

平成 24 年度第 2 回 高知県医療審議会議事録

- 1 日時：平成 24 年 12 月 10 日 18 時 30 分 ～ 21 時 00 分
  - 2 場所：県庁 2 階 第二応接室
  - 3 出席委員：岡林委員、竹村委員、松岡委員、岡村委員、織田委員、西森委員  
寺尾委員、三谷委員、橋本委員  
山下元司委員、宮上委員、筒井委員、細木委員
  - 4 欠席委員：岡崎委員、吉岡珍正委員、山下文子委員、吉岡和夫委員  
宮崎委員、倉本委員
- （事務局）入福健康政策部部長、医療政策・医師確保課（川内課長、中村企画監  
浅野課長補佐、中村課長補佐、須藤チーフ 五島チーフ、高橋チーフ、  
石田チーフ、前田主幹、久保主査）、健康長寿政策課（山本企画監）  
医事業務課（山崎課長補佐）健康対策課（福永課長）  
障害保健福祉課（谷企画監）

（司会）

それでは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、高知県医療審議会を開催させていただきます。まだ、ご出席予定の委員さんが若干名少ないようですけれども始めさせていただきます。

委員の出席状況でございますけれども、本日高知県市長会 岡崎委員、高知県町村会 吉岡委員、高知県保育士会 山下委員、高知県社会福祉協議会 吉岡委員、高知県看護協会 宮崎委員、高知医療再生機構 倉本委員が所用のためご欠席ということでございまして、現時点で委員 19 名のうち 13 名のご出席をいただいております。過半数に達してございますので本日の会議が有効に成立をしているということを前もってご報告をさせていただきます。

それでは、健康政策部部長 入福聖一よりご挨拶を申し上げます。

（入副部長）

みなさんこんばんは。県の健康政策部長をしております、入福と申します。

まず、本日は第 2 回の医療審議会にご出席をいただきまして本当にありがとうございます。また、日頃から委員の皆様方には、県の保健医療行政にご支援、ご協力をいただいております。心から感謝を申し上げます。

前回の審議会でも来年度からの第 6 期の高知県の保健医療計画のご審議をいただいております。今日は、前回に引き続きましてですね、基準病床、それから、医師、看護師の確保対策、5 疾病 5 事業、在宅医療等についてご審議をお願いしたいと思っております。それぞれ、専門の部会と申しますか、委員会等でも議論を重ねてきておりますけれども、この審議会では忌憚のないご意見をいただきまして、ぜひ計画に反映していきたいと思っております。よろしくお願い申し上げます。

（司会）

それでは、早速ここからの議事進行につきましては、岡林会長の方をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

（岡林会長）

本日は委員の皆様にはお忙しい中、当審議会にご出席いただきましてありがとうございます。それ

では、私の方で会議を進行させていただきます。議事へ入ります前に、高知県医療審議会要綱第4条の規定により、私の方から議事録署名人を指名させていただきます。橋本委員さんと山下元司委員さんにお引き受けいただきたいと思いますが、よろしゅうございますか。それでは、よろしくお願いいたします。

では、議事に入ります。

協議事項の第6期高知県保健医療計画の策定について事務局よりご説明をお願いいたします。

(事務局)

それでは、まず次第に沿いまして、これまでご検討いただいていたもののうち、まだこの医療審議会でご議論をいただけていないもの、医師、看護職員、がん、周産期、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、在宅医療、救急医療、小児医療、災害時の医療、へき地医療、精神疾患、あと、基準病床数のうち、まず、医師及び看護職員の分につきまして医療政策・医師確保課からご説明させていただきます。

資料が大量になりますので、資料1の概要資料の4ページ及び6ページでご説明をさせていただきます。本文は医師が37ページ、看護職員が44ページからになります。

まず、医師につきましては、これまで医師数というものにつきましては国の見解としまして、地域的な偏在や診療科目の偏在はあるものの、基本的には均衡しているというものでありましたけれども、今般の計画を策定する直前、これは、衆議院での質問主意書に対する内閣答弁として、医師は総数としても充足している状況にはないという認識のもとに様々な医師確保対策を国としても行うようになってきております。県としても、平成22年度の高知医療再生機構の設立により様々な医師確保対策を推進してきておりますけれども、現状としては、その下にありますように、直近の数字としては平成22年末の数字になりますけれども、40歳未満の若手医師数が平成10年から比べますと、約30%減少ということで、802名から551名まで減少をしております。全国的にみましても、この間で増加をしているのは東京都を含めて9都府県にとどまっている状況でございます。

一方で、その中で県内をみましても中央医療圏のみが増加をして、郡部が減少していると、また、診療科別にみましても、特に小児科、産婦人科、麻酔科といったところの減少が大きいということでもあります。中でも、女性医師が相対的に増加をしてきておりまして、女性医師が抱える、女性医師だけではありませんけれども、出産育児等の課題と、就業から離れることによる医療への影響というものもクローズアップされてきております。こういった様々な要因が複合的に重なっております。今後の対策のポイントとしては、やはり高知に若い医師に残っていただくことと、残っていただける環境づくりが重要ですので、プロセスとしては特に高知大学を卒業される方々、また、県外大学も含めて高知大学に医師がこれまで以上に多く定着していただける状況を促進をしていくということと、若手医師にとって魅力あるキャリア形成環境を整備していくということでございます。

県全体としては、特に奨学金等の対応によりまして高知県内にまずは残っていただくということと、高知医療再生機構による様々なキャリア形成支援策によって、高知県内で若手医師を勧誘していくという中長期的な仕組づくりを行っていくということと、その一方で、当然、不足している診療科の病院等の医師の確保、また、高知へのU・Iターンの促進ということで、県外から高知に赴任していただいた医師に対する経済的な支援、また、県外で活躍されている著名な医師による県外での高知県の医療の情報提供、また、情報収集を行っていただいて、高知県に提供していただくといった勧誘活動を中心に取り組んでいきたいと考えております。

また、今年度からは女性医師の復職支援のための研修事業も創設しておりますので、これも継続をし

ていくということでございます。その下に取組体制がございますけれども、一昨年設立した高知医療再生機構において医師のキャリア形成を支援する事業の実施をしていくということと、昨年、高知大学に委託というかたちで、設置をしております高知地域医療支援センターにおいて、今後高知県内での定着が見込まれる県の医師養成奨学金の卒業医師、その他の若手医師のキャリア形成モデルの開発、また、そういった方々の医師の適正配置の検討などを行って、高知県内で若手医師をグループ化して、人材グループ体制で行っていくということでございます。これら再生機構、地域医療支援センター運営にあたりましては、県が積極的に関与をしてこの3者が協働するかたちで医師確保対策に取り組んでいくというふうに考えております。

目標ということでは、最終的にこれだけの間に若手医師が200人、300人近い数で減少しておりますので、これを今後できるだけ元の形に戻していくということで、目標値としてはプロセス指標的なものになりますけれども、まずは県内で残る1年目の臨床研修医の数がコンスタントで60人、またはそれ以上の水準になるということ、また、高知大学の3年目の入局者が40人という水準を目標として、これを維持していくことにより、若手医師の推移の回復、ひいては診療科偏在、地域偏在の解消ということに向かっていくように考えております。

医師確保課対策の医師については以上で、続きまして資料1の6ページ、看護職員であります。

まず、看護師・准看護師につきましては医師と同様に人口10万人当たりの就業者数は国内最高水準で、一方でベッド数当たりで見ますと全国最下位ということで、急性期病院や郡部の医療機関での看護職員の確保が困難な状況になってきております。また、県内の看護師養成所、学校養成所を卒業して就職される方々の7割以上が中央医療圏に就業していくということであります。また、採用されたものの、早期に離職をされていく看護師・准看護師が非常に多いということで、より良い勤務環境の整備が必要ということが書かれています。

この看護師・准看護師の不足については極めて深刻な状況にまだなっておりませんが、この時点でかなり手を打っておく必要があります。一つは次世代の育成と県内定着ということで県内の看護師養成施設における看護師・看護職員の奨学金制度の定着、そして、卒業後高知県内に定着していただけるような個別の対応を行っていくということ、また、職場環境の整備ということで一つは看護管理者のOBの方々に病院に入っていただいて、勤務環境の改善に関する相談・支援を行っていく事業、また、復職支援の取組を進めていくこととしております。また、早期離職を防止するために新人看護職員以降の研修制度の充実と、中小の医療機関におけるキャリア形成の支援ということを行っていく必要がございます。

今後の目標としまして、県内の主な急性期病院、また、中山間地域の医療機関で働く看護師等を一定確保できているという目指してまいります。現在は、第7次の看護師等の需給見通しによりますと、平成27年度終期では均衡しているという状況ではありますけれども、この見通しに近づける努力をする一方で、一定の数値目標が必要ですので、プロセス指標として奨学金貸与者の就業率を8割というところまで上げていくことを目標としております。

次の助産師につきましては、周産期医療対策と若干重複するところがありますので、ポイントだけ説明いたしますと、助産師については、就業助産師数はこの6年間で増加をしておりますけれども、人口10万人当たりで見ますと、まだ全国中位程度ということ、また、一次周産期医療を担う診療所での助産師数がまだまだ少ないというような状況があります。こういった状況の中、県内の高知県立大学な

