

「平成 23 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

日時：平成 23 年 12 月 12 日(月) 19:00~21:00

場所：高知共済会館 3 階 藤の間

---

(事務局)

今回は第 6 期のスタートということになりますけれども、もちろんで承知のことは思いますが、医療計画につきましては県の保健医療計画の全般の基本指針となります総合的な計画でございます、また、市町村が推進する保健医療政策の指針ともなります。今回から、平成 25 年度の施行、スタートになります、第 6 期の計画策定に向けた検討を進めるということにさせていただきたいと思っております。その元となります、国からの基本指針、基本方針といったものが本来もう出ているはずですが、今回の震災の影響等々、様々な事情によりまして国からの発出が遅れております。年度末くらいになるのではないかとこの見込みです。その指針が示され次第、皆様にはお知らせしたいと思っておりますが、一定議論の方向性は出ておりますので、本日の中にも資料がございますのでご説明をさせていただきます。今後、それぞれの疾病・事業の委員会、検討会議で議論を進めていただくこととなりますけれども、当部会におきましてはそういったそれぞれの個々の議論も踏まえて、総合的に計画の枠組み、そういったものをご検討いただくということになりますので、どうかよろしく願いいたします。

(事務局)

それでは本日の会議ですが、高知県医療審議会要綱の規定によりまして 8 名の委員の出席で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。また、今回から新しく委員に就任されました方、高知県介護老人保健施設協議会の内田会長ですが、本日は、まだお出でございませんので、着かれまして、一言ご挨拶を頂戴するということで、さっそくですが進行の方を安田会長にお願いしたいと思っております。どうかよろしく願いいたします。

(会長)

では、ここからの議事進行を私、安田の方で進めさせていただきます。初めに、規定によりまして議事署名人を指名する事になっておるのですが、田中委員にまずお願いをしたいのですがどうでしょうか。もう一方はどういたしましょうか。

(事務局)

野嶋委員が来られたらお願いするということで。

(会長)

ということでよろしいですか。では、野嶋委員にお願いするということでいいですね。着きましたらお願いしたいと思っております。まず議題 1、第 6 期医療計画の作成について、事務局から資料に基づいて説明をお願いいたします。

(事務局)

資料1をご覧ください。計画策定のスケジュール(1)スケジュールについてですが、国の策定指針が今年の末に示される予定でしたが遅れておりまして、平成24年の2月か3月頃、国の策定指針が示される予定です。今後、第6期計画案を作成していきまして、来年の秋ごろには計画案の最終修正を行います。そして、来年の12月には医療審議会へ諮りまして、平成25年の1月には意見公募を行います。その後、25年の4月から施行という予定です。それまでには、主要な疾病や事業について医療体制検討会議等におきまして、検討して参ります。各検討会議等については、2か月に1回程度開催する予定です。また、保健医療計画評価推進部会、この部会においてもそれぞれ検討を行っていただきまして、来年については3回から4回程度開くこととなる予定です。次に(2)ですが、厚生労働省が医療計画の見直し等に関する検討会を開催しております。その開催状況について記載しております。一番最後の第8回、平成23年11月16日に開かれました、議題2「医療計画の指標・評価」については資料3の方で資料をつけておりますので、後ほど説明させていただきます。また、12月9日に公表となりました第9回の資料もつけておりますので、後で、それについても説明させていただきます。

次に、資料2をご覧ください。第6期医療計画について1の計画の概要ですが、これは、医療法に基づく本県の医療政策の基本指針となる計画となっております。2計画の期間については、平成25年度から平成29年度までの5年間となっております。医療法において、少なくとも5年毎の見直しが規定されているものです。3これまでの医療計画に関する法改正の主な経緯ですが、昭和60年に第1次改正が行われ、医療資源の地域偏在の是正と、医療施設の連携の推進を目指すため、医療計画制度が導入されております。ここで、2次医療圏ごとに必要病床数を設定しております。2次改正については、医療計画に関係がないので省略させていただいております。平成9年には第3次改正がありまして、要介護者の増大に伴う対策の一環として医療機関の役割分担の明確化、連携の推進のため医療計画制度の充実を図っており、2次医療圏単位で医療施設間の機能分担、業務連携等について記載しております。平成12年の改正では、高齢化に伴う疾病構造の変化に対し、良質な医療を効率的に提供するため、入院医療を提供する体制の整備を行うとともに、医療計画制度の見直しを行っております。ここでは、結核病床、精神病床、感染症病床を除いたその他の病床を療養病床と一般病床に分けた新たな病床区分が導入されるとともに、名称を必要病床数から基準病床数へ変更しております。平成18年の改正では、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するために、医療機能の文化、連携の推進等のため医療計画制度の見直しが行われました。ここでは、4疾病5事業の具体的な医療連携体制の位置付けがされております。2ページをお開き下さい。4第6期医療計画に反映される主な事項について、(1)精神保健となっておりますが、精神疾患の誤りです。精神疾患の4疾病5事業へ追加することとなった背景についてですが、障害者制度改革の推進のため、基本的な方向について平成22年6月に閣議決定がされまして、障害者にかかる制度の集中的な改革の推進を図

