

平成30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

平成30年度第1回地域医療構想調整会議連合会 議事録

- 1 日時：平成31年3月8日 18時30分～20時30分
- 2 場所：高知県庁2階 第二応接室
- 3 出席委員：安田委員、上村委員、須藤委員、田中委員、田村委員、近森委員、筒井委員、中澤委員、野嶋委員、野並委員、野村委員、濱田委員、久委員、福田委員、細木委員、堀委員、堀岡委員、堀川委員、宮井委員  
(地域医療構想調整会議連合会委員) 白井議長、古賀議長、町田議長
- 4 欠席委員：島田委員、豊島委員  
(地域医療構想調整会議連合会委員) 森下議長、奥谷議長

〈事務局〉 健康政策部 (家保副部長)

医師確保・育成支援課 (松岡課長補佐)

健康対策課 (林チーフ、島崎チーフ、松岡チーフ、宮地チーフ)

健康長寿政策課 (中島保健推進監)

医事業務課 (長瀧チーフ、平松チーフ)

障害保健福祉課 (吉田チーフ)

医療政策課 (清水課長、松岡課長補佐、濱田チーフ、久保田チーフ、大窪チーフ、谷脇チーフ、原本主幹、横川主査)

---

(事務局) 定刻となりましたので、ただいまから、平成30年度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。私は、医療政策課の松岡と申します。議事に入りますまで私のほうで会を進行させていただきます。

なお、本日は、地域医療構想に関して県全体での協議が必要な議題がありますことから、保健医療計画評価推進部会にあわせて、平成30年度第1回地域医療構想調整会議連合会を開催させていただく予定となっております。

ここで、簡単に地域医療構想調整会議連合会についてご説明をさせていただきます。本日お配りしました机の上に置いてありました次第を1ページをおめくりください。高知県地域医療構想調整会議の体制と書かれた資料となります。A4の横になります。

こちらの図が、本県の調整会議の全体図となります。図の中段、太い文字で書かれておりますのが、本日の地域医療構想調整会議連合会で、各地域の調整会議の上部会議に位置付けられており、評価部会のメンバーに各区域の調整会議の議長に加わっていただいで開催するものとなっております。

本来、資料に記載がありますとおり、広域で議論が必要な案件や調整会議で結論がつかない場合での開催を予定しておりますが、今回は、別途議題にあります定量的な基準の導入に際して、県全体での協議が必要なことから連合会を開催させていただくこととなりま

した。なお、詳細につきましては、議題説明の際に担当より行ないますので、よろしくお願いいたします。また、地域医療構想調整会議連合会に参加されます各区域の議長の皆様におかれましては、評価推進部会へはオブザーバーでの参加となりますことをご了知のほど、よろしくお願いいたします。

続きまして、委員の出席状況についてご報告いたします。

本日は、所用のため、島田委員、豊島委員が欠席されており、また、野並委員が少し遅れられているようです。現在、21名中18名のご出席をいただいております。

また、地域医療構想調整会議連合会では、中央区域高知支部会の森下議長、幡多区域の奥谷議長が所用により欠席しております。また、臼井議長におかれましては、少し遅れるとの連絡が入っております。

それでは、開会に先立ち、健康政策部副部長 家保英隆よりご挨拶をさせていただきます。

(健康政策部副部長) 健康政策部の副部長の家保でございます。

お仕事を終えられたあと、お忙しい中、会議にご出席いただきまして、まことにありがとうございます。また、平素から本県の保健医療福祉に対する、多大なるご理解、ご協力をたまわっていることに対しまして、心よりお礼申し上げたいと思います。

この保健医療計画評価推進部会におきましては、高知県保健医療計画の内容について、計画の着実な推進を図るために、計画期間中の進行管理と評価を行なっていただくことになっております。

本日の会議では、第6期の計画の最終年度となる平成29年度の取り組みと、昨年、皆様方にご協議いただきました第7期の保健医療計画の初年度、30年度の取り組みについて、評価調書に基づき、ご審議いただきたいと思います。

ちょうど、今年4月は介護報酬と診療報酬の同時改定、人によっては、惑星直列とかというような言い方をしておりましたが、その最後の最後になって、また4月1日からの働き方改革の問題とか、それと、今、盛んに議論しています医師少数区域とか配置の問題と言われております。医政局の幹部と話をしておりますと、配置の問題、医師少数区域の問題とか、それから、働き方改革、地域医療構想の推進は三位一体でないと、どこかで、結局、破綻をするということでございます。

働き方改革の中で、今、議論されている最中ですけど、B基準には、都道府県のほうの指定とか出てまいります、そのときには、医療計画での役割ということをきちんと位置付けられているのかどうかというのも指定のひとつの尺度になるやに聞いておりますので、この計画の重要性という、益々重要になってまいります。ですので、その進行管理等、皆様方の意見をふまえて適切にやっていきたいと思っておりますので、忌憚の無いご意見をいただければなと思っております。

また、今回、先ほど、司会の冒頭で担当の補佐が言いましたように、地域医療構想の推進会議の連合会、これ、県全体で構想を推進するうえで非常に重要な会議となっておりますので、あわせて皆様方のご意見をいただくことをお願いいたしまして、冒頭の挨拶とさせていただきます。本日はよろしくお願いいたします。

(事務局) それでは、本日の資料の確認をさせていただきます。

事前送付資料としまして、次第、資料1、高知県保健医療計画の評価一覧及び評価調書。資料2としまして、5疾病5事業及び在宅医療にかかる現状把握のための指標。資料3としまして、定量的な基準の導入について。これらのものを事前に送らせていただいております。お持ちになられていない方がおられましたら、少し合図をしていただけたらと思いますが。大丈夫でしょうか。

また、資料の一部の差し替えがございましたので、各資料番号ごとに差替分をお手元に配布しております。記載からはじまりまして、資料1、2、3全てということになります。お手元のほうに届いておりますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、議事に移りたいと思います。ここからの進行につきましては、この部会の会長にお願いしたいと思います。

安田会長、よろしくお願いいたします。

(会長) それでは、ここからの進行を高知大学の安田のほうで進めさせていただきます。本日は、お集まりいただきまして、ありがとうございます。

先ほど紹介がありましたように、本日の議題は第6期高知県保健医療計画の評価について及び第7期高知県保健医療計画の進捗状況についての2議題となります。

また、地域医療構想に関して、県全体での議論が必要な議題になりますので、地域医療構想調整会議連合会をあわせて開催し、定量的な基準の導入について審議をいただきます。

議事に入る前に規定によりまして、私のほうから議事録署名人を指名させていただきます。野村委員、堀委員にお引き受けいただきたいのですがよろしいでしょうか。

お願いいたします。

それでは、ここから議事に入りますが、まず、第6期高知県保健医療計画の評価についてです。次の議題であります第7期高知県保健医療計画の進捗状況についてと密接に関係しておりますので、あわせて説明をしてもらいます。

また、時間の関係がありますので、1項目ごとの説明・質疑ではなくて、5疾病5事業など、区切りごとに複数の項目をまとめて説明を事務局からしてもらい、そのあとに質疑応答を行ないます。

では、まず、5疾病に関する評価について事務局から説明をお願いします。

(事務局) 医療政策課の横川と申します。

まず始めに、お配りしております第6期高知県保健医療計画の評価、また、第7期高知県保健医療計画の進捗状況、この資料の見方についてご説明させていただきます。

まず、事前にお配りさせていただいておりました資料1の評価調査の記載方法についてご説明いたします。2枚おめくりいただきましてA3資料の先頭で、右上に6-1と書かれている資料をご覧ください。

上段の第6期高知県保健医療計画記載内容という箇所につきましては、医療計画に記載してございます、現状・課題・対策・目標について簡潔に抜粋しており、目標欄の中にご覧いただけます直近値の欄には、現在、把握可能な直近値についてを記載しております。

次に、下段の平成29年度の取り組みについてという箇所につきましては、上段の対策欄の記載事項に関しまして、平成29年度における取り組みの計画を一番左側のP欄に記載しております。そして、これについての取組実績をD、取組実績の評価をC、その評価をふまえた課題と今後の対策をAの欄に、それぞれ記載しております。

次のページをご覧ください。

こちらは、第7期の高知県保健医療計画の内容となっております。記載方法については、第6期保健医療計画の説明内容と同様でございますが、下段の平成30年度の取組内容についてという箇所につきましては、平成30年度の対策を取り組み中でございますことから、計画・実行までの記載となっております。

次に、資料2としてお配りさせていただいております現状把握のための指標を付けてございますが、こちらにつきましては、5疾病5事業及び在宅医療に関しまして、事業計画の巻末にございます現状把握のための指標、こちらのデータにつきましては、把握可能であった数値の直近値を配列したものとなっております。

それでは、ここから、各担当課より評価調書をご説明させていただきます。なお、今回は、全ての項目についてご説明申し上げるところですが、時間の関係上、主な取り組みを抜粋してご説明させていただき、その後の質疑応答の中で、その他の項目も含めご意見を頂戴できればと存じますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、がんから順番にご説明させていただきます。

(健康対策課) 健康対策課でがん対策の担当をしております林と申します。ただ今より、がんについて説明させていただきます。座って失礼いたします。

資料1の1ページ目をお開きください。

がん対策につきましては、国のがん対策推進基本計画を基本としながら、昨年3月に第3期高知県がん対策推進計画を策定しまして、その内容に沿って取り組みを進めております。

