いいたします。

(事務局) 今、安田座長のほうから説明がありましたが、医療審議会のほうが9月11日で予定しております。その関係がありまして、すみません、先ほどの評価調書の修正が早急に行っていくということで、安田先生と協議して修正していきたいと思います。

もう1件は、先ほどから、うちの課長がもうご説明をさせていただきましたが、来年度から、先ほど法改正によりまして地域医療構想というのを県において策定をする必要がございます。

これは医療計画の一部という位置付けになっておりますので、来年度からということになりますけれども、この評価推進部会のほうでもその内容のほうをご審議いただきたいということになります。今日は、時間がございませんので、詳細な説明できませんけれども、その際には一からご説明させていただきまして、内容のご審議をいただきたいと思います。

ので、その際にはまた、よろしく願いいたします。

事務局から以上でございます。

(安田会長) この追加資料3については、今の内容で。

非常に大量の内容を限られた時間で審議しないといけないということがあるので、皆様のほうで、必ずしも全てのご意見をご発言いただけなかったかもしれませんが、どうしても、お気づきの点で事務局に伝えたいということがありましたら、ファックスか電子メールかで、何日か期限を事務局のほうでつくっていただいて、これぐらいまでにお伝えいただいたら、この評価調書の改訂に反映させるという期間をつくっていただいたらいいんですか、1週間ぐらいはあられますかね。

(事務局) できましたら、今週中にお願ひできればと思います。

(安田会長) 今週中ぐらいのご猶予を事務局からいただきましたので、どうしてもというのがあれば、メールかファックス等でお知らせいただければと思います。

それでは、そういうことも踏まえて、私と事務局のほうで最終的な内容を確認させていただきます。

そうしましたら、これで本日の予定の議事を全て終わらせていただきます。時間が9時前になってしましまして、20分以上超過いたしまして申し訳ございませんでした。

また次回の会について案内があると思いますが、よろしく願いいたします。

じゃあ、これで終わらせていただきます。ありがとうございました。

▲▲▲ (終了) ▲▲▲

議事録署名人

堀川俊一

田村精平