ることとなりました。医療においても、改革の集中期間内に必要な対応を図るように、関係府省において検討した上で、必要な措置を講じることが示されまして、医療計画へもこれが反映される見通しとなっております。制度改革の大きな項目としては3つあります。一つ目が、精神障害者に対する強制入院。強制医療介入等について、いわゆる保護者制度の見直し等も含め、その有り方を検討します。二つ目は、社会的入院を解消するため、精神障害者に対する退院支援や、地域生活における医療、生活面の支援にかかる体制の整備の検討となっております。三つ目が、精神科、医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的な方策について検討することとなっております。(2)の災害時の医療体制の充実ですが、災害医療については、これまで阪神淡路大震災を契機に行われた各種の研究や検討結果を踏まえまして、災害拠点病院の整備や広域災害救急医療情報システム、いわゆるEMISの整備、災害派遣医療チームDMATの養成等が行われてきております。しかし、今年3月に起きました東日本大震災において広範囲にわたる被害によるライフラインの途絶や、燃料の不足、医薬品等の物資の供給不足、また、長期間での医療や介護等の支援が必要となりましたが、派遣調整等の体制が不十分であったことなどの課題が認識されております。これを受けて国では、東日本大震災で認識された災害医療等の有り方に関する課題について検討を行いまして、災害医療体制の一層の充実を図るとともに医療計画へこれを反映させる見通しとなっております。充実させる項目としては、一つ目が災害拠点病院等の有り方について。二つ目が、災害時の医療提供体制について。具体的には、DMATの有り方や、中長期の医療提供体制等についてです。3ページへいきまして、(3)在宅医療の推進について、高齢化に伴いまして、在宅医療を必要とする者は14年後の2025年には29万人に達すると言われております。現在と比較すると約12万人増える見込みです。急性期治療を終えた、慢性期、回復期患者の受け皿として終末期ケアを含む、生活の質を重視した医療としての在宅医療のニーズは高くなっております。今後、在宅医療推進の課題となっている在宅医療サービスの供給量の拡充、家族支援、在宅療養者の病状が悪化した場合に入院できる病床の確保、24時間在宅医療提供体制の構築、在宅医療の質の向上、効率化等について検討した上で、これを医療計画へ反映させる見通しとなっております。(5)この医療計画に関連する他の計画を記載させております。第5期、今の保健医療計画では他の計画で記載されている内容を一部重複して記載してはりましたが、この重複した記載とできるだけならないようにしたいと考えております。下の(1)の高知県健康増進計画に始まりまして、(2)高知県ガン対策推進計画、(3)高知県周産期医療体制整備計画。次のページへいきますが、(4)高知県歯科保健推進計画、(5)高知県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画、(6)高知県地域ケア体制整備構想、(7)高知県障害福祉計画等となっております。計画の概要の説明につきましては省略させていただきます。

続きまして、資料3をご覧ください。冒頭でも説明しましたが、これが先月の11月16日に国の医療計画の見直し等に関する検討会で医療計画の指標評価について議題で示された資料となっております。時間の関係で、部分的にご説明させていただきます。まず、1ペ