まず、第7期計画の評価調書の説明に入ります前に、今、お開きいただいております1

ページ目の第6期計画の評価調書をご説明させていただきます。

下半分の表、平成29年度の取り組みにありますとおり、6期の計画から健康長寿県構想の中に重点的に取り組んでおります、働き盛り世代の40～50代のがん検診の受診促進の取り組みを含む1の予防・健診の推進をはじめ、2のがん医療の推進、3、在宅医療の推進、4、相談・情報提供体制の充実、5のがん登録、以上の5つの項目に取り組んできました結果、資料右上、目標に対する直近値を上から見ていきますと、40～50歳代のがん検診受診率は上昇傾向にあり、肺がん、乳がん検診は目標の50%以上を維持、そのほかの検診も目標には届いておりませんが、少しずつ受診率を伸ばしてきております。その下、75歳未満、年齢調整死亡率3年平均も少しずつ下がり、目標に近づいております。最後のがん患者の自宅看取り率につきましては、国が公表しております人口動態統計の直近の結果を見ますと、目標を既に達成している状況にあります。

その結果をふまえて、次の2ページです。

第7期計画の評価調書をご覧ください。下半分にございます平成30年度の取り組みについて説明させていただきます。こちらにも右上に7期計画の目標がございますので、その目標に向けた取り組みということになります。大きな5つの取組項目につきましては変更なく、概ね、これまでの内容を継続するものとなっております。本日は重点的に取り組んでいる内容や、6期にはなかったものを説明させていただきます。

まず、1、予防・検診の推進です。(3)がん検診の受診促進の取り組みにつきましては、先ほど、直近の受診率をご説明しましたけれども、大腸、子宮頸がんの検診の受診率は目標の50%に届いておりませんので、継続した取り組みが必要と考えております。

平成30年度県民世論調査の結果を見ますと、未受診理由として、「忙しい」「面倒」が依然、上位のままであったり、「必要なときは医療機関で受診する」といった方がおられたり、無症状のときに受診する意義がまだ十分に県民に届いていないと思われまますので、これまでの取り組みはもちろん、受診行動につながる広報の見直しや職場における受診勧奨の強化なども行なってまいります。

この項目の新たな取り組みには、(6)がん予防等に関する教育普及啓発がございます。こちら、子どもへの取り組みとして、平成30年度に学習指導要領が改定されたことなどから、県では29年度から講師派遣事業を実施しております。この事業は、県内の小中高等学校、特別支援学校に講師を派遣し、がんに関する講話などを通じて健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理し、がんに対する正しい知識、正しい認識を持つとともに、がん予防、早期発見に関する正しい知識を深めることを目的としております。国の教材やガイドラインに基づきまして、児童生徒教員などを対象に教育を実施する際、医療関係者やがん経験者を講師として派遣しています。また、教職員が理解を深めるための研修会も開催しております。

次に、2のがん医療の推進です。新たな取り組みには、(3)の小児・AYA世代のがん

があります。今回の計画から、新たに、AYA世代、思春期、若年成人の世代になりますけれども、15歳から40歳未満のがん対策が盛り込まれましたので、まずは、がん対策推進協議会などで、AYA世代のがん患者さんが必要とする情報などをどうやって提供していけばいいか、必要に応じて適切な窓口で紹介ができるように相談体制の整備を行なうこととして、現在、準備をしているところです。

次に、ひとつとばしまして、4の相談体制・情報提供体制の充実ですけれども、新たな取り組みに、(3)就労を含む社会的な問題対策があります。こちらは、県が隔年で実施しております患者満足度等調査で就労に関する質問を入れて参考にしているほか、国のほうで働き方改革実行計画に基づく取り組みのひとつに、がん患者に限らず治療と仕事の両立支援を効果的に進めるため、各県にチームをつくるような取り組みがございまして、高知県では、高知労働局の主催で29年9月1日に設置されました。このチームを通じて関係機関と連携しながら、患者から相談があった場合は適切な窓口適切につなぐ仕組みも整備されつつありまして、こちらのページに載せております取り組みについては、進捗管理を高知県がん対策推進協議会における報告評価することとしております。

以上、簡単ではございますが、がんに関する説明は、以上となります。

(医療政策課) 医療政策課の濱田でございます。

私のほうからは、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の3点について説明させていただきます。

資料6-2をお願いいたします。6-2が第6期の保健医療計画の評価調書でございます。先ほど申し上げましたように、左側が記載内容というところで、右側をお願いいたします。目標というところで設定させていただきましたけれども、年齢調整死亡率につきましては、直近値が、男性が37.6、女性が20.2でございまして目標をクリアしておりました。また、脳卒中支援回復センター、また、それと脳卒中支援病院の数でございますけれども、安芸が3、中央18、高幡3、幡多4ということで、全医療圏とも目標でございました直近値以上をクリアしている状況でございます。

具体的な6期の内容としましては、4ページに記載しております。

まず、発症・予防につきましては、脳卒中の危険因子でございます喫煙対策ですとか高血圧対策、適正制限値等の対策を実施しているとともに、マスコミを起用した啓発ですとかリスク対応としまして、例えば、3番のヘルシー・高知家・プロジェクトで、プロジェクト事業では、高知家パスポート事業などにも取り組んでおります。

次の病院前救護につきましては、救急医療機関や消防本部に対しまして研修情報を収集しまして、提供を行なうことで受講の呼びかけを行なっております。

5ページをお願いいたします。

医療提供体制の構築に関しまして、15番、16番ですけれども、中央・高幡・安芸の

連携バス及び縦の連携バスについて積極的に運用が行なわれまして、あわせて、講演会ですとか奨励検討会を実施しまして連携強化に取り組んでまいりました。こういった取り組みを第6期で行なっております。

続きまして、第7期、その取り組みでございますけれども、資料とびまして申し訳ございません。7ページをお願いいたします。

項目ごとに発症予防、病院前救護と救急医療の状況、急性期医療提供体制、そして、次のページにありますけど、回復期、慢性期のそれぞれにつきまして第6期に引き続き、取り組んでいるところでございます。このうち6番の脳卒中プロトコールにつきましては、メディカルコントロール専門委員会、プロトコール検討会を開催しまして、脳卒中プロトコールの策定について検討を行なっているところでございます。

また、8ページの10番の回復期データベース構築ですけれども、回復期リハビリテーション病棟におけるデータベースの構築の開始をしたところでございまして、データベースを構築することにより、日常の臨床にあたるデータ等を提供するとともに、脳卒中の予後を調査しまして、予後を調査することとしております。

引き続きまして、資料、行ったり来たりしますけれども、9ページをお願いいたします。

第6期の高知県保健医療計画の評価調書でございます。先ほどと同じように左側が記載内容でございまして、右側の目標でございますけれども、上から申し上げますが、一番上が虚血性心疾患の年齢調整死亡率、人口10万人あたりが直近値でございます平成27年度が、男性が36.1、女性が11.7というところで目標値をクリアしているところでございます。

2つ下にいきまして、一般市民による心肺機能停止が目撃された心原性の心肺停止症例の1ヶ月後の生存率、5年間平均でございますけれども、平成24年から平成28年の平均が最新でございまして、設定値を少し超えているような状況となっております。

また、その下の、病院到着からバルーン拡張までの時間については、90分以内の割合が8割以上という目標に対しまして、これは3病院というところで目標が設定されておりましたけれども、直近値としましては、昨年度の成績公表に基づいて3病院にて90分以内の割合が8割をクリアしているところでございます。

具体的な第6期の記載内容につきましては、10ページをお願いいたします。

発症予防につきましては、脳卒中と同様に、禁煙対策や高血圧対策等に取り組むとともに、先ほど申しましたヘルシー・高知家・プロジェクトですとかマスコミを利用した啓発に取り組んでおります。

また、病院前救護体制と救急搬送体制の整備というところで、ラジオやポスターでの広報を実施しまして、適正受診の一環としまして、心筋梗塞等が強く疑われる際の早期受診といったあたりをポスターに加えさせていただいたり、ラジオでの広報の際に、あわせて周知させていただいたということを実施しております。

また、10ですけれども、急性期の医療提供体制ということで、急性心筋梗塞治療センターでの治療成績の公表といったものを公開させていただいておりました。

引き続き、11ページが第7期の評価調書でございます。

具体的な課題の取り組みにつきましては、12ページに記載しておりますけれども、発症前予防、救急搬送体制、急性期の医療提供体制、それぞれにおいて第7期に引き続き、事業の取り組みをしております。

また、5番としまして、救急心筋梗塞治療センターに准ずる病院として記載させていただいております、あき総合病院につきましても、検討会議におきまして4番の急性心筋梗塞治療センターとして認定されておりますので、今後、そのような取り扱いで公表していくこととしております。

続きまして、13ページ、糖尿病をお願いいたします。

まず、13ページの第6期の保健医療計画ですけれども、左側が保健医療計画記載内容となっております、右側が目標の欄でございます。まず、糖尿病性腎症による新規透析導入率につきましては、目標設定時16.2に対して増加させないという目標設定でございますけれども、16.4ということになっております。

また、糖尿で初めて硝子体手術を受けた者のうち、増殖網膜症が原因であった人数、人口10万人あたりでございますけれども、10.1というところで、目標を増加させないというところで10.1そのままになっております。

続きまして、具体的な第6期の取り組みが14ページになっております。

予防の推進につきましては、これまでの説明と重複いたしますけれども、ヘルシー・高知家・プロジェクトですとか減塩プロジェクトといった普及啓発活動に取り組んできております。また、特定検診の受診率向上対策としまして、ボランティアさんによるといった直接のお声がけ活動の支援なども行なっておりました。また、知識の普及でございますけれども、医師会様によります世界糖尿病デーにあわせた市民公開講座を開催しております。

