

「平成 24 年度 第 2 回高知県保健医療計画評価推進部会」

- 1 日時：平成 24 年 8 月 20 日 18 時 30 分 ～ 20 時 30 分
 - 2 場所：県庁 2 階 第二応接室
 - 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
野嶋委員、畠中委員、細木委員、堀川委員、宮崎委員
 - 4 欠席委員：田村委員、筒井委員、堀委員
- 〈事務局〉松尾健康政策部副部長、医療政策・医師確保課（川内課長、橋口企画監
浅野課長補佐、中村課長補佐、五島チーフ、高橋チーフ、前田主幹、久保主査）、健
康長寿政策課（山本企画監、吉田主幹）医事業務課（山崎課長補佐、内村チーフ、
黒岩チーフ）健康対策課（茂松課長補佐、中岡チーフ）
-

（事務局）

定刻になりましたので、ただいまから平成 24 年度第 2 回目となります高知県保健医療計画評価推進部会を開催させていただきます。

ただいまの出席状況でございますが、委員 14 名のうち、筒井委員と田村委員につきましてはご欠席というご連絡をいただいております、あとお二方お見えになってませんが、現時点で 10 名の委員の方がいらっしゃいますので、高知県医療審議会要綱の規定によりまして、本日の会議が有効に成立しておりますことをまずご報告をさせていただきます。

それでは、会議に当たりまして、健康政策部松尾副部長よりご挨拶を申し上げます。

（松尾副部長）

副部長の松尾でございます。本日は大変お忙しいところ、また残暑厳しい中、ご出席いただきまして誠にありがとうございます。

本日は第 2 回の部会ということになりますけれども、前回は 7 月 6 日に第 1 回目を開催させていただきました。そこでは、第 6 期の保健医療計画の基本的事項や地域の現状、また歯科医師や薬剤師などの医療従事者の確保対策、さらには、医療連携対策などにつきまして案を説明させていただき、ご意見をいただきました。大変、資料の整理が不十分でございまして分かりにくかった点、皆様方には大変ご迷惑をおかけしましたが、それにもかかわりませず大変活発なご意見をいただきました。どうもありがとうございます。

本日は、議題としては 3 点お願いをしておりますが、その 1 点目としましては、そのいただきましたご意見に対します修正案についてご審議をいただくこととしております。また、第 2 点目でございますが、前回お示しができなかった第 6 期の保健医療計画の保健医療圏の設定につきまして、ご意見をいただくこととしております。また、3 点目でございますが、3 点目は周産期医療の関係でございます。現在、新生児の集中治療室、NICU の病床、新聞等でも報道されております通り満床状態が続いております、この 5 月には県外への搬送という事態にも陥っております。その喫緊の課題であります NICU 病床の増床につきまして、高知医療センターの方から病床変更の申請が来ておりますので、それにつきましてご意見をいただくこととしております。

以上、3 点でございますが、大変幅広い内容でございますが、どうか活発なご意見をいただきますようよろしくお願いいたします。

(事務局)

それでは、続きまして、新しく委員にご就任されました方のご紹介をさせていただきます。
高知県歯科医師会専務理事でいらっしやいます沖義一様でございます。

(沖委員)

高知県歯科医師会の沖といいます。よろしくお願いします。

(事務局)

どうぞ、よろしくお願いします。

それでは、ここからの進行は安田会長にお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

(安田会長)

では、ここからは私、安田の方で進めさせていただきますが、初めに規定によりまして議事録署名人を指名させていただきます。

今回は、畠中委員と宮崎委員にお願いしたいと考えておりますが、よろしいでしょうか。

では、お二人に議事録署名人をお願いいたします。

ここから議事に入りますが、まず、議題1「第6期医療計画修正案について」、事務局からの説明をお願いします。

(事務局)

資料1の「委員意見に対する対応一覧表」をご覧ください。これは、前回、委員の皆様からいただきましたご意見とその対応結果を一覧表としております。また、資料2の計画案の方では、変更や追加された部分にアンダーラインを入れております。

資料1を基に大きく変更された項目のみ説明させていただきます。

一番上の「計画の名称」について、意見としまして、保健の部分で他計画と重複しているものを省略しているため、計画の名称については「医療計画」でいいのではないかという意見に対しまして、これについては5疾病の予防の部分や周産期の中で記載する保健の部分も含まれますことから、「保健医療計画」としております。

飛びますが、下から2つ目、左側のページ数でいいますと21ページですが、「県民の受療動向」について、年齢階層別の受療原因の上位3位の図表において、精神疾患が第1位の多くを占めているため、特化したコメントを記載する必要があるのではないかと。また、状態特異的なコメントを入れた方がいいかもしれないというご意見に対しまして、所管課と協議しました結果、精神疾患による入院が多い理由の背景までは分析できていないため、現状についてのコメントのみの追加としております。

(事務局)

2ページ目の32ページのところになりますが、第5節「その他の保健医療従事者」のところをご説明させていただきます。

まず、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等についての部分で、人数的にはたくさんいるが、スキルアップのための研修支援をとのご意見をいただきました。対応の一覧表の方に記載しておりますが、高齢者福祉課の方で福祉・介護人材キャリアパス支援事業というものを行っております。この事業は、施設事業所に従事する者のキャリアパス、スキルアップを支援する

ための研修に支援するもので、補助事業者としましては福祉・介護分野の職能団体及び介護福祉士、社会福祉士及び精神保健福祉士の養成施設等の団体、こういった方々が補助の対象事業者となっております。これまで施設系の団体のご利用もありますし、以前には理学療法士会への支援を行ったこともあり、現在ヘルパー協会、ケアマネジャーの団体等からも事業実施に向けた協議を行っている事業であるとのこと。

また、高知医療再生機構におきまして、看護職員・コメディカル職員研修支援事業によりまして、職種間協働やチーム医療等を促進するために医療従事者で構成する団体が行う自主的な研修、こういったものに対して支援を行っております。

こういった制度を活用していただきたいという考えから修正をしまして、本文中では33ページの方になりますけれども、職種の関係団体などが行う各業務に対する知識・技能の向上を目指した研修に対して支援を行うというような形で修正をさせていただいております。

(事務局)

続きまして、34ページの「管理栄養士・栄養士」の欄になりますが、この部分につきましては、資料2の本体の方で説明をさせていただきたいと思っております。

34ページをお開きください。まず、全国平均と比較できるような記載をというご指摘をいただいております。34ページの半分より下の方に栄養教員の記載がございますが、平成22年度の栄養教員の配置率を比較いたしますと、高知県は37.2%、全国は29.3%と高知県は全国を上回っている状況になっております。それから、24年度には51.2%というふうに高くなってきております。

続きまして、病院に従事する管理栄養士・栄養士につきましては、平成22年度病院報告によりますと常勤換算で338.1人、これを人口10万人当たりで見ていきますと44.4人、全国平均の19人を大きく上回っております。

また、診療報酬の改定に伴う記載がないというご指摘をいただきましたので、その記載を加えております。平成23年度の病院報告によると、本県においては管理栄養士が1名未満の病院は15施設あります。また、平成24年6月の県医療政策・医師確保課調査では、有床診療所で管理栄養士が配置されているのは18施設で、全体の18.5%となっております。地域に必要な病床数を確保していくためには、医療機関への管理栄養士の配置が重要な課題となっております。

次に、35ページの養成校のところをご覧いただきたいと思っております。管理栄養士の資格についての記載をというご意見をいただいておりますので、表の3行ほど上にございますが、管理栄養士の免許は栄養士の養成施設を卒業後、養成課程によりまして1〜3年の従事した後、管理栄養士の国家試験に合格した者に与えられるということで記載を追加しております。

対策につきましても、具体的に記載するようにというご意見をいただいておりますので、下の方にありますように、医療機関の管理栄養士・栄養士につきましては、需要動向を把握し養成施設や関係団体と養成のあり方や人材の確保について協議をいたします。また、在宅の管理栄養士・栄養士の把握方法や資格取得、再就職に向けた支援のあり方を検討しますという記載を加えております。

また、人材の育成に関しましては、福祉保健所で実施しています研修に加えまして、医療機関や養成施設、関係団体が行う人材育成の実態を把握し、それぞれの組織と連携して研修の充実を支援しますという記載を加えております。

(事務局)

