

平成 29 年度第 2 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 29 年 11 月 14 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、内田委員、上村委員、須藤委員、近森委員、寺田委員、
中澤委員、野嶋委員、野並委員、濱田委員、久委員、福田委員、細木委員、
堀委員、堀岡委員、宮井委員、橘委員（代理）
 - 4 欠席委員：田中委員、田村委員、筒井委員、豊島委員、野村委員、堀川委員
〈事務局〉健康政策部（家康副部長）医師確保・育成支援課（松岡課長補佐）
健康対策課（松岡チーフ、島崎チーフ）
医療政策課（弘田課長補佐、松岡課長補佐、市川室長、濱田チーフ、野町チーフ、
原本主幹、金子主査、佐藤主査、横川主事、田内主事）
-

（事務局） それでは、定刻となりましたので、ただいまから平成 29 年度第 2 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。

なお、本日は所要のため、田中委員、田村委員、筒井委員、豊島委員、野村委員、堀川委員が欠席されております。

また、吉川委員の代理としまして全国自治体病院協議会高知県支部副支部長の橘様に出席をさせていただいております。

現時点におきまして、2 名ほど委員さん遅れている方がいらっしゃいますが、委員総数 23 名中、15 名のご出席をいただいております。

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

（家保副部長） 開会にあたりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

委員の皆様方におかれましては、お仕事終わられてお疲れのところご出席いただきまして誠にありがとうございます。

また、日頃より本県の保健医療福祉行政に多大なるご理解とご協力賜っておりますことに対しまして、心よりお礼を申し上げたいと思います。

さて、医療法に定めます医療計画につきましては、本県では保健医療計画評価推進部会で議論することになりまして、9 月に第 7 期計画の策定に向けた第 1 回目のご議論をいただいております。本日が第 2 回目の検討ということになります。

第 1 回目では、議論の出発点として第 7 期計画の作成指針についてご説明し、医療提供体制の充実や医療従事者の確保に関する項目など、多岐にわたりご議論をいただきました。

今日第 2 回目につきましては、5 疾病・5 事業や災害医療についてと、非常に多岐にわたる内容となっております。

項目も多く説明時間が限られるため、それぞれの概要の説明になってしまいますことをあらかじめご了承くださいたいと思います。

委員の皆様には幅広い分野の内容についてご検討をいただくこととなりますが、それぞれのお立場から積極的なご意見をいただきたいと思いますのでよろしくをお願いします。

限られたお時間ではございますが、どうかよろしく願いいたします。

(事務局) それでは、本日の資料の確認についてです。

事前に送付させていただきました資料といたしまして、まず議事次第。それから、資料1とありますこの医療計画の案について非常に厚い冊子となっております。

それから、資料2としましてこの医療計画の各項目の概要資料といったもの。A4の横版になります。

あと、第6期の評価調書、A3版で折りたたんである長いもの。

以上がですね、送らせていただいた資料となります。

また、本日はこれに追加しまして、2つの資料がお手元に配られてあったかと思えます。

1つはですね、今回の出席者名簿について、あともう1つはA4、1枚で糖尿病の年齢調整死亡率と書いてあるもので、ページ数が68-2ということで、こちらのほうは計画の中に差し込みというかたちでお願いをしたいと思っております。

資料のほうは皆さまでございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、議事に入る前に前回の第1回及び今回の第2回の評価推進部会でいただきましたご意見を基に作成を考えております計画の修正案の提案方法について、少しご説明いたします。

第1回と第2回の修正案につきましては、2つあわせまして、第3回の評価推進部会の開催前に皆さまにお送りさせていただきたいと考えております。

それを事前にご確認いただき、第3回の会議にてご承認をいただければと考えておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、議事に入りたいと思います。ここからの進行につきましては、安田会長、よろしく願いいたします。

(座長) それでは、ここからの進行、高知大学安田のほうで進めさせていただきます。

本日の議題は第7期高知県保健医療計画についてということです。

議事に入ります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。

野並委員、福田委員のお二人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。

それでは、お二人に議事録署名人をお願いいたします。

では、ここから議事に入ります。

第7期高知県保健医療計画案についてですが、その前に野並委員がご欠席なのでどうし

ましょう。別の方を指名しないといけないですが、どなたにしたらいいですかね。事務局案ありますか。

野嶋委員と福田委員のお二人で議事録署名人をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、ここからは議事です。第7期高知県保健医療計画案についてですが、事務局より一通り説明があった後、全体についてまとめて質疑を受け付けたいと思います。

資料1と資料2を通して5疾病5事業を中心とした説明をこれから事務局のほうからしてもらいます。

ではよろしくお願いいたします。

(医療政策課) 医療政策課の金子と申します。

次第に沿いまして私のほうからまず脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病の順に説明させていただきます。座ってご説明させていただきます。

まず、脳卒中に関しましては、資料1の1ページ目、資料2の1ページをご覧ください。

まず、本県における脳卒中医療体制の現状についてです。

資料2の左上の現状、患者に現状のところにあります脳卒中の年齢調整死亡率は初めて全国平均を下回るなど良い方向に進んでいると考えております。その大きな要因といたしましては、3つございます。

1つ目は、あき総合病院や幡多けんみん病院での急性期医療体制の整備が充実されてきたこと。2つ目は、ドクターヘリの稼働増加によって現場到着から病院到着まで平均時間減少と地域差の縮小。3つ目はそれらに伴う各保健医療圏でのt P A実施率の増加。大きく3つを考えております。

一方、二次予防の課題といたしまして心原性脳塞栓症患者の心房細動合併者は3人に2人おりまして、そのうち1人は未治療者であることがあげられます。

二次予防は特定健診等の受診率の向上による危険因子の早期発見ですとか、かかりつけ医での危険因子の管理、専門医との連携等を進めてまいります。

急性期については、こういう方向性で地域差の縮小をさらに進めることが重要と考えております。

脳卒中センター等を中心としまして24時間体制でt P A療法や血管内治療が可能な連携体制の構築をしていきます。

また、データの問題といたしまして急性期では、t P A療法のアウトカム指標が集計できていなかったりですとか、また、回復期や慢性期では現状自体を把握するデータが乏しかったりする現状がございます。

脳卒中地域連携パスや脳卒中患者調査と連携してP D C Aサイクルを回すための適切なデータ項目を集計方法を引き続き検討し、現状把握の精度を高めまして、課題の抽出や対策の検討に活用してまいります。

あわせて、回復期リハビリテーション病棟連絡会と連携しまして、回復期から慢性期のデータを集計して課題設定、対策に活用しています。

最後に目標についてです。前回と比べて大幅に私が担当しているところは増えております。

資料1本文の29ページから表の1番目がございます。目指すべき姿、あるべき姿である最終アウトカム、それを達成するための中間アウトカム、そして個別施策と分けて記載しております。

続きまして、心筋梗塞等の心血管疾患のほうにうつります。資料1の37ページ。資料2は2ページをご覧ください。

第6期計画との大きな変更といたしまして、6期では第3節が急性心筋梗塞でしたが、急性心筋梗塞等の心血管疾患として広がっております。特に心不全パンデミックと言われるほど患者数の増加が推定されております心不全や病院前死亡率が非常に高いと、記載を追加しております。

まず、急性心筋梗塞についての現状になります。人口動態調査の年齢調整死亡率では前回計画よりも大幅に改善しているものの全国平均よりは悪い結果となっております。

しかし、JROAD循環器疾患診療実績調査事務局のデータでは、急性心筋梗塞の入院中死亡率が7.8%と全国平均の8.2%を下回っておりまして良い方向に進んでいると考えております。特に、あき総合病院における緊急冠動脈造影や緊急PCIの体制整備が進んでいることやドクターヘリの稼働の増加により救急隊の現場到着から病院到着までの平均時間の減少とその地域差が縮小し死亡率の改善傾向につながっていると考えております。

新しく項目を追加しております大動脈解離と心不全では、なかなか現状の経過というものは少なくなっておりますが大動脈解離では、年齢調整死亡率JROADの死亡率とも、結果は良好となっております。

心不全では全国の慢性心不全の急性増悪による再入院率は年間2から4割と推定されておりますが、本県自体の心不全の現状は不明です。

また、リハビリテーションになりますが、心臓リハビリテーションの実施医療機関は増加傾向にあります。

課題と対策ですが、まず心筋梗塞では、急性心筋梗塞治療センターというものが設定されておりますが、この病院到着からバルーン拡張までの時間、いわゆるD2Bの中央値は短縮していて医療機関ごとの差もなくなっている一方、発症から病院到着までの平均時間はあまり改善がみられておりません。ここの発症から病院到着までの平均時間を短縮するために急性心筋梗塞のハイリスク者に対して非典型症例や早期発見・早期受診について県民へ啓発していきます。