引き続き、15ページをお願いいたします。

医療体制の15番につきましては、高知県の糖尿病看護のグループでございます土佐の会がございますので、研修会を継続的に開催するということをしておりまして、昨年度は100名程度参加があるといったことで、糖尿病看護の包括ケアにおける役割ですとか、フットケアであるとか、そういったかたちの研修がされております。

また、17の管理栄養士不在の診療所と病院が連携した栄養指導の実施ということになっておりますけれども、外来栄養食事指導を軸とした病診連携を推進するとともに、栄養士向けの研修会を実施しスキルアップを図っているところでございます。

このような取り組みを第6期のほうでさせていただきまして、引き続き、第7期につきましては、16ページに記載をしております。

16ページが第6期の記載内容となっております、具体的な内容につきましては17



ページになっております。

そのうち、患者の対応の番号5番でございますけども、糖尿病の重症化予防でございます。こちらにつきましては、糖尿病の重症化するリスクが高い未受診者や治療中断者への受診勧奨ですとか、重症化するリスクの高い通院患者に対する病診連携による保健指導等を行なうことによりまして、糖尿病の重症化を予防することを目的としまして、昨年度、策定しました糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく取り組みを実施しております。

対象者の名簿作成ツールを自動化し効率化を行なうことのほか、市町村担当者の説明会とか、かかりつけ医に対する講演会、リーフレットの配布をしたところでございます。

また、ナンバー8でございますけども、CDEコーチの単位が取得できる勉強会等を医師会様が開催していただけたところでございます。

また、10番の外来栄養食事指導の推進につきましては、引き続きまして取り組んでいるところでございまして、平成29年と比較して、外来栄養食事指導の件数も平均49件増加といったところで実績としてあがっているところでございます。

以上、あわせて3つ説明させていただきました。

(障害福祉支援課) 続きまして、保健医療計画の精神疾患分野につきまして、ご説明させていただきます。障害福祉支援課の吉田といいます。座って説明させていただきます。

まず、最初におことわりさせていただきますが、事前に配布しました資料の内容につきまして、少し内容が古いまま残ってございましたので、本日、お席のほうにお配りしております資料1差替資料と書かれた資料でご説明したいと思います。

保健医療計画の精神疾患分野につきましては、近年、うつ病などの気分障害や認知症などを中心に患者数が増加してきておりますことから、第6期計画から独立した項目として追加されており、第7期でも引き続き、項目立てがされております。内容につきましても、第6期では、認知症、うつ病を中心としておりましたが、そのほか、多様な精神疾患に対応していくように国の指針が見直しをされております。

第6期評価調書のほうを見ていただきたいと思います。こちらの下段の平成29年度の取り組みをご覧ください。1の県民への普及啓発ですが、上段の課題・対策にございますが、精神疾患への誤解や偏見から受診が遅れる。そのための対策として、県民への普及啓発の取り組みを進めるといったことが、B欄のほうで精神疾患や精神障害の理解や啓発のため講演会などを行なっております。A欄の課題のほうで、誤解・偏見をなくすことから、今後の対策としてこういった取り組みを進めていくようにしております。

次に、3の精神科救急情報センター、精神科医療相談窓口の設置ですが、右上の目標の欄をご覧ください。こちらのほうで、精神科医療相談窓口、それから、精神科救急情報センターを計画策定時にはなかったものを平成29年度までには、ひとつ作るということにしておりますが、詳しい説明は第7期のほうで説明させていただきます。

次の認知症疾患医療センターの設置につきましては、目標の欄をご覧ください。直近値のところですが、目標の欄に、基幹型1、地域型5と書いてありますが、直近値では、基幹型1、地位型4の設置済みというふうになっております。下段のC欄をご覧ください。C欄で、基幹型、地域型の設置運営ができておまして、各センターの連携強化と対応力向上に向けた取り組みも行なわれておりますが、上段の課題にございますように、認知症の人や家族が地域で安心して暮らすためには、認知症疾患医療センターなどの専門医療機関の整備と、かかりつけ医、専門医とのネットワークによる専門連携体制が求められておりますことから、下段のA欄で、今後の対策におきまして、引き続き、連携強化、対応力の向上を図ります。

次、6番、うつ病ですが、上段の目標値では、G-Pネットこうちを実施している圏域数を4としておりますが、下段、C欄ですが、かかりつけ医と精神科医の連携と管理、G-Pネットこうちの運用を継続しておりますが、利用が広がっておりません。このため、右端、A欄の今後の対策におきましては、運用のあり方や一般科、それから、精神科の連携を深める取り組みの検討を行なうこととしております。

続きまして、第7期の評価調書をご覧ください。こちら下段の平成30年度の取り組みについてをご覧ください。1の県民への普及。こちらにつきましては、先ほどの第6期の計画にもありますように、今後も引き続き取り組むと、精神疾患への誤解や偏見をなくすということで、引き続き、取り組みを進めてまいります。

次に、3の精神科救急情報センターですが、先ほども説明しましたが、第6期にもありますが、早急な設置について検討をしてきましたが、Bの欄に書いてございますように、民間事業者への委託による実施を検討した結果、C欄で、昨年、30年12月から開設ができております。今後の対策としましては、精神科救急医療システム連絡調整委員会などを活用しながら円滑な運営に取り組んでまいります。

4の認知症疾患医療センターにつきましては、B欄の実行の欄ですが、5箇所のセンターでの連絡協議会を開催し、連携強化、対応力の向上に取り組んでおります。A欄では、事例検討会を開催することにより、連携の強化や対応力の向上を図るとしておまして、また、31年度からは基幹型センターに新たに相談員を配置する予定としております。

5のうつ病対策としましては、D欄ですが、G-Pネットこうちにつきましては、精神科とかかりつけ医の連携ツールとして継続すべきといったご意見をいただいておりますことから、今年、開催しました医師相互交流会において周知を行ないまして、今後はこちらのG-Pネットこうちの活用について検討を行なってまいります。

6の退院後支援ですが、措置入院者の退院後支援につきましてはD欄にございます。こちらは、30年3月に、国からガイドラインが示されており、それを参考に本県での運用に向けて、高知市保健所との情報共有や各福祉保健所と実施に向けた協議を行なっております。D欄のほうに書いてありますが、今後の対策としましては、ワーキンググループの開

催とともに医療機関の皆様や高知市保健所と情報共有を行ない、本県における運用について検討してまいります。

右上のほうに目標値を書いております。こちらには、精神病床における入院需要、退院率、地域移行にともなう基盤整備量の目標を書いておりますが、真ん中に直近値を掲載しております。具体的な数値としましては、精神病床における入院需要としましては、急性期、回復期、慢性期をあわせました入院需要の患者数は2976人となっております。また、入院期間が1年未満の退院率につきましては、3ヶ月時点での退院率は68%、6ヶ月時点の退院率は86%、1年時点の退院率は91%、地域移行に伴う基盤整備量は合計346名となっております。

私からの説明は、以上です。

(会長) そうでしたら、5つの疾病ですね。がんから精神疾患まで。

資料1、1は差し替えがありましたけれども、資料1を使って事務局から説明をしてもらいました。どの疾病についてでもかまいませんが、ご質問、ご意見等ございましたら、ご自由にご発言ください。いかがでしょうか。

よろしいですか。

今、ご説明いただいた資料1の差し替え医療の精神疾患のところでは、第7期計画の調書のところで、その疾患だけ、平成30年度の取り組みについてのところが、Dで記載が終わっているのではなくて、CとAまで、この疾患だけは入っていますけれども、これは差し替えで比較的更新時期が新しいので入っていたのか、作業が早く入っていたのかと思います。ほかの疾患については年度末までに、このDとAの、今、空白になっているところが入るという理解でいいんですかね。

(事務局) はい。いわゆる、残りのCとAの部分ですけれども、申請の状況のところは、ほとんどでありまして、年度末というのも、ちょっと厳しいかなと思います。多分、最終的なフィックスが終わるのは年度が明けてからになりますので、年度明けましてから、こういうところは詰めていきたいと思います。次回の評価部会までには入れまして、次の評価部会は、ここも入ったようなかたちで進捗状況についてご評価いただけたらというふうに考えております。

(会長) そのほか、いかがでしょうか。よろしいですか。

そうしますと、ちょっと最初のほうの導入部分が予定よりも遅れていたり、事務局からの説明が、ちょっと時間がかかるところがあったりして、質疑応答を入れて終わる予定の時間をちょっと超えておりますので、特にご質問がなければ、最後にまとめて、お気づきところをまた、うかがうことにしまして、議事を進めさせていただくということで、次の

ほうに進めさせていただきます。何かお気づきのことがあれば、また最後にご発言いただきたらと思います。

では、ひとつの事業と在宅医療等についての評価です。説明等、事務局からお願いします。

(医療政策課) 医療政策課、谷脇でございます。救急医療担当でございます。私のほうから、救急医療と小児救急を含みます小児医療につきまして、2つの項目をご説明させていただきます。座って説明させていただきます。失礼いたします。

救急医療の対策につきましては20ページのほう、左から3番目の欄に記載しております。大きく4つの項目。適正受診の啓発、救急搬送体制の充実、医療提供体制の充実、救急医療情報提供体制の充実に取り組んでまいりました。