一ツの一番上、現在の医療計画策定の趣旨ですが、各都道府県が厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ地域の実情に応じて当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定しております。二つ目が、医療提供の量、病床数を管理するとともに、質を評価するものです。三つ目が、医療機能の分化、連携を推進する事により、急性期から回復期、在宅療養に至るまで地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される地域完結型医療を推進するものです。四つ目が、地域の実情に応じた数値目標を設定し、PDCA の政策循環を実施するものです。次に、主な記載事項としまして、一つ目が4 疾病 5 事業にかかる目標、医療連携体制および住民への情報提供推進策、居宅等における医療の確保や医師、看護師等の医療従事者の確保、医療の安全の確保、2 次医療圏、3 次医療圏の設定、基準病床数の算定等となっております。続きまして2 ページをお開き下さい。2 ページの下段になりますが、疾病または事業ごとの医療計画に関する課題として、今の医療計画の課題がここへ記載されています。今の計画では現状把握の指標や、数値目標の設定状況、事業の達成状況に関する評価体制、公表方法等において都道府県で様々であり、PDCA サイクルが効果的に機能せず地域において効率的な医療提供体制の確保を図る医療計画の本来の機能が有効に発揮されていないということです。少し飛びますが、3 ページ上段へご覧ください。その課題に対して、国では4 つの見直しの方向性を示しております。一つ目が疾病、または事業ごとの医療体制構築にかかる指針における第3 構築の具体的な手順の見直し、二つ目が第3 構築の具体的な手順の中の情報の収集における指標の再整理、三つ目が課題の抽出、数値目標の設定、施策、事業の関連性の明確化、四つ目が医療計画の進捗状況の評価および公表方法の明確化となっております。5 ページの上段へいきまして、先ほど示しました4 つの見直しの方向性の一つ目としまして、この構築の具体的な手順の見直しというので真ん中あたりに改定案としてありますが、一つ目1 番、現状の把握、2 圏域の設定、3 連携の検討、4 課題の抽出、5 数値目標の設定、6 施策事業、7 評価、8 公表となっております。今の現行の計画でも、現状がこうで課題が何であるか、そしてその課題に対して対策をどうするかという記載方法になっておりますが、今の計画と大きく変わるのが6 番の施策事業についてです。今の高知県が策定しております計画では、具体的な施策や事業が示されておらず、このため評価もしにくい内容となっております。今回この施策、事業を具体的に示してそれに対して評価を行うという様な見直しがされる予定です。続きまして7 ページをお開きください。4 つの見直しの方向の二つ目ですが、情報の収集における指標の再整理ということで、ここに例として急性心筋梗塞の現在の計画の情報収集の構成が示されております。(1)が患者動向に関する情報、(2)が医療資源、連携等に関する情報、(3)指標による現状把握となっております。この(3)の指標による現状把握にはストラクチャー指標と、プロセス指標、アウトカムの指標に分かれておりますが、病気、予防、救護、急性期、回復期、再発予防ごとに分類されておられません。そこで、この見直しとしまして、11 ページをお開きください。ここに、今後の指標の選定の考え方が示されております。上段には、必須指標としまして、各都道府県で入手可能な指標となっております。例えば、厚生労働

省が実施している患者調査などのデータがあげられております。下段には、推奨指標としまして、県独自の調査であるとか、データの解析等が必要とされる指標となっております。12 ページをお開き下さい。先ほどの必須指標や推奨指標を取り入れまして、指標による現状把握という、この別表という形でそれぞれ主要な疾病や事業について整理しようというものです。ここでは、心筋梗塞を例にあげております。横軸は病期毎になっておりまして、縦軸にはストラクチャー、プロセス、アウトカムの指標に分類されておるものです。急性心筋梗塞の救護では、ストラクチャー指標として公共施設の AED 設置割合、あと急性期のストラクチャー指標としては循環器の医師数や心臓血管外科医師数、また、救命救急センターを有する病院数・病床数、CCU を有する病院及びその病床数、冠動脈造影検査及び治療が可能な医療機関数、冠動脈バイパス手術が可能な医療機関数、IABP・PCPS 数、心臓リハビリテーションが実施可能な医療機関数、プロセス指標としましては、予防では健康診断・健康検査の受診率、高血圧疾患患者の年齢調整外来受療率、脂質異常症患者の年齢調整外来受療率、糖尿病患者の年齢調整外来受療率、喫煙率、また、救護ではプロセス指標としまして、住民の救急蘇生法講習の受講率、発症から救急通報を行うまでに要した平均時間、救急要請から医療機関収容までに要した平均時間、心肺停止が疑われる者に対して現場に居合わせた者により救急蘇生法を実施した割合、発症から受診までに要した平均時間、医療機関収容までに心停止していた患者の割合、心肺停止を目撃してから助再動までの時間、急性期としましては、急性心筋梗塞に対する急性期冠動脈インターベンション実施数、来院から心臓カテーテル検査までに要した平均時間、心臓リハビリテーションの実施件数、地域連携クリティカルパス導入率、アウトカムの指標としましては、予防では心筋梗塞の新規発生率、救護では心肺停止患者における病院到着前心拍再開率、急性期では急性心筋梗塞後・病院内死亡率、退院患者平均在院日数、回復期では、在宅等の生活の場に復帰した患者の割合、再発予防では、主要有害心臓事象回避率となっております。これは、急性心筋梗塞の例ですが、病期毎にそれぞれ細かく数値目標を定めて、これに対してどういう施策事業を取り入れるか、そしてそれをどう評価していくというような方針が出される予定となっております。続きまして、16 ページをお開きください。計画の評価と公表についてですが、四つ目の見直しの方向ですが、現在の医療計画では具体的な評価時期であるとか、評価方法について示されておられません。医療計画の評価の実施について、全国の状況を記載しておりますが、5 年以内の医療計画の評価を行っているところが 33 県あります。評価時期については、毎年やっている県が 21 県。この毎年というのは、4 疾病 5 事業だけをやっている県もあれば、高知県が今年の 1 月にやりました中間評価のように、全項目に対して評価している県もございます。そして、1 年ごとでないその他の県が 12 県あります。公表については、公表している県が 24 県、ホームページで公表しているのが 16 県となっております。高知県ではホームページで公表しております。資料の説明は以上です。