2点目に大動脈解離では特にスタンフォードA型に治療において熟練した心臓血管外科医が複数人必要であり、学会等で不在の場合は対応が困難な場合があるということで、四

国全体で考えていかなければいけない課題と考えており対策を検討してまいります。

最後に心不全については、現状は明確になっておらずデータの集積が必要だということで、高知大学の老年病科が行っております高知県急性心不全患者基礎研究と連携しまして、慢性心不全の急性増悪による再入院率等を把握しまして心不全の現状を把握し課題設定、対策にいかしていくこととしています。

また、心臓リハビリテーション実施医療機関は増加傾向にあり引き続き体制整備を継続いたします。

最後に目標についてですが、資料1本文の54ページから記載してあります。喫煙率と肥満率についてまだ記載がありませんが修正案の時に数字を入れさせていただき予定となっております。

次に3つ目の糖尿病にうつります。資料1の63ページ目と資料2の3ページ目をご覧ください。

冒頭で追加資料のご説明がありましたが、まずページの間違いと誤字のご報告になります。

資料1の68ページの次に68-2という追加資料が入ってきます。また、69ページと70ページの間が1ページ抜かってましてそれが72ページになっています。

図表番号が連番になっておりますのでそちらで見ていただくと順番が分かりやすいかと思えます。少し複雑になっておりますが、もし把握できない方がいらっしゃいましたら、事務局のほうまでお伝えください。

大丈夫なようでしたら次の説明にまいります。引き続き誤字の説明なんですけれども76ページの下から3行目の後半のほうにですね、そのごの適正使用の確認とありますが、そのごは、後ろ、後という漢字になります。

次に資料2のほうなんですけれども、資料2の右上の合併症の状況のところですが15.8%、10.6%となっておりますけれども、両方とも10万人当たりの人数になっていきますので、%は消していただくようお願いします。

それでは糖尿病の現状になります。本県の40歳から74歳で糖尿病が強く疑われる方は約2万8000人、糖尿病の可能性が否定できないいわゆる予備軍の方は約3万2000人と推計しています。糖尿病性腎症による新規透析導入が15.8となっており全国値より大きいですが徐々に改善傾向となっていっております。

また、糖尿病網膜症による新規に硝子体手術を受けた患者の増加はみられておりません。課題、対策にうつりますが、設定した条件下では医療機関未受診者や治療中断者はそれぞれ約1000人おります。両者とも1000人くらいの規模でおります。

また、糖尿病の治療を受けていてもHbA1cが7以上のかた、腎症が重症化するリスクが高いものは約1500人と推計されております。

医療機関未受診者や治療中断者に対する更なる受診勧奨と糖尿病の治療を受けていてもHbA1cが7以上の方、腎症が重症化するリスクが高い方への保健指導、福祉連携が重

要と考えております。

国保指導課、健康長寿政策課、医療政策課が合同で策定しています糖尿病性腎症予防プログラムに基づきまして、受診勧奨、保健指導、病診連携、外来栄養食事指導を行ってまいります。本プログラム、かなり細かいものになっておりますので、省略させていただきますが、プログラムの策定にあたりましては、糖尿病医療体制検討会議2回の開催と糖尿病専門医、腎臓専門医、保険者等で構成されましたワーキンググループでの議論を経て、現在とりまとめの最終段階に入っております。

糖尿病の目標についてですが、資料1本文の77ページから、記載しております。

私からの説明は以上になります。

(医療政策課) 続きまして、救急医療についてご説明を、申し遅れましたが、私、医療政策課の野町と申します。座って説明させていただきます。

救急医療に関しましては、資料1のほうは85ページ、資料2のほうは4ページにまとめさせていただいております。

構成といたしましては、現状、課題、対策、目標ということで、先ほど金子のほうから説明させていただきました3つの事業と同じような体裁をとらせていただいております。

まず、現状でございます。現状に関しましては、ドクターカー、ドクターヘリの救急患者の搬送については、かなり医療提供体制は整ってきたところでございますが、現状は出動件数は39535件、搬送人員は36699人ということで、出動件数、搬送人員ともに過去最高というふうになっております。

あと、救急車の現場到着所要時間については、前回の計画から比べると8分というところが、8.9分というふうになっておって、若干所要時間が伸びているようなところがございます。

救急車には、傷病程度の搬送人員の軽傷の割合が半数近いというのが、前回と同じなんですけど、前回のほうが46.9%だったのが、44.5%ということで割合的には若干減少しているところでございます。

あと、病院救護体制といたしまして、救命救急士につきましては、平成22年の206名から、263人登録ということになっておりまして、常時、救急車のほう救急隊のほうにですね常時配備されている救急車がございます割合というのは、71.7から87.2となっております、かなり20%近く増えておるところでございますが、全国平均89.3%に比べますと若干低いというふうなところがございます。

あとは現状いたしましては、救急医療協議会のもとに置かれておりますMCメディカルコントロール専門員会で、救命救急士に対する医師の指示、事後検証を行いまして、体制整備を図っておるところでございます。

課題に関しましては、4つの項目を設けさせていただいておりますけれども、適正受診に関しましては、やはりその軽症患者が約半数を占めておるところになっておりまし

て、消防機関、医師にとってもですね大きな負担になっておりますので、県民に対して救急医療の適正利用について啓発をしていく必要があります。

あと、救急搬送につきましても救命救急士が適切に救命措置を行いながら、搬送していく必要がございますので、今後とも救急隊への常備配備を促進しますとともに、救命救急士の機能の向上、維持向上していく必要があるというふうに思っております。

あと、医療提供体制でございますけれども、こちらのほうは慢性的な救急医の不足というのがありまして、救命救急センターのほうに患者が集中しておるといところでございます。

また、救命救急センターにはドクターがございまして、ドクターカーによる医師の早期接触ができますように、体制を整えていく必要がある。あと、病態が安定した患者につきましては、そのほかの病院に早期退院を図ったり転院を行いまして、救急センターの負担の軽減をはかっていく必要がある。

情報提供体制でございますけれども、こちらのほうがこうち医療ネットなどによりまして、県民の方に分かりやすく情報提供していく必要があるというふうに思っております。

対策でございますが、対策に関しましては、課題と同じように4項目に分かれておるんですけど、適正受診につきましては新聞広告、ポスターの作成、テレビCMの作成などを通じまして、県民への適正受診の啓発を行ってまいります。

救急搬送の体制の充実でございますけれども、こちらのほうは、メディカルコントロール専門委員会におきまして、必要な事後検証を行ってまいりたい。あと、救命救急士の指導の制度でございます指導救命士を充実するなど行いまして隊員の質向上をはかっていくという計画でございます。

あと、医療提供体制に関しましては、救急医の育成に関するプログラムの促進、ドクターカーに関しましてドクターの出動基準など、3救命救急センターの連携、あと、3次救急医療機関と2次救急機関の連携を図っていくということをやっていききたいと思います。

あと、救急医療情報提供体制ですけれども、こちらにつきましては、こうち医療ネットを活用いたしまして、分かりやすい医療機関の医療情報と分かりやすい説明、医療機能の情報の保有に努めていききたいと思います。

目標に関しましては、救急隊のうち常時救命救急士が配備されている割合が、現状でいきますと87.2%なんですけど、こちらのほう100%、救急車による軽傷患者の搬送割合なんですけど、こちらが44.5%をなんとか30%までもっていききたい。

救急車による医療機関への収容時間につきましては、現状39.7分、平成27年度で39.7分かかっておりますので、それを38分。救命救急センターへの搬送割合につきましては、平成27年で39.2%を30%まで落としたい。救急医療情報センターの応需入力率につきましては、現状半分程度しかできていないんですけれども、100%までもっていききたいということで目標を設定をさせていただいております。

以上でございます。

(健康対策課) 続きまして、健康対策課の島崎と申します。私のほうからは周産期医療について説明をさせていただきます。よろしくお願いいたします。座って説明をさせていただきます。

それでは資料のほうは資料1の101ページ、資料2のほうは5ページをご覧ください。周産期医療につきましてもA4横版の資料2に沿って説明をさせていただきます。

資料の説明の前に1点、周産期医療に関しましては、この保健医療計画とあわせて、平成23年3月に策定しました高知県周産期医療体制整備計画においても詳細の部分を定めているところなのですが、平成27年度から国で開催されました周産期医療体制の在り方検討会のほうで災害、救急等の他事業、人身疾患等の他疾患の診療体制とも一層の連携強化が指摘をされまして、第7期計画におきましては、周産期医療体制整備計画と保健医療計画の周産期部分を一本化するということによって両計画の整合性を図り、他事業との連携を強化するということになりました。