いしは高知大学大学院における助産師の養成を進めていくということと、県内外の養成機関における奨学金制度の充実ということで県内定着を進めていくということとでございます。

最終的に目標としまして、これはプロセス指標になりますけれども奨学金貸与者の県内就職、これまで実績が6名というところを14名というところまで上げていくこととしています。

最後に保健師であります、特に市町村における若手の保健師の増加と、これらの方々のキャリア形成が大きな課題というふうになってきております。また、災害時の保健活動など、保健師に期待される役割が広がってきているということ、また、行政機関以外における保健師とのコラボレーションなど、保健師の活躍における環境の変化に十分対応できるようにしていかななくてはならないと考えております。これまで以上に、市町村における保健師の人材確保を県としても支援をしていくということと、保健師の人材育成ガイドラインに基づく人材育成を進めていく、また、ジョブローテーションを進めて、他分野と連携を視野に入れた取組を推進していくということ等の対応を行いまして、県内で就業されている保健師数は現在438名ですが、これを454名というところまで持っていくという目標としたいと考えておりますので、簡単ではありますが、医師及び看護職員についての説明はそういうことになります。よろしく申し上げます。

(岡林会長)

ただ今の説明に対しまして、ご質問、ご意見ございましたら、ご発言をお願いします。ご発言ございませんか。

(細木委員)

看護師の研修体制の充実の中に、一度家庭に入ったら何年もいて、それでまた出てくる、その研修というの、なるべく多くの、地方だけじゃなしに地域の基幹病院、あるいは基幹病院に準じた病院で研修が自由に行えるようにするということが、結局は家庭に入っている看護師さんを表に引っ張り出す良いチャンスになると思うんですね。それをどこかに入れといた方がいいんじゃないかなというような気がするんですけども。

(事務局)

ご指摘ありがとうございます。今年度からこの潜在看護師、看護職員の研修事業を始めています。

(事務局)

対策の2の所に再就職支援というのがございまして、そのうちの復職支援に向けた研修事業というのが、現在、離職している看護職員に対して復職支援のための研修を提供する事業になっております。本年度から新たに始めましたけれども、今年度の取組としては地域の中山間地域とか、それから幡多とか、そういう地域の病院の看護師を確保していきたいということで、高知市内の病院は対象にしておりませんでした。ただし、やはり復職の希望者も少ないということもありますので、来年度はもう少し研修を実施する病院を幅広く求めていこうというふうに、現在考えております。

(細木委員)

実は、小児科をやっておりますと、小児科には看護師さんのご子息がいっぱい来られるわけですね。そうしますと、そこでいろいろ医療にずっと離れていたのがやってきて、それでここでちょっとやればまた元に戻るのかなというふうなことを考えておられる方もいらっしゃるようですので、なるべく幅広い病院でそういうことができる体制に是非していただきたいと思っております。

(岡林会長)

その意見の回答はよろしいんですか。要望ですね。

(事務局)

前向きに検討します。

(岡林会長)

他にご発言ございませんか。

(岡村委員)

医師の確保のところですが、医学部定数の増大ということを書かれているんですけども、高知大学医学部の定数を増やそうという働きが今あるんでしょうか。全国的にいろいろと多すぎるとか一部は削減されるとか、新設学部の問題とか、いろいろ多岐に渡ってすでに議論されていることだと思うんですが、その辺のところはどういうふうなスタンスなのかというのを、ちょっとお聞きしたい。

(事務局)

これまでも国における定数増、また高知大学におけるご尽力もいただきまして、現在、募集定員 115 名というところまで増加をしてきております。その中で毎年、県の奨学金を受給される方々も 25 名から 30 名という方々が、毎年、新規採用されていて、今後の高知県内の人材確保には大きなインパクトを与えていると思います。県としては今後も高知大学の定員が、今後のことも考えると若干ではありますが、定員が増加をしていくということと、それに対する奨学金等での対応を県としてもやっていきたいというふうに考えております。大学における医学生教育体制に対する国の対応、まだ十分ではありませんので、ここ 1 年は定数増ということは実現できてはおりませんが、こういったことも含めて国立大学法人に対する支援を求めていくということで、今後大学の活動に期待をしたいというふうに考えております。

(細木委員)

昨年、ドクターになって出てきた学生で、一番たくさんそうやって卒で入ってきたので、たくさん残っているのは確か鹿児島ですね。鹿児島は 7 名残っている。そのあとはカクッと少ない数名で、しかもこういうふうに卒で入ってきた人が、やはり学生がほとんど県外に出て、県内に残らないという現状がありますよね。

実は私、昨日、岡山大学の学生の医学教育の中で地域医療教育を重点的にやっている教授に会ってきたんですけど、とてもユニークなことをやっておられましたので、ぜひ高知県も阿波谷先生なんかと一緒に、学生の時から、高知の医療に残る取組をしてほしい。つまり感想文を書かせますと、6 年生を卒業した時に 60 何パーセントぐらいが、もう県内の岡山に将来残りたいという感想が出ているような取組をやっていたものですから、ぜひ高知県でも大学と上手にリンクして、学生の時から、本当のへき地だけではなく、いろいろのものを中央だけではなく、へき地の基幹病院なんかも十分に見せるということが大事じゃないかなと思いましたので、ちょっと補足させていただきました。

(事務局)

ご指摘ありがとうございます。高知大学でも先日も家庭医道場が梶原で行われましたし、こういったへき地の医療機関だけではなくて、夏休みには幡多けんみん病院や四万十市民病院といった基幹病院でも、実習が行われています。それ以外にも高知県内での医療の正しさということについて、触れられる教育を阿波谷先生はじめ進めていただいておりますし、県としてもこれまでも大学と二人三脚で多くの方々に多くの医学生に高知に残ってもらおうという取組を進めてきていますので、これまで以上に大学

とタッグを組んでさまざまな対策を進めていきたいと思えます。ありがとうございました。

(橋本委員)

基本的にはですね、高知県に残る卒業生を増やすという意味で、今、高知大学も県のお考えを十分に勘案しながら努めているところでございます。それで医学科の定員増という声は、日本の全体のレベルからすると、医師不足という掛け声の下に医学部定員増が非常に強く叫ばれておるわけですけど、実は実際にこの大学において、その定員増という問題に直面しますと、非常になかなか現実的にさまざまな難問が生じてまいります。

実は高知大学医学部は今現在 115 名です。以前の 95 名ぐらいの時代から 10 名、20 名増えてきている事実がございまして、定員増は実践はしておるところです。これからも定員増の声が毎年のようにあるんですけど、問題は非常にいろんな多面的な項目からいきますと、学部の定員増が即、本県の定着率に本当に当たるかどうか、ちょっと疑問な状況があります。

まず、学生の質も非常に問題がございまして、今現在 115 名の入学生が入っていますけど、勉学の過程で、ちょっと追いつけなくて留年が生じ、1 学年もうすでに 122 名という学年も生じております。おそらく今後、もっとどんどん単に定員だけ増やしていくと、そういうかたちの学年に定員以上にものすごく増えた状況が生じてくるということで、実はそのために現在 122 名になることは、実は講義室とか実習室、全く想定していなかったところございまして。今年の夏もある実習室では、教官が別の実習の部屋に駆け込んできまして、15 ぐらい椅子が足りないということで大慌てしたりしてまして、それから、狭い部屋の中に非常に大人数が入ってくる学年を見ますと、教員の数も実際限られておりますので、目が届かないという不備がありまして、その実習室の片隅で何かが起こっていても、対応が非常に遅くなったり、不測の事態が生じたりというような局面もありまして、我々はそれに対して今後、考えなくちゃいけないなと思ったりというところでございます。それで、それは定員増の件につきましては、県の方のお考えと国民と県民とさまざまな声の下に我々も最大限努力をして、今後も事情をお互いに意見交換しながら、もし増やせるのであれば増やす方向で、当然ながらやっていきたいとは思ってはおりますが、現状はそういうところでございます。

もう一つは、実は高知県に残る人材は、この定員増をしなくても、本当は我々入学させているところなんです。ご存知のように A O 入試という推薦と推薦入試という制度と、それから通常の入試制度と三本立てで、うちでは入口でやっております。A O 入試を例に取りますと、30 名ぐらい毎年いるんですが、来年の 3 月卒業生が出てくる、A O 入試の卒業生を進学させてから、進学という働き口ですね、それにつきまして、実は A O 入試は、入る時に明確に入試要項には「卒業後は高知県の地域医療に従事することを確約できる者」という 1 項が入っているんですね。しかし、こればかりは強制はできないんですが、来年、卒業予定の 30 名のうち 15 名、ほぼ半分ぐらいは県外からの入学の A O 合格者でした。当然ながら、今申し上げましたように、県外であろうとなかろうと、入学時には「卒業後は高知県の医療に貢献する人材」ということの確約の下に、我々 6 年間の教育を続けてきたわけですけども、現実には、この数字、1 人 2 人ちょっと若干ずれるかもしれませんが、県外からの 15 名のうち 2 人ぐらいしか残りませんね。

それともう一つ驚くことが、県内の 15 名のうちに数名が県外に行っちゃうんです。これもまたちょっと予想外でありました。これは今日、実は午前 11 時から 12 時まで今、高知大学医学部が文部科学省の視点から、本当に地域に十分に役割を果たしているのか、この医師不足とかいろんな医療情勢の中で、