続きまして、資料 4 をお開き下さい。左側に現行の第 5 期の計画の項目をあげておりま

す。そして、右側には第 6 期計画の項目案として示しております。今の計画は、保健医療計画となっております。この保健を括弧書きしておりますのは、国の指針では基本的には医療計画となっております。保健医療計画としても差し支えないという表現となっております。このために括弧書きとさせていただいております。第 1 章ですが、保健医療計画に関する基本的な事項としまして、第 1 節計画策定の趣旨としまして、これまでの取り組みや基本理念、計画期間、関連する他の計画などを記載する予定です。第 2 節としまして、高知県の医療の状況、人口構成や人口動態、受療動向など医療施設の状況や医療従事者の状況を記載します。また、公的病院と地域医療支援病院についてもここで記載したいと考えております。現在、この公的病院と地域医療支援病院は左側の第 6 章の第 8 節と第 9 節に記載しておりますが、第 1 章の方で記載したいと考えております。そして、右側の第 2 章医療圏と基準病床について、医療圏の設定であるとか、目的、基準病床数の設定について記載する予定です。第 3 章としまして、医療従事者の確保と資質の向上としまして、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員については、今まで看護師、准看護師、助産師、保健師と分けていたものを看護職員として一括りで記載して行く予定です。第 5 節としましては、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士、歯科技工士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などを第 5 節として記載する方向です。現在、第 10 節にあります救急救命士については削除となっておりますが、救急医療の部分で記載していく予定です。また、第 11 節で現在あります、介護サービス従事者については削除となっておりますが、これは高齢者保健福祉計画の方で具体的に記載しておりますので、ここでは省略する予定です。右側の第 4 章医療提供体制についてですが、第 1 節患者本位の医療の提供としまして、医療機関の連携やかかりつけ医、歯科医、薬局、また、インフォームドコンセント、セカンドオピニオン、医療情報の提供等について記載していきます。第 2 節に医療機関の連携と公的病院の役割とありますが、記載違いです。医療機関の連携については第 1 節でありますし、公的病院の役割についても第 1 章で取り上げることとなっておりますので、第 2 節については削除をお願いします。次の第 3 節となっておりますが、これが第 2 節になりまして、医療安全についてはそのまま変わらず記載するというので、次の第 4 節についても第 3 節となりますが、薬局の役割として記載したいと思えます。左側にある第 6 章第 7 節医療に関する情報化については、現在記載している内容が医療機関の電子カルテ化の推進や、遠隔医療について記載しており項目立てはせず、記載する必要がある部分で記載を検討します。次の右側の特定疾病ですが、それぞれ疾病が 5 疾病となっております。ここには、精神疾病となっておりますが、精神疾患の誤りです。まだ本決まりではないので、仮称とさせていただいております。右側には、それぞれ疾病を個別に具体的に検討する協議会や検討会議の名称を記載しております。精神疾患については、今後設置される予定です。第 6 章、特定の医療提供体制として、第 1 節には救急医療、ドクターヘリ等を含む内容となっております。周産期医療には母子保健も含む内容とする予定です。小児医療、へき地医療、在宅医療についても新たに検討会議等を設けて今後検討して参ります。あと、歯科医療、難病、