これによりまして、国の指針においては、周産期における災害対策、そして総合周産期母子医療センターでの精神疾患を合併する妊産婦への体制整備といったところが、今回加わったところのポイントになっております。

それでは、第7期計画の内容について説明をいたします。

A4横版の資料2のほうについてですが、右の上のほうにも記載をしておりますが、第6期から数値や文言を修正した部分に下線を引いておりまして、第7期で新たに追加した部分については、星印つきで太字にしている部分になります。

まず、上の段の現状の右側、母子保健の状況については、各種数値の変化を記載しております。低出生体重児や早期産、死亡率など、それぞれ減少傾向や全国水準になりつつあります。

新たに追加しておりますのは、産科医療機関の皆様のご尽力によります早産防止対策の取り組み成果としまして、28週以降まで妊娠期間を延長できたケースが増加したというところを追加しております。

左側の医療体制についてですが、左側1つ目の医療提供体制にありますとおり、分娩取扱施設は現在17施設となっております。

新たに追加した項目としましては、2つありまして、1つ目は第6期の平成27年度に3次周産期医療提供施設へNICUや産科病床を増床したこと、そして2つ目は国の指針に新たに加わりました災害時の周産期医療体制につきまして、現状は周産期医療分野に特化した災害時の体制が未整備であるということ、災害時周産期リエゾンの研修受講者が1名という実績について記載をしております。

次に、右隣の医療連携体制ですけれども、ここで新たに加えた項目としましては、第6期の平成27年度に高知大学医学部附属病院を地域周産期母子医療センターに認定したこと。そして、こちらも国の指針に新たに加わりました精神疾患等の他疾患の診療体制強化

につきまして3次周産期提供施設における精神疾患を合併する妊産婦の受入件数が地域周産期母子医療センターで平成28年に31件あったということを記載しております。

次に課題につきましては、周産期医療体制の維持としまして分娩取扱い休止施設が増加していることや引き続き医師の負担が増加していることなどに加えまして、精神疾患を合併する妊産婦の対応が可能な体制を整えている施設が限られているということ、そして無産科2次医療圏における支援体制の維持につきましては、県内の分娩を取り扱う施設は助産所を含めると18施設ございますが、そのうち15施設が中央保健医療圏に集中している状況となっております。

そして、災害時の情報共有方法や災害時周産期リエゾンの役割と位置づけが決まっていないということにつきましては、この後の災害時における医療のところでも記載があるんですが、災害時周産期リエゾンは県の医療本部や位置づけることとし、災害医療コーディネーターとともに医療救護活動について調整を行うということで今回提案をさせていただいております。

次に右側の母体管理の徹底と妊産婦ケアの充実につきましては、1000グラム未満の早産未熟児の出生割合は全国水準となりつつありますけれども、依然出生があるというところを記載しております。

次の対策についてですが、周産期医療人材の確保というところで、医師確保・育成支援課と医療政策課の取り組みにはなりますけれども、医師奨学金制度や助産師奨学金制度などの継続、そして、周産期医療提供体制の維持という欄で新たに加えておりますのは、3次周産期医療提供施設の増床に伴う1次、2次周産期医療提供施設との連携、そして引き続き3次周産期医療提供施設でのローリスク分娩の受け入れというところです。

また、右側の精神疾患を合併する妊産婦への対応と連携体制の強化、それから、妊産婦救命救急基礎研修の実施というところで、今年度から県が高知医療センターに委託して実施をしております研修を記載しております。これは分娩施設等のない地域等における陣痛発来や車中分娩、病院外での妊産婦救急に突然遭遇する可能性のある県内の救命救急士を対象とした研修となっております。

その下の災害時の周産期医療の体制整備につきましては、周産期医療協議会の小検討会に位置づけております災害ワーキングの中で必要性が話し合われております。災害時周産期リエゾンの複数配置、それからリエゾンを中心に定期的な訓練を行うといった利点を計画にも記載するというところでご提案をさせていただきます。

最後に目標値につきましては、妊産婦死亡数、超低出生体重児の出生割合、妊娠11週以下での妊娠届出率が新たに追加したものとなっております。

よろしく申し上げます。

(医療政策課) 続きまして、小児救急を含む小児医療につきまして、また野町のほうからご説明をさせていただきます。座ってさせていただきます。

資料1のほうが、128ページ、資料2のほうが6ページでございます。

こちらのほうも先ほどと同じく、現状、課題、対策、目標ということで、資料を作成させていただいております。

まず、現状でございますけれども、救急医療情報センターでございますけれども、小児科の問い合わせというのが、平成23年には2万件だったのが、15,206件となっております。全体の3割という状況になっております。

こうちこどもダイヤルについては365日やっておるわけなんですけれども、4457件1日当たり12.2件というふうになっております。

小児の疾病でございますけれども、小児の死亡率が高いというふうに要約させていただいたんですけれども、これ間違っております。人口動態調査でみていきますと平成27年度におきましては全国に比べて低いというふうに訂正させていただきたいと思っております。

乳児の死亡に関しましては、8人というふうになっておりまして、小児死亡17人の5割を占めておりますけれども減少傾向にあるというふうになっております。

小児慢性特定疾病医療受給者につきましては、756人ということで23年末とあまり変わっていない。育成医療受給者数についても166名というふうになっております。

小児医療に関しましては、小児病院については平成17年度と比較しますとですね現状で言いますと36病院というふうになっておりまして、17年度が46から36になっておりますので、減少しておるということでございます。

高次医療につきましてはですね、中央保健医療圏のほうに集中している状況でございます。

あと、現状で言いますと、小児科の先生に頑張らせていただいております。あき総合病院や幡多けんみん病院におきまして、初期救急、入院医療を担っていただいているような現状でございます。

あと、中央保健医療圏以外で、障害のある子、疑いのある子を含めまして診療ができる医療機関が少ないという現状でございます。

医師不足に関しましては、平成22年度が約100人でしたけれども若干増の106名となっております。ただ、依然として、先生方の高齢化は止まっていないというような状況でございます。

あと、専門医の中央保健医療圏への偏在というのが、引き続いておるような現状でございます。

あと、小児人口と世帯構造でございますけれども、こちらのほうというのが全国的な少子化の影響を受けておりまして、平成22年の92,798人から27年度には83,683人ということで、約1万人も減っておるというような状況でございます。

あと、夫婦共働きの世帯が多い、3歳未満の子供がいる世帯が多いというような現状でございます。

その課題でございますけれども、医療情報提供体制につきましては、限られた医療資源の有効活用ということが必要でございますから、継続してこうちこども救急ダイヤルなど

につきまして啓発していく必要があるというふうに考えております。

小児医療体制でございますけれども、100人から106人に増えたというところはあるんですけども、医師が不足している現状には変わらない。精神疾患、発達障害に対応できる医師が少ない。医療的なケアが必要な障害児につきまして、成長、発達のためのケアが小児医療従事者ばかりでなく、多職種による連携が必要であるというような課題がございます。

小児医療提供体制でございますけれども、医師不足の中で今5病院で輪番制でやっているわけなんですけれども、こちらのほうの維持がなかなか厳しいものがあるというところがございます。また、ほかに小児で頑張っておられるあき総合病院、幡多けんみん病院につきましては、少ない医師数で回していただいております、負担が大きいというような現状でございます。やはり、そういった状況の中で、県全体で体制維持を考えていく必要があるのかなというふうに思っております。

あと、適正受診に関しましては、こういった医療の状況を踏まえまして、適正受診について保護者の方に理解をしていただく必要があるというふうに思っております。

対策でございますけれども、医療情報提供体制につきましては、今後ともうちこども救急ダイヤルの利用啓発を図っていく必要があるというふうに思っております。

小児医療体制でございますけれども、こちらにつきましては、研修医に対する貸付金の貸与、研修支援制度の確保に努めていく、また、高知ギルバーク発達神経精神医学センターなどにおきまして発達障害に関する専門医の育成を図る。多職種の連携をして、子供の状況や成長に応じた支援ができるよう努めていきたいというふうに考えております。

あと、小児救急医療提供体制でございますけれども、こちらにつきましては、今後とも小児科医の勤務環境の改善を行う。小児救急医療提供体制の充実、確保に向けまして課題、対策を検討していくことと考えております。

適正受診に関しましても、引き続きましてテレビ、新聞などのメディアを通じました広報を実施していく、保護者を対象といたしました講習会を実施していくというふうに取り組んでいきたいというふうに思っております。