高知大学の果たす地域としての役割を真摯に見つめ直しなさいという視点で、文部科学省へ今日行ってきたところなんですけど、今後の大学の医師養成等々、あるいは高知県において高知大学医学部及び附属病院が果たすべき役割について、いろいろ意見交換をする機会を得ました。その中で今も申し上げたような、例えばAO合格の学生さんとか、そういう現状を今後どのように解決して、そして、高知県の医療人材の実数を増やしていくことに繋げていくかということを前向きに考えていってほしいということで、我々はいってほしいと言われなくてもやりたいと思ひまして、実は今年AOの方々も含めて県外に行く方、あるいは県内にたまたま残ってくれる、たまたまと言ったらあれですけど、残ってくれる方のアンケートを取って、今、解析中です。

今度、AOで入ってくる学生さんは1年生から卒業まで6年、あるいはそのまま臨床研修をすると、7、8年かかりますから、その先のことを言っても実効性が全然ないので、今医師不足なわけですから、今、実効ある対応ができなくちゃいけないという思いは我々十分持ってまして、ですから、今の5年生、来年6年生になる学生さんですね。そういう学生さんも含めて、毎学年30人ぐらいAOの学生さんがおります。ですから、そういうAOの学生さんをどれだけ本県に残るように、本当に残るようにしていくかということ、今、工夫をしようとしています。

それともう一つは、推薦入試で20名ぐらい入ります。これは地域枠というわけで、瀬戸内海と高知県限定、瀬戸内海近くの地域に限定している学生さんで、この学生さんは全員入ったら、原則として県から奨学金をもらい、かつ高知県に卒業後は勤務するという前提の下で、今、教育を進めているところでございまして、その学年が今度5年生になります。一番上がですから、あと2年すると、卒業生が少なくとも20名はそういう学生さんが出るので、これからも一人たりとも逃せない。ですから、そういう意味で先ほどもお話がありましたが、そういう学生さんを含めて、高知県志向性が高いという前提の下に入っている学生さんに対して、県知事さんにもお出でいただいて、県の事情等を直接話しかけてもらって、学生さんのその気持ちの維持を図る。それから、それだけではなくて我々教員の方も、先ほどもうちに家庭医療のことで阿波谷教授が中心となって、学生との交流、日頃からの地域医療への理解を進める方策を練り上げ、そして実践し、そして我々も医学部を上げて可能な限り協力体制をとって、学生さんが残るように努めていくのでございまして、全く努力していないわけではないと、それともう一つは、実は一般学生ではなくて、一般入学のかたちで60何名入ってくるんですけど、この一般学生の中で県外出身者で意外と残る人、意外とって、そんなに多くはないんですけど、残っている学生さんがいるんですね。ですから、そういう学生さんがどういうきっかけでどのように残っていくのかということも、今、遅まきながら、対応が遅いじゃないかと叱責を受けそうな気もいたしますけども、遅まきながら学内の検討し、そして県の方とも連携しながら、早急にこのような医師不足が、特に若手医師の不足がこのまま続いていくというのは、非常に先の暗い話になってしまいますので、これを打破するために努力をしようとしているところでございます。

長い話をしまして恐縮ですが、いろんな視点からすると、我々も本当は若手の医師が残り、地域で活躍し、そしてそういう活躍をする途中で医学研究とかいろんなかたちのものにも興味というか、継続して学内の医学研究にもつながっていくということなので、やはり根幹は本県にうちの大学の卒業生が大量に定着するということに尽きるかなと思っています。その努力はするつもりでいるということでございます。

(岡林会長)

私の方から一点、現状と課題、これにつきまして、全国的な傾向に対して高知県としての特殊性がないかなということ、例えば人口10万人当たりの医師数が全国5位であるという現実とのギャップ、医師数は多いのに、現状と課題で問題となってきたという、この若手医師の減少、地域偏在、診療科偏在、女性医師の増加における相関関係、女性医師が増加してくることによって診療科偏在がどうなのか、あるいは若手医師と地域偏在の関係はどうかと、その辺りの掘り下げも、いわゆる高知県としての特殊性というようなものの掘り下げをしていただければというふうに思うわけです。

ご発言ございませんでしょうか。

(岡村委員)

多くの先生方、ご苦勞されて、高知県に定住するというので、いろんな苦勞をされている。本当に切実に分かります。多分だけど、この問題は岡林さんからお話があったんですが、高知県の特有の問題かという、どうもそうではない。多分、各地方の病院、地方の先生方、皆さん、そういうことはおっしゃっていて、高知県に若手医師が特別少ないというわけではないというふうに思っています。そうすると、医師数は基本的にはどんどん以前より増えてきて、少し定数は減らしたところですが、基本的にはかなりの医師数で、けども、地方は少ないということで、もう一つの問題はチームなり、なんなりというシステム上の問題、これは高知県がどうこうなるわけではないので、なかなか、昔は高知にたくさん残ったけども残らなくなったということが最大の問題で、そのところをなんとかしろと文科省に言われて、高知大学がご苦勞されているわけですね。

そうすると、その見放された地方の問題も含めて、高知県としてやはり国に言うべきことは、やはりおっしゃるべきで、そこら辺のシステムを変えない限りは都会志向になる一方じゃないのかなというふうに思いますね。

この場合はそういうところではないとは思いますが、そういうところも含めて考えていかないと、いつまで経っても地方の時代がまた来ないということではないかなという感じが、私はいたします。

(岡林会長)

その他ご意見もあろうかと思いますが、またご意見、ご質問がございましたら、最後に発言をしていただくことといたしまして、それでは次に「がん」と「周産期」の説明をお願いいたします。

(事務局)

それでは、健康対策課長の福永でございますが「がん」と「周産期」について説明をさせていただきます。

まず、資料は9ページ、こちらの「がん」と書かれている分でございます。それから本文、ちょっと時間の関係がございまして、本文の方ではなくて資料で説明させていただきますが、本文は79ページからとなっております。

まず、「がん」につきましては、現状は3つに分けさせていただいておりまして、まず一番左の端の「検診の状況」でありますけども、がん検診は市町村の検診、それから職場の検診、それから個人で受診されている検診などさまざまな受診方法があります。第5期の計画の際は全国比較ができる市町村検診についてのみを記載しておりましたが、県民全体のがん検診対策を考えるうえでは、市町村の検診のみ受診した人の数で考えることは少し問題がございまして、市町村検診以外に職場検診等の受診状況を把握して対策を講じる必要がございまして、現在、県内の主要な検診機関よりがん検診の受診状況の報告をいただけるようになっておりますので、この第6期の計画からは県民全体の受診率を記載し、すなわち受



診数を対象の年齢の人口で割った数字で記載をさせていただいており、かつ日本一の健康長寿県構想の中では重点的に40歳代から50歳代の働き盛り世代の受診率向上に取り組んでいることもございまして、この部分の受診率については、別途抜き出して記載することにいたしております。

次に、真ん中の「医療体制」でございしますが、第5期の際はがん診療連携拠点病院が中央に3か所あったのみですが、それ以降、平成24年4月から幡多けんみん病院が新たにがん診療連携拠点病院の指定を受けました。また平成23年4月から拠点病院に準ずる病院として、県が独自に指定しております、がん診療連携推進病院として国立病院機構高知病院を指定いたしましたことより、現在は拠点病院と推進病院が5か所指定されております。右端は「患者の状況」でありまして、がんによる死亡は例年2,600名ほどでありまして、死亡総数の4分の1程度を占めております。75歳以上の年齢調整死亡率の3年平均は、平成21年から23年の平均においては、男女共に全国平均を上回っている状態になっております。

次の段、課題、それからその次の対策についてですが、課題の下に対策を並列で記載しておりますので、あわせてご覧いただければと思います。項目は5つに分けております。まず左端、「予防・検診」のところですが、がん予防として禁煙対策、それから生活習慣の改善が必要になっておりますが、こちらの方の具体策は健康長寿政策課にて改訂作業を行っております高知県健康増進計画、名称が「よさこい健康プラン2」]と申しますが、こちらに盛り込むことにしております。感染予防対策としては、子宮頸がん予防ワクチン接種の普及啓発に努めることとしております。肝がん予防については、肝炎ウイルス検査により肝炎ウイルスへの感染者を発見し、早期に治療に結びつけるコーディネートを行うということとしております。がん検診については、受診率がまだまだ低いことからがん検診の意義や重要性を周知して、また利便性を考慮した検診体制の整備に取り組んでまいります。また、がんり患患者が増加し始めるのは働き盛りの40歳代であることから、事業主との連携を強め、事業主から従業員への働き掛けを強化していきます。

次の段、「医療」ですが、拠点病院とその他の医療機関との役割分担と連携体制の強化が必要となります。そのため拠点病院を中心に研修会の実施や地域連携クリニカルパスの活用により連携体制を構築していきます。また、患者が医師に気兼ねせずセカンドオピニオンが受けられる体制と、セカンドオピニオンという制度があること自体を普及啓発することが必要です。