少し飛びますが、資料1の方では本文の方で38ページになりますが、医療ソーシャルワーカーのところです。

38ページの方で、「医療ソーシャルワーカー」につきましては、「その他の保健医療従事者」とした中で医療ソーシャルワーカーについて触れておりましたが、医療ソーシャルワーカーにつきましては近年活躍の場が増してきておりまして、外来医療、病病連携、病診連携で一番活躍しているが県内の現状は分からない。医療ソーシャルワーカーの項目をきちんとつくり、県内の現状を記載してほしいというご意見をいただきました。このため、「4 医療ソーシャルワーカー」としましてその項目を立てまして、その役割の現状での広がりですとか、県内の従業者の状況、養成施設の現状・課題と対策といった点につきまして新たに記載をさせていただいております。

(事務局)

次に、「患者本位の医療の提供」については、資料2の40ページをお開きください。この項目は、構成を大きく変更しております。前回の計画案では、「患者本位の医療の提供」としまして、インフォームド・コンセントの普及、セカンドオピニオンの活用の2つの構成としておりました。意見としまして、現在の細切れの医療が課題であり、継続した切れ目のない医療が大切であるがその視点が抜けている。また、医療の継続性の確保が必要というご意見をいただきまして、計画の冒頭で計画の基本理念の中で、医療連携による切れ目のない医療提供が必要であることについて記載をしました。

40ページの図をご覧ください。「患者本位の医療の提供」としまして大きく2つ、「医療に関する情報の提供」と「医療の連携と情報化」の2つの内容としております。

左側の「医療に関する情報の提供」では、患者が受ける医療を自己決定できる情報の提供がある。その方法としまして、1番目に、治療内容等について患者への分かりやすい説明があることとしてインフォームド・コンセント(チョイス)としております。意見としましては、インフォームド・コンセントよりインフォームド・チョイスの言葉の方が患者本位の言葉として適切ではないかという意見を踏まえまして、事務局で検討した結果、コンセントとチョイスの2つがふさわしいと考え、両方の記載としております。2番目に、医療の選択肢があることとしてセカンドオピニオン、そして3番目に、住民や患者に対し医療についての情報提供としてこうち医療ネットの内容としております。

そのインフォームド・コンセント(チョイス)とセカンドオピニオンの内容については、前回の計画案と変更がありませんので説明は省略します。

次に、右側の「医療の連携と情報化」として、1番目に、病気に応じた切れ目のない医療が提供される方法としまして、かかりつけ医の普及としております。意見としましては、かかりつけ医の定義がはっきりしない。割に便利な言葉として使われている。かかりつけ医が健康管理までできるのか。健康保健上はできない。かかりつけ医を普及する方法や、また目標や対策も記載がないというご意見をいただきまして、かかりつけ医が疾病のみでなく健康管理まで相談できるものとして前回は記載しておりましたので、病気に限定した記載としております。また、対策としまして、かかりつけ医の普及のために医師会などの関係団体や県において、広報など広く県民に啓発を行うことを記載しております。

なお、追加の意見としまして、患者の急変時に対応できるかかりつけ医後方支援システムのようなものが必要であるという意見につきましては、在宅医療に大きく関係することから、在

宅医療体制検討会議において検討していきたいと考えております。

40 ページの図で、医療連携のための情報共有の仕組みがあることとしまして、地域連携クリニカルパスと地域医療連携ネットワークとへき地医療情報ネットワークの2つの医療情報ネットワークを記載しております。

地域連携クリニカルパスについての意見としましては、ホームページの掲載情報について記載しているが、見ても分かりにくいという意見がありまして、それについては、今後分かりやすく閲覧できるようにホームページの掲載方法の検討をしていきたいと考えております。

追加意見としまして、地域連携クリニカルパスは、理想的にいけば医療の継続性の確保には有効な手段だが、現状と課題、対策、目標はどうするのかという意見についてですが、地域連携クリニカルパスについては、当初、高知県ではがん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞において、その活用が推進される方向でしたが、現在、活用が一定進んでおりますのは脳卒中のパスです。この実態も踏まえまして、地域連携クリニカルパスの活用をどのように進めるのかは、5 疾病の検討会議等において個別に検討して、各項目で記載を検討する方向です。つきましては、総論としてのこの当該項目の中では、現状・課題・対策として記載はしないこととしております。

また、医療情報ネットワークについては、前回の計画案では医療の情報化として、節立てして記載していたものを今回、患者本位の医療の提供の中で記載しております。

意見としまして、幡多地域のしまんとネットについて、地域で完結できる良質な医療の提供が行われていることについて、誰が評価したのか。また、実際どのぐらいの患者がどんな紹介をされたかなどを把握したうえで、記載する必要があるという意見をいただきました。今回、幡多医師会に確認しましたところ、画像伝送システムにおける、不足する診療科のカバーや電子カルテシステムによる情報共有がさらに進んでおり、患者に切れ目のない医療の提供に結びついていることが評価できることから、記載の変更は行わない方向です。

また、今回、幡多医師会と幡多福祉保健所と協議しました結果、さらに在宅医療への連携も図られていることから、調剤薬局や地域包括支援センター、訪問看護ステーションの参加もあり、地域全体で切れ目のない医療・介護の提供を支援していることについて、追加の記載をしております。

また、追加意見として、高知医療センターで行っている IT 化によるネット上での主治医へのカルテ開示は記載しないのかという意見をいただきまして、しまんとネットに追加しまして、医療センターで24年2月に開始されましたくじらネットについてシステムの概要と併せて切れ目のない治療の継続や重複受診の抑制による患者負担の軽減などの効果を上げていること、また、今後の地域連携を促進していくことについて追加記載しております。

(事務局)

資料でいいますと6 ページの1 番目になりますけれども、47 というところ、「医療の安全の確保」について、ご説明いたします。

いただきましたご意見といたしまして、医療対話仲介者の配置について具体的なビジョン、あるいは、現在の具体的な人数、それと、今後、どのぐらいにしていくかといったことを具体的に書いてほしいといった点のご意見がございました。

医療対話仲介者につきましては、実際現在の実数というものは、申し訳ございませんが、ちょっと把握ができていないという状況でございます。ただ、今後医療対話仲介者を各医療機関で設置していくことを進めていくための最初のステップとしまして、医療従事者を対象とした

医療対話仲介者の養成研修というものを開催していくということを付け加えさせていただきました。

また、目標につきましても、すべての病院において医療対話仲介者の養成研修、この養成研修自体が、実は、この医療対話仲介者の資格を得ることができるための研修というわけではなくいんですけれども、そういったノウハウを多少身につけていただいた、そういった方が少なくとも1人は、全ての病院において配置されるように、研修機会の提供を努めるということに目標を修正させていただいております。

それと、ご意見の2つ目ですけれども、対策の中で病院・診療所ごとに医療安全の体制をいかに充実していくかということを含め、あるいは、3つ目のご意見ですけれども、診療所の相談窓口の開設についてどう取り組むのかといったようなご意見をいただいております。これにつきましては、病院及び診療所の医療従事者の方を対象に医療の安全に関する研修というものをきちんと実施をしていきまして、医療の安全に関する知識を皆さんに持っていただいて、今後の取り組みに生かしていただくといったようなことを考えております。また、診療所につきましては、なかなか相談窓口というところまでは難しいのではないかと考えておりますので、そういったことも含めまして、そういった研修によって知識を得た方がその診療所にいるということが、まずは大事ではないかと考えております。

最後に、4つ目のご意見といたしまして、院内感染対策で院内感染専従看護師の養成に対する講習会の開設などの支援を行うことが必要ではないかというご意見をいただいております。それにつきましては、実はこの資料作成後に内容の変更がございました。本日お配りをさせていただきました資料の1枚紙の下に49ページと記載のあるペーパーの方をご覧ください。

こちらの方に、本日差し替えさせていただきましたが、当初、いただいたご意見に対し、ICU、感染管理認定看護師になるための講習会の開設ということを含めまして回答させていただいておりましたところですが、改めて趣旨を確認させていただきましたところ、そういうことではなくて、もっと一般的な感染対策に関する看護師などの研修を行うことが必要ではないかという、ご趣旨であるというふうにお聞きをいたしました。

また、併せまして、エリアネットワークがどういうものか分かりにくいというご指摘をいただきましたので、その部分も併せて修正をさせていただいたのがこのペーパーになります。具体的には、その真ん中よりも少し下の部分に(2)で講習会や情報公開による医療従事者のスキルアップという部分ですけれども、その中で、拠点病院の感染管理専門家の支援を受けて、地域の医療従事者の方々に感染対策に関する講習や情報交換を地域で開催するという内容を記載させていただきました。また、(3)といたしまして、地域医療機関とのネットワークの構築ということで、地域医療機関等の交流と相互連携を促進するための仕組みと、そういうものとして福祉保健所及び高知市保健所の管内にエリアネットワークというものを構築するという内容を記載させていただきました。