適正受診の啓発につきましては、軽症患者の救急車搬送を抑制することで、医療機関が重症患者の治療に専念できる体制を構築することを目指して、県民に対する各種の広報活動を行ないました。

その結果、目標に掲げておりました軽症患者の搬送割合につきましては、若干減少し、直近値で44%程度となりましたものの、依然として全体の4割を超える状況でございますので、7期の計画においても引き続き啓発に取り組んでまいります。なお、7期計画におきましては、これに加えて、重症患者の治療を担う救命救急センター本来の役割を果たせるよう、当該センターへの搬送割合につきましても、3割を目標に取り組んでおります。

次に、救急搬送体制の充実につきましては、救急救命士の増員に取り組んでまいりました結果、目標の直近値にありますとおり、県内の救急隊のうち、常時、救急救命士が配備されている隊の割合は8割を超えておりますが、引き続き100%を目指して救急救命士の養成などに取り組めますほか、医師などが参加しますメディカルコントロール専門委員会などで救急救命士に対する医師の指示や十分な研修を行ないますとともに、技能の維持向上を図るための研修を実施することとしております。7期の計画では、これに加えて救急車による医療機関への収容時間につきましても短縮できるよう取り組んでまいります。

これらの対策のほか、医療提供体制の充実につきましては、救急医療を担う医師の確保に向け、赴任医師への支援などに取り組めますほか、情報提供体制の充実につきましては、医療機関の診療機能や診療体制などについて、こうち医療ネットを活用して公表を行なうことで、県民への情報提供を継続してまいります。

資料2の現状把握の指標につきましては、時間の都合によりまして個別の紹介は省かせていただきます。

救急医療につきましては、以上です。

次に、小児救急を含む小児医療についてでございます。小児救急医療につきましては、事前にお配りしておりました資料の一部に数値の誤りがございましたので、本日、差し替えの資料でお配りさせていただいております。差替版のほうをご覧くださいと存じます。

訂正させていただきますところは、差替資料についております小児救急医療の1ページ、目標の欄の一番下の欄に記載しています。輪番病院深夜帯受診者、1日あたりの直近値でございます。事前にお配りしました資料では、誤って5.7名としておりますが、正しくは5.9人でございます。この数値は、2ページ目に続きます7期の計画も同じ数値の記載がございますので、そちらも訂正させていただいております。申し訳ございませんでした。

それでは、小児救急医療につきまして差替資料で説明させていただきます。

小児救急医療の対策につきましては、1ページ左から3番目の欄にありますとおり、医療情報提供体制、小児医療体制、小児救急医療体制の確保と適正受診に向けた取り組みを実施してまいりました。

医療情報提供体制として、こうちこども救急ダイヤル#8000番による相談を実施しておりますが、この相談対応日を増やしたことによりまして、多くの相談に対応できておりますので、今後も引き続きダイヤルの周知とともに、相談員のスキルアップに取り組むこととしております。

小児医療体制につきましては、奨学金の貸付や研修支援の取り組みにより、小児科医の医師数が目標としておりました105人を上回る結果となりましたが、郡部の医師数が少ないことなど課題がございますので、引き続き、医師の確保に取り組むこととし、7期計画では110人以上を目指してまいります。

小児救急医療体制の確保につきましては、輪番制病院に対する補助制度の実施などにより、輪番病院に勤務する小児科医師の確保に取り組まれました。今後、引き続き、こうした支援を行うことにより輪番制を維持することで小児救急医療体制の確保につなげてまいります。

適正受診につきましては、軽症患者の救急搬送を抑制することで、小児科医への負担を軽減できるよう保護者向けの救急対応ガイドブックの配布や講演会の実施に継続して取り組みます。

小児救急医療につきましても、資料2のほうの個別紹介は省かせていただきますが、こちらにつきましても、1箇所訂正がございましたので、本日手元に差替資料をお配りしております。

小児救急医療の指標のうち訂正させていただきましたので、右下のほうに輪番病院の小児科勤務医数及び輪番当直医数の推移。繰り返して申し上げます。輪番病院の小児科勤務医数及び輪番当直医数の推移を記載しております欄のうち、平成29年の直近値は、輪番

当直医数が、現在、以前の資料では33名となっておりますが、正しくは29名でございましたので、こちらの数値を訂正した版を手元にお届けしております。重ねてお詫びいたします。

私からの説明は、以上でございます。

(健康対策課) 健康対策課周産期母子保健推進室の橋本と申します。

私からは周産期医療について説明をさせていただきます。評価調書の28ページをご覧ください。座って失礼いたします。

28ページ、第6期の評価調書のうち健康対策課が所管する部分について説明をさせていただきます。下段の29年度の取り組みですが、周産期医療体制の整備促進、早産予防を目的とした母体管理の徹底などに取り組みました。

県内で分娩を取り扱う施設は18施設と限られておりまして、その内15施設が中央医療圏に集中しております。このような状況の中、分娩取扱施設の減少や新生児医療に従事する医師の減少を防ぐため、分娩手当てや新生児を担当する医師の手当てを支給する医療機関に助成を行なっています。また、市町村の産前産後ケアの充実のための支援を行なっています。

新たな取り組みとしまして、1、周産期医療を担う人材の確保と資質向上のD欄、実行欄の一番下にありますが、妊産婦、救急救命基礎研修、BLSOの研修を平成29年度から3年計画で高知医療センターに委託して実施しております。特に、高幡地域や東部地域など分娩施設の無い地域がありますことから、陣痛発来や車中分娩、病院内での妊産婦救急に対応できる実践的なプログラムを行なう研修となっております。3年間で約半数の救急救命士に受講していただける計画となっております。実際に受講した救急救命士が現場での確かな判断や対応をしてくれて助かったという医師からの声もいただいております。

次に、3の早産予防を目的とした母体管理の徹底としまして、子宮頸管長の測定と膈内細菌検査を妊婦検診の項目に県が独自に追加しまして24年度から実施しております。産婦人科の先生方にご協力いただきまして適切な時期に検査を実施することで、妊娠期間を延長できたケースが増えてきております。

ひとつ戻りまして、2の周産期医療体制の整備促進になりますが、東日本大震災の周産期医療における問題点や課題などから、周産期医療協議会でも災害対応の必要性についてのご意見があがりまして、国が実施する災害時周産期リエゾン養成研修に周産期の先生方に参加をしていただくところに、大規模災害時における周産期医療の対応のあり方について、災害医療コーディネーターをアドバイザーとしてお招きしまして意見交換を開催しております。平成30年度には、ここには書いていませんけど、周産期医療協議会の部会としまして周産期医療災害ワーキングを設置しております。

次の29ページをご覧ください。

第7期評価調書の30年度の取り組みについて下段のところにありますが、これまでの医療提供体制の充実に向けた取り組みの継続と共に、2の災害時周産期医療体制の整備としまして、引き続き、リエゾン研修、リエゾンの養成研修への参加とともに県内の産婦人科医療機関の災害時の連携体制づくりや情報伝達訓練の実施、内閣府主催の大規模災害時医療活動訓練に参加するなど、体制の整備に取り組んでおります。

また、今年度の新たな取り組みとしましては、1番の周産期医療提供体制の中の一番下の枠にあるんですが、周産期メンタルヘルス対策の支援体制づくりですが、市町村の母子保健担当保健師と分娩取扱医療機関の看護職とのネットワーク会を開催しまして、産科医療機関との連携を図るとともに、産後うつに著名な講師を招きまして産科医師や市町村保健師等を対象として2部構成で研修会を開催するなど、支援体制づくりに取り組んでおります。

これらの取り組みを進めることで、今後も安心して子どもを産み育てることができる環境づくりに努めてまいります。以上で、周産期医療に関する説明を終わります。

(事務局) 引き続きまして、在宅医療というところで30ページをお願いいたします。

30ページの右側、目標でございます。計画策定時に作成した目標に対しての、その結果というところでございますけれども、それぞれ退院支援の目標につきましては、カンファレンス、退院前カンファレンスを実施している病院数というところで、目標設定時50でしたのが、目標設定時50に対して5.7、達成したけども、直近が58といったところになっております。また、3段目の急変時の対応につきましても、急変的の受入可能病院、有床診療所の数につきまして、目標設定時41としておりましたけれども、直近値68となっているところでございます。

こういった取り組みを在宅医療として具体的にやったんですけども、具体的な第6期の内容としましては、次の31ページに記載しております。

在宅医療につきましては、かなり範囲が広いといったところもありますけども、いくつかご説明させていただきたいと思っております。まず、一番上の退院支援というところで、退院支援対策の構築を図るために、質の高い退院支援を行なっていくために、退院支援指針というものを県立大さんが作成しておりますので、それを用いて、多職種と地域の、それぞれの役割を可視化したフローシートであったり、また、人材育成等を実施しておりました。

また、その下の日常の療養支援につきましては、病院と関係者と共同した入退院引継ぎルールの策定及び運用につきましては、各福祉保健所、また、高知市保健所ごとに関係機関と協議を行ないまして、各県域で引継ぎルールの策定に向けた協議を行なっておりました。その結果、円滑に在宅生活へ移行できる連携体制が構築されたところでございます。