続きまして、「在宅緩和ケア」の場合は、医療の中の緩和ケアでございしますが、緩和ケアは終末期を対象としたものという誤った認識がまだあることから、正しい知識の周知が必要となります。そのための医療従事者向け緩和ケア研修の実施や、県民向けに緩和ケアの正しい知識の周知を行ってまいります。次に真ん中でありまして、在宅医療、在宅緩和ケアですが、在宅療養という選択肢のあることを一部の医療従事者と患者家族しか知らない状況ですので、在宅療養の周知が必要です。また、急性期病院からスムーズに在宅に移行するには、地域の医療機関や訪問看護ステーション等との連携が重要となってきますので、その対策も講じていく必要があります。

次に、「相談・情報提供体制」ですが、各がん診療連携拠点病院の相談窓口寄せられる意見を共有し、相談者のニーズに沿った医療提供体制を整えていく必要があります。また、がんに対する情報については、診療実績やそれぞれの医療機関の診療提供体制などの情報も住民に提供できるよう、各医療機関や県が取り組んでいく必要があります。

最後に一番右の「がん登録」ですが、がん対策を講じていく上で基礎データとして重要な位置を占めるがん登録の制度を向上させるには、より多くの医療機関からがん登録の情報を提供していただく必要

があります。県内のがん診療を行っている医療機関に地域がん登録への協力を呼びかけると共に、地域がん登録で収集した情報の医療機関への還元に努めていくこととしております。

目標でございますが、右下の目標の欄に書いてございますが、まず40歳から50歳代の方のがん検診受診率50パーセント以上を目指します。

75歳未満の年齢調整死亡率については、現在お配りしている資料の数値を変更しておりますので、修正をお願いいたします。現在10万人当たり77.2としておりますが、73.1に修正をお願いいたします。これはがん死亡率を3年平均で見ることといたしましたので、このようなかたちで3年分、2008年、2009年、2010年の3年分の平均として書かせていただくことといたしました。この目標値は、高知県がん対策推進計画の目標値と同じものとしておりまして、当初平成17年の年齢調整死亡率を10年後の平成27年に20パーセント減少させるという目標を立てておりまして、この目標値に沿って3年分の平均を示させていただきました。

3つ目といたしまして、がん患者さんが自宅で死亡する割合ですが、これを自宅死亡率を10パーセント以上とすることとしております。この自宅は、居宅ではございませんで、自分の家ということでございます。死亡診断書上の自宅という、それで亡くなられる方ががん患者全体で、がんで亡くなられる方の10パーセント以上という目標としております。この計画の進捗につきましては、高知県がん対策推進条例にて設置されております高知県がん対策推進協議会において、年2回その進捗を報告し評価をすることとしております。

がんに関しては以上でございますが、続きまして周産期につきまして説明をさせていただきます。周産期医療については、資料では15ページ、5事業の中の2番目でございます。それから本文の方は160ページからとなっております。時間の関係がございまして、資料の方で説明をさせていただきます。

まず現状につきましては、「周産期医療の提供体制」と「周産期医療をとりまく状況」の2つに分けております。

「周産期医療の提供体制」の中のまず「医療提供施設」でありますけれども、分娩を取扱う施設の数には平成10年に35施設ありましたが、平成24年9月現在で16施設にまで減少をしております。

「医療従事者」については、産婦人科医、小児科医は減少傾向にあり、就業助産師数は現在、平成24年末で169人となっております。

「医療連携体制」については、正常分娩を主に取扱う一次周産期医療機関が9診療所及び1助産所、比較的高度な医療を提供します二次周産期医療施設が5病院、それからハイリスク母体やハイリスク新生児を管理いたします三次周産期医療の施設は2か所でありまして、高知大学医学部附属病院と高知医療センターとなっております。一次、二次、三次がそれぞれの役割を分担しておりまして、三次の中で高知医療センターにつきましては、総合周産期母子医療センターの指定を行っております。

「搬送体制」につきましては、こうち医療ネット上に空床情報を二次、三次病院の医療機関の空床情報をその日ごとに掲載していると共に、高知県母体新生児搬送マニュアルを作成しておりまして、この利用をさせていただいております。このマニュアルに沿って県内の搬送紹介は行っております。これに加えまして総合周産期母子医療センターである高知医療センターの医師に受入先の調整をするコーディネートをしていただいております。また香川、愛媛両県の2つの病院に県外緊急搬送がもし発生した場合の協力依頼を行っておりまして、万一県外搬送が発生した場合には、県及び総合母子周産期医療センターの方で、受入先病院と連絡調整を行って搬送をさせていただいております。

次に、右の「周産期医療をとりまく状況」ですが、こちらでは人口動態を始め各種統計をあげさせていただいております。まず出生率につきましては、全国を大きく下回っておりまして、平成23年は5,244人となっていますが、里帰り分娩がこの他に年間800程度ございますので、年間約6,000人が県内で生まれている状況でございます。また、低出生体重児については、全国より高い状態で推移しておりまして、全国が9.6パーセントに比し、平成23年は10.5パーセントでございます。全国10パーセントを超えましてしばらく経つのでございますが、一度だけ10パーセントを切った年がございますが、なかなかこの10パーセントの壁が破れないという状況が続いているところです。その原因の一つでもあるのですが、早期産ですが、37週未満を占める割合が全国数字を上回っておりまして、早産の方が全国よりも多い状況があります。一つ上ですが、平成24年は今年でございますが、1,000グラム未満の児の出生が増加傾向にございます。特に夏、7月までは昨年の3倍のペースで推移しておりましたが、8月以降は比較的落ち着いている状況となっております。周産期死亡率は、近年はほぼ全国水準で推移しておりました。全国と全体的には同じでございますが、昨年度は死産数が多くございまして、ちょっと数が多くなりまして、実は47都道府県中最も高い数字になってしまいました。年によって、その前の年は47都道府県中最も良い数字だったものですから、年によって少しガタガタはございますが、平均的に言いますと、全国と同じような状態で推移しております。一方、乳児死亡率につきましては、順調に減少はしておるんですが、全国水準よりも高い状態で推移しております。妊娠の届出状況につきましては、こちらに書いてある状況でございまして、特に分娩後に妊娠の届が出る、つまり妊娠中全く管理をされていない方の出産が、平成21年では6件、22年では8件と、毎年数件程度見られている状況でございます。若年妊娠の1つのマーカーとされております10代の人工妊娠中絶実施率は、平成13年をピークに減少傾向にありますけれども、全国平均を大きく上回る状態、全国5位以内で概ね推移しているような状況でございます。

続きまして、これらの現状に対しての課題の欄でございますが、まず産婦人科、小児科の医師や助産師等の看護職員の不足、勤務医の負担の増大があります。

次に「周産期医療体制」としては、NICUの常態的な満床や分娩取扱施設の減少が課題となります。

「早産予防を目的とした母体管理」としては、低出生体重児の出生が多く早産の占める割合が全国より高い、NICUに長期入院する超低体重児が増加していることがあります。さらに、このような現状について県民の理解と協力を得ることも大切でありまして、県民の周産期医療に関する理解や協力は必要ですし、妊婦の母体管理意識や思春期からの健康な身体づくりを促すための啓発が必要となっております。

続きまして、対策でございますけれども、「人材の確保と資質向上」の項目では、まずは医師確保対策となりますが、奨学金制度の継続や利用促進、後期臨床研修医の確保策の強化、「ここの医療RYOMA大使」や県外大学、施設に対する派遣要請など強力に行っていきます。なお、周産期を担う医師の研修や就職にあたりましては、豊富な症例数及び十分な研修環境を持っていると、関係者よりお聞きしているところがございますので、高知の周産期医療の魅力を十分に発信していくことも大切であると考えております。また、助産師等につきましても奨学金の継続や養成大学等との連携なども行ってまいります。

続きまして、「周産期医療体制の整備促進」としては高知大学、医療センターのNICU、GCUの増床を推進していくほか、両病院の産科病床の増床を推進していきます。

また、分娩を取扱う診療所の存続支援策を検討していきます。

続きまして、「早産予防を目的とした母体管理の徹底」、一番右側の上側でございますが、超音波検査による子宮頸管長の測定や細菌検査など、医学的管理の徹底を行い、地域における妊婦保健指導の強化や、相談窓口の拡充、意識啓発等で早産、未熟児の出生を出来るだけ抑えていきたいというところでございます。

最後に「県民への啓発と理解の促進」でありますけれども、妊産婦に留まらず、思春期から妊娠期を通しての啓発や県民全体への情報発信を行ってまいります。

最後に目標でございますが、まず乳児死亡率は先ほど申し上げましたところで、全国より高くございます。平成23年は3.4ですが、これを全国平均以下を目標としたいと思います。ちなみに平成23年の全国平均は2.3となっております。周産期死亡率は先ほど申しましたように、平成23年は死産が多かったことがございまして、5.7と全国ワーストでありましたけど、全体的にこれを全国平均を目指したいと思います。平成23年の全国平均は4.1となっております。出生率に対する低体重児の割合は平成23年では10.5パーセントですが、10パーセントを切ることが、先ほど申しましたが周産期医療関係者の一つの壁と認識されておりますので、全国平均9.6に近づける10パーセント未満ということにしたいということでございます。また、NICU満床を理由とした県外緊急搬送例は、これは本年1件ございましたが、これを0にしたいと思っております。今年の1件が、実は本県周産期医療での初の県外搬送例であったということでございます。最後に妊婦健康診査については、これを未受診のまま分娩に至る産婦の数を平成23年には8人いたものを、目標値として0を掲げたいと思っております。なかなか難しい目標であるとは思いますが、0にむけて努力を続けてゆきたいというところでございます。