次に、続きまして、薬局の役割につきましてご説明をさせていただきたいと思っております。

これにつきましては、災害対応という部分についてのご意見をいただきましたので、対策の最後に、災害時における医療品等の供給の項目を追加させていただきました。この中で、本格的な外部支援が入るまでの間における薬局の保有する医薬品等の供給でありますとか薬剤師の派遣に関する、高知県の薬剤師会支部と市町村の協定の締結というものを促進していくということについての記載をさせていただきました。また、薬局だけではなくて病院の薬剤師さんも含めた取り組みではありますけれども、南海地震発生時に災害医療対策本部・支部において、医療品等の供給や薬剤師の派遣について調整を行う災害薬事コーディネーターについても、こ

の項目の中で併せて記載をさせていただきました。

医療の安全確保及び薬局の役割については以上でございます。

(事務局)

続きまして、資料1の6ページ、下から2つ目左端の55ページとあるところで、「公的医療機関及び社会医療法人の役割」です。

これについての意見としまして、公営企業局の経営第一で黒字にこだわりすぎるのは良くないため、計画でそのことに触れてほしい。また、紹介外来制の導入や機能分担など、もっと具体的に役割分担を決めて推進することが必要というご意見をいただいております。これについて、公立病院の経営改革として県が関与している病院、高知医療センター、あき総合病院、幡多けんみん病院について、再編状況と現状、今後の整備方針について追加しております。

また、追加意見で、幡多けんみん病院について、地域救命救急センターの指定の検討が必要という意見をいただいておりますが、これについては5疾病5事業のうちの1つであります救急医療に関する事で救急医療協議会で検討したうえで、次回お示しをする予定です。

次に、その下へ行きますと、地域医療支援病院の整備です。あき総合病院と幡多けんみん病院が地域医療支援病院の整備の目標になると思われるため、具体的な方向性や取り組みを課題と対策として記載する。タイムスケジュール等も併せて記載するというご意見をいただいております。これにつきましては、現在、県立病院課と協議をしております、次回に案を提示したいと考えております。

(事務局)

続きまして、資料1の7ページ、一番上の欄の、資料2の方では63ページからになります第6節「歯科保健医療」についてご説明させていただきます。こちらにつきましては、資料2の63ページの方から、こちらでご説明させていただきます。

いただいたご意見をもとに追加・修正をさせていただいたんですが、全体的にボリュームが多くなりましたので、歯科保健計画、基本計画の高知県歯と口の健康づくり基本計画の方と記載が一致するところは一部割愛等調整させていただいております。

まず、かかりつけ歯科医について記載がないというご指摘をいただきましたので、63ページの下の方になります2番のかかりつけ歯科医の普及というところに、かかりつけ歯科医とはということと世論調査の結果等を掲載させていただいております。

続きまして、65ページの方をお開きください。一部順番が逆になるんですけども、目標設定につきましては、図表8の方で評価指標と目標値の方を掲載させていただいております。

続きまして、資料2の66ページをお開きください。こちらの方に、無歯科医地区に対する対策を記載してほしいというご意見をいただきましたので、23年度に県歯科医師会さんの方で行ったアンケート結果等を記載させていただいております。これに対してそれぞれ目標を設定して、訪問歯科診療が可能な歯科医院を増やすということを目標に設定させていただいております。

(事務局)

資料1、7ページの98「医薬品の適正使用」についてご説明いたします。

治験の実施状況などについて評価を行い、計画へ記載してはどうかのご意見をいただきました。前回の資料で、厚生労働省から示されました医療計画作成指針がありましたけれども、

その中でも、医薬品の適正使用に関しましては、治験の実施状況や医薬品の提供体制について考慮し記載することとされていますが、本県におきましては、医薬品の治験につきましては具体の実施状況が把握をできていないということでもありますとか、あるいはそういった対象になる医薬品の製造事業者が県内にいないことなどから、今回の計画に盛り込める内容がないのではないかと考えまして、記載を行わないということで整理をさせていただきました。

以上でございます。

(事務局)

最後に、全体的なこととして、各項目で現状・課題・対策として記載しているが、数値目標を明記する必要はないのかというご意見に対しまして、目標設定等について検討しまして、設定することが適当な項目では設定をしております。

資料1・2については以上です。

(安田会長)

それでは、今、事務局から説明のありました資料1及び資料2の内容について、何かご質問、ご意見等ございましたら、委員の皆様からご発言ください。沖委員、どうぞ。

(沖委員)

61 ページですが、ここに地域医療支援病院の整備ということで、具体的には、ここにあき総合病院と幡多けんみん病院が記載していただけたと思いますが、具体的に、このかかりつけ医への支援、歯科医への支援は、どういうふうなことを考えられているのか。まず、歯科がないですね。あき総合病院も幡多も歯科がないですが、ここに記載されている患者の紹介・逆紹介、医療機器の共同利用、研修会ということは具体的にはどのようなことを考えられているのか。

(安田会長)

事務局の方、回答をお願いします。直ぐに回答ができないということであれば、また次回か、あるいは歯科保健のところを説明された、歯科医のところを説明された方が回答をお願いします。

(沖委員)

具体的には、これから、がんの連携をしていく時に、どうしても口腔ケアという問題で、歯科が絡んでいく必要があると思うので。前から、歯科診療所が欲しいと言ってるわけじゃなくて、歯科室を作ってもらって、そこでケアを進めていけるような体制を作りたいということはお願いをしてあったんですが。

(事務局)

これは、先ほどご説明したように、具体的な方針ということについては、また次回以降にお示しさせていただくということにさせていただきたいところですので。

(沖委員)

分かりました。

(事務局)

特に、医療センターにおいては、そのかかりつけ歯科医につきまして、いろいろやっておりますので。その他の地域医療支援病院、今後、指定を促していくべき施設に対して、どう位置づけるかということについては、公営企業局をはじめ関係部局等と、いろいろ検討が必要ですので。今日は、ここでは保留とさせていただきます。

(島中委員)

34 ページの栄養士・管理栄養士のところですけども、栄養士と管理栄養士、ごっちゃに一緒の数字でデータを出してると思うんですね。実際に不足していて問題になるのは管理栄養士だと思うんです。だから、この管理栄養士単独の数字で、全国水準と比べてどうなのかが、そういう数字が全然分からない。その数字を分かるように記載していただければと思います。

(事務局)

数字につきましては少し計算が必要になりますので、別途記載するようにいたします。

(島中委員)

栄養士自体は足りてるわけです。非常に数は多いわけです。管理栄養士がいないので、その人数というか、管理栄養士のことが問題になると思うのでよろしくお願いします。

(田中委員)

薬局の役割のところ、55 ページの目標のところですが、対策は8項目挙がってるんですが、目標としては、院外処方せん発行率のことだけしか挙がっておりませんが、対策1のかかりつけ薬局のところに関しては、かかりつけ薬局の世論調査の全体の結果もありますので、かかりつけ薬局を持っている人の割合を増やしますということとを1点追加してはどうかということと、もう1点は、2つ目のお薬手帳の活用のところも4月の診療報酬改正で、薬局の方では必ずお薬手帳を渡すように変わってきてますので、それがいかに活用されているかということで、これは前回も世論調査も行っておりますので、お薬手帳を活用している人の割合を増やしますということを目標に追加をしたらどうかというふうに思いますけど。

(事務局)

具体的に割合をこのくらいにということは難しいですけども、増やしていくということで記載をさせていただきたいと思います。

(田中委員)

54 ページの、前回、言い抜かりましたが、在宅医療への参画推進のところ、「無薬局地区における処方せん受入体制の構築等」がありますが、無薬局地区の処方せん受入体制の構築と在宅医療への参画は別物です。また、無薬局地区に薬局をこれから作っていくことは現実的に非常に厳しいこともありますので、それに対する薬の配達といいますか、介護支援というところは現在薬局のある地域からやるということは可能であっても、また在宅医療というところは少し別物ですので、この構築までを省いてはどうかというふうに思ったんですが、前回の計画から、この部分はずっと入ってございましたけど、また、検討の方よろしく願います。

(事務局)

はい。検討させていただきます。

(沖委員)

66 ページです。へき地に対する歯科保健、これを読みますと、へき地の歯科の診療が全部訪問診療だというふうに分けられるんですが、具体的にそういうことが可能かどうか。田舎の方で1軒しかないところで患者さんを放っておいて訪問診療へ行く。それだけの距離もありますし時間もかかりますよね。それに対する車馬賃は患者さんからもらうことになってるので、とてもそういう請求はできないでしょうし、本当にそういう無歯科医地区に対して、そのへき地の先生が訪問診療の体制づくりが可能なのか。