とびまして4番目の項目としましては、訪問看護ステーションの設立支援につきまして、訪問看護ステーション連絡協議会への委託によりまして、訪問看護の利用者や事業者から

の相談や問い合わせに対応できる体制を整備しまして、また、リーフレット等で医療機関を紹介したり、ステーションの管理者からの相談等を受けられる体制を整えております。

次に、4番の2番目の段落になります。訪問看護サービスの提供体制の整備、サービス提供地域の拡大につきましては、こちらにつきましては、中山間地域等訪問看護サービス確保対策事業費補助金の活用によりまして、サービスが不足している中山間地域等へ訪問看護師が派遣調整を行なう際の体制が整備されるとともに、不採算となる遠隔地へのサービス提供の支援を行なうことで、提供医療と提供地域の拡大ができたものと考えております。

引き続き、第7期の取り組みですけれども、資料、とびまして34ページでございます。

まず、ひとつ目の項目としまして退院支援としましては、先ほども第6期のほうで申し上げましたけれども、今、退院支援対策構築に取り組んでおりまして、今年度につきましては、圏域でいいますと中央東と須崎の福祉保健所管内で、それぞれ、1医療機関数1機関、取り組んでおります。また、あわせて、様々な研修を行なって人材育成に取り組んでいるところでございます。

3番をご覧ください。多職種連携のためのICTを活用した医療介護連携情報システムにつきましては、参加施設の増加を図るために、一定の地域でまとまった加入をしてもらうためのタブレットの無料の貸し出しといった取り組みを30年度に実施しております。また、31年度につきましても、引き続き、これにつきましてはモデル圏域として安芸圏域を設定しまして、安芸圏域全体でモデル圏域として取り組んでいただきたいと考えております。

7番になりますけれども、在宅歯科医療連携室を核とした医療介護等の連携、訪問歯科診療の調整機能の強化としまして、高知と幡多の在宅歯科連携数が医療機関や介護事業所を訪問しまして、医療や介護等の連携の強化をしているところでございます。

これらの取り組みによりまして、在宅医療の推進をしていきたいと考えております。

(医療政策課) 医療政策課の大窪と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

私のほうからは、災害時における医療ということで、ご説明をさせていただきます。座ってお話しさせていただきます。

まず、第6期の保健計画に基づく29年度の事業の評価についてご説明いたします。資料1の36ページをご覧くださいと思います。29年度の取り組みについてご説明をいたしますけれども、時間もございませんので、項目を絞ってお話しをさせていただきます。資料の真ん中あたり、大きい括りで医療機関の防災対策のひとつ目のところに、耐震化の促進等があると思います。

耐震化の促進につきましては、29年度に3件の補助を実施しまして病院全体での耐震化率は71%になっております。災害時に医療救護活動の拠点となります災害拠点病院は、



耐震化率100%となっておりますけれども、そのほかの医療機関では、まだまだ耐震化が十分とは言えませんので、補助制度の周知を行ない、耐震化を促すとともに、支援制度の充実のため国への政策提言を継続して実施をしていくということにしております。

1枚戻って、資料の35ページに戻っていただきまして、右上に救護病院と災害拠点病院の耐震化率の目標がございます。平成29年度末で100%を目指してございましたけれども、やはり、耐震化にはかなり費用がかかるということ、その一方、国庫補助の予算の確保が安定的でないということなどもありまして、また、仮移転先の確保の問題とか、そういったことなどもあって、実績としては80%ということになっております。

第7期の計画においても、取り組みの内容は変わっておりませんが、ページは37ページの下段を見ていただきたいですけれども、災害拠点病院は既に100%達成しておりますので、救護病院に絞って平成35年度の目標を94%ということで設定しております。

36ページのほうに、もう一度お戻りいただけますでしょうか。

先ほどの耐震化のところの「・」のひとつ下に、BCPの策定というのがあると思いますが、こちらにつきましては、県で実施している策定支援策の周知やBCPセミナーなどの開催によりまして啓発に取り組んでおりますけれども、病院全体での策定率というのは、29年度時点では4割を超えていないという状況でございます。

災害拠点病院については指定要件の変更に伴いまして、30年度、今年度末までに全ての病院で策定する必要があるということになっておりましたが、最後の1病院のほうも策定済みとなりましたので、今後は、特に救護病院に対して個別に策定をはたらきかけていきたいと思っております。

第7期の計画、もう一度、37ページをご覧ください。37ページの下段になりますけれども、35年度の目標については87%ということで、毎年度4病院ずつ策定をしていくということで目標設定をしております。

以上で、災害時における医療について説明を終わります。よろしくお願いいたします。

(医師確保・育成支援課) 医師確保・育成支援課の松岡です。

私のほうからは、医師及びへき地医療についてご説明させていただきます。資料の39ページ、資料番号4-1をお願いいたします。

医師につきましては、上の表の課題にありますように、若手医師の減少、地域偏在、診療科偏在という3つの課題を抱えております。それに加えて、近年増加している女性医師への対応も重要となっております。これまで医学生への奨学金の貸与や若手医師のキャリア形成環境の整備等に取り組んできた結果、平成28年末の調査では、40歳未満の若手医師が増加に転じるなど明るい兆しも見えはじめておりますけれども、地域偏在、診療科偏在につきましては依然として厳しい状況にあります。

次のページをお願いいたします。

第7期計画では、基本的に、これまでの取り組みを継続していきます。平成30年度の具体的な取り組みとしましては、1に記載のとおり、将来、県内の指定医療機関等で勤務する意志のある医学生に奨学金を貸与し、償還期間のうち一定期間を高知市・南国市を除く医師不足地域で勤務するような制度をつくっております。平成30年度は、表に記載の数より1人増えまして184人に奨学金を貸与しております。また、診療科偏在に対応するため産婦人科など特定の診療科を希望する学生への加算制度も設けております。また、増えつつある若手医師にとって魅力あるキャリア形成環境を充実するため、専門医や指導医の資格取得や国内外への留学のための費用の助成を行っております。

表の一番下の項目は、新たな取り組みとして、医師会や県立病院にご協力いただきまして、県立病院等から応援医師を派遣する取り組みを平成29年4月から開始しており、平成30年度は、県立あき総合病院、本山町の嶺北中央病院から、あわせて5つの医療機関を支援していただいております。

次に、資料の42ページをお願いいたします。

へき地医療につきましては、第6期での取り組みをふまえて、第7期計画では、医療従事者の確保、医療従事者への支援、医療提供体制への支援といった課題の改善に向けた取り組みを進めることとしております。

平成30年度の具体的な取り組みとしましては、下の表に記載のとおり、へき地医療を担う医師を確保するため、自治医科大学において、毎年2、3名を養成しており、卒業後はへき地医療協議会に参加する市町村の医療機関で勤務をしていただいております。へき地医療協議会では、医師の研修機会の確保など、処遇改善等を通じまして、へき地で勤務する医師の定着に努めております。平成30年度は、対象の医療機関に22名が勤務しており、加えて、高知大学卒業医師や本県と協定を締結している大阪医科大学から派遣された医師に勤務をいただいております。

その次の医療提供体制への支援では、国庫補助金を活用して市町村が運営するへき地診療所の運営赤字に対する補助などを行っております。また、一番下ですが、新たに総合診療医養成を支援し、平成30年度は、中山間地域の医療機関で4名が勤務しております。

私からの説明は、以上です。よろしくをお願いいたします。

(会長) 以上で、5つの事業、それから、在宅医療ですね、についての事務局からの説明が終わりました。事業といっても、へき地医療のところは医師確保とあわせた説明になっておりますが、以上の説明について、ご質問、ご意見等ございましたら、どうぞ、ご自由にご発言ください。いかがでしょうか。

どうぞ。堀委員、どうぞ。

(堀委員) 今日出された資料のことではないんですけど、これに関連づいたことなんです。

救急医療のところで、救急搬送される人の中に軽症者が45%ほど、まだまだ高いところで推移しているということなんですけど、実はこの前、知人と話をしていたときに、独居暮らしの人で心臓疾患が多少あるんですが、どういったときに救急車を呼んでいいんだろうかと。むやみやたら呼んだら、救急医療にも差し障るしということで、迷われている方が今後益々増えるのではないかということで。

それで、子どもの場合は、子ども救急ダイヤル、もしくは電話で連絡として救急搬送するかどうか判断できると思うんですけど、大人ですね、高齢者の窓口が調べようのないようなところなんです。

この前、ネットで調べたら、仁淀消防署か、消防署の救急のほうで、こういうときは急いで呼んでくださいという、そういうノウハウが載せてあるホームページみたいなものがあるんですけど、具体的に、多く一般の方の目にふれるようなかたちで、ひと通りノウハウですね、こんなときは救急を呼んでくださいというようなことができないかと思うんですけど。

あらかた、一般市民の方には、案内されているのはあるんですけど、なかなか多くの人に届いていないのではないかと思います。よろしく願いいたします。

(事務局) 救急医療担当の谷脇からお答え申し上げます。

現在のところ、大人向けの救急情報につきましては、救急医療情報センターというものを設置しまして、24時間365日の電話相談でご案内を差し上げているところでございます。

ただ、委員のご指摘のとおり、高齢の方で救急車を呼ぶべきかどうかというところで迷われるということはあるかと思えます。他県におかれましては、全国で9件ほどでございますが、大人向けの救急搬送をしたほうがいいのかどうかということをご自身で相談できるダイヤルを設置されているようにお聞きしております。

ただ、これにつきましては、先ほど申し上げました高知県のほうで、従来より展開しております救急医療情報センターによるサービスと重複しますことから、今後、どのようなかたちで高知県でやっていくべきか、ということにつきましては、引き続き検討してまいりたいと思っております。これにつきましては、第7期保健医療計画におきましても検討を継続するということでの取り組みに掲げておりますので、引き続き、私共、他県の状況も把握しながら検討してまいりたいと思えます。