また、整備計画の今後のスケジュールでございますけれども、本計画の具体的なアクションは県周産期医療協議会にて、周産期医療整備計画上で定めるということになっておりまして、現在改定中でございます。高知医療センター、高知大学の産科病床など周産期病床の増床を含めた周産期医療体制整備、それと医療体制整備について国への増床協議を進めてゆく予定であります。以上で私の説明を終わります。

(岡林会長)

ただいまの説明に対しまして、ご質問、ご意見がございましたらご発言を願います。

(筒井委員)

質問なんですけれども、10代の中絶率が非常に多いことですか、低出生体重児の割合が非常に多い、相談が多いとかいうようなことで思春期からの健康な体づくりを促すための、啓発が必要というふうに考えられていましたけど、現状、例えば高校生の女子に対する教育なんかはどの程度行ってらっしゃいますか。

(事務局)

現状では思春期相談センター、プリンクにおきまして、相談を受けております。それと、中学校、高校から講師派遣要請がありまして、プリンクから派遣をしているのと、県事業は健康対策課の事業と教育委員会の事業と両方あるんですけれども、産科の先生方とか、助産師の先生方を派遣する事業がございます。これは結構な数の利用はあるのですが、そのような形で現在は行っているところです。

プリンクの相談の現状で申しますと、多いのは電話とかメールの相談ですけども、数的に多いのは男性の相談が多いです。男子の相談が多くて、男子の相談はどちらかといったら、マスターベーションの相談とかそういう相談が多いです。現実問題としてその部分にかなりの時間が取られているのは現状なのですが、かなり深刻な相談とか、かなりシビアな相談もございまして、これに対して、対応はさせて

いただいておりますが、現在のところと言いますと、やはり啓発に関して言うと、一時の、以前非常に、人工妊娠中絶の高い時期がございまして、そのあとかなり啓発をやってきて下がってきた経緯もございまして、最近、10代の人口妊娠中絶数の減少は停滞しております。昨年度も、一昨年よりも低い状態で推移してきたんですが、2月、3月でかなりの数が出てしまいまして、結果的に170件程度ということで、減らない状態です。やはり、ターゲットが思春期ということでなかなか難しい部分もあるんですが、啓発不足というのは否めない部分がありますので、これに対しては根本的なところを含めてどのような体制でやっていくかというところで進めてゆく予定です。こちらの医療計画の方には直接的には記載されていないのですが、来年度母子健康体制の根本的な対策をやっていく予定で現在進めておりますので、その中で十分このへんも検討してゆきたいと考えております。

(筒井委員)

今、お話を伺っている中ではやっぱり、例えば何年生の時に全員こういった高知県の出産の現状であるとか、そういったデータなんかも使って、割と淡々と情報を伝える事ができれば、意識的なものも違うんじゃないかなと思いますので、まずこの段階で全員が、基本的に情報を伝えて学んでおくとか、結構、妊娠は病気じゃないとか割と軽く考えて本当に取り返しのつかない事になってしまったりというところもあるようですので、全員がまずそういった情報をきちんと受けておくということも、まずベースとしてすごく大事な部分だと思いますので、是非今後ともそういった啓発事業についても力を入れていただきたいなと思います。ありがとうございます。

(岡林会長)

他にご意見ございませんか。

(宮上委員)

質問なんですけども、分娩に至るまで検診も指導も受けない方がそんなにいたという事だとか、その背景、後ろ側には十分な検診の回数を受けられない方もいらっしゃるのかなという気もしますが、そういう原因というのが医療だけではなくて福祉的な課題というか、そういうのがあるのかどうかということと、分娩を取扱うという、検診に行く先の医療機関も非常に少なくなっておりますけども、そういうことで検診がなかなか十分な回数できないのか、そういうことにも関係しているのか、そのあたりを教えてください。

(事務局)

まだ十分に分析は出来ていない部分がありますけども、まず医療機関のアクセスとの関連ですが、平成22年におきまして妊婦健診の受診回数、14回無料で受診できるんですが、県平均が11.3回となっております。

それで、アクセスの関係で言えば、やはりアクセスの関係だけとは言えないんですけども、高知市に限って言いますと12回を超えております。

それで、一部の少し中山間地域になりますと10回台となっております。

ただ、これが直接的なアクセスの関係だけかと言いますと、その他にもいろいろな要因はあるかと思いますが、やはり都市部の方が妊婦さんに対する啓発が行われやすいであるとか、それから、アクセス以外の問題としては、最近よく聞く話はなかなか仕事が休めないとかいうようなお話ですね。やはり、妊娠中に特に最後の6回を除きますと残りは産休中でない時期ですので、なかなか、お仕事を何回も休めないという話も聞いておりますので、そういう部分で受けたい意志があるにも関わらずなかなか受け

られないという部分については、これは環境の問題がありますんで、ここは職域とか、これも実際、啓発は行ってきているんですけども、そういう周囲の理解を得るようなことをやっていきますし、今もやってますけど、もっと手広く大きくやっていきたいと思えます。

それとは別に、特に受診回数の少ない方に関して言いますと、受診回数が少ないということは一定、流産がありますので、それは一定数出るんですが、それ以外の要因としては、一つは今言ったような数ですとなかなか検診に行けないという方もいらっしゃるんですが、多くの場合はやはり不規則受診になっています。したがって、全体の割合で言いますと10回を切る方というのは、10回までの方がほしい、これは市町村によって若干格差がありますけれど、2割から3割あります。それで、2割から3割の中の一定の10%程度とは思いますが、その方は流産と思われそうですが、残りの方は不規則受診であったりとか、もう0回という方もいらっしゃるんですが、その0回の方は全く受けてないわけですね。それで、まったく受けてない方とか、非常に受診回数が少ない方の状況を、ちょっとこれは正確な統計とは言えないんですが、周産期医療整備計画の方でも検討はしております。その中のある程度、一定を占めるのは低所得の方であったり、それからシングルマザーであったり、社会的に脆弱者である方が、半数程度と考えていただいていると思えますが、一定の割合を占めております。それで、そういうような部分があることは確かですので、ある種この方々はどうしても出産までといっても、ほぼ早産なんですよ。ほぼ早産ですので、そういう意味ではリスクの非常に高い方々ということになってきていますので、その部分の社会的脆弱な方を対象とした、やはりアプローチというのも当然並行して進めていく必要があるというところを認識しております。

(織田委員)

歯科医師会の織田と申します。

歯科の方から見た時に、最近、低体重児と歯周病の関係が結構言われてきておまして、そのモデル事業をしたのが、熊本県がそういうふうなアプローチを1回だったと思えますが。それで、継続してやるというふうなことを聞いておりますけれども。やはり口の中の管理、生活習慣なんかとかなり密接に関係があると思えますので、そういう分ともリンクしてるとは思えますけれども、やはり生活上の問題があると、どうしても口の中の管理も悪いかなというふうな気はしてまして、なかなかアプローチは難しいと思えますけれども、やはりそういうデータを一度出していただきたいと。

低体重児の出産をしている医療機関というのは、そんなにたくさんないと思えますので、多分歯科のある部分だと思うんで、そういうところでデータを出していただければ、うちの方からも少しは協力はできたらいいなというふうなことであります。以上です。

(事務局)

はい。ありがとうございます。

低体重児、特に1,500グラム以下になりますと、もう数が限られてまいりますので、今のお話につきましては周産期医療整備計画の方でも話をして、協力を仰ぎたいと考えております。

また、現在進めております部分ですけれども、歯周疾患がありますと、いわゆるサイトカインが感染されまして、子宮収縮を起こしてしまうということがございますので、できるだけ早いうちに歯科を受診していただいて、歯を見ていただくということは啓発としては進めております。これをどのようなかたちでやるかというのは、市町村にはある種委ねられているところですので、働きかけはしていきたいというふうに思っておりますが、特に妊娠届を出した時に保健指導をするのですが、している市

町村が大部分なんです、その時に必ず言っていただくというようなことをぜひ進めていきたいと考えております。

(岡林会長)

今の年間の出生数に対して、受入れ態勢はなんとかいっているわけなんですか。

(事務局)

現状では、なんとかいっているんですけども、二次の病院にかなりの負担をかけています。中央圏の二次は国立、日赤、JAですね。こちらの3つの病院にはかなりのご負担をかけているのが現状です。昨年から今年の1年間にかけて、2か所診療所が閉じておりますが、その部分の妊婦さんがやはりこちらの3つの病院にかなり行かれていますのが現状というところがございます。

ですので、なんとか回ってはいるんですけども、かなりご負担をかけていることは確かです。

(岡林会長)

これから先も、ある程度は受入れ態勢はできるということなんですか。

(事務局)

先ほど話を致しました、まず、三次の病院に産科病床を増やしていくということで、ある程度の数の分娩数は出てくると。あとは、二次の病院がなんとか受け入れていただけるように、策を講じていく必要がございます。