(事務局)

おっしゃる通り全員がその無歯科医地区に対して、訪問歯科診療ができる体制をとるとするのはなかなか難しいとは思いますが、ただ、その訪問在宅歯科診療、訪問歯科診療が可能な歯科医院というのを現状としては増やしていくということと、離島等に対するへき地対策も行ってありますので、ただ、それらに関しては、今年からスタートしている歯科保健計画の方にも入っておりますので、最初に申し上げたようにちょっとボリュームが多くなったせいもあって、書ききれない部分を一部割愛させていただいております。すみません。

(沖委員)

昔は、歯科の巡回診療所があって、だんだん歯科医師が減ってきたということで巡回診療所がなくなって、その代わりその対策として市町村が車を出して、その歯科診療所まで連れていくとか、具体的にはそういう対策があったんですが、今回の話を聞きますと、我々の歯科医がそこへ行って訪問診療をする対策が書けるような書きぶりになってるのが非常に気になって、こんなことでは、恐らくへき地の歯科医療の対策はできないだろうというふうに考えていますので、もう少し。ただ、この訪問診療は、当然その在宅で利用されてる方にすることですから、数を増やすことは当たり前なんですけれども、それをこのへき地の対策というふうに捉えられたらちょっと違うんじゃないかなという思いがありますので。

(事務局)

その点に関しましては、無歯科医地区の診療所に関しましては、使用者の需要の低下によって廃止という経緯があります。これに対しまして、当然、その移動に関してというよりも、その専用の訪問歯科診療を実施するに当たって必要な機器が最近かなりコンパクト化しております。携帯可能な形になっておりますので、ただ、そういった機器は高額になりますのでそちらの方の整備を、訪問歯科診療を実施される歯科医院に対して貸し出し等々補助等行ってまいりますので、そちらにつきましても歯科保健計画の方にも記載しております。そういった対策で対応させていただこうと思っております。

(細木委員)

55 ページの災害時の医薬品の供給の話なんですけど、去年の大震災の時に、私の病院のドクターが精神科で、被災から1週間たたないうちに現場に行き、遺体の収集をやったんですね。そうしますと、清水先生は、ご存じだと思いますけど、収集をやったりした者はみんな精神的に

おかしくなるんですね。自衛隊員にたくさんの向精神薬が必要だったという現状があるんです。高知で地震が起こりますと、確実にその状況が起こってくると思うので、その対処の仕方を、例えば今日本病院会では、供給する問屋さんの所にプールしといて持っていくようにすれば、少しでも早く中央から来るよりは早く対応できるのではないかとされています。その医薬品の供給を薬局までではなく、問屋さんにまで広げられるやり方があればどうかなと思います。

(事務局)

その卸業者等の関係につきましては、県と卸業界との協定を結ばせていただいて、災害時に優先的に供給していただく医薬品というものをリスト化して、それを準備していただくといったようなことでの対応は取り組んでおるところです。ただ、今お話のあった向精神薬につきましては、まだそういったことは想定はしておりませんでした。どちらかといいますと、急性期を少し過ぎまして若干慢性的な病気に対する医薬品等が4日目辺りから不足し始めるといったような話を聞いておりますので、そういった部分についてのリスト化と優先供給については検討しているところでございます。

(安田会長)

よろしいでしょうか。野嶋委員、どうぞ。

(野嶋委員)

計画の基本理念のところですが、前回までは、地域で支える県民の健康とか、あるいは県民とともにつくる良質な医療ということで、前回の理念には、随分、県民という視点がたくさん入ったように思うんですけれども、今回の計画の基本理念は随分変わっていて、その変わった理由だとかを教えていただきたいと思います。個人的には、前回のような形で、県民の視点が入るといふ理念の方が少しいいのではないかなというふうに思っております。

(事務局)

貴重なご指摘ありがとうございます。確か5年前は基本理念のところでもかなり時間をとって議論をしたという経緯があったかなと思います。あと、当時の時勢としては、医療に対する国民、県民の不信というものが大きなものがあったんじゃないか。だから、今世紀に入ってから、医療事故に関する報道が多かったかと、そういったことも背景として、もう一度県民とともに歩む医療ということで立ち返るというような考え方もあったのではなかろうかと思います。その前後からの背景として、いわゆる医療崩壊とか地域医療再生とか、そういった医療提供体制全体を守り育てていかななくてはいけないという状況、少しずつ変わってきているということもあります。全くその前回の基本理念を否定したり、また棚上げしたりというものではないと考えてます。

ただ、やっぱりその医療提供体制を守り育てていくためには、県民の方々の医療に対する理解というものも必要ですし、また、医療従事者が県民とともに医療を改善していくという取り組みも必要ですので、結論から申し上げますと、ご指摘も踏まえまして、過去の経過等踏まえて、どういった書きぶりができるかなというのはよく考えたいと思います。

(安田会長)

よろしいでしょうか。宮崎委員、どうぞ。

(宮崎委員)

2 ページの第 4 節の関連する他の計画というのがございますけども、今までの議論の中でも他の計画で記載のある部分は少し調整をしたとかいう回答もいただいておりますけども、各計画との関連が分かりにくいので、少し全体像が分かるようなものを 1 つ出していただけたら、どこどこが関連しているのかというのが分かりやすいのではないかなというふうに感じましたのでよろしく願いいたします。

(事務局)

ご指摘の方向で対応したいと思います。また、次回資料として提出させていただきます。

(安田会長)

その他はいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、この議題についてはちょっと一旦質疑を打ち切らせていただいて、また何かございましたら、最後のところでもし時間があればご発言いただくということにいたしまして、次が議題の 2 ですね、保健医療圏の設定についてという議題ですが、事務局からの説明をお願いします。

(事務局)

保健医療圏については資料 3 をご覧ください。これは、国の第 6 回医療計画の見直し等に関する検討会資料より抜粋したものです。

資料 3 の 1 ページ、上段ですが、医療圏についてということで、概要は、都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとされている。その左側に三次医療圏、全国で 52 医療圏あります。各都道府県、基本的には 1 つずつなんですが、北海道のみ 6 医療圏となっております、特殊な医療を提供する単位です。右側へ行きまして二次医療圏です。全国に 349 医療圏ありまして、医療圏設定の考え方としましては、一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定し、その際、以下の社会的条件を考慮するとされています。地理的条件等の自然的条件、日常生活の需要の充足状況、交通事情等となっております、一般の入院に係る医療を提供する単位となっております。

下へ行きまして、患者調査を用いた二次医療圏の分析について。国では、二次医療圏の現状について患者の流入出割合、人口規模、面積規模に関して分析を行っております。患者調査の利用ということで、各二次医療圏内で整備すべき病床は一般病床・療養病床であることから、二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合について、特別集計を行い分析しております。推計流入患者割合は、括弧の中ですが、当該地域内の医療施設で受療した推計患者数のうち、当該地域外に居住する患者の割合とされております。下へ行きまして推計流出患者割合、当該地域内に居住する推計患者数のうち、当該地域外の医療施設で受療した患者の割合となっております。

2 ページをお開きください。上段ですが、二次医療圏の見直しに向けた検証の手順とあります。まず、現行の二次医療圏の人口規模を確認、左側に人口 20 万人未満の二次医療圏と右側に人口 20 万人以上の二次医療圏とあります。人口 20 万人未満の二次医療圏では、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の受療状況、流入患者割合、流出患者割合を確認することとなっております。さらに、そこで流出型と流出型以外と分けます。流出型では、流入率が 20% 未

満、流出率が20%以上となっております。流出型では、面積、基幹病院までのアクセスなども考慮し、主な流出先の医療圏との一体化など、二次医療圏の見直しを検討する必要があるとされています。二次医療圏の設定を変更しない場合には、その考え方を明記するとともに、医療の需給状況の改善に向けた検討を行うこととなっております。

右側へ行きまして、二次医療圏の検証としまして、なお、医療圏の計画の見直しに際しては、従来通り、人口規模に限らずすべての医療圏の現状について検証を行い、現在の医療圏の設定が適切かどうか検討を行う必要があるとされております。