臓器等移植、血液確保となっております。現在、左側の7章の8節にあります災害医療については、右側の第8章の健康危機管理へ含める予定です。そして、第12節に現在あります、結核、感染症についても第8章の健康危機管理の中で感染症として記載する予定です。左側にあります第5期の第8章、保健医療福祉、介護総合的な取り組みについては、今後、記載の必要な部分で記載していく方向です。

(会長)

ただ今、議題1の第6期医療計画の策定とその項目についてということで、国が現在、示しております、その方向性について新しい点を中心に解説をしてもらいまして、現在、事務局が考えている地域の医療計画の項目を現行のものと対比させながら説明をしてもらいましたが、これらの説明資料について委員の皆さまのご意見を伺いたいのですが、何かございませんか。

(委員)

さっきの説明で聞きもらしたため教えてください。第8章の保健・医療・福祉の総合的な取り組みについて、全部削除になっていますが、これはどこへ記載されるのですか。

(事務局)

具体的に説明しますと、左側の第8章の第1節、保健・医療・福祉の連携については、連携等について記載する必要がある部分で記載する方向です。第2節の生涯を通じた健康づくりの推進については、よさこい健康プラン21の別の計画で記載している内容ですので、重複となるため削除させていただく予定です。第3節の母子保健及び思春期保健福祉施策については母子保健については、周産期医療の中へ含め、思春期保健福祉施策について、記載する必要があるか今後、検討した上で必要があれば記載したいと考えております。第4節と第5節、障害者保健福祉施策と高齢者保健福祉政策はそれぞれ、障害者と高齢者の別計画で記載されており重複した内容となっておりますので省略する予定です。第6節の保健福祉機関の機能強化ですが、現計画に記載している内容は県の出先機関の取り組みを具体的に記載しておりますので、必要があるのか検討をしたうえで必要があれば記載していく予定です。

(委員)

第5期の第9章第3節にあります、食の安全・安心の推進については、新しい分ではどうなりますか。

(事務局)

第4節のその他の健康危機管理の中で必要な部分を記載していく予定です。

(委員)

放射能などの関係もあり、ここは今後すごく重要になってくるところではないかと思えます。第4節の中に含まれるということは、規模としては縮小されるイメージがあるのですが、そういうことではないですか。

(事務局)

これが決定ではないので、そういったご意見で、節であえてとって、ちゃんと項目立ててやる必要があると決まれば、また節でとっていく必要があるかと考えております。今後、検討してまいりたいと思います。

基本的には医療の計画ということで国からも示されますが、現行の計画でも保健分野もかなり入っていて、なんとなく幅広になっているという部分もあります。一方で、様々な障害者とか高齢者、保健とか別立ての枠組みでいろんな計画を作っている分もあり、いろいろ盛り込むと、それは網羅出来ることになると思うのですが。また、ダブルスタンダードのようになってきており、できれば、他の計画でカバーできている部分については、医療の計画からは少しトーンを落としてほしいというのが、ご提案ですので、先ほど、おっしゃるように確かに放射能の関係でいろんなことがクローズアップされてくると、やはり、そこもするべきだという話になれば、きちんと位置付けていくということは念頭にあります。

(委員)

資料の2の(3)の在宅医療の推進という所ですが、2025年に29万人、つまり今17万人で今後、12万人増えたら、その内の約6割は高知市以外になるわけですね。今、どんどん人口は減っておりますが、高知市の人口はあまり減ってないです。ということは、ほとんどの地域で老人ばかりということになるわけです。それを在宅でやるという意味が私にはよく分からないので、それを説明してください。誰が看るのですか。

(事務局)

この説明の資料の書き方が悪かったのですが、数字は高知県ではなく全国での数字です。

(委員)

高知県はどれくらいになるのですか。

(事務局)

把握しておりません。

(委員)

それが分からないと、在宅の推進をするといっても、非常に大まかに書かれているが、現実には、どうやってやるかということが、一番の問題になるわけですね。というのは、私は土佐山村をよく知っているのですが、現実には、在宅で家から家へ行っていると3軒くらい行くのに2時間以上かかるような所がある。そういうような所で、在宅医療ができるかどうかという検討はされていないのですか。

(事務局)

ここに書いてあるのは、今回、厚労省がこういう形で打ち出してきそうだということを書いてあり、例えば精神疾患にしても、災害にしても、高知県の方向性については、今の段階ではご説明はまだできない状況です。

(委員)