それからやはり、診療所はやめられるところもあるのですが、できるだけ承継をしていただけるように、産婦人科医会の方とも話をしております、そういうようなことも進めていきたいし、例えばまた承継のお話が出てきましたら、承継をされるお子さんとか先生のところにご説明に上がるということですが、そういうふうなことはもちろんしていくということにしていきたいと思っておりますし、いろいろな情報提供はやっていきたいというふうに考えております。

(岡林会長)

はい。そしてまた、ご発言ございましたら、後で。

では、続きまして、「脳卒中」、「急性心筋梗塞」、「糖尿病」、「在宅医療」につきまして、説明をお願いします。

(事務局)

医療政策・医師確保課でございます。

資料1の10ページをご覧ください。その「脳卒中」からご説明をさせていただきます。

本文では96ページから110ページまでになります。この内容につきましては、脳卒中医療体制検討会議において検討していただきました。

現状、課題、対策が大きく3つに分かれますので、その3つのくくりごとに現状、課題、対策ということをご説明していきたいと思っております。まずは、資料の一番左の上、現状の「患者の状況」というものの状況の欄をご覧ください。

脳卒中は、高知県死因の第4位、介護の原因の全国第1位、再発率は33%、高知県の受療率は入院が人口10万人に対しまして437名ということで、全国で最も高くなっています。「予防の現状」をみますと、検診の受診率が全国より悪く、習慣的に喫煙している男性は41.4%と全国で8位となっております。

その下、課題の「発症予防」の欄を見ていただきまして、脳卒中の発症要因である高血圧と喫煙が2大リスクであること、禁煙指導や血圧の管理が不十分である。それに対する対策としまして、高血圧と

喫煙対策の推進、また、第5期からの新しいものとしまして、家庭での血圧測定と血圧値に関する知識の普及計画、医療機関における血圧管理の推進ということを挙げております。

次に救護のことについてご説明を致します。現状欄の一番真ん中あたり、「病院前救護の状況」をご覧ください。脳卒中の発症後2時間以内に医療機関を受診した患者の割合は17.6%、t-PAの治療が時間制限のために使用できなかった患者の割合は62.6%でした。少し、課題が右に左に寄りますが、課題としまして、患者やその周囲にいる者が発症に気づかないなど、知識の啓発が不十分ということが挙げられます。対策としまして、脳卒中の知識の普及、救急隊員の脳卒中病院前救護研修の充実・支援ということを挙げております。

次に、「医療提供体制」について病期ごとに対策も合わせてご説明致します。一番右の欄、「医療提供体制の状況」をご覧ください。急性期につきまして急性期医療の機能を担う医療機関が地域偏在がある、脳卒中の専門治療を24時間、365日行える脳卒中センター8つのうち、中央保健医療圏が7か所、幡多に1か所という状態であること。回復期につきましては、急性期の病院から回復期の病院への転院に、病院間の連携が不十分なために、日数を要するという状況があること。維持期において維持期の患者さんの身体状況、また家庭の介護力等の事情によって維持期の療養をおこなう場所がたいへん多様化しているということが現状としてございます。

課題としまして、「急性期」については発症後3時間以内の専門治療が重要であるため、脳卒中センター、脳卒中支援病院の役割の明確化が必要であるということ。これに対する対策として、この現在の急性期脳卒中診療体制の充実を行っていくこと。「回復期」としまして、急性期の病院から回復期リハビリテーションの病棟へ転院する、より高い機能の回復を図ることが課題ですので、そういった患者さんの情報をフィードバックする仕組みづくりの検討ということを対策として挙げております。「維持期」につきましては、退院後の目指す姿である目標等の設定を目指す仕組みづくりが必要であるという課題に対しまして、対策として、地域包括ケアシステムの構築に向けた症例検討や合同研修会をおこなっていくことを挙げています。

「医療連携体制」としまして、急性期から維持期まで患者の医療情報の共有が不十分なままの医療提供の提供が行われている実態があることや、患者情報がケアマネジャーまで届いていないということ。専門的な口腔ケアの支援対策が必要であるということ。これに対しまして、今、脳卒中のクリニカルパスは最も進んでいる状況であります。パスの利用率を上げていくこと、歯科医師と脳卒中治療を行う医師の合同研修会等を行っていくこと、脳卒中患者のデータ蓄積を継続し、予防や医療提供体制へ活用していくことを挙げております。

その下の、目標欄をご覧ください。脳血管疾患の年齢調整死亡率、資料作成時点では調整中ということで、数字のお示しができておりませんでした。よさこい健康プランの目標設定等とのすりあわせも行いまして、目標として、男性が51.5、女性が26.2という目標を掲げたいと思います。もう一つの目標としましては、脳卒中センターまたは、脳卒中支援病院数を全保健医療圏とも直近値以上にするということを目指しております。

続きまして、11ページをご覧ください。「急性心筋梗塞」、これは本文111ページから120ページまでに記載をしております。こちらにつきましても、現状、課題、対策の順にご覧をいただきます。

「患者の状況」としまして、喫煙の割合が高いということ、急性心筋梗塞が高知県の死因の第2位であり、年齢調整死亡率をみましても、急性心筋梗塞が全国より悪い数字となっております。



その下、課題として「発症予防」ですが、急性心筋梗塞の危険因子であります、喫煙、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボ、ストレスといったことに対しては、生活習慣の改善と検診、予防が重要にもかかわらず検診の受診率が低く、喫煙支援や血圧管理がもっと必要です。そのことに対しまして、健康増進計画に基づく減塩対策、禁煙治療の推進、検診受診率の向上といったことを挙げております。

その右側に救護に関することを載せております。現状、「救護の状況」をご覧ください。上から一番目のポツ、一般市民によるAEDを使いました除細動の実施は平成18年1件でありましたところ、平成22年は8件まで伸びております。その下、急性心筋梗塞発症後6時間以内の医療機関の受診につきましては、治療開始までの時間を短くすることが心臓へのダメージを防ぐ上で重要なことですが、平成18年度で63%だったものが、23年度は73%とたいへん改善しております。それに対する対策としまして、急性心筋梗塞発症後、医療機関受診までに6時間以上要した患者がまだ約3割いるということがございますので、早期発見、早期受診について、県民への啓発を行っていくということを記載しております。

その右に「急性期」と「回復期・再発予防」ということで、医療体制のことを記載しております。これをまとめてご説明をさせていただきます。

「急性期」の現状といたしまして、急性心筋梗塞の急性期治療を担う医療機関が中央保健医療圏に集中しております。急性心筋梗塞治療センター、5病院のうち4病院は中央保健医療圏にございます。再灌流療法実施率は、バルーンパンピングにより心筋にもう一度、血液を流す治療法ですが、これにつきましては18年度82%であったものが平成23年度90%ということで特に65歳から74歳の年代で再灌流療法を実施する割合が伸びております。この「急性期」の課題としまして、専門的治療と心大血管疾患リハを行う医療機関の地域的な偏在があります。

対策としまして、治療成績向上のため来院から治療までの短縮期間の時間短縮化と、急性心筋梗塞治療センターの標準的な治療成績の公表等を挙げております。また、安芸保健医療圏での心臓カテーテル室の整備等、医療体制を強化するということが挙げております。

「回復期・再発予防」の現状としましては、心大血管のリハを行う医療機関が中央保健医療圏に集中しているということ、それに対する「回復期・回復予防期」の課題としましては、患者の自己判断による治療の中断防止ということが、治療中断が症状再発の要因ともなっているために、重要であり、対策としまして、各地域の医療機関間の連携を図ることと、患者回復への短期予防に関する啓発や教育を行うということを挙げております。

それで、目標としまして、発症から受診まで6時間の割合を80%とすること。病院に到着してから、バルーン拡張までの時間が90分以内の実施割合を8割以上とすることと、一般市民により救護活動が行われた心原性の心肺停止症例の1か月後の生存例、消防庁の調査に係るものでちょっと長い説明になっていますが、それを上げていくことなどを挙げました。それで、目標は、虚血性心疾患の年齢別死亡率の人口10万人当たりを男性36.8、女性13.9としております。これは、第5期まで急性心筋梗塞の年齢調整死亡率を設定しておりますところ、健康増進計画と整合をとって虚血性心疾患について目標設定をいたしました。

続いて12ページをご覧ください。「糖尿病」、12ページでございます。本文の121ページから132ページまでに掲載してございます。

「糖尿病」につきましては、重症化する前の取組が重要であるということで、予防を中心にした検討をいたしました。まず予防の現状、状況の欄をご覧ください。高知県では働き盛りの世代の肥満者の割

合が高く、小児の肥満も多く、健診の受診率が低い。また、健診で医療機関の受診指導があった者のうちで受診した患者の割合が全国よりやや低く、また、健診等で糖尿病と言われた方のうちで未治療者や治療中断者が全部で37.4%、こういった方が重症化している可能性があります。

「患者の状況」としましては、人口10万人当たりの受療率は男性がやや低い。脳卒中を発症した患者のうちで、糖尿病を基礎疾患に持つ患者の割合は26.4%でした。こういったことを予防について見ていただきますと、課題の欄で食生活や運動習慣などの改善の取組が不十分であり、継続した健康づくりへの取組が必要で、予防の対策としましては、健康増進計画に基づきます生活習慣の改善の啓発をしていくことを記載しました。