下へ行きまして、二次医療圏の流入・流出割合とあります。3つ表があるんですが、右の上の表で説明させていただきます。縦軸に患者流出率、横軸に患者流入率とあります。左下の自己完結型となっておりますのは全国で108医療圏ありまして、平均人口が42.8万人、平均面積が1,566平方キロメートル、人口密度は466人となっております。その上の流出型は、全国で110医療圏ありまして、平均人口が17.6万人、平均面積は1,290平方キロメートル、平均人口密度は306人です。右下へ行きまして、流入型では20医療圏ありまして、平均人口が52.3万人、平均面積950平方キロメートル、平均人口密度1,120人。その上の流入型では98医療圏ありまして、平均人口51.5万人、平均面積424平方キロメートル、平均人口密度2,922人となっております。

資料の3ページをご覧ください。各都道府県の人口20万人未満の二次医療圏の現状とあります。右側の下の方に高知県がありますが、昭和63年時点でも4医療圏ございまして、平成22年も変わらない状況です。さらに、そのうち人口20万人未満の二次医療圏については、中央保健医療圏以外の3医療圏が該当します。さらに、人口20万人未満かつ患者流入率20%未満かつ患者流出率20%以上の医療圏は2となっておりますが、これは安芸保健医療圏と高幡保健医療圏となっております。

4ページをご覧ください。四国4県の患者の流入出の状況が示されております。カラーでないので見にくいと思いますが、高知県は右下にあります。高知県で安芸と高幡保健医療圏については、流入20%以下で流出20%以上として、国の考え方でいけば、2つの医療圏の設定の見直しが必要ということになります。資料3については以上です。

続きまして資料4、A3の横書きの分ですが、高知県の医療提供体制図というものを付けております。これについては特定機能病院、救命救急センター、がん診療連携拠点病院、総合周産期母子医療センター、三次周産期医療、二次周産期医療、小児科医師のいる救急告示病院、基幹災害拠点病院、災害拠点病院、救急告示病院、地域医療支援病院について地図に落としたものです。参考資料として付けております。

続きまして、資料5をご覧ください。これは医療計画の案で、第3章「保健医療計画案」となっております。

1ページの1番、保健医療圏の区分及び設定。区分は3つに分けておりまして、一次保健医療圏については、機能としましては、県民の健康管理や一般的な疾病への対応等、県民の日常生活に密着した保健医療サービスが行われる区域としまして、市町村を単位としております。二次保健医療圏については、機能としまして、周辺地域を一体とした広域的な日常生活圏で高度・特殊な医療を除いた一般的な入院医療や治療及びリハビリテーションに至るまでの包括的な保健医療サービスが行われる区域としまして、保健医療圏が単位となります。三次保健医療圏につきましては、専門性の高い高度・特殊な保健医療サービスが行われる区域としまして、全県域を1つとしております。

2ページをお開きください。一番上の3、二次保健医療圏の設定について。平成24年3月30

日付の厚労省の通知により、人口規模が20万人未満の二次保健医療圏については、当該保健医療圏への流入患者割合が20%未満であり当該保健医療圏からの流出患者割合が20%以上の場合は、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないとみなし、医療圏の設定の見直しについて検討することが必要とされています。県下の二次医療圏のうち、医療圏の設定の見直しが必要とされている人口が20万人未満で当該保健医療圏への流入患者割合が20%未満であり当該保健医療圏からの流出患者割合が20%以上の区域には安芸保健医療圏と高幡保健医療圏が該当します。

その下へ行きまして、しかし、次の5つの理由により、高知県の二次保健医療圏の設定については現状とし、見直しは行わないこととしております。

その5つの理由の1つ目のポツなのですが、地域的な理由としまして、この2つの医療圏については、県中央部まで車で1時間以上の時間を要する地域があることなど、県中央部から距離的にも離れている。次のポツへ行きまして、患者が日常生活を営む圏域とかけ離れた範囲で保健医療圏を設定し医療連携体制を構築することは、県として目指す姿とは考えにくいもの。次のポツですが、災害の観点としまして、今後、発生が予測される南海大地震に備え、災害拠点病院の機能についても現行の保健医療圏単位で確保していくことが必要。次、安芸保健医療圏においては、平成24年4月に県立あき総合病院が地域の中核病院として再編されたことに伴い、地域での医療が充足し、流出患者割合が減少することが見込まれる。その下へ行きまして、他の行政圏と整合を図る必要があるということで、詳細は後で説明させていただきます。

なお、今後、医療の需給状況の改善に向けてのことなのですが、下にありますが、安芸保健医療圏及び高幡保健医療圏における医療の需給状況の改善に向けては、医師の確保等による診療機能の回復や充実、在宅での療養が可能な患者が自宅や住み慣れた地域で生活できる在宅医療提供体制の構築などの課題があり、具体的な対策については第4章以降、これは5疾病5事業及び在宅医療のことなのですが、この項目で個別に検討していくこととしております。

3ページをご覧ください。4、二次保健医療圏の設定としまして、それぞれの二次保健医療圏について、構成市町村、面積、人口、人口密度を記載しております。4ページをご覧ください。5、他の行政圏の設定状況ということで、まず一つ目に(1)保健福祉圏としまして、高齢者保健福祉計画における保健福祉サービスの推進の確保や、介護保険の対象となるサービス量の見込みを定めるための単位としております。この圏域については保健医療圏と同一となっております。下へ行きまして、(2)福祉保健所管轄区域としまして、医療、保健、福祉の総合的なサービスを提供するための単位で、それぞれの区域に県の福祉保健所及び高知市保健所を設置しております。これは、中央保健医療圏が三つに分かれた形になっておりますが、それぞれ三つを含めると、中央保健医療圏として整合が取れている形となっております。5ページをご覧ください。

(3)広域市町村圏、交通通信手段などの発達に伴い、通勤、通学、レクリエーション等の住民の日常生活圏は、市町村の枠を超えて広域化して形成されていることから、その地域内の市町村が共通の課題を解決するため、設定された区域ということで、これについても中央が四つに分かれておりますが、四つを含めると、中央保健医療圏と整合が取れている形となっております。下へ行きまして、(4)高知県産業振興計画の圏域としまして、地域の文化や特色といった地域性、広域行政圏としての市町村の結びつきやまとまり、また、生活圈や商圈、通学圏といったこれまで社会的に形成されてきたつながりを重視して設計された区域となっております。中央が、四つに分かれておりますが、四つを合わせると、中央保健医療圏と整合が取れている形となっております。以上で説明を終わります。

(安田会長)

では、この議題の2。保健医療圏の設定についての資料説明で何かご意見、ご質問等ございませんでしょうか。

(清水委員)

今まで4疾病だったということと、あと、精神科の救急体制が一次、二次、三次とか、そういう救急体制を取れないということもあって、非常にマップ上に載せにくいということもあると思うんですが、せつかく5疾病という形で、国の医療政策としても入ったんだろうし、私もこうやってこういう会議に頭を揃えているわけですから、なんとか工夫してこの中にその精神科医療にしてもきちんと把握できるような、そういう取り組みをしてもらえないかなと思うんですけど。実は、精神疾患の分野では、これに近い材料が一杯出てきて話し合っているんです。そのことは一切ここで上がってこないということが、今までの4疾病5事業という体制なんですわ。

(事務局)

資料4の所ですか。

(清水委員)

そうですね。だから、結局、これは最初の所に書いてあるんですけど、精神病床、結核病床、感染症病床は、都道府県単位で整理するため、分析から除外したという、そういう中にあるわけですね。やはり、それはおかしいだろうと。受療動向なんかを見てみると、精神疾患はすごく多い。1位から3位までに入っているわけですね。それをきちっとそういうところで書かないのはまずいんじゃないでしょうか。まだ入ったばかりだから、すぐに資料ができないのは分かりますけど、いずれその辺を工夫して入れてもらうというのは、お願いというか。そういうこともちょっと頭に入れてほしいなど。

(事務局)

分かりました。これは厚労省作成のペーパーでありますけれども、とりあえず二次医療圏の考え方ですけども、いわゆる病床規制の単位としての医療圏としての側面がありますので、そういう意味でここで精神、結核は除いたということでもあります。ただ、この話とは別の問題としても、感染症医療、そして、精神科医療。それぞれ連携体制を構築していかなければなりませんので。今後、この部会でも精神科医療について、議論の時期になってきます。その中で精神科医療は県下全体に見て、どの程度、充足されているのが、患者さんの受療動向はどうなのかということ、資料の提示をしてご議論いただくということになりますので、そういうところでずいぶん対応していきたいと思います。

(清水委員)

データはちゃんと出ているわけですね。

(事務局)

はい。

(安田会長)

はい、よろしいでしょうか。岡村委員、どうぞ。

(岡村委員)