なお、他県におかれましては、24時間の体制で、当然、ドクターですとか医療従事者によるアドバイスがなければ成り立たないサービスがございますので、高知県におきましては、医療を担っておられます医師そのものの確保も難しい状況におかれておりますので、

実際に事業を展開するといったことになると、医師の確保、あるいは看護師などの医療従事者による24時間のサービス提供ができるかどうかということが、非常に肝になってくると考えてございます。以上でございます。

(会長) ありがとうございます。

そのほか、いかがですか。ご意見、ご質問。どの部分についてでもかまいませんが、よろしいでしょうか。

今、事務局から説明がありました5疾病5事業、在宅医療以外の部分ですね。お手元の資料でいきますと、へき地医療から次のところに続いてになりますが、その部分については、この会議の時間が限りがあるということで、個別の説明は、事務局からはありませんが、事前にご覧になったところで、何かお気づきのところとか質問をお持ちの方、いらっしゃいませんか。全体を通してというところですね。

また、何かお気づきのところが閉会までにありましたら、ご発言をいただけたらと思いますが。

感染症とか臓器移植とか最後のほう、ついていますが、よろしいでしょうかね。あと、歯科のほうもよろしいでしょうか。

(野村委員) 委員長、いいですか。

(会長) どうぞ、野村委員、どうぞ。

(野村委員) 歯科の場合、在宅の診療に行く場合に連携室のほうを整備していただきまして、中央のほかに、今度、幡多のほかに東部のほうに、安芸のほうに連携室を整備していただいております。

ただ、訪問診療に行く際に、なかなか保健医療制度上の縛りというのがありまして、他の一般医科にかかっている場合に、なかなか、歯科のほうから訪問診療に行けないというような制度になっております。そこらへんのところを県のほうで何とか、これは厚生支局の問題でもあろうかと思いますが、スムーズな診療、在宅に向けての方策というのが何か県のほうでお持ちでしたら、ご検討いただければと思います。

(健康長寿政策課) 健康長寿政策課、歯科保健医療を担当しております中島と申します。お世話になっております。

野村委員からご意見、ございましたので、一般の診療所等に通院されている方が、在宅歯科診療を希望された場合、診療報酬上、点数がとれないということでして、ご家族が無理して内科等には通院介助をするけれども、歯科になったら、歯科医師の訪問診療のあと、

歯科衛生士等に続けて来てもらって口腔ケアをしてもらいたいとか、そういった事例があるというようなことでの、そういった場合の対応ということかと思えますけれども。

すみません、そういった実態のところを十分、歯科医師会からも教えていただきながら、必要があったら国にあげていくということになるかと思えますが、そこはまた、厚生支局等との協議で、もう少し情報を、私達も、どうしてそういうふうになっているかということをしつかり情報を得て、また、ご相談させていただきたいと思えます。

本日はすみません。十分な情報を持っておらずお答えできず申し訳ないです。

(会長) 担当の事務局と歯科医師会との間で、必要な情報交換を進めていただいて第7期の計画でとりあげることができるようになれば、また、進めていただけたらと思えます。

そのほか、よろしいでしょうか。

(男) すみません。ちょっと聞きたいんですけど。

救急医療に関してですけど、私も救急病院に勤務したことがありましたけど、ごく軽症者が、夜中の3時、4時に来て、救急車の中からジャジャジャーンって飛び降りてきたりして、その時の名が、下腿打撲、骨折疑いということだったんですけど。

先ほども聞いたんですけど、軽症者が40%超ということで。欧米では、救急車を呼ぶのは有料制って聞いたことがあるんですけど、日本では有料になることはないんでしょうか。

(事務局) 救急車自体を有料にするということの議論はございませんけれども、診療報酬のほうとかで、一定の誘導をしようという考え方は、これまでも何回かは出て来ておるところもあります。ただし、やはり、救急のほうは、救命のほうは、やはり、拒否ができない法律、制度になっておりますので、そこをまして有料にするというところまでは、なかなか議論は発していないのかなというところがございます。

ただ、一定、軽症者をどうにかできないかというところは、現場のお声も聞いておりますので、引き続き、こうした取り組み自体は、必要な救急なのかどうかということ、救急車の搬送が本当に必要なのかどうかということは、やはり、行政としては、はたらきかけ続けていきたいというふうには思っております。

(男) 私、欧米は有料だと聞いたんですけど、本当に有料なんでしょうか。

(事務局) 一部有料の国があるというのはお聞きしたことはあるんですけど、私自身、勉強不足で申し訳ございません。具体のことは、ちょっと私のほうも把握しておりません。申し訳ございません。

(男) 当直のドクターにとってみると、夜中、3時ぐらいから患者が来るといって、ずっと待っていて、4時に来たら、ジャジャジャーンって車からシュワッチっておりてきたのを見て、ちょっと。それとか、指のちょっとした怪我とかで来られる人もいるし。やはり、千差万別で、非常に重症なのに、本人はあんまり、それはないというようなこともあるので一概に言えないと思うんですけど、当直の医師としては、そののところもう少し、何かつけてくれたら、もっと。私は今、当直しないんですけど、昔はもっとやれたんじゃないかと思って、ちょっと話してみました。どうもありがとうございます。

(男) 私、実はアメリカで救急車に乗ったことがあるんですけど、請求書を見まして、日本円で3万円ぐらいの請求がありました。

さっき言った救急の話ですけど、今、高知市でやっているブルーカードシステムというのがあるんですけど。要するに、休日とか夜間に、そういう不安があるような患者さんに、予めそういうときには、この病院で受けますよというのを、基本的にはかかりつけのお医者さんが発行するんですけど、そういう不安をお持ちの患者さんは、かかりつけのお医者さんに言えば、そういうブルーカードを発行していただくことは可能だと思いますので、そうすると、受診をするハードルはかなり下がるのではないかと思います。

(会長) ありがとうございました。

そのほか、いかがでしょうか。よろしいですか。救急に関することでもよろしいですが。

それでは、資料1を使った事務局から説明の内容について、ここでとりまとめをしないといけないので、とりまとめさせていただきますけれども、差替部分を差し替えてということになります。資料1の内容について修正が必要なご意見等はございませんでしたので、資料1の差替部分は差し替えた後の資料1を高知県保健医療計画評価推進部会として、第6期高知県保健医療計画の評価であるとして承認していただいでよろしいでしょうか。ご異議ないですかね。

では、この内容で第6期ですね、前年度末までの第6期の保健医療計画の評価が終わったということにさせていただきます。承認していただいたということにいたします。

それから、第7期のほうは今年度から始まったところですが、第7期の高知県保健医療計画の進捗状況について、大部分の項目は、CとかAの項目が、まだこれからになっていますけれども、これから運用しながら進捗管理を事務局のほうでもやっていただきたいと思います。

それでは、保健医療計画評価推進部会の審議はここまでとさせていただきます。次に、地域医療構想調整会議連合会のほうへ進ませていただきます。

定量的な基準の導入ということについて事務局のほうから説明がありますので、お願い

いたします。

(医療政策課) 医療政策課で地域医療構想を担当しております原本と申します。よろしく  
お願いいたします。

自分のほうからは、資料3で、今日、差し替えさせていただいた資料で、ご説明をさせ  
ていただきます。また、前段で、联合会経緯も、こちらの資料の中で説明をさせていただ  
くようにします。座って説明させていただきます。

まず、資料1ページ目をお開きください。(1)で、病床の必要量及び病床機能報告につ  
いてとありますが、高知県におきまして、振り返りになります、地域医療構想というこ  
とで、平成28年12月に、平成37年、2025年の医療需要に見合った必要病床数、  
病床の必要量というものを周知させていただきました。それにつきましては、高度急性期、  
急性期、回復期、慢性期の4つの機能ごとの病床ということで整理をさせていただいてお  
ります。

また、それに並行しまして、2026年度から、実際、病床、高知県、どうなっている  
のか、現状がということで、毎年、病床機能報告制度という制度で、先ほどの4つの医療  
機能ごとの病床の数というものを毎年、報告いただいております。

その部分というのが、この(1)の病床の必要量及び病床機能報告、その2つの病床数  
があるといったことで、この資料のひとつ目の「・」を見ていただけたらと思いましたが、  
では、実際に、その2つの病床というものを37年に向けて、今、病床、どうなっている  
かということで、比較して見ていくというかたちにした場合、このひとつ目の「・」にあ  
りますとおり、全国的に急性期が過剰で回復期が大幅に不足しているといった状況が生じ  
ていると。

ですが、国のほうで色々な地域の状況を聞く中で、実は、回復期医療を受けられていな  
い患者がすごく存在して、本当にここまで回復期、足りているのかという状況はないんじ  
ゃないかと、ちょっと誤解が生じているのではないかとということで、29年に厚労省のほ  
うから通知が出されております。

なぜ、そういうことが生じるかということで、その下を見ていただけたらと思いますが、  
端的に言いますと、この真ん中にありますとおり、この2つ、定義が違うといったかたち  
になっております。

病床の必要量につきましては、客観的な区分ということで、この下の急性期の表の中を  
見ていただけたらと思いますが、医療資源量600点から300点未満とありますが、要  
は、レセプトデータから診療報酬の点数で出して、どれくらいの医療を使っている方がい  
るかということで出しているような数字。

一方、病床機能報告制度というのは、急性期の部分を見ていただけたらと思いますが、  
急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能という定義のもとに、