目標に関しましてはですね、小児科医師数が現状106人でございますけれども、これを110名以上、小児科の軽症患者割合についても、現状でいきますと75.3%となっておりますので、できるだけ抑制していく70%以下まで抑制していきたいと、輪番の病院の深夜帯受診者につきまして、6人以下、現状6.5人を6人以下にしていきたい。安芸、中央、幡多医療圏の小児救急体制を引き続き維持できるようにしていきたい。

また、中央保健医療圏の5つの輪番病院、あき総合病院、幡多けんみん病院に勤務する小児科医師数を54人以上にしていきたいというふうに考えております。

以上でございます。

(医師確保・育成支援課) 失礼します。医師確保・育成支援課の松岡でございます。

私のほうからはへき地医療につきまして、ご説明をさせていただきます。座って失礼いたします。

資料1は146ページからになります。資料2は7ページになります。資料2の7ページのほうをご覧いただきたいと思います。

第7期保健医療計画では、これまで第11次にわたって策定しておりました、へき地保健医療計画が統合されることになりましたので、へき地保健医療計画に示されておりました対策に必要な項目が欠如することがないように見直しを行っております。

まず、現状としましては、一番右のほうに書かせていただいておりますけれども、高知市、南国市に医療機関の医師が集中しておりますして、地域医療の中核的な医療機能を担ってきた機能的な病院医師が不足する状況となっております。

第6期計画からの変更点としまして、へき地医療を支援する機関としまして、中ほどの枠の中なんですけれども、社会医療法人細木病院がへき地医療支援病院として新たに認定を受けております、へき地医療機関への医師派遣等を自主的かつ継続的に取り組んでいただいております。

第7期では、課題としまして、へき地医療提供体制の確保、医療従事者の確保、医療従事者への支援を課題として掲げまして対策を進めて参ります。

まず、へき地の医療提供体制に対する支援としましては、広域的なへき地医療支援の企画、調整などを行う、へき地医療支援機構の役割の強化と機能の充実、また、へき地医療拠点病院からの代診医派遣等の機能強化等に引き続き取り組んでまいります。

また、へき地医療支援病院が増えるよう関係者の皆様にもお願いもしていきたいと考えております。

次に、へき地を支える医療従事者の確保と支援としましては、医学生への医師養成奨学金の貸与や卒業後の定着のためのフォローアップのほか、平成30年度から開始予定の新たな専門医制度において総合診療専門医の資格取得ができる環境づくりを行い、幅広い領域を診ることのできる医師の養成に努めてまいります。自治医科大学卒業の医師につきましても希望があれば、資格を取得できるよう対応していきたいと考えております。

看護師につきましても合同就職説明会の開催のほか、高知看護協会にもご協力をいただき、ナースバンク事業等により必要な人材が確保できるよう取り組んでまいります。

目標としましては、新たに総合診療専門医の研修プログラムへの参加者数の年4人としまして、引き続きへき地医療対策に取り組んでまいりますので、どうぞよろしく願いいたします。

(健康対策課) 健康対策課の松岡と申します。よろしく願いいたします。

私からは難病のほうの説明をさせていただきます。座って失礼いたします。

資料1につきましては162ページ、資料2につきましては8ページをご覧ください。

平成27年1月に難病法が施行され、指定難病は330疾病となっております。上の現

状ですけれども、医療費助成の現状につきましては、特定医療費医療受給者証交付件数が28年度末で6,754件、疾患分野別割合が1位神経・筋疾患分野、2位消化器分野となっております。

指定医療機関数、指定医数につきましては、ご覧のとおりとなっております。

続いて現状の右側となりますけれども、支援体制の現状につきましてご説明をさせていただきます。

病病連携、病診連携等が充実するよう関係者が協力して、神経・筋疾患分野の難病医療ネットワークを構築しております。また、高知県難病医療コーディネーターの配置を高知大学医学部附属病院へ委託しております。また、こうち難病相談支援センターの設置などを行っております。

中ほど、課題につきましては、失礼しました、第6期計画につきましては、難病法の施行により変革の時期となりましたが、指定難病患者への医療費の助成や難病患者の相談拠点である難病相談支援センターの設置や難病医療コーディネーターの配置など、一定体制整備が進んだと思っております。

課題につきましては、医療費助成制度の更なる周知が必要であること、難病医療ネットワークが十分機能していない、在宅療養を支える関係職種間の情報共有支援体制の充実が必要、患者同士の交流、相談対応等の充実が必要なことなどがあげられます。

また、対策としましては、疾病数増加に伴い、申請漏れなどがないように特定医療費制度の周知と適正な運用を行う。また、2つ目につきましては、難病医療の情報公開について、医師会等の関係者及び医療機関と協議を行い、拠点となる医療機関の確保など、難病医療の体制整備の推進を行っていく。3番目としまして、在宅療養を支える保健医療福祉関係者の人材育成や地域の実情に応じた支援体制の検討、日頃の連携をはかることの体制の充実。また、4番目としまして、難病患者の不安や疑問に対応できるようにピササポーターによる相談、交流の充実。難病相談支援センター及び難病医療コーディネーターの人材育成と関係者間の連携に努めていきたいと思っております。

難病につきましては以上です。

(医療政策課) 医療政策課災害医療対策室の市川と申します。私のほうから災害時における医療について、ご説明させていただきます。

お手元の資料1の168ページからとなります。よろしくお願いたします。

別途資料2にポイントを整理した概要資料を添付しておりますけれども、説明はこちらの資料1を使って説明させていただきます。それから、第6期計画の評価調書につきましても資料1の説明と重複する部分もございますので、時間の都合上説明は省略させていただきます。

説明時間限られておりますので、説明は主要な4つのポイントと数値目標に絞ってさせていただきます。また、ポイントごとに説明させていただきますので、ご覧いただくペー

ジが前後いたしますけれどもどうかご了承ください。

それでは、まず1つ目のポイントから説明させていただきます。1つ目のポイントは災害医療コーディネート体制の整備でございます。資料1の169ページをお願いいたします。

一番上のまたの段落のところなんですけれども、今回の保健医療計画の改正にあたり、国から被災地域の医療ニーズ等の情報収集や医療チームとの連絡調整等を行う災害医療コーディネート体制の整備を進めるということが改正のポイントとして示されたことを踏まえまして盛り込むものでございます。

現在、大規模な災害が発生した際には、県災害医療対策本部と県福祉保健所及び高知市保健所に設置します災害医療対策支部に災害医療コーディネーターが配置され、災害薬事コーディネーターや災害透析コーディネーター、災害看護コーディネーターとともに医療救護活動について調整を行うこととしております。

今回、災害歯科コーディネーターと周産期リエゾンの2つの職種を新たに本県の医療救護体制に位置づけることとしておりますので、災害医療の実施体制の(1)の概要のところはその旨を記載をしております。

次に、2つ目のポイントがBCPの策定の推進でございます。

これも国が示す改正のポイントに含まれる項目でして、災害時に診療機能の低下軽減や病院機能の早期回復をはかり、継続して医療を提供するため、BCPの策定は今後災害拠点病院だけでなく、地域の一般病院においても重要であり、引き続き推進するというふうにされました。

これを踏まえまして、資料の173ページになります。一番上になりますが、2医療機関の防災対応の(1)医療機関の耐震化などの2段落目にBCPの効果について記載し、ページを1枚めくっていただきまして175ページの中ほどに、医療機関の防災対応の(1)耐震化などの2段落目に県内医療機関のBCP策定率が低い水準に留まっていることを課題としてあげております。

次177ページをお願いいたします。対策としまして、2医療機関防災対応の(1)耐震化の促進などのところで、BCP未策定の医療機関に対して策定を促すとともに、策定済みの医療機関については、発災時に迅速に対応できるようBCPに基づく防災訓練なども働きかけていくこととしております。

BCPの策定につきましては、これまでも医療機関災害対策指針の策定や取り組み事例の発表会の開催、あるいは県と東京海上日動火災保険との包括協定に基づく個別支援などを行ってまいりましたが、まだまだBCP策定に取り組めていない医療機関が多くありますことから、更に力を入れて取り組んでいかなければならないというふうに考えているところでございます。

次に3つ目のポイントが受援調整の在り方についてでございます。資料170ページにお戻りください。(4)医療救護チームのイその他の医療救護チーム、2段落目のところに

なります。

平成28年4月に発生した熊本地震では多くの支援団体が参集したものの、統合的な指示、調整による人員配置の最適化や支援チーム間の情報共有、自治体への情報集約の在り方に課題が残ったということがございました。本県に置きましても南海トラフ地震発生時には、県外から多くの支援チームが参集することが見込まれます。

このため、資料174ページになります。(3) 県外からの受援調整のところで大規模災害時には、海外からを含む保健医療に関する多くの支援団体が参集することから、各種団体への対応や派遣調整を含む統制の在り方を課題として記載し、その対策として176ページになります。