「県民自身の健康管理」では、定期的な健診を受診しない県民が多く存在しますことから、健診の促進を再度図っていくこと。糖尿病の知識が正しい知識を持っていないことで医療機関を受診しない、または治療中断ということが起こっておりますので、知識の普及として糖尿病医療体制検討会議の委員である医師等を中心に、糖尿病の専門医師による講演を行っていくということ。県民への啓発、職域における啓発ということを記載しております。

「保健と医療の連携」ということにつきましては、未受診者への受診勧奨のために保健者と医療機関との連携が重要であることから、意見交換会など情報交換の場の構築を目指していくことといたしました。

次に右の「医療体制」のところですが、糖尿病の専門的な医療従事者の地域的な偏在があることとか、医療機関における歯科健診の勧奨が不十分であること、医療機関の管理栄養士の配置が不十分であり食事指導が不十分であることが課題として挙げられまして、それに対しまして研究会やセミナー等を通じて、多職種連携体制を構築していくことや、歯科健診への受診を促進していくこと、栄養面では管理栄養士を育成指導し、管理栄養士の派遣体制を整備していく、といったことが挙げられております。

目標としましてはその下、糖尿病腎症による新規透析の導入率を増加させないことを挙げました。また、糖尿病患者で硝子体手術を受けた方のうち、糖尿病網膜症が原因であった人数を増加させない、これは糖尿病の予防の取組を図る指標として、適切ということで検討会議で話し合いまして、これを増加させないということを目録設定とすることといたしました。

それでは、続きまして少しページが飛びます。18ページをご覧ください。在宅医療について記載しております。在宅医療については、第6期保健医療計画から医療連携体制を計画に記載することになりますので、新しい項目、第5期計画にも記載はありましたが、第6期では新たに項を立てました。特記事項としまして、二次保健医療圏を、他の疾病、事業、または全体では中央、高幡、安芸、幡多の4つに設定しておりますが、在宅医療については生活の場で提供される医療ですので、中央保健医療圏を高知市、中央東、中央西の3つに分け、6つの二次保健医療圏を設定して、計画の中では分析をしております。

また、この現状、課題、対策につきましては、国の指針に基づく4つの段階ごとに整理をいたしておりますので、その整理にそって現状と課題、対策をご説明していきたいと思っております。まず一番左、「退院支援」をご覧ください。県内の医療機関に実態調査を実施しまして、退院調整加算医療機関が51か所、退院前カンファレンスを実施している病院数は50か所ございました。「退院支援」の課題としましては、在宅への円滑な移行に必要な情報の共有や短時間で質の高いカンファレンスの運営方法の技術の習得等

が必要でございますため、対策として、「顔の見える関係づくり」のために地域の多職種による研修実施等を挙げております。

その右、「日常の療養支援」でございますが、これも実態調査をいたしまして、県内の在宅医療機関の患者数は概ね3,000人、うち76歳以上が全体の85%以上、受診場所は自宅と施設等がそれぞれ半数ぐらいということが分かりました。訪問診療を実施している医療機関数は151か所。その医療機関で在宅医療が提供できる、受入れできるというふうに答えた人数は3,700人。在宅療養支援診療所数が全国の半分ほどといった実態が分かっております。それに対する課題としまして、圏域によりましては、訪問診療を受けたいと希望される方がいまして、これ以上対応できる患者数に余裕がない状態であること、また高知市以外の圏域において、在宅医療の資源が少なく在宅医療従事者の確保が困難であることや、訪問看護ステーションに空白の地帯があることなどが挙げられます。それに対します対策としまして、訪問診療を実施可能な医療機関数を増加させる方策を検討することや、訪問看護ステーションの訪問できるエリアの拡大についても検討を行うことや、医療機関から行う訪問看護を増加させるということについて、教育支援を実施していくことなどを記載いたしております。

次に「急変時の対応」ですが、急変時に受入れ可能な病院、有床診療所が41か所。この急変時の対応ということは県民が在宅医療を選択する上で、大変高いニーズのある項目です。また24時間体制で対応できる訪問看護ステーションは32か所という状況でした。急変時対応の課題としまして、自院だけでは24時間対応が難しい。医師お一人で開設している診療所などが連携によって、24時間対応できる体制づくりを行うことが必要であることなどがありまして、それへの対策としましては在宅医療の具体的な姿を検討し、グループ化を促進していくことなどを挙げております。

最後に右端「看取り」です。看取りを実施している医療機関は、県内で87か所、ターミナルに対応できる訪問看護ステーションは35か所、在宅死亡率は全国より低いという状況となっております。これに対します課題としまして、患者や家族に対して、在宅で受けられる医療、介護、看取りに関する適切な情報提供が必要であることや、介護施設における看取りについて重要な支援が必要ということ。それに対する対策として、患者や家族が看取りに対して理解をし、自己選択が可能となるような啓発や情報提供を行っていくことを整理いたしました。

目標でございますが、退院前カンファレンスを実施している医療機関数や訪問診療の可能な医療機関数を増やすこと。急変時に受入れ可能な病院、有床診療所など、これらにつきましては数値目標を設定いたしました。また数値目標の設定まではできませんでしたが、在宅患者が、県内の旧市町村圏域で見れば、県内全地域で訪問看護が受けられるとともに、訪問看護が実施できる医療機関を増やすということを目標として掲げております。私からは以上です。

(岡林会長)

ただ今のご説明に関しまして、ご質問やご意見がございましたら、ご発言をお願いします。

(岡林会長)

「脳卒中」の患者の状況と現状でございますが、この入院が全国1位、全国平均と比べてあまりにも人数が多いですが、算出方法というのはどういうところから、人口10万人当たり437人というのは。

(事務局)

国の患者調査でこの数字を一律に出したものです。出所は患者調査です。

(岡林会長)

全国が 156 人に対して 437 人で、あまりにもかけ離れている数字だと思うので、これはどのように評価をされているのでしょうか。

(事務局)

患者調査は、病院の病床に入院している患者さんを来診時の診断で調べたものですので、高知県は療養病床は非常に多いですから、他県であれば介護施設で入所されているような病状の方々が結構数字に入ってきているのではないかと思います。この 437 で急性期、回復期、慢性期でどれぐらいかというところ、ちょっと切り分けが難しいところですが、やはり高知県は療養病床が相対的に非常に多いので、その部分が入ってきて、こういった数字になっているんだろうというふうに分析をしております。

(岡林会長)

調査の時点での入院人数ということなんですね。そうなってくると、発症に伴う入院数ということとは一致しないわけですね。それから急性心筋梗塞について、竹村委員より指摘がございましたが、急性期の現状のところでは再灌流療法実施率ということで、説明ではバルーンパンピングというふうに説明をされましたが、このバルーンパンピングというのは、心不全重篤例に使用ということでして、PCIではないかということですが、そこはいかがでしょうか。

(事務局)

ご指摘のとおりで説明の間違いです。IABPではなくてPCIという意味での再灌流療法です。大変失礼しました。

(岡林会長)

ご発言ございませんか。

(織田委員)

「脳卒中」のところ、最近、脳卒中の中でも専門的口腔ケアが必要だということが、ずいぶん言われてきておりますけれども、こういうふうに書かれると、なんか最後の方にすればいいというふうな感じがするんですけど、当然、急性期、回復期、維持期にわたって必要だというふうな認識でよろしいでしょうか。

(事務局)

はい、そのような認識で動いています。

(岡林会長)

他にございますでしょうか。それでは続きまして救急医療、小児医療、災害医療についての説明をお願いいたします。

(事務局)

医療政策・医師確保課でございます。資料 1 の概要におきまして説明させていただきます。「救急医療」から説明いたします。資料 1 の 14 ページをお開きいただけますでしょうか。本文は 146 ページからになっております。まず現状、それから課題、対策、目標の順で説明させていただきます。

現状でございますけれども、「救急搬送の状況」につきましては、救急出場件数及び搬送人員は増加傾向にございます。平成 22 年は出動件数、搬送人員とも過去最高でございました。また救急車による傷病程度別搬送人員のうち、軽傷者の割合が半数近いということになっております。それから「病院前救護体制」、その右でございますけれども、ここにおきましては救急救命士が平成 22 年 4 月時点で 206 人登録されておまして、これは県内で救急隊 46 のうち常時配備されている隊が 33 隊、71.7 パーセントと

いうことになっております。これは全国平均の 80.5 パーセントよりも低いという数字になっております。

引き続きまして、課題でございます。まず「適正受診」でございますが、救急車で搬送した救急患者のうち約半数が軽症患者ということを申し上げました。これが医師や消防隊にとって大きな負担となっております。そのため県民の救急医療に対する理解の促進や、適正受診の啓発が必要であると考えております。対策といたしまして、救急車、救命救急センター本来の役割確保のため、県民への適正受診の啓発を行ってまいります。具体的には新聞広告、ポスターの作成、テレビCMの作成等でございます。

それから課題のその次、「救急搬送」でございます。重症者に対して速やかに適切な救命処置を行い、搬送することが必要でございます。救急救命士の出動が伴っております。そのため救急救命士が救急隊に常時配備されるように、計画的な養成が必要であると考えています。対策でございますが、救急救命士増員のため、消防職員の救急救命士養成所への派遣や、資格職の採用等を進めてまいります。またここにMC専門委員会と書いておりますけれども、これは高知県救急医療協議会の下に設置されておりますメディカルコントロール専門委員会のことでございます。ここにおきましても事後検証が必要であると考えております。