課題を解決にするにあたっての数値目標ですが、国から出される大まかな数値目標の基



準はあるとは思いますが、高知県の様な、過疎化が進み、限界集落がある等、そういう地域性を踏まえた数値目標にしていくべきだと思います。そうしないと、在宅介護の問題とか最終の目標となる数値目標は、それが架空の数値目標であれば絵に書いた餅になりますよね。そこに、高知の地域性というものを、まず基準にして把握する必要があるように思います。

(事務局)

はい、おっしゃるとおりです。現在の計画でもいろんな数値目標を決めなさいという支針があるなかで、現在の計画になっておりますので、国の示したものをそのまま全て、先程、説明した細かい指標がありましたけれど、あれを全部やるわけにはいかないと言ったら語弊がありますが、それを本県なりの取捨選択をしていくことになります。その案を順次お示ししますが、今回出しているのは一番ベーシックな国が都道府県の状況を加味してやってください、ただし、全体としてはこういうことを考えていますということの資料でございますので、これをそのまま直ちにやるということではありません。

(委員)

各地域で、それぞれ事情が色々あると思うのですが、それに対する数値目標のある程度、支針というのは現在あるのですか。

(事務局)

現在、在宅医療についてはないのですが、今後ですが、今日お配りしました右肩に資料1となっております。12月7日に国が開きました会議の今日公表になった資料で、医療計画の見直しの方向性という資料があるんですが、その14ページ後ろから2枚目です。ここで在宅医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標例というのが出ています。ここに国が考えている基本的な指標例があり、これを基本としまして、高知県の地域の実情に合った目標をあげていく必要があると考えております。

(事務局)

在宅、訪問看護の数や支援診療所の数でございますとか、これから5年と睨んで、どう指標を掲げていくかということはこれから検討する予定です。その検討組織でございますが、先ほどのご質問にも付随することですが、資料4の中のA3の方に、在宅医療の右の欄第6章の5節に在宅医療の検討会議というものを立ち上げて、この地域で暮らしていけるということが絶対前提になるわけでございますので、その中で何がいるか、介護もいるし、それから医療も必要だろうということで、どれが一番ベストな計画になるだろうかというのを選んでいただこうということで、今日はこの検討をスタートさせていただくために全体的なお話をさせていただこうということでお願いさせていただいています。

(委員)

それはよく分かるんですよ。全日本と高知県との特有性というのはまるっきり違うわけですよ。それはもう皆さんご存知の通りで、例えば2年前に高知県の人口が約7,000人減って、そのうちの3,500人は出生と死亡の差なんですけど、あとの半分は転入・転出の

差でしょう。つまり、転出して若いやつがどんどんいなくなる。それがほとんどが高知市内じゃない。そこら辺りがあと2年経ったらどうなるかということ、ちゃんと勘案しなければ、現実に1,000人の在宅を見るのに、一体どれくらいの人数の人がいるのか。とてもじゃないけど、こんなものはできるわけがないと思うんですよ。そうしましたら、この在宅でやるという意味合い、それを結局、これは内田先生がおればよく分かると思うんですけど、高齢者の専用住宅みたいなものがなければ、一個一個の在宅を全部を回ってヘルパーがやっているととてもじゃないけど、できないんじゃないかと私は思うわけですよ。だから、現状をちゃんと把握して、卓上でやるのじゃなしに、机上の議論とならないようにしていただきたい。という僕は希望を述べているわけです。

(事務局)

第1章あたりにありますように、県の人口構成、動態から含めて、まずはそこを前提としまして、その上でどういった医療が要るかということを書いていくことになると思います。だから、在宅医療につきましても検討会議、仮称と書いてますが、個々の会議において高知県の在宅のニーズがどのくらいあって、どれだけの整備目標にするとか、そういう個々のかたちをここで検討していくことになりますので、これからの県の医療を全部在宅にやるとか、そんな話にならないと思います。特に特だしとして、特定の医療の一つとして、ここに厚労省が打ち出しをされているのものです。

(委員)

現実、そこら辺りにいる人たちに在宅、在宅と言ってもできるわけないですよ。医療ができませんから。そこら辺を綺麗にクリアに是非計画を立てていただきたいということです。

(事務局)

当然、へき地医療の話、それから巡回診療とかさまざまやり方がありますので、そういった手段でもって、医療の網がかかると。そういった全般的な話で進めたいと思います。

(委員)

それから、資料4に第3章医療従事者の確保という項目がありますけど、コメディカルということいろいろ書いてある。言語聴覚士などと書いてあるんですけど、ここにMSWを是非入れておいていただきたい。今は、非常にMSWの仕事も重要な仕事で、いろいろな連携とかいうけれども、うちはMSWがほとんどやっていますので。