中ほど(3) 受援調整の在り方の2段落目のところでDMATロジスティックチームなどの支援の受け入れや多様な支援団体への対応や派遣調整を含む統制など、保健医療の総合調整機能の在り方について対応を検討していくこととしております。

最後のポイントです。保健衛生活動との連携でございます。災害時の医療救護活動においては、感染症の蔓延の防止、衛生指導などの保健衛生活動を見据えて、早期からの保健衛生部門との密接な連携が重要ですので、新たに保健衛生活動との連携について、盛り込むこととしております。

資料170ページにもう一度すみません。戻っていただきまして、一番下の(6) 保健衛生活動との連携のところになります。現状の取り組みとしましては、大規模災害時には避難所生活などによる生活環境の変化や精神的疲労に伴う健康問題を最小限に抑えるために保健衛生活動が重要となるため、県ではガイドラインを、市町村ではマニュアルを策定して保健衛生活動を行うこととしております。

課題としましては174ページになります。中ほど(4) 保健衛生活動との連携のところですけども、感染症の蔓延防止、衛生指導などの保健衛生活動を見据えて、早期からの保健衛生部門との密接な連携が重要であり、医療救護活動と保健衛生活動の連携体制を強化していく必要があるというふうに記載をしております。

昨年の熊本地震の経験を踏まえて、今年7月に国から大規模災害時の保健医療活動にかかる体制に整備についてという通知が出されまして、都道府県に災害対策にかかる保健医療活動の総合調整を行うための保健医療調整本部を設置することとされました。

これを受けまして本県では、現在、災害医療対策本部を包含する形で保健医療を総合的に調整する本部を設けるべく庁内で検討を始めたところでございます。

176ページをお願いします。今回の計画ではこうしたことを反映しまして、中ほどよりちょっと下になります(4) 保健衛生活動との連携に向けた取り組みのところで感染症の蔓延防止、衛生指導などの保健衛生活動を円滑に実施するために受援体制の強化など保健衛生部門の組織体制を見直すとともに、災害医療対策本部及び支部と保健衛生部門が連携した訓練を実施し、連携の強化をはかるということとしております。

次に目標についてご説明いたします。資料1の一番最後178ページをお願いいたしま

す。

第6期計画では、救護病院、災害拠点病院の耐震化率と病院の災害対策マニュアルの作成率、それからEMIS登録率の3つの項目を目標として設定しておりましたが、その後取り組みが進んだ部分や新たな課題も出てきましたことから、第7期計画では、ここに掲げております4つの項目について目標を設定したいと考えております。

まず、1つ目が救護病院に指定されている病院の耐震化率でございます。

県内12か所の災害拠点病院は全て耐震化できておりますことから、救護病院のみの耐震化率を目標として設定するものでございます。より負傷者に近い場所での医療救護活動の中心を担っていただかなければならない地域の救護病院が発災時にも医療機能を維持することは非常に大切ですので、引き続き耐震化に取り組んでいきたいと考えております。

2つ目の目標は、救護病院のBCPの策定率でございます。

本文のところでも申し上げましたとおり、現在医療機関のBCP策定率が低い水準にあることから、今後力を入れて取り組んでいかなければならないと考えております。先ほども申し上げましたとおり、救護病院につきましては、地域の医療救護活動の中心を担っていただかなければならないことから、BCPの策定が更に促進されるよう目標を設定するものでございます。

なお、昨年度末災害拠点病院の指定要件が改正され、災害拠点病院は平成30年度末までにBCPを策定することが義務づけられましたが、県内の災害拠点病院はいずれも策定済みか、もしくは平成30年度末までに策定される見込みであることから、今回は目標の項目からは除外をしております。

3つ目の目標は県内の医療機関に所属するDMATのチーム数でございます。これは、大規模な災害に備え、日本DMATを多く整備する必要があることはもちろんですが、南海トラフ地震時には、医療従事者が大幅に不足することが見込まれることから、県外から参集するDMATなどの支援チームが円滑に活動できるよう、平時から災害医療に関する共通言語を持った人材を確保しておきたいという思いから、日本DMATだけではなく、いわゆるローカルDMATも含めて目標に掲げるものでございます。

県ではより負傷者に近いところでの医療救護活動を強化するいわゆる前方展開型の整備に取り組んでいるところですが、災害医療に関する知識や技能を持った医療関係者の裾野を広げていくことも大切なことだと考えているところでございます。

最後に4つ目の目標でございます。大規模な災害発生時における情報共有等の手段として、厚生労働省が運用しますEMIS広域災害救急医療情報システムというシステムがございます。このEMIS登録医療機関は発災時にこのシステムを通じて、自院の被災状況や受け入れ可能患者数などの情報を発信し国や県、全国のDMATがこれらの情報を、閲覧、活用しながら、活動することとなっております。今やこのシステムは我が国の災害医療の現場には不可欠なツールとなっております。

従いまして、各医療機関にはこのシステムを円滑に活用できることが求められていると

ころでございます。現在、県内の全ての病院がこのシステムに登録をさせていただいておりますので、今後は災害時に各病院がこのシステムを円滑に操作、活用できるようにしていくことが大事でございます。

県では年3回程度、被災状況を入力していただく入力訓練を実施しておりますが、訓練参加率が5割程度に留まっておりますので、今後入力訓練への参加を促して、訓練参加率を高め、各医療機関が発災時にも円滑にこのシステムを活用できるようにしたいというふうに考えております。

4つの項目とも厳しい目標値としておりますけれども、達成に向けてしっかりと取り組んでいくことで災害時における医療救護体制がより充実したものになっていくことと考えております。

私からの説明は以上です。よろしく願いいたします。

(座長) 以上で、資料1、資料2を使いました事務局からの説明が終わりました。5疾病のうち、がんと精神疾患については次回の説明になりますし、5事業のうち在宅医療ですね、5事業に入らないですけど、関連してる在宅医療も次回の説明になりますけれども、それ以外のところを説明してもらいました。

色んな項目で分かれておりますが、どのところでも構いません。もう少し説明を加えてほしいところとか、疑問に思ったところがあれば、どの領域でもかまいませんのでご自由にご発言いただきますと、時間が十分ございますので、事務局から答えてもらいます。いかがでしょうか。

堀委員、どうぞ。

(堀委員) すみません。直接医療と関係ない仕事ですので、わからないことが多いんですが。

救急医療のところ、小児救急の場合は、自分のお子さんが、これは救急車を呼ばなくちゃいけないのかな、どうしたのかという時に、こうちこども救急ネットですか、そこに、まず、あたって電話をかける場合と直接、救急車を呼ばれて病院へ行く場合とがあるんですよ。

うちの孫が帰って来た時もちょっと心配で、医療ネットのほうに電話したら、ベテランの看護師さんと若い看護師さんが出て来られて、最終的にベテランの看護師さんの言われたことを頭に入れて、2ヶ月の孫です。観察したら、あ、これは大丈夫だなということで救急車を呼ばないで朝まで過ごしたことがありました。

利用される方が、そういうふうに、まず、どうかなと思う時に、救急ダイヤルで聞いてもらって救急車を呼ぶのかどうか、そういうところもあると、救急隊のほうも頻繁に、少しでも忙しさを免れるんじゃないかと、ちょっと思っているんですね。

子どもの場合はそういうふうにして、窓口に入っていけるんだけど、お年寄りですよ

ね。65くらいまで、70くらいまでなら、まだ判断のしようがあるんですけど、高齢になればなるほど不安を抱えているので、皆さん、一体、いきなり救急車で来られるのか、ここにあるこうち医療ネットでそういう案内をしてもらえるのかというところが、ちょっとわからないので。前置きが長くなりましたけれど、教えていただきたいんですが。

(事務局) 医療政策課、野町でございます。私のほうからお答えいたします。

子どもの場合には委員のおっしゃる通り、電話相談、医療の電話相談と病院の紹介のダイヤルが分かれておるところなんですけども、大人に関しましては、現状で言いますと、医療機関のご紹介しかございません。ただ、全国的に大人の電話相談というのが、事業をやっております、それにつきましては、本県でも検討はしておるところでございます。

ただ、東京とかですと、たくさんの医療機関がありまして、色んな状況に応じた適切な医療機関の紹介ができるんですけども、高知県の場合というのが、中央医療圏のほうに医療資源が偏在しておることがございまして、もし、そういった、場合によっては、何でもかんでも救命救急センターを紹介してしまうようなことにもなりかねませんので、大人の電話相談については、できるかどうか、今、慎重に検討しておるところでございます。