医療負担を自主的に判断して報告いただいているといった制度になっています。

ですので、どうしても、そこに違いが生じてしまってというところで、なかなか単純比較はできないのではないといったかたちで出ております。

ちなみに、下、参考の高知県における病床機能報告の結果及び病床の必要量とありますが、高知県におきましても全国と同じで、急性期が過剰で回復期が不足しているという結果になっております。

そういった状況をふまえて、2ページ目をお開きいただけたらと思います。

(2) 国からの通知等についてということで、一番上、地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入についてということで、平成30年の8月に通知が出されております。この四角囲みの中が、その通知の中身になっております。

先ほども説明しましたが、医療機関の自主的な判断により報告を行うことから、①で、主として回復機能を有する病棟であっても急性期と報告されている病棟が一定数存在と。また、②、色々書いていますが、回復期の機能を担う病床が、各構想区域で大幅に不足していると誤解を生じさせる事態があるといったこと。③そうした状況をふまえて、一部の都道府県では、県の医師会等と調整して、その県独自の地域の実情に応じた定量的な基準を作成して議論の活性化につなげているといったことがあると。

その下、矢印であります。そうした状況があることから、各都道府県におきましても、この地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中、平成30年度中に都道府県の医師会など、医療関係者との協議を経たうえで、地域に応じた定量的な基準を導入してもらいたいといった通知が出されました。

その下にありますが、なお、その導入については、都道府県単位の地域医療構想調整会議を活用し議論を進めることが望ましいといった通知が出されております。

こういったことをふまえて、一番下にありますが、高知県におきましても、この県単位の調整会議ということで連合会を開催しまして、この急性期に隠れているような回復期を出すようなかたちで、この定量的な基準の導入を進めてまいりたいと考えております。

その上に四角囲みの下に追加通知ということで、これ、通知が出された後に付則で出されましたが、一応、あくまでも、この定量的基準というのは議論の活性化のためのひとつの方策であって、正式なものについては、やはり、病床機能報告の報告結果といったかたちになっております。

それでは、3ページ目、お開きいただけたらと思います。

実際には、本県で、(3)で、こういった定量的な基準について導入するかといった整理について書かせていただいております。一番上ですが、マルで、先ほどの通知でもありましたとおり、他県で既に、その定量的な基準を導入している先進事例というものがあります。ですので、そういった先進事例を見ながら、その中から導入していければと考えております。



下に色々4つの県ありますが、先進事例の考え方としまして、佐賀県から奈良県、埼玉県、大阪府と4つの都道府県で既に設定されています。簡単になりますが、各県の中身についてご説明させていただきます。

まず、①の佐賀県につきましては、先ほどもありました病床機能報告上多くなっている急性期につきまして、2つの基準で回復期の病棟へ分類するといったかたちで、まず、明らかに回復期とみなすことができるような病床については、そのまま回復期ということで、ここの中では地域包括ケアや既に回復期への転換が整った病床は回復期と。もうひとつが、回復期に近い急性期の病床ということで、これにつきましては、実際の病棟の平均在棟日数が22日以上のものについては回復期といった制度。

この22日の考え方につきましては、今、診療報酬上の急性期の一般入院基本料につきましては、入院料2から7について、その基準が、平均在院日数が21日以内となっております。ですので、その21日以内を超える22日のものについては回復期といった整理となっております。

続きまして、②奈良県についてです。こちらにつきましても、急性期を、重症急性期を中心とする病棟と軽症急性期を中心とする病棟に分類するといったかたち。この軽症急性期というのは、ある意味、回復期的な意味合いとなっております。その基準につきましては、重症急性期については、病棟5床あたりの手術と緊急入院の件数が1日あたり2件より多いといったかたちの基準。こちらにつきましては、奈良県さんのほうで色々分析した中で、判断で、この数値を設定しております。それ以外については軽症急性期ということで回復期に分類といったかたちになっております。

続いて、③埼玉県になります。埼玉県につきましては、高度急性期、急性期、回復期を全て基準を設けて分類するといったかたちになっております。基準につきましては、どの医療機能が明らかな部分についてはそのままということで、ICUは高度急性期ですよとか、回復期リハは回復期ですよといったこと、療養病床は慢性期といったことになっております。それ以外で基準としましては、特定の医療機能と結びつけていない一般病床とか地域包括ケア病棟を対象に、具体的な医療の機能の内容に応じて、また客観的な区分線という基準を設定して分けようといったかたちになっております。

下に四角囲みで区分線1、2とありますが、こちらにつきましては、ここにありましており救命救急やICUを実際やっている病床が高度急性期になるとか、一般病床が7対1になるようなかたちで、その基準を設定すると。県のほうで、そういうものが明らかになる、急性期のものが急性期となるような実際の病床の実績を見て基準を設定するといった中身になっております。

続きまして、④大阪府についてですが、こちらにつきましては、奈良県とかなり考え方が似ております。急性期を重症急性期と地域急性期に分けて、地域急性期は、やはり、回復期的なイメージといったことで、基準につきましては、手術の回数とか化学療法の回数、

救急医療加算のレセプト件数とかといったことを分析して、県のほうで、また独自に、その数字、1以上といったような数字を設定して、それをもとに、先ほど言ったとおり、急性期、回復期に分けているといった内容になっております。

4ページ目をお開きいただけたらと思いますが、そういった4つの方式ということで、では、高知県で実際、それを病床機能報告のデータ等をもとにあてはめたら、どういった結果になるかといったことで試算した参考値になっております。

県全体のグラフの部分を見ていただけたらと思いますが、一番左が、現状のところでは、病床機能報告そのままの数値になっております。高度急性期、急性期、回復期、慢性期とありまして、一番右側が、その37年の必要病床数といった、その数字になっています。その間、佐賀方式、奈良方式、埼玉方式、大阪方式ということで、現状のものにあてはめた結果、動いているといったものになっています。やはり、どれも回復期が多くなっていると、かなり多くなっている、37年の必要病床数より多くなっているような方式もあるかなと思います。

また、そういった結果も見ながら、県のほうとしましては、もう一度、前のページに戻っていただけたらと思いますが、比較自体はしておりませんが、県としましては、先ほどの試算結果の状況や、先ほど、基準の中身の中で、根拠数値というのは県の判断もなんですけど、やはり明確な数字、診療報酬等で明確に示されているような数値のほうがいいんじゃないかという議論もありまして、その中で、①の佐賀県方式を導入できたらと考えております。

なお、この連合会に先立ちまして、通知にもありますとおり、県の医師会のほうとも協議をさせていただきました。その中では、佐賀県方式ということでご説明をさせていただいて了承を得ております。

3ページ目の一番上のマル3つありますが、そのほかに、2つ下、2つありますが、あくまでも、これは議論の活性化のもの、高知県としても整理しており、また必要があれば、今後も何か見直しを必要であれば、していこうと考えております。

長くなりましたが、以上で、自分からの説明を終わらせていただきます。

(会長) ただいまの定量的な基準についての事務局からの説明についてご意見、ご質問等ございましたら、どなたでもご自由にご発言ください。いかがでしょうか。

どうぞ。白井委員さん。

(白井委員) 安芸群の白井です。

前に、こういった関連の話の中で、佐賀県方式はあまり適当ではないんだという話が出ていたと思うんですが、佐賀県方式を中心にこれからやっていこうということですか。

(事務局) 医療政策課長の清水です。

今、先生がおっしゃった適当でないというような議論があったというのは、どちらでの議論なのか、ちょっとわからないんですが、これからは、できれば佐賀県方式のほうがいいかなと思っておりまして。

他県でも、手術件数とか救急件数とか2件とかあるんですけど、この2件というのは、果たして何の根拠があるかと言われると全くなくて、いわゆる、埼玉県のバルパン法（バルーンパンピング法）入れた、ですとか、重症心肺ですとか、観血的動脈圧測定とか、それは果たして救急で割り切れるかどうかというところ、結構、最終的には恣意的になってしまうので、こうしたほうがいいのかと考えております。

(白井委員) ここでは、佐賀県方式の病床でやっていますよね。回復期とみなすことができる病床数。回復期に近い急性期の病床数。この病床で、その病棟の中の割合が多いほうで判断すると、それとも、ひとつの病棟の中で、この人は急性期の人、この人は回復期の人というふうに分けるといえることですか。

(事務局) 病床機能報告は基本的に病棟単位となっております。病床単位でやってしまうと、とてもじゃないですけど医療機関に負担がかかってしまうため病棟単位で出しています。なので、いわゆるこの病棟の中で、現時点では、先生方のご判断によって総括的に、基本的に急性期の患者さんが多いということになれば、当然、そこは急性期という報告をしてもらいますし、確かに診療報酬上は、地域包括ケアの場合は入院管理料ということで、50床のうち10床とか5床といったことを別立てで算定することができるんです。ただ、そういった個別の病床でみるのではなく病棟まとめてどうなのかという判断でみていただいております。

(白井委員) それだったら、あんまり今と変わらないのではないかなという気もするんですけど。わからないことはありません。個々にちゃんと見て行って正確に判断しようということかなと理解しました。

(会長) どうぞ、中澤委員、どうぞ。

(中澤委員) お世話になっております。医師会の中澤です。

私は高知県医師会の地域医療委員会の委員長をしております。県の医師会のほうが、県の医療政策課のほうから定量的な基準を医師会のほうで協議をとということできさせていただきました。