医療圏の設定ということで、今、お話をお聞きしました。それで、安芸に関しては、あき総合病院ができるからということで、医療圏の見直しを行わなくて良いと。良くなるのではないかというお話は分かりますが。そうなりますと、中央と安芸と幡多はいいのですが、高幡はどういうふうになるんだろうと。つまり高幡だけがどんどん患者が流出して行って、どうこうなってくる。そういうふうになった時に、二次医療圏はその時に、どういうふうに変わってくるのかという話が出てこないこともないという気がいたしまして、その辺のお考えをちょっとお聞かせください。

(事務局)

安芸も含めて全般に言えることだと思いますけれども、やはり二次医療圏として維持する以上、一定の二次医療だと、当該医療圏内で確保できている状況を目指さなくてはならないと。安芸医療圏は安芸病院が新装となって、現在よりは良い状態にはなる可能性が高いんですけども、これは、今後の医師確保を含めてあまり楽観はできない状況だと思います。高幡地域においては、さらに今後の医療の確保というところが危惧されるのではないかと思います。当然ながら公立病院はないんですが、現実的に中核的な医療機関として頑張っていた民間病院があります。これらの医療機関における医師の確保。そして、地域間での連携。これをしっかり進めていかななくてはならないかなと思います。具体的には医師確保対策やその他の5疾病等の連携対策の中で、十分対策を書き込んでいきたいと思っています。頑張ります。

(安田会長)

よろしいでしょうか。どうぞ。島中委員。

(島中委員)

この二次医療圏の設定は変更しないということについては、私は賛成です。大体、国のこの見直し自体がちょっとおかしいんですね。この深刻な医師不足を招いたのは、いわゆる新しい研修医制度が発端となって、それによって地方の医師不足が非常に深刻になって、そのために流出する患者が増えてきているというのが現状だと思うんです。それで、流出する人数が多ければ、それを統合しようとするということ自体がおかしくて、本来、この医療圏というのは、県民の生活圏域を基盤としたものであるわけですから、それを基に組んだものを守っていく。その中で流入・流出をいかに調整していくかというのが、県の課題だと思うんですね。だから、この現状で良いと思うのです。私は、さらに中央医療圏について、サブ医療圏を設けることを提案したいと思います。と言いますのは、中央医療圏というのは、非常に広い範囲が中央医療圏になっておりますし、その中で医療過疎地がかなりあるのではないかと思います。特に、病床が少ない所があって、高知市内の一点、病院病床の集中というのが非常に著明です。現実にはその医療ベッドですね、入院病床を買収して高知市に持ってくるということは過去にもあったわけです。いわゆる経営が難しくなってきた中央医療圏の過疎地の病床を買収して買い取ってその病床を医療圏が同じであれば移動することは可能ですので、高知市にもってくるということはこれからどんどん起こってくる可能性があります。そうすると中央医療圏の中で入院した

いけれども、もう病床がないというような市が出てくる可能性があると思います。例えば、香美市とか香南市とか周辺の方ですけど、それから山の方ですね、そういうふうになってくると医療、二次医療圏自体の中でいろんな問題が起ってくるので、せめて全部の市町村単位とは言いませんけどいくつかの市町村をまとめた単位でサブ医療圏を設けて病床の移動がないようにするという提案をしたいと思った次第です。

(事務局)

このお話は、病床規制の単位と地域医療の各連携体制の構築と二つに分けて考える必要があるかなと思います。

後者ということについては、現実に行政単位として高知市、中央東、中央西保健所という単位で分かれています。各地域ごとの計画を作っていく場合には基本的にこの単位で保健所単位、中央医療圏としてではなくて、この三つに分けた形で検討していくことになりますし、現行の計画もそのようになっています。さらに言うと中央東も北部と南部で状況がかなり異なりますので、嶺北地域、香美、香南、南国の3市はそれぞれさらに分けた形で連携体制を敷くということを進めています。という観点からサブ医療圏的な考え方は、一定検討の余地はあるかなと、このサブ医療圏というのを計画に書き込むかどうかということは、また別にして、そこは県医師会とよく相談したいと思います。

もう一つ病床規制の単位のごことで申し上げますと、この資料5の中ほどにある医療法第30条の4第2項第9号の区域、これがすなわち二次医療圏であって病床過剰・非過剰を判断する単位となります。例えば、中央医療圏を複数に区切った形で病床規制を行おうとすると、結局、医療圏を分割するということになるわけです。島中委員がご指摘のようにやはり地域生活・県民生活の単位ということを重視して圏域を構築していかなければいけませんので厚労省が進めるように流出や流入、機械的な形で統合していくことについては、県としても反対と言いますか、進めたくはないというスタンスであります。ただ、こういう状況のなかでさらに自主的に医療圏を分割するということになりますと、対外的なより詳細な説明が必要になってこようかと思えます。

ただその一方で、現行の中央医療圏は非常に広い領域でそして行政単位も広く、3つに分かれているということで先ほどご指摘のありましたように同一医療圏のなかで高知市内での病床の集中ということも聞く、これらの命題をすべて解決するためにはいろいろ知恵を絞らなければならぬと思います。この医療法に定める区域として区切らない形で実質的に病床規制が可能かというとなかなか難しいところはありますが、例えば、中央医療圏をいくつかに分けた上で、その病床移動については、現在の医療法の認可手続きでいうと病床増の変更許可申請が上がってきた場合は、同一医療圏の中の移動であれば粛々と決裁が進んで変更許可となるわけですけども。そのプロセスを例えば、今回の形で行うのか、その中で実質的に制限が出来るような形があるのかどうかその辺は研究させていただきたいと思いますので、また、いろいろご相談をさせていただきたいと思います。

(島中委員)

私はさっき病院増床と言いましたが、有床診療所の病床も今規制がかかっているわけですね。だから、有床診療所は実に地域に密着した医療機関ですのでそれが、また、なくなってしまうことは、これもその地域にとっては、非常に医療の危機になることじゃないかと思うんです。私の意見というか医師会でも検討したのですが、提出させていただきましたのでぜひ他の

事務局以外の委員の意見をここでぜひ聞かせていただければと思います。

(事務局)

今の畠中委員のご提案に対して、どなたか事務局以外の委員の方でご意見ございますか。細木委員、どうぞ。

(細木委員)

6次でどうこうじゃなしに8次で12次で結構ですけど、私は、前から高知県一つでいいと思っているわけですね。ヘリコプターで全部やれば10台位ヘリポート置けば一発でいくわけですから。救急とか高度とかいうとそこらへんでやる方が私はいいんじゃないか、もっと効率的で、岩手県のようなことが出来るんじゃないかと思っています。

(岡村委員)

私は、どうも細木先生と意見はあまり一致しなくて、やはり畠中先生の考え方、日本の風土、高知県の社会、交通の便だとかいろんなことを考えますと、地域での高知県の過疎を無くし、その地域の住民の生活を守っていくということを常に考えていかないといけな。そのためには、やはり地域に診療所、入院できる所、病院がないと、やはりだんだん過疎に集中していくという日本の悪いグローバリゼーションが進んでいくんじゃないかと非常に危惧しております。そういう意味で県の医療計画を高知県は独自にこのまま推進していく展開に私は非常に賛成ですし、そういう観点から地方を活性化していくというような医療の在り方を何か模索していくべきだと思っています。

(安田会長)

ありがとうございました。そしたら、堀川委員にご発言をお願いしたいという指摘がございましたが。

(堀川委員)

今、他の委員が言われたように、それから先ほどの質問の答えもそうなんですけれども、やはり医療圏というのは、医療はそれで完結することに目指していかないかん。できるかどうかは、ちょっと大きな問題があると思うんですけれども、目指していくべきかなというふうに思いますので、ちょっと畠中委員さんが言われた病床規制のためにこう分けるというのは、ちょっと無理があるかなと思う。それを手法として先ほど、川内課長が言われたように、何らかの手法でイノベーションというか、先ほど言われたような移転のようなものが一定、規制する方法があれば是非、それはやった方がいいとは思いますが。医療圏を分けるという形では、ちょっとその医療圏をどうやって整理するかということは当然、議論がないと分けるのは無理だと思いますので、分けていくには難しいかなと思いましたが。

(安田会長)

ありがとうございました。そのほかの委員の方で、何かご意見、この件に関してございますか。よろしいでしょうか。そうしますと、事務局から提案をいただいているように、現在の四つの医療圏を維持するかたちで今期の医療計画を作っていくということで、進めていただいていることによろしいでしょうかね。将来的には、様々な課題が出てくると思いますが、直近