(堀委員) すみません。私の質問の仕方が悪いのか。

子どもであれば、こどもネットで救急車、呼ぼうかどうか判断できると思うんですよ。それがお年寄りの場合に、やはり不安を抱えているから、ずっと救急車を呼ぶ行動に走ると思うんですよ。それではなくて、手前で救急車を呼ぶほどのものでもないかどうか、ということが選択できるような窓口があれば、より、救急隊に対して軽減できるようなひとつの方法ではないかと思うんですけど。

(事務局) ありがとうございます。それが先ほど申し上げました大人の電話相談事業というのでございまして、今、現状ではございませんけども、そちらのほうについては、消防担当部局と今、検討はしておるところです。まだ、やるかどうかというのは、まだわからないところでございますが、検討はしております。

(堀委員) ありがとうございます。よろしくお願いいたします。

(座長) その他、いかがでしょうか。どの領域でもかまいませんが。福田委員。

(福田委員) 糖尿病のところ、資料2の分のところでお聞きしたいんですが、患者さんの現状のところ、言われているのが、糖尿病特定検診受診者で糖尿病治療中の患者のうちHbA1c 7.0%以上が1,485人ということですが、高齢の人で75歳以上の人

の場合、どちらかというところ7.0が目標ではなくて、むしろ、7.5くらいからでもいいんじゃないかと思っておりますので、そういった年齢の方のことを別に考えていただきたい。

糖尿病治療中断者が1,021人ですか、おいでますが、最近、糖尿病の薬は、今までより高くなっているんで、金銭的なことで結構ドロップアウトしてしまう方が多いんじゃないかと思われそうですが、そういったのはどうかという理由をちょっと知りたいなと思います。以上です。

(事務局) ご質問ありがとうございます。医療政策課の金子です。

委員のご質問は、糖尿病治療中の患者のうちHbA1c 7.0%以上の推計というところだと思いますけれども、おっしゃるとおりですね、合併症にならないためには、7.0%以下に抑えるという原則がありますが、患者さんのADL等に応じて、7以上8以下というところで、標準的な治療が新しいガイドラインでは、書いてあるのは承知しております。

そのうえで、糖尿専門医の先生方と相談しまして、やはり一定推計を出すためには、ひとつ、それをカットオフ、決めなければいけないというところで7としております。8%以上になりますと、かなり、数が416人ということで、図表6-4-11にあるように少なくなってしまうので、7以上というところで一定の推計を出しておるところでございます。

2点目についてですが、糖尿病の薬価についてということですが、私のほうで、ちょっと質問の趣旨というものが把握できませんでしたので、もう一度お願いできますでしょうか。

(福田委員) 糖尿病の治療を中断される方が、どうして中断されているかという理由があるのかどうかということ。もうひとつ、もとに戻って、7.5という数字を出したのは、全国的に一番長生きしている糖尿病の治療が、7.0以下じゃなくて7.0~7.5が長生きしているという話も統計的にはあるので7.5という数字を申し上げました。

(事務局) ありがとうございます。

中断の理由というところについて、検討会議の中で、薬価についての議論がなされてはおりませんでした。パーソナリティの問題ですとか、あとは周知がされていない、糖尿病がこういう病気重症化するとこうなっていくというふうなことが周知されていないことなどが理由として考えられております。

あと、7.5以上が死亡率が低いということですが、確かに糖尿病の低血糖になりますと脳細胞にダメージがいきますので、高血糖のほうが死亡率は低くなってくることはありますが、医療計画の趣旨が、メインを発症予防と、あとは糖尿病になった後、重症化予防というところでやっておりますので、重症化については標準ガイドラ

インでは、7以下というのが一般的なスタンダードなラインですので、ここで設定させていただきました。

以上になります。

(座長) よろしいでしょうか。

この部分に関連してでもいいですし、別の部分でもよろしいですが。

寺田委員、どうぞ。

(寺田委員) 寺田です。

難病のところ、ちょっと気になったところです。

具体的なこと160ページなんですけれども、資料2のところをいくと、左の現状、指定医の状況のところ、指定医数が1099人とか協力難病指定医数が86人とかありますが、何を僕が言いたいかというと、難病指定医の指定されているのはわかるんですけども、何がご専門というのが書き込まれているかというのがちょっと気になったんです。

なぜかといいますと、意外と専門外のところで難病だからといって来られても、なかなか詳しいことがわからない。専門性の高い、何が専門なのかと、この先生はということがわからないと、どこでやっていますと言われても、なかなか紹介しにくいという部分での、患者さん本人も困る。

どういうことがあったかと言いますと、私の患者さん、僕の患者さんじゃなくて、その家族なんですけど、整形外科医にかかっていたんですけど、整形外科的な難病だと。その先生は指定医じゃない。だからほかに行ってくださいとなった場合に、僕が、これ、指定医になっているんですけど、整形外科専門じゃないの、ちょっと困る。

ということで、こういうことが、もうちょっとわかりやすく患者さんに情報が伝わらないと実際に困るということで、164ページ見てみると、病院とか書いてあるんですけど、指定医がいる、いないという問題もあるんでしょうけど、こういうところを加筆というのはできるんでしょうか。

(事務局) 健康対策課の松岡です。ご質問、ありがとうございます。

指定医の申請につきましては、専門学会等の専門医でありますとか、指定の研修を受けた先生方に指定医ということでご登録をいただくということになっております。また、健康対策課のホームページで指定医の先生方をホームページでお知らせはしているんですけど、医療機関と先生のお名前というようなところでして、それぞれの専門の先生方の専門というところは、ホームページ等でもお知らせはしていないというところの現状になります。

(寺田委員) 要は、患者さんなり家族なり、あるいは医者の方でもわかりやすい専門性

のところをどこかでアナウンスしてもらうところがあればいいと思って質問したところ
です。

(事務局) ありがとうございました。

今後また、そういった部分につきましても患者さんにわかりやすい医療機関というところ
等も含めて検討していきたいと思っております。

(宮井委員) 看護職も5疾患に関して、入院中は看護師として、そして、予防のところでは
保健師として様々に貢献させていただいているというふうに自負しています。

それでなんですが、取組体制のところなんですが、脳卒中の取組体制、そして、心臓の
心血管疾患のところの取組体制、そして、糖尿病のところの取組体制のところには、是非、
看護協会のほうの名前も書いていただければと思いますので、よろしく願いいたします。

(事務局) ありがとうございます。書かせていただきます。

(宮井委員) はい、ありがとうございます。

(事務局) 糖尿病のほうはですね、しっかり明記してありますので、脳卒中と心臓のほう
について、また、書かせていただきます。

(宮井委員) 続きで。もう一点は、難病の患者さんに対してなんですけれども、やはり、
在宅で難病の患者さんを訪問看護師等が非常に支援させていただいているんですけれども。

難病のところなんですけれども、在宅、入院中ももちろんなんですけれども、在宅のところで
訪問看護師等が支援させていただいているんですが、やはり、難病の患者さんを支援する
知識というのは、とても難しいところがありまして、難病の患者さんを支援している看護
師に対しても、是非、もう少し、知識、技術等の研修会などを開いていただければと思
いますので、それをご検討していただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

(事務局) ありがとうございました。また検討させていただきたいと思っております。

(座長) そのほか、いかがでしょうか。

(野並委員) すみません。救急医療と、それから、災害に関するところで1つずつあるん
ですが、救急医療に関するところで、これは96ページ、救急医療の適正利用と救急搬送。

病院間搬送のことについて、今回の中では書かれていないように思えるんですが、これ
は、どこかページとして、項目として書かれておりますでしょうか。

いわゆる、病院から病院の搬送が10%ぐらいですかね、ある中で、市民の救急搬送に対してマイナスにはたらくことがあるというところかあります。もう少し、病院間搬送をどうしていくかというところを今後明らかにしていくとか、色んなところと締結していく必要があるのではないかとありますが、その計画としての何か項目が、非常にデリケートなことで、あまりやり過ぎると、ある締結を救急の間でしてしまうと、その書類を出せば、例えば、看護師が乗らなくていいとか医師が乗らなくていいというお墨付きを与えてしまうということで、あまり救急側は、あまり喜んでないらしいんですが、しかし、ある程度システムとしては、今後作っていかなければならないと思うんですが。今回は、そろそろ作っていかなきやいけないんじゃないだろうかと思いますが。

(事務局) よろしいでしょうか。

ご指摘ありがとうございます。先生のおっしゃるとおり、転院搬送というのが、大体、救急搬送の10%前後を占めておまして、やはり、おっしゃるとおり消防法のほうでも、かなり負担になっているということをお聞きしております。

これに関しましては、関連するページ数といたしましては、98ページの救急医療提供体制の充実というところで、二次と三次の連携というところでもありますので、ちょっとここにも関わってくるところなんですけども、転院搬送に関しまして、28年の3月末くらいに指針を作りなさい、ルール作りをしていきなさいということを国の通知が発出されているところでございます。