(事務局)

ソーシャルワーカーさんの関係はMSWだけでよろしゅうございますか。他にももし、我々が見落としているものがありましたら。

(委員)

これに関連してなんですが、第5期の計画の時に委員をさせていただいたのですが、全体的に第5章、6章にしても、節を小さくしてコメディカルというかたちでまとめられておりますけど、やはりそれぞれの職種からすると、まとめられたという印象を持たれるんじゃないかと

いう気もするんですが、今回まとめるというのは見やすさであるとかいうことを踏まえての、一つの考え方なんでしょうか。

(事務局)

際限なく職種を柱立てていくというのは、非常に難しいまとめ方になるのと、それともう一つは確保、特に確保が難しい職種については確保策あるいは確保は間に合わなければ、それに代えるような資質の向上策とかいうようなものを詳しく書かないといけないとかいうことで、とりあえず医師から始まる職種を網羅させていただきました。もちろんこのコメディカルの中に、精査をしていくなかでこれはもっと詳しく書かないといけないというものが出てまいりましたら、それについては、分量を当然配分させていただきます。

(委員)

例えば第8章の保健医療福祉介護の総合的な取り組み、これを、それぞれの部分に組み入れるというお話で、だぶっている部分を省略するというのは非常によく分かるんですけど、さっきのご意見と同じように高齢者をいかに元気にその地域で生活してもらうかというところであれば、これが一番大事な取り組みのように思うんですけども、やはり、そこが抜け落ちていくような気がします。これが充実してくれば医療のお世話になる人も少なくなってくるだろうし、というところがあると思うんですけど。

(事務局)

そうですね。その辺の取り扱いはまだ検討させていただきます。

(委員)

この項目立てなんですけど、これは決定ということなんですか。

(事務局)

いえ、まだ。先ほど申し上げたように国の支針も出ておりませんので。

(委員)

医薬分業という長年、一つの目標になった項目が消えていますので、これはこれで項目を出すのはいいと思うんですけど。薬剤師会の中でも、一応確認をしておきたいと思います。

(事務局)

まだ決定ではございません。

(委員)

個人的にはこれでいいんじゃないかとは思いますが。

(事務局)

(会長)

一旦、この議題を終わりにして、次の議題2ですが、患者動態調査の結果についてお願いします。

(事務局)

資料5をご覧ください。平成23年度の高知県患者動態調査の概要について説明させていただきます。調査対象医療機関は137病院、診療所445箇所、老人保健施設については29箇所、

歯科と老人ホーム、また調査当日の診療がない診療所等を除いております。調査対象日は、平成23年9月16日一日限りとなっております。5年ごとに調査しております。毎回9月の金曜日に実施しております。調査項目については入院と外来別に患者住所・性別・年齢・医療機関種別、医療機関の所在地、受診診療科目、受診の状況ということで、救急外来を利用したとか診療時間内の治療であったとかいうのを確認しています。あと、主病名、紹介医の有無について。また、入院については病床種別と退院先。外来については外来種別として往診などについて確認しております。

回収医療機関数は622の内、617施設で未回収は5施設となっております。回収率は99.2%。調査表の合計枚数は60,741枚となっております。平成17年度の5年前と比べますと、約3,000件少なくなっております。1ページをお開き下さい。この患者調査の結果については、あとでゆっくり見ていただくお時間を取らせていただきますので、表の簡単な説明だけとさせていただきます。1ページが主な受療原因別の患者数の割合です。これは外来のみです。循環器系の疾患については、高血圧や急性心筋梗塞とか脳卒中等が含まれます。筋骨格系及び結合組織の疾患ということで、リウマチであるとか腰痛などが含まれます。呼吸器系の疾患、また内分泌、栄養及び代謝疾患については甲状腺の疾病や糖尿病なんかが含まれます。精神及び行動の障害、消化器系の疾患、腎尿路生殖系の疾患、皮膚及び皮下組織の疾患、目及び付属器の疾患、損傷、中毒及びその他の外因の影響ということで、ここには骨折などが含まれます。上位の受療原因のみ図表にしてあります。2ページには同じく、その入院版が記載されております。3ページへいきまして、これが外来の受療動向です。外来患者全てになります。カッコ書きがあるのが5年前の平成17年度の受療動向率です。高幡や幡多、安芸も若干下がっているのですが、特に高幡で中央への依存率が高くなっております。4ページへいきまして、先ほどと同じもので入院版になります。あと、5ページへいきまして、受診診療科目別の受療動向で、ここでは内科の外来患者の受療動向となっております。6ページでは、内科の入院の受療動向となっております。7ページには、脳神経外科の外来の受療動向です。8ページでは、その脳神経外科の入院の受療動向となっております。9ページでは、小児科の外来の受療動向です。10ページでは、小児科の入院の受療動向となっております。後でゆっくりと見ていただくということで、資料の説明は省略させていただきます。この受療動向については今後、基準病床数の算定の際に使うこととなります。