の6期の部分は現行の医療圏を統合するようなことはせずに、できるだけ機能を充実させるような計画にさせていただくということですね。よろしいですか。

(島中委員)

先ほど、堀川委員からこの中央医療圏を分けることは難しいんじゃないかというお話をいただきましたけれども、中央医療圏は中央医療圏でいい。だから、先ほど川内課長からの説明がありましたような、何らかのそういう地域の病床を守っていくというか。高知市内の一極集中を防ぐような手段を是非、検討していただいてこの医療計画に記載していただければと思います。よろしくをお願いします。

(安田会長)

では、その視点はまた事務局の方で是非、大切な視点としてをもって作業を進めていただきたいと思います。そして、この議題については、このあたりで一旦打ち切りということでしょうか。それでは、次、議題の3になりますが、「高知医療センターのNICUの整備に伴う病床数の変更」について、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

資料が、当日配布になり大変申し訳ございません。お手元に配っております資料6の1ページ、1の変更申請の概要をご覧ください。(1)としまして、今回、増床を行う申請がございました医療機関は、高知医療センター。7月の13日付で新生児集中治療室、以下、NICUと略してご説明させていただきますが、NICUの整備にかかる病床増の申請が県にございました。変更申請の原因といたしましては、分娩及び新生児医療を取り扱う医療機関の減少があり、その結果、県内の全域から高知医療センターへの母体搬送、新生児搬送が増加をしておりますところに、超低出生体重児の増加などから平成23年度後半からは県内のNICUで常時、満床といった状況が続きまして、5月には初めて妊婦を県外に二次搬送するといった事態に至りました。

高知医療センターが全県下的に周産期医療患者を受け入れております現状を踏まえまして、県全体の周産期救急患者の円滑な受入れ体制を整備するために、NICUの増床が喫緊の課題になっているといったことが理由です。(3)増床を要する病床数はNICUが3床。(4)増床する病床の許容開始予定は2月1日を予定しております。その下2の第5期保健医療計画に定める基準病床と既存病床の状況をご覧ください。

医療機関の病床設定に関しましては、先ほどから議論が出ていますとおり、保健医療計画で規定する二次保健医療圏ごとに基準病床数が定められております。2次保健医療圏ごとの基準病床数と今年6月末現在の医療圏毎の既存病床数の状況を表示しておりますが、高知医療センターのある中央保健医療圏における既存病床数は11,868床で、第5期の基準病床であります7,145床を4,723床上回っております。原則としまして、保健医療圏毎の基準病床を超えまして病床のある地域における増床は認められませんが、そういう地域の実情を踏まえ今後、地域において特に整備する必要がある病床に限りまして、病床過剰地域であっても、必要に応じて例外的に増床が認められる制度がございます。以下、対象になる病床を特例病床としてご説明をしていきます。この法令等は2ページ以降に抜粋のかたちで記載をしました。2ページをお開き下さいませ。

中ほどの医療法施行規則をご覧ください。特例病床につきましては、医療法施行規則でがん、その他の悪性新生物に関するものなど全てで13の種別について認められておりますが、その3

としまして今回、申請のありました周産期疾患における病床が特例対象として定められております。その下の丸、医療計画についてと題しました通知に国の特例病床についての考え方が示されております。下から、4行目をご覧ください。

特例病床を整備する場合であっても、その病床数を既存の周産期医療にかかる病床数を勘案しまして、必要最小限のものとする。次に3ページに移りまして、特例病床の設置にあたりましては、厚生労働大臣に協議をする必要がございますが、その際には特例としての取り扱いを必要とします理由及び特例としての取り扱いをしようとする病床数の算定の根拠を明らかにいたしまして、都道府県医療審議会の意見を付して行うことが定められております。本日、この議題は、この通知に基づきまして、県の医療審議会に諮問するにあたりまして、この会においてあらかじめご審議をいただこうとしているものです。3ページ目の中ほどをご覧ください。

長いタイトルで恐縮ですが、「医療法施行規則第30条の32の2第1項に規定する特定の病床との特例について」という通知でございます。第1の一般的留意事項のところ、特例の適用にあたりましては、医療計画との整合性に留意をし、要件を満たすということを十分に精査すること。また当該施設の医療従事者数、病床の利用日数等の実績や待機の患者数等を勘案するほか、地域の既存の医療機能の強化をしてもなお必要と認められるものであることなどを確認をしました上で、適切に許可をするようにということが通知をされております。

また病床を開設しました後につきましても、この特例にかかる病床として十分機能しているかについて、随時、監視を行い、万一開設後の病床が特例要件に対しまして、適切でない運用をされている場合には厳格に指導するということが求められております。個別の留意事項につきましては、4ページをご覧ください。

特例病床を設置いたします病院は、次に示します事項のいずれにも該当するということが必要で、①としまして、周産期疾患に関し、国または都道府県が作成する計画に基づくものであって、専門的かつ特殊な診療機能を有していること。②としまして、地域の一般の医療機関では満たし得ないような特殊な機能を有していること。③調査、研究に必要な体制を有すること。④組織的な病歴管理が行われているということ。⑤としまして、必要な施設であるといったような要件が示されておるところです。その下(2)は、総合周産期母子医療センターや、地域周産期母子医療センターがこの上の(1)に該当するものであることを記載したものです。

なお、今回、医療センターからきております特例病床は、NICUのみの申請となっておりますが、以前、特例病床についてはNICUと母体胎児集中治療室、略称NFICUの二つの病床のみが特例病床として認められておりました。平成20年4月からその要件の緩和がされまして、(4)にございますように当該疾患、周産期疾患に係る病床であること、あるいはその地域において必要とされる周産期医療に係る病床であるということが要件とされまして、NICUやNFICUに限らず周産期病床であれば認められるというふうに制度が変わっております。

ご審議をいただくにあたりまして特例病床増床に係る法的な根拠、ご議論いただく項目の説明は以上です。制度的なことは、ここまででございます。ここで一度説明を切りましてご質問がございましたらお願いします。よろしく申し上げます。

(安田会長)

法的な根拠の説明を事務局からいただきましたが、この内容についてご質問等ございますか。よろしいでしょうか。そしたら続けて事務局の方、説明をお願いします。

(事務局)

健康対策課です。資料5ページをご覧ください。本県の周産期医療体制についてご説明させていただきます。周産期医療計画ではハイリスクの母体・新生児に高度の周産期医療を提供するため、高知医療センターを総合周産期母子医療センターに指定しております。また高知大学医学部附属病院と国立病院機構高知病院は地域周産期医療センターに指定はしていませんがNICUを整備しており、これらの3医療機関を含めた7病院 日赤、幡多けんみん病院、JA、あき総合病院を中心に本県の周産期医療体制を構築しております。なお、各医療機関が満床で受け入れ困難な場合は、高知医療センターが搬送コーディネーターと同様の役割を担っておりまして、受け入れ先の調整を行っております。また県内の医療機関が受け入れ困難な場合に備えて県外の医療機関に対して協力要請も行っております。

しかしながら、医療センターでは母体搬送、紹介患者の増加や院内分娩数の増加もありまして病的新生児及び先天奇形の新生児の受け入れが増加しているということがありまして入院患者数の増加・入院期間の長期化によりNICUは病床不足となりまして満床時でも受け入れざるを得ない状況も多発しておりますし、院内で調整しても、なお、新生児搬送・母体搬送を受け入れられない患者が増加しておりまして周産期病床の増床が喫緊の課題となっております。7ページをご覧ください。

(2)の県内の総合周産期母子医療センターの概況でございます。高知医療センター、高知大学医学部附属病院、国立病院機構高知病院のNICU18床の23年度の病床利用率の表ですけど、表の左から3番目の列が病床利用率ということになっておりますが、それぞれ99.6%、74.8%、98.4%と非常に高い率になっております。3番の現状から見た周産期医療の必要病床数でございますが、国の周産期医療体制整備指針では出生10,000に対し25床から30床ですから本県の出生数からすると14床から17床ということになりまして現在の病床数は18床ですので、出生数から換算すると国の整備指針の目標とする病床数は整備出来ているということになりますけれど、本県は全国平均よりも出生数に対する低出生体重児の割合が高く、NICUを有する医療機関への受診が増えているため、低出生体重児の出産が集中すると、全てのNICUが満床となり、5月のように県外の医療機関へ搬送をせざるを得ない状況となる恐れがあるなど、県内で安心して出産できる環境にあるとは言えません。