これに基づきまして、本県のほうにおきましても、救急医療協議会の下部機関で、下部の委員会でございますメディカルコントロール委員会のほうで検討は進めておるところでございます。ちょっと問題がデリケートということ、先生ご指摘のとおり問題がデリケートということもございまして、なかなか議論が進んでいないような状況ではございます。ただ、県といたしましても、転院搬送については、できる限りのルール化というのをしていきたいというのは考えているところでございます。以上でございます。

(野並委員) 私も中四国の医師会連合の中で、この問題がテーマとして出まして、今、中四国の中でも、やはり、各県問題になっている。ただ、その答えは9県のうちの7県ぐらいはやっていないというような、非常にデリケートで、進め難い問題ではあるかとは思っています。

やっているところは、締結書をつくって、ある程度スムーズにできているところが、そろそろ手をつけなきやいけないことではないかと考えたものですから。ただ、今回の計画の中には具体的にはまだ示されていないという。

わかりました。はい。

それから、もうひとつですが、これは災害に関することで、176ページ。災害時の医療救護の人材確保のイにある地域における医療従事者の確保ということで、寸断された東

部とか西部で、病院の方が高知に住んでおられて、そちらに通えないというような事態の中でヘリコプター等であるところなんです、ここに3行書かれてはいるんですが、実は、もうちょっと具体的に、その話が進んでいるのではないかと思うんですが、これもデリケートな問題でしょうか。

仕組みづくりを進めます、で、おっしゃるとおりなんです、実は、こんな方法しかないというのがある。で、それを書くしかないのではないかと。結局、災害時のヘリコプターの運用に関しては県が権限を持っているということですから、これしかないというのが、実は示されて、示すことができるのではないかと。

実は、というのは、先日、ある東部の公的病院の院長先生から、どんなふうになっているんだと言われて、輸送ヘリ、飛ばせないかと言われて、輸送ヘリは自衛隊でしょうという。そういう危惧を公的病院の先生が、院長先生が持っているということ自体が、逆に言うと今の問題ではないかと。持たしちやいかんということ。もうちょっと具体的なことをこの中に書いてもいいのではないのでしょうかという質問です。お願いします。

(事務局) はい、ありがとうございます。災害医療対策室の市川と申します。

医療従事者の地域への搬送については、地域にお勤めの先生方を搬送するというものと、あと、県外から集まってきますDMATなどの医療支援チームを搬送する、この2つのパターンを考えておまして、今、メインで作業しているのが、県外からの支援チームを地域に運ぶ。その際に、こういったエリアにどれぐらいのチームを運ばないといけないかという、そういう作業を今、細かくやっておまして、今年度は、安芸地域と高幡地域、この2つの地域を、作業を進めております。来年度は残りの地域を同じような作業をしまして、全体でどれぐらいの医療支援チームが必要になるかという、その数をはじき出さないと、ヘリコプターの飛ばし方も変わってきますので、まずは、そこの医療支援チームの数をはじき出すような作業を今、進めております。

(野並委員) ただ、その西、東の、例えば、幡多けんみんの先生とか、あき総合の先生方をどう市内から、幡多けんみんは、高知市内に住んでいらっしゃるかもしれませんが、あき総合はかなり高知市内に住んでいて、その搬送というのが、それぞれの院長先生が心配されているという事実がありますので、それは早く言うておいてあげたほうが安心されるんじゃないかなと思います。

またその話とは別の話として書けるのではないかなという、思いました。またよろしくお願いします。

(事務局) ありがとうございます。

(座長) 寺田先生、どうぞ。

(寺田委員) そのことに関連して、災害の問題なんですけど。これ、私が住んでいるところは香南市なんですけど、それも含めてですけど。

東福祉保健所管内、保健所のチームの人のほとんどが高知市内に住んでいる。医者だけじゃない。その人達が自分の管内に来てくれないと何も進まないということになりますので。ただ、これ、陸上自衛隊なんかとの連携になるんじゃないかと思います。大きなヘリコプターをとばすということですね。そういうことも考えないといけない、医療とか、それだけでは解決できない問題じゃないかなと思っています。

もうひとつ質問はですね。災害時の耐震化率の問題ですけど。資料2の9ページにあるように、右の上のほうですね。左から3つ目のところ、耐震化率とあります。拠点病院は100%で、病院とか有床診療所は大体70%弱ということですね。

拠点病院には、おそらく補助金とか財政支援が来ていると思うんですが、他のところは自前で多分、やらなきゃいけないということで、病院の先生方とか有床診療所含めて70%なってるからどうやってなさったかわかりませんが、財政支援というものがいいのかどうか質問したいんですけど、そのことは書き込んでいないけど、ただ、進めますというんだけど、どう進めるかという話です。

どこか書いていましたか。

(事務局) 今、要綱を持ってきていませんので何とも言えない部分はあるんですけども、耐震化整備事業以外に、近代化整備事業とかほかの整備事業もありますので、全ての診療所、病院までではないんですが、一定程度のご支援はさせていただいているような状況であるかと思います。

(座長) 有床診療所、聞いている？病院の先生方。

(堀委員) ありますね。補助制度を病院に周知し、耐震化を促す必要がある。耐震化を志望された医療機関が少なかったためというのがあります。だから、さほど支出していなかったんで、補助金があることを各病院に言わなくてはいけないというような文言が書いてあります。

19ページ。19ページの7期保健計画に向けた、上の。

すみません。それから、耐震化の話が出ましたので、私、消防専門ですので。ここの中の文章の中に、災害拠点病院じゃなしに、その他の病院のほうだったと思うんですけど、浸水域に入っているのが何十%あるということなので、浸水域で、まして耐震性なくて、倒れるとなると救いようがございませんので、まず耐震化を進めるにあたって浸水域からお願いしていきたいと思いますが。

これ、今後ずっとその病院を継続的に、病院をされるかどうかの問題もあると思うんで

すよね。あとを、そこ、継がれる方がいるとかいないとか諸々の問題、おそらく、そういう事情はあることもあろうと思うんですけど、そうなった時、また、県のほうで他の病院を探さなくちゃいけないので頭を悩ます話になるんですけど、そここのところの意思の疎通をとって、浸水が予想される診療所に限って、災害の受入病院として、まず、そこから耐震化を進めていっていただきたいと思います。

すみません、途中で。

(事務局) はい。ありがとうございます。

耐震化につきましては、毎年度、予算編成時期に各医療機関に対しまして、要望調査を実施しまして、具体的な計画があるところにつきましては、県のほうで予算化といいますか、予算化もしているところです。

ですので、県のほうで優先順位をつけてどうこうという働きかけはしておりません。広くまんべんなく、まんべんなくと言いますか、広くお知らせはさせていただいております。

各医療機関ですね。特に市街地の病院につきましては、工事中の代替の土地の確保でありますとか、丸々移転というのは、なかなか難しいですので、そういった問題。あるいは、先ほどお話にもありましたが後継者の問題、資金の問題、諸々、その各病院ごとに事情がおありのようですので、たくさん耐震化の要望が来ているという状況ではございませんけれども、毎年度、一応、予算としては確保はしていただいておりますので、準備ができたところからやっていただくといいかなというふうなことで取り組んでおります。

(座長) では、中澤委員、どうぞ。

(中澤委員) 資料2の6ページの小児の医療のところなんですけども。

課題の小児医療体制のところ、2つ目の精神疾患や発達障害に対応できる医師が少ないということで。先日、精神科病院等の懇談会の中で、療育福祉センターの発達障害の支援課の予約が1年以上の順番待ちが出来ているということがありまして、そこで、確かに医師が少ないというのはそうなんですけど、ある委員から、乳幼児健診で発達障害の疑いじゃないかということで幅広くひっかけ過ぎて、それを療育福祉センターにかなり送ってくるために、本当に早く支援が必要な方が後回しになってしまっている実情があるみたいでして、この乳幼児健診体制の見直しといいますか、発達障害の過剰診断というか、引っかけ過ぎて、本当の優先順位が保てなくなっているようなところがあるようですので、この乳幼児健診体制、特に発達障害とか小児の精神疾患については、そのあたりが、ちょっと見直す必要があるのではないかと。その医師だけの問題ではなくて、そういった検診についても少し触れていただければどうかなというふうに思いますけど、いかがでしょうか。

(事務局) すみません。先生のおっしゃることは、よくわかるところでございます。

今回、前回の小児の計画に比べまして、障害児医療につきまして、やっていきますよということで広くやらせていただいたところでございます。

ただ、ちょっと小児に関しましては、子育てといった部分、含めまして、本来、広義の小児医療というのはあるんだと思うんですけども、どこまで入れるかというところは、ちょっと小児の委員会でも問題になったところでございまして、今回は、こういう書きぶりにさせていただいたというところがございます。