その時に、佐賀県方式が、やはり、いいんじゃないかということになりまして、結局、

この4ページの図の必要病床数のほうにソフトランディングをさせる、あまり現場に無理強いさせずにソフトランディングさせるには、佐賀県方式がいいのではないかと。それと、回復期も回復期リハ病床とか、高知県、結構多いですので、脳卒中の患者さんに対してですね。

ですから、この佐賀県方式の2877くらいの数に指標をもっていくのが無理がなくていいのではないかなというふうに委員会のほうでは、なりました。

それと、指標としては、それで私も賛成なんですけど、あと、各構想区域で調整会議の活性化をしていくにあたって、この指標をどういうふうに使っていくかということだと思うんですけど、高知市のように非常に医療機関の数が多いところでは、こういった指標をひとつ指標にしなごら議論を活性化すればいいと思いますけど、物部川サブ区域とか嶺北サブ区域とかですね、高知市と比べて随分少ないところでは、基幹病院毎に生のデータを突き合わせて、どこから入院してきて、どこに退院して行って、どうやって在宅にしたかというふうな、そういった、かなり個別のデータの解析をして議論の活性化をしていったほうがいいのではないかなと思いますので、それは、サブ区域ごとにある程度、議論の活性化についてはお任せいただいて、これはひとつの活性化の指標として利用させていただくというふうにすればいいのではないかなと思っております。以上です。

(事務局) 県の立場はまさに、今、先生のおっしゃったとおりの立場であります。あくまで目安に過ぎませんので、サブ圏域ごとでのそういった議論も、高知市での議論も、やはり、そこは医療機関の方々が知恵を絞っていただきながらデータ等を活用してされる分には、全然そのとおりだと思っております。以上です。

(会長) そのほか、いかがでしょうか。

では、田中委員、どうぞ。

(田中委員) 田中です。

先ほど、県の方のご説明では、佐賀県方式を参考としてやっていきたいということで、ということの確認でいいんでしょうか。

中澤先生からは、県のほうからは、県医師会の方法と調整をして、その意向で合意したというようなご意見でしたですね。白井先生のほうからは、それは、そんなことを聞いていないというようなご意見が出ていましたが、そのあたり、県の医師会のほうも、ちょっと調節をしていただかないと。

(白井委員) 私が考えていたのは、途中の過程かもわかりません。最終的な分できっちり決めたというのは、ちょっとそのへん、まだ私が把握していなかったと。

(会長) 田村委員、どうぞ。

(田村委員) 私も、この定量的基準について云々ということは、この書類で見て初めて知ったことですよ。それまで聞いていなかった。

(事務局) すみません。最終的な判断は、この連合会で決めるということになっていまして、もう決まったものではなくて、これではどうかということで様々な方々の意見を聞いて、医師会の方々の話も聞いて、本日、今日ここで示させていただいて、どうかというかたちなんですけど、ちょっと説明が言葉足らずだったら大変申し訳ないんですけど、これで決まったのでどうかというわけではなくて、こういったかたちでどうでしょうか、よろしいでしょうかという趣旨で提案させていただいたものです

(会長) 田中委員、どうぞ。

(田中委員) それであれば、その県の方針は、県医師会と合意できているというような言い方はまずいんじゃないか。

(臼井委員) 医師会で聞いていないです、そんな話は。

(事務局) 申し訳ありませんでした。

ただ、スタンスとしては、この佐賀県方式でいってはどうかという、まさにその問いかけになりますので、問いかけになります。

(会長) 細木委員、どうぞ。

(細木委員) 日本病院会の細木です。

定量的な基準というのは、もちろん、最終的にこうなるんじゃないかとは思いますが。だけど、一番最初は、やはり、ソフトランディングするということが一番大事なものですから、一番、県下の病院があまり影響を受けなくて、何とかベッドを上手に振るという方法が一番、考えられるんですよ。

そのためには、今の空床、病棟の、病床の充足率というのがあると思うんですよ。その充足率の、例えば10%アップのもの以外は全部病床をなくすというのが一番、病床を減らすのには、皆さんのデメリットがないんじゃないかというふうに思います。

それから、ソフトランディングするんだったら、佐賀方式に準じたものでなければ、ち

よっと、これ、動かし過ぎになるんじゃないかな。しんどい病院もいっぱい出てくるんじゃないかなというふうに思います。

(会長) 細木委員からのご意見というかご提案もあったかと思いますが、事務局、いかがですか。

(事務局) 病床だけが今回の議題のテーマではなくて、なかなかコメントしづらく、10%削減かどうかということは、ちょっとまだ、今後とも、地域医療構想調整会議と話し合っていくと思うんですけど。現状維持ということでしたら、やはり、この図を見ていただくとおり、ソフトランディングとして、どう見ても佐賀県方式のほうが現状より最も振れ幅も少なく、影響も出づらくなるのかなと思っておりますので、本日、これによろしいかどうか、皆様にご意見をおうかがいしている次第となっております。

(会長) 家保副部長、どうぞ。

(事務局) これが国の審議会等が出た時に、日本医師会の副会長さんがおっしゃっていましたが、これを強制的な新たな基準として、従来のことから変えるというわけではなくて、やはり議論をする土台としてひとつのものがあつたほうがいいのではないかと。それを各地域、県毎で議論してやってくださいということが国の審議会でも出たことです。ですので、大阪、埼玉、奈良、佐賀と色々な方法が出ていますので、各々メリット、デメリットがあると思います。

それと、議論を深めていく中で、もし必要があれば、また見直せばいいと思いますけど、一番、現状の中で、わりと早く各病院の各地域の状況がわかるというと、佐賀があるかなというので、今回、事前に医師会の地域医療委員会のほうにも相談をさせていただいて、ご意見を聞いたりとか、正式には、この場できちっとお話し、決めていただいたうえで各議論をしていくことは大事かなと思います。

あわせて、地域地域によっては、先ほど出ました、嶺北とか物部川地域というふうな細かなところで、お互いの役割とかいうところが一定わかっておられるところ、そこで議論が進めるところは、こういう導入せずとも、多分、実質的に、より分化といいますか、役割分担が出てくると思いますし、その結果、使われていない病床、空床のところをどうするかという議論も深まっていくと思いますので、まずは、そういう議論のひとつのきっかけとなるような意味で、国のほうからも検討してくださいというふうの流れがきておりますので、そういう点もふまえて、ここでご議論いただければなと思います。

(会長) 事務局からご説明がありました、そのほかの委員の方でご意見等ございますか。

いかがでしょうか。

白井委員、どうぞ。

(白井委員) 私が違和感を感じるのは、例えば、我々の病院で急性期と回復期をやっているんですが、急性期からよくなって、本当によくなって、もう退院してもいいんだよと。帰れないんですよ。帰るところがない。

この日数とかというと、22日超えるくらい、行くところがなくて、段取りをしているけど行き先がはっきり決まらない。どうしようもなく、急性期で、まだまだ十分でない人を無理矢理帰すとか、そういうやりくりをしている急性期の病棟もある。

だから、厳密に言うと、ここの、では、在院日数が20日を超えている人が何人もいるんですよ。そこを回すためには、そういう人がなかなか移る先が決められないんです。家は独居の人が多いですから、なかなか家に帰れない。慢性期の病院に移るといっても、なかなか向こうも空かない。それこそ、介護施設へといっても、介護施設も空いていない。経済的なこともあって、そこには行けないとか、いろんな理由で、病院で我々のところ、何が一番大変かということ、そのやりくりで大変苦労する。

その中で注意をしてもらいたいのは、そういう状況下でいうと、全体でいうと、できるだけ早く帰ってもらおうようにするんですけど、そうじゃなくて、在院日数20日で、じゃあ、人数分我々が出すから半分超えることはありませんけど、そういったことも考慮しないと、単純にこういうふうにやってしまうと、大きい病院だったら、また違うんでしょうけれど、なかなかそのへん、ちょっとひっかかるなというところがあるので話を出させてもらいました。

(会長) 今、ご指摘になったようなことも、この定量的な基準というのをひとつの資料として、各調整会議の圏域で、議論を深めていただくきっかけに使ってくださいという程度のものだというふうにご理解いただいたらいいかと思えます。

この数字がひとり歩きする、しないことを、皆さん、注意しないといけないと思いますけど、この数字をひとつの参考資料として、必要病床数よりはソフトランディングでいくような、その値に近い資料として、地域の実情を各圏域でご議論いただいて、各圏域の住民にとって良いものを考えていただいたらいいと思います。

そのほか、いかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、色々ご意見をいただきましたけれども、この地域医療構想調整会議の連合会として、この定量的な基準を佐賀県方式で導入して、今後の議論の活性化の資料にすることについて、ご承認いただけるかどうかということをご諮らないといけないんですが、よろしいでしょうか。

よろしいですかね。

そうしましたら、事務局のほうでは、今後、定量的な基準を佐賀県方式で算出した値を使って色々な検討会の資料として使っていくということですかね。

事務局のほうにお願いですが、あくまでも、これは十分わかりだとは思いますが、色々な会で参加されている方が決して誤解しないように、あくまでも参考資料に過ぎないんだということをしっかりことわってお使いいただきたいと思います。

よろしいですかね。

ほぼ予定した時間が近づいておりますけれども、今日、皆様にご承認いただきかけた事案は全部終わりましたけれども。あと、全体を通して、何かご意見等ございますか。よろしいですか。

それでは、これをもちまして、医療審議会保健医療計画評価推進部会及び地域医療想連合会を終了させていただきます。長い間、ご議論ありがとうございました。終わらせていただきます。

▲▲▲ (終了) ▲▲▲

議事録署名人

野村圭介

塚 洋子