そこで平成19年、厚生労働科学研究、「NICUの必要病床数の算定に関する緊急報告書」の算定報告に基づきまして、本県の低出生体重児数からNICUの在室日数を積算した上で、稼働率80%で運営するために必要な病床数を計算した結果、24床を整備すれば、稼働率は80%以下ということで、NICUの受け入れに余裕が生まれ、本県で生まれた新生児に対する医療を本県の病院で提供できるようになるということで、増床が望まれる病床数は8ページにありますように、24床マイナス(既存の)18床で6床というふうになります。

次に資料の9ページでございます。今回、申請のありました高知医療センターの増床計画の概要について、ご説明申し上げます。まず、高知医療センターの概要ですが、所在地は、高知市池、開設者は高知県・高知市病院企業団となっております。診療科目等は記載の通りでして、病床数としては、現在は一般病床574床を有しております。職員数については、記載の通りです。病床利用率は上昇傾向にありまして、21年、22年とほぼ9割の水準です。

次に10ページ、高知医療センターの沿革でございますが、高知医療センターは県内で唯一の総合周産期母子医療センターに、平成17年2月26日に指定されておまして、NICU9床、MFICU3床、NICUの後方病床でありますGCU15床、MFICUの後方病床であります新生児・小児の一般病床26床を有する本県周産期医療の中核施設でありまして、県内で完結する周産期医療を実施し

てきております。本県では低出生体重児の出生率が高く、平成 23 年の高知医療センターの NICU 運営実績を見ますと、病床利用率は 99.6% に達しております。超低出生体重児や重症児の出産が集中しますと、NICU が満床となりまして、さらに県内医療機関の NICU 病床数も少ないため、NICU を有する病院間で緊密な連携・調整を行っても受入れしきれず、県外医療機関への搬送も行わざるを得ない状況になっております。また、医療センターは、県全体の中核病院として、周産期医療のみならず多岐に渡る高度専門医療を提供する役割を担っておりまして、一般病床の病床利用率も高いため、院内調整による新生児病床の確保が困難な状況にあります。

12 ページをご覧ください。高知医療センターで増床しようとする病床数についてでございますが、高知医療センターの所在地は、中央保健医療圏であり、高知県中央部を主な診療圏としているものの、県内で周産期医療を担う医療機関が少ないため、実際には県内全ての地域の患者、県外からの里帰り分娩の患者を受け入れております。22 年 3 月に策定しました本県の周産期医療整備計画において、県内に整備が必要とされた 6 床のうち、高知医療センターでその半数に当たります 3 床を増床しようとするものでございます。この増床に係る人員の確保につきましては、その下 (4) の内容で行うものとしております。

まず、担当医師について、24 年 8 月 1 日現在の新生児担当小児科医は前年より 1 名おいて 12 名体制、うち新生児担当も 1 名増員した 3 名を当て、NICU における診療にあたっているところであり、更なる増員を検討することとしています。看護職員は看護師 37 名、助産師 3 名の計 40 名で対応しているところですが、増床に向けて看護師 8 名を増員、NICU での看護に従事させるための育成を進めていくこととしております。なお、本日、ご審議をお願いしています NICU 増床につきましては、平成 23 年度から 27 年度までの計画案として策定した高知県周産期医療体制整備計画に基づくものであります。先ほどからご説明しておりますように、高知県の周産期医療体制は非常に逼迫した状況になっております。こういった状況に対応するため、GCU も含めた病床数の見直しの必要性も出てまいりましたので、それにつきましても、速やかに検討することとしております。以上で健康対策課の説明を終わります。ここまでの内容について、ご質問がありましたら。

(安田会長)

5 ページから 12 ページの健康対策課所管課からの説明ですが、ご質問、よろしいでしょうか。

(清水委員)

この NICU の話とは少し外れるんですけど。

(安田会長)

そしたら、ちょっと NICU の議題によっては、またあとで。

(清水委員)

その前提になると思うのですが、ここの病床数の所で精神科病床がないんですよ。これはちょっと僕の勘違いだったかな。今年 4 月に作った病床 34 床は精神科病床でなかったかなと。一般病床だったかな。

(事務局)

そうですね。それは大変失礼いたしました。厚労省との協議資料作成時点で平成 23 年度の時

点でしたので、そのペーパーをそのままリユースしてしまいましたので、現時点では、精神科病床を整備しております。

(安田会長)

そのほか、よろしいでしょうか。では、残りの部分を再び、医療政策課の方ですか、お願いします。

(事務局)

それでは13ページ、6、特例による増床の必要性について、示したこのページをご覧ください。この申請に対します県の考え方についてご説明をさせていただきます。

まず特例病床の設置を認めるに当たりましては、国の通知に照らしまして、確認をするべき事項がいくつかございます。申請のあった増床数が本当に必要最小限の数であるのかどうか。また、必要とされる病床数の算定根拠が妥当であるのかどうか。また、病院の保有する病床を再配分して対応するということではできないのか。増床に対応する人員の確保策が検討されているのかどうか。これらの項目を踏まえまして、検討いたしました。

まず、高知医療センターは健康対策課の説明にもございました通り、県内唯一の総合周産期母子医療センターとして、県内のリスクの高い妊産褥婦に対します医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行う責務を担っております。平成23年の運用状況を確認いたしましたところ、平成23年中に母体の搬送の受け入れをできなかった18件のうち10件が、NICUが満床であったことによるものであるなど、NICU病床の不足によりまして、搬送の不能事案が増加傾向にあるということが認められます。

一方で、高知医療センター及び高知大学医学部附属病院以外の周産期医療機関におきましては、スタッフ不足等により、現実的にNICUの増床が困難な状況であると考えられます。

ここで、申請のありました増床数の妥当性についてですが、NICU3床の増床は、県の、先ほど説明がありました周産期医療整備計画で増床が予定されている6床以下の数でありまして、必要最小限の数を超えるものではありません。

次に、病院が保有する病床の再配分で対応ができないのかということにつきまして、高知医療センターは年間1万4千件の救急患者を受け入れるなど、急性期の拠点病院として地域医療に貢献をしております。全病床の平均在院日数は12.8日、一般病床だけですと平均在院日数12.0日であるにも関わらず、慢性的に病床が不足の状況にあります。また、一般病床の休床のない状態であり、病床の再配分ができない状況というふうに認められます。

増床に対応する人員確保策としましては、すでに看護師8名の増員を計画に入れました、採用試験を実施しておるということで特段問題はないと考えているところです。

以上が、今回の増床の申請に対します高知県の考え方です。なお、13ページの中段以降の審査状況の表は、3ページで紹介しました国の通知に定めます個別の留意事項ごとに、医療センターは要件に合致しているのかどうかということ審査いたしました内容です。全ての項目について要件を満たしているものと認められます。

特定の病床等の特例の申請についてのご説明は以上です。医療センターに対しまして、周産期にかかる病床の増床を認めるかどうかにつきましてのご審議をよろしくお願いいたします。

(安田会長)

それでは、資料6の内容全体を通してでも構いませんが、この議題についてご意見、ご質問

等はございませんか。よろしいでしょうか。よろしければ、この高知医療センターのNICU整備に関わる3床の病床数の増加を、この部会として承認したということを親の審議会の方で報告することになるということですが、これでよろしいでしょうか。

(委員)

異議なし。

(安田会長)

よろしいですか、はい。ということで各委員からのご承認をいただきましたので、医療審議会の方に諮っていただけたらと思います。

それでは用意しておりました三つの議題すべて審議が終わりましたが、まず最初の二つの議題を含めて全体を通して何かご意見、ご質問、お気づきのことがございますでしょうか。よろしいですか。

それでは議題の審議は以上で終わります、あと事務局から今後の予定等について説明をしていただきます。

(事務局)

お手元に、日程調整表を置かせていただいておりますが、次回は10月に開催する予定です。議題については、五疾病・五事業及び在宅医療について。あと医師はじめとする医療従事者の確保について、審議をお願いしたいと考えております。今日ご予定がおわりになる方は記載の上、机へ置いていただけたらと思います。まだ分からない方は後日ファックスでご回答をお願いします。どうもありがとうございました。

(安田会長)

この予定表は10月8日に斜線が入っていないですが、10月8日は体育の日で休みですね。これは、やらないということでもいいですね。

(事務局)

大変失礼しました。10月8日は、なしで。失礼しました。

(安田会長)

そしたら事務局は以上で終わりですね。では本日の審議は、以上で終わりです。ほぼ時間どおりで終わることができました。では、また10月に会があると思いますが、よろしく願いいたします。どうもありがとうございました。

(事務局)

ありがとうございました。

議事録署名人

氏名

島中卓士

氏名

宮崎育子