ただ、先生のおっしゃるお話に関しましては、やはり、大きな課題というふうには考えておりますので、また今後、ちょっと今回の計画に入れるということは、なかなか難しいかもしれませんが、ご指摘のあったことにつきましては、今後の検討課題というふうにさせていただければと思います。

(寺田委員) ちょっとかまいませんか。

(座長) どうぞ。寺田委員、どうぞ。

(寺田委員) 小児医療のことですけど、医療というかどうか。病児保育のですね、病児保育って、民間でやったりしているんですけど、我々医師会でも、診断書を書いた時に、書いた後、何かあったら困るのでなかなか書きにくいという現状があります。病児保育の何と言いますか、助成というか、そのへんの介入のことについては、どこかに書かれていたりするのでしょうか。

(事務局) すみません。病児保育についての記載はあるんですけども、病児保育の記載については、今回、入れさせていただいたんですけど、助成制度までは入れておりません。

(寺田委員) 当然、その医師に、私も診断書を書かせるような義務があると思うんですね。それで、こういう状態になったとして、その中で、もし事故が、事故というか状況が悪化した場合に、診断書が非常に問題になるという懸念があるという。これ、我々の医師会でもかなり問題になったんですけど、そのへんのところをもっと整理できると進むんじゃないのかなと思ったんですけど、このへんについては、何か情報がありますか。

(事務局) 病児保育に関しましては、実は色々と小児の検討委員会のほうでも、今後も勉強したいということがございまして、第3回の小児の専門検討委員会のほう、第3回を開きまして、引き続きちょっと勉強を、小児の専門委員会の中で検討するというところで、今のところ進めていっているところでございます。

(細木委員) 今の寺田先生のご心配はよくわかるんですけど、私共、もう20年もやって

いるんです。それで3ヶ所でやっているんですけど、1回もそういう事故、ないんです。というのは、常に小児科医がまわって、小児科医が全部チェックしてやっていますから、小児科医の責任によって病後児保育は動いているわけです。

(座長) 内田委員、どうぞ。

(内田委員) 脳卒中のところに関しては、一次予防とか二次予防とかという予防のことが書かれていますけど、例えば、周産期医療で低出生児体重児の人は、晩婚化とか不妊治療の進歩によって起こるという感じで書かれていますけど、それを、低出生体重児を予防するためにはどうしたらいいかということは、何か文章が入ればいいという気がしますけど、どうでしょうか。

(事務局) 健康対策課の島崎です。ご質問ありがとうございます。

早産予防を目的とした母体管理の徹底ということで、117ページのほうに記載、これは、現状のところにもなるんですけど、1,000グラム未満の超低出生体重児の出生を防ぐためにということで、妊婦検診の検査項目に早産徴候を早期に発見するための検査項目を2つ追加して県下で実施をしています。

こちらのほうにも、その対策をして、あと、周産期医療協議会のほうの小検討会ということで早産防止の検討会、早産防止対策評価検討会というのを設置して、この取り組みに対する効果とか分析、評価をしております。これで、この取り組みが始まったのが24年9月からなので、ここでその評価を今、しているところです。数字的には一定効果が出ているのかなというところで、今後も検討を続けていきたいと思っています。以上です。

(座長) そのほか、いかがでしょうか。

では、須藤委員、どうぞ。

(須藤委員) 小児医療なんですけど、私、全く門外なんですけど、県内の各自治体も最近、競い合うように無償化の範囲を広げているみたいですけど、無償化の範囲が広がると、軽症例とか、そもそも受診票ばかり増えるんじゃないかなという感じがするんですが、そのへん、これまで、無償化の影響であるとか、今後に関するお考えなんかがあったら、お伺いしたいのですが。

(事務局) ありがとうございます。

無償化というのは、私共、広がっている認識はございます。ただ、その無償化による悪影響というのは、現場のほうからも聞いていないという状況でございます。

おっしゃるとおり、安易に敷居が下がる、金銭が支出がないわけですから、敷居が下がる、病院に行く回数というのは気軽に行ってしまうこともあるわけですが、ちょっと

そこは何とも言えないところでございます。

(事務局) 補足させていただきますと、小児科医会の先生方とお話すると、やはり、一定、影響はあるのではないかなという意見を聞くことも過去ございました。ただ、それが、どれだけの影響があるのかを定量的に分析としたというのは、なかなかきちんと言えませんので、正直、影響力として、よくわからないというのはございます。

一定、償還払いの件、要するに、その場でお金を保護者の方が払われて、後で申請したところに比べると、若干率は上がっているかなという感じはしますけど、それがどれだけの、というところまでは正直わからないと思います。

(座長) ほぼ予定している時間が近づいておりますが、いかがでしょうか。発言がまだ出ていない方、いらっしゃいますか。

では、内田委員、どうぞ。

(内田委員) 救急医療のところで、小児もそうなんですけども、軽症者の搬送を減らそうということが出ておまして、対策としてポスターだとかコマーシャルとかということが書かれているんですが、それ以外というか、おそらく有料化というのは選択肢にはないと思いますが、最初に電話相談の話がありましたけど、ポスターとかコマーシャル以外に、何かスクリーニングというか、というようなことはプランの中にあるのでしょうか。

(事務局) 今のところ軽症者の受診削減に向けての特効薬というのは無い状況でございます。ここは丹念にCMをうつとかポスターを作成するとかということをやっていないといけないというふうに思っています。

ただ、今後は、市町村の広報誌などにも掲載していただけるように救急の適正医療について、広報していただけるように市町村のほうに働きかけていきたいなというふうには思っています。

(座長) そのほか、いかがでしょうか。

はい、宮井委員。

(宮井委員) すみません。看護職の全体的な色んな領域のところの確保のことなんですけど、色んな広報を通じて看護師を確保するというのは、全体的にはわかりますが、今、どのように各項目に書くのが、ちょっとイメージがわからないので提案ということだけでご検討いただければと思います。

例えば、専門性の高い看護師がそれぞれ、この5疾病5事業の中に、脳卒中認定看護師であるとか、糖尿病もいますし、救急もいますし、周産期にNICUのところもあります

し。

ですので、そのあたりが、質を上げていって、おそらく医師と多職種と協働していくうえにおいては、多分、役割が果たせるのかなと思うんですけど、そこをどのように書いたらいいか、ちょっとよくわからないので、またそのあたりをご検討いただけるといいのかなと思ったりしますので。すみません。

ただ、看護師じゃなくて専門性の高い看護師がいるので、そのあたりを何とかして、この中に役割を果たすために、ご検討いただける、単に確保というだけじゃなくて、と思いますけど。それは、別の看護職の確保のところに出てくることでしょうか。別の項目のところへ。

(事務局) 医療政策課の松岡です。

看護師さんの専門性を高めるということは、非常に重要な課題であろうというふうに私も認識をしております。この中で、確かに看護師の確保ということでは書かせていただいておりますが、それでは一定、専門性を高めるというようなことについても、少し留意したようなかたちで少し検討はさせていただきたいと思っております。

(宮井委員) ありがとうございます。よろしく申し上げます。

(座長) そのほか、よろしいでしょうか。

内容は多岐にわたっておりますので、ちょっと今日ご発言する時間にはお気付きにならなかったことで、これはということが出てくる可能性もありますので、まだ今日でこの部分が終わりということではございませんので、またお気づきのことがあればファックスなりで事務局のほうへお知らせください。

事務局、いつぐらいまでなら受付可能ですか。

(事務局) そうですね。事務局といたしましては、第3回目を12月に計画をしております。また、各部会のほうにもお諮りをする必要がございますので、できれば今月いっぱいまでお願いできたら非常にありがたいかなというふうに考えております。

(座長) ということでありましたので、何かお気づきのことがありましたら、早目に事務局のほうにお伝えください。

その他、何か事務局から連絡事項、ありますか、よろしいですか。

では、私が司会をする部分はここで終わりにさせていただきますが、次回、アナウンスしていただいた。

(事務局) 第3回目のほうのですね。

(事務局) 最初の説明で、うちのほうのプランがありましたけども、第1回、2回の委員の意見を受けまして修正した医療計画の案を第3回の医療計画前に委員の皆様へ送付させていただいて、一定先に見ていただいたうえで、第3回でそれを協議させていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

(座長) 本日の審議は以上で終わります。活発なご協議をいただきましてありがとうございました。次回もよろしくお願いいたします。

(事務局) ありがとうございました。

▲▲▲ (終了) ▲▲▲