(会長)

実数を元にデータをとらせていただきましたので、もう一度この資料をご覧くださいまして、お気づきの点とか意見とかございましたら、10分ほど時間をとった後に言っていただきたいと思います。ちょっとご覧いただけますでしょうか。

(委員)

10ページの小児がんの入院ですけど、安芸と高幡がゼロで、全部それが中央へ来てるんですよね。小児科はあるんでしょう。

(委員)

入院施設がない。

(委員)

安芸も県立病院があつてないんですか。

(事務局)

安芸は、安芸病院があります。

(委員)

病院が、あまりにも偏在しすぎてるんじゃないかというような気がする。

(事務局)

元々、点在している。これは、一日だけの調査ですので、たまたまその日に入院がないとなると、ここへ出てこない。

(事務局)

たまたま 7 名の入院患者さんが、暮らしているところが安芸の方で、入院先が市内だったということです。すべてをこれで網羅して、反映していつてるわけではございません。一定の動向は見れるんじゃないかと。もちろん、特に高幡の小児科医療の確保というのは、産婦人科の先生と一緒に重要な課題です。

(委員)

歯科を除くというのは何かあるんですか。患者数に関しては、ほとんど影響がないと思うんですが、何で、元々歯科を除くのかという理由を説明していただければありがたい。

だいたい全国で 100 万人ぐらいの患者がいると言われていています。ですからそのうち按分すると、そうたいした数は上がってこないと思いますけど。

(事務局)

歯科診療所を除くのは前回比較とするために、以前からこの歯科を除く調査をしております。確認しないと、今、お答えできません。

(事務局)

おそらく、基準病床数を算定する基礎みたいなものから始まっていると思います。確かに 39 ページあたりに歯科があつて、全然患者数がないというのも、ちょっと何か変な話です。

(委員)

例えば 39 ページの下の 0 から 400 までは、これは症例数ですね。

(事務局)

そうです。

(委員)

そうすると、その次のページ。これは入院だけですよね。それで、その次に外来プラス入院がある。これ見た時に 400、こっちも 400 って、一緒にしてもこれぐらいの数なんですか。それから、38 ページと 39 ページを見ても、外来が当然多くて入院が少ないと思うのに、入院がとても多く感じるんですよね、これを見ると。どうしてですか。

(事務局)

確認をさせていただきます。

(委員)

一年間に、救急搬送される件数が、何件くらいあるんですか。約 8,700 から 8,500 の間ですよね、毎年。そこらへんがちゃんと把握できておれば、これを見たらすぐ分かるはずですよ。

(事務局)

確認をさせていただきます。

(委員)

高幡医療圏の産科のドクターは、今いらっしゃらないんですか。

(事務局)

いらっしゃいません。

(委員)

産科がまずいないと、やはり子どもを産むことができないと子どもを育てるということも。

(委員)

ということは、小児科医がそこにいなくていいという。逆説で言えば、酷い話ですけど、そういうことになりますよね。

(委員)

それは、ちょっと違う。産科は、産まれたら地元に戻るんですよ。だから、どうしても小児科医は絶対に必要なんですね。

(委員)

産科も、私は例えば幡多地域で、高リスクの出産にたまたまなってしまうと、地元というかそこで産むことができなかった。そういったことがあったんですけど、やはりそういったことを考えると地元でかかることができないと、結局、高知市内に行かなければいけないとか、そういったところがどうしても出てきてしまいますよね。

(委員)

産科というのは、お産をする時だけそこに来るんじゃないんですよ。それでは全然危なくてどうしようもないんで、必ず月に一回病院に来なきゃならないですからね。それが大変な問題なんです。

(委員)

全国的に問題になっているのが、例えば、離島の若い世代が、子どもを産むとしたら、東京都内に早い人は半月前ぐらいから移住している。

(委員)

そうしないとドクターの確保ができないから、そういうことになってますよね。

(委員)