次の課題でございます。「医療提供体制」でございますが、救急医療を担う医師の不足から郡部の二次救急医療機関の機能が低下しております。それに伴いまして、救命救急センターへの患者が集中しています。これが医師の負担を大きくしてございまして、救急医療の提供が困難になりつつあるということでございます。それとドクターカーでございますけれども、これの活用が十分になされていないということ。それからドクターヘリ、平成 23 年 3 月に導入されましたが、これによります救急医療連携体制の見直しが必要であると考えています。これに対します対策でございますけれども、医療提供体制の充実ということで、一般社団法人高知医療再生機構や、高知地域医療支援センター等と連携いたしまして、県外からの医師の招へい、赴任医師に対する支援、若手医師にとっての魅力ある環境の整備を行ってまいります。並びにドクターカーの広域的な運用及び新たな救急医療体制の検討を進めてまいります。

それから最後の課題になりますが、「情報提供体制」でございます。現在のこうち医療ネットがございましてけれども、いわゆる応需情報入力機関が 110 ございまして、日々の入力率が 30 パーセント未満の医療機関が約半数でございます。このため救急搬送時には、この応需情報を参考にできないということが起こっております。このために、医療機関の応需入力情報につきまして、更新頻度が上がるよう、各医療機関への働きかけが必要であると考えております。また、こうち医療ネット、これの診療科目が提供する医療サービス、実績など分かりやすい医療機能情報の公表が必要であると考えております。

以上に基づきまして、目標でございますけれども、一つには救急隊のうち常時救急救命士が配備されている隊は、平成 22 年におきましては 71.7 パーセントでございます。これを 100 パーセントにすること。それから先ほど申し上げましたが、救急車による軽傷者の搬送割合。これが平成 22 年度 46.8 パーセントでございますが、これを 30 パーセントにすること。

最後でございますが、救急医療情報センターの応需入力率ですね。これが同じく平成 23 年におきましては、42.3 パーセントでございますが、これを 100 パーセントに上げる。この三つを目標にしてございまして、救急医療協議会におきまして、進捗状況の管理、それから取り組みの成果について強化を努めてまいります。「救急医療」につきましては以上でございます。

引き続きまして、「小児医療」でございます。これは資料 1 の 16 ページを見てください。本文では 176 ページからになっております。先ほどと同様に現状、課題、対策、目標の順番で出てまいります。現状

でございますけれども、まず左側の「相談・照会」に関する現状でございます。高知県救急医療情報センターにおきます全体の相談件数の中で、小児科の占める数は約2万件であり、これは全体の4割に上っております。またこうちこども救急ダイヤル、いわゆる#8000番が子どもさんの急患時の相談に乗っておりますけれども、これは平成23年度1,660件、一日当たりになりますと9.7件でございますが、これは毎年周知に伴いまして件数は上がってきております。

その次、これにつきまして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、こうちこども救急ダイヤルのさらなる充実、強化ということです。現在のところ毎日ではございませんで、木、金、土、日、祝日、それから年末年始が相談日でございますけれども、これの相談日を増やしていくというのが対策でございます。

そしたら現状に戻りまして「小児の疾病など」のことでございます。一つには小児の死亡率が高く、乳児死亡の18名が小児死亡の6割を占めるということがございます。なお乳児死亡におきましては、周産期に発生した病態による死亡が多いというのが現状でございます。これにつきましての課題でございます。

「小児医療体制」でございますが、医師の数が不足しているということ、それから、県内では心臓手術等の高度医療に対応できないということ、それから、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ございます。

対策でございますが、研修医に対する貸付金の貸与、それから研修支援により小児科医の確保に努めるということもございます。県外の高度治療が可能な医療機関との連携体制を維持するということが、それから、若手医師の県外医療機関でのキャリアアップを図るということもございます。

それから現状に戻りまして、左から3番目でございます。「小児医療」と書いてございますけれども、まず小児科の病院が減少傾向にあるということ、その中でも、中央保健医療圏への外来・入院の依存度が増加する傾向にあるということ、そして高次医療の中央保健医療圏への集中が進んでいること、それから中央保健医療圏でございますけれども、入院中、小児救急の輪番を担う医師の数が減少しているということもあります。なお東部、西部においては、あき総合病院、並びに幡多けんみん病院が圏域の初期救急、入院救急を担っているというのが現状でございます。

これにつきましては、課題でございますけれども、まずは医師不足等で中央保健医療圏の病院群輪番の維持が困難になっているということが挙げられます。そして、あき総合病院及び幡多けんみん病院の負担が大きくなっているということが挙げられます。それからP I C Uが整備されていないことを挙げています。

これにつきましての対策でございます。まず二次保健医療圏の「小児救急医療体制」につきまして、高知県小児医療体制検討会議で検討してまいります。そして小児科医の勤務環境を改善するための支援を行います。最後でございますけれども、P I C Uの整備に向け、小児医療体制検討会議で検討を行ってまいります。

そしてあと現状に戻りますが、「小児科医師」のことでございます。ここは医師不足、今現在100人いらっしゃるけれども、平成16年から横ばいでございます。そして医師の高齢化が進んでいるということが挙げられます。その医師は先ほども申し上げましたが、中央保健医療圏への偏在をしております、専門医についても同様だと思います。その横の現状でございます。小児人口と世帯構造でございますが、少子化がやはり進行しております、15歳未満人口につきましては、平成22年91,798人、これ

は平成17年、5年前と比べて1万人減少しております。高知県での特徴でございますが、夫婦共働き世帯が多いということ、そして保護者の方々等の小児科の専門志向が高いということがあります。これについての課題でございますが、「適正受診」が必要ですが、救急搬送患者や夜間の小児救急病院の受診者に軽症者が多くなっています。先ほどの救急病院と同じことでございますけれども、小児についても同様の傾向が見られまして、小児科医師等の負担が大きくなっております。

これにつきまして、やはり救急医療のところでも申しましたが、テレビ、新聞等のメディアを通じた広報を実施する、それによって県民に意識を変えていただくということがまずございます。そして小児科につきましては、それとは別に小児科の医師によります講習会、保護者、子どもはもちろん保護者等を対象とした講習会を実施してまいります。

以上の目標がその下の方に書いてございます。小児科の医師の数をまず現状の100人程度のところから105人以上にするということ。それから安芸、中央、幡多保健医療圏の小児救急体制の維持ということ。それから小児輪番の病院、5輪番病院、それからあき総合病院、それから幡多けんみん病院に勤務する小児科の医師の数を49人以上にするということ。それから最後に適正受診でございます。救急搬送の軽傷者の割合70パーセント以下。それから輪番病院の深夜帯受診者を7人以下にするということでございます。

これらの目標につきましては、高知県小児医療体制検討会議におきまして、評価を行ってまいります。「小児医療」につきましては以上でございます。

それから3つ目の最後になりますが、「災害時における医療」でございます。これにつきましては、資料1の20ページをご覧くださいませでしょうか。本文におきましては、243ページからになります。災害時における医療の現状でございます。これは二つに大きく分けてございまして、一つは「災害医療の実施体制」、もう一つは「医療機関の防災対策」でございます。

まず、「災害時の実施体制」から申し上げます。まず「医療提供体制」でございますけれども、現状は高知県内、災害拠点病院が10、次が救護病院、医療救護所とそれぞれの数になっております。なお災害時医療の中核となっております、災害拠点病院におきます医薬品、食料、飲料水の備蓄はそれぞれの病院で3日から5日程度となっております。あと広域医療搬送拠点、これは県外への広域医療搬送の時に拠点となる所でございますけれども、高知大学医学部並びに宿毛市総合運動場の2か所でございます。それからEMISと書いてございますけれども、これは広域災害救急医療情報システムと申しまして、災害発生時に各医療機関の情報入力等により、医療機関の被災状況、患者受入れ状況などの必要な情報を共有する、そしてそれによって被災地域での迅速、適切な医療救護活動のための各種情報を集約して提供していくためのシステムでございます。これとEMIS登録病院が現在、高知県内全体の64パーセントということになります。

それに対する課題でございます。まずは災害拠点病院の、今申しました備蓄量が少ないこと。それから新たな被害想定に基づきまして救護所、救護病院の見直しが必要であると思っております。それから県外医療支援チームDMAT等の円滑な受け入れ態勢の構築が必要ではないかということ、それから広域医療搬送訓練の実施、並びに先ほど申しましたEMISの登録病院数を増やすということが課題でございます。

対策でございますが、まず新たな被害想定を見据えた医療救護体制の見直しが必要になってまいります。それから広域医療搬送の救護体制の見直しが必要になってきます。県外医療支援チームの受援調整

のあり方も検討していく必要がございます。それからEMIS未登録病院への働きかけ、それから入力訓練の実施でございます。

現状に戻りまして、「保健衛生活動と在宅患者の対策等について」でございます。これは現状、平成18年に高知県自然災害時保健活動ガイドラインを作成しております。在宅難病患者さんの数は7,101、人工透析の患者さんは2,272人となっております。

課題でございますが、南海地震に特化したガイドラインを作る必要があると。それからインフラが断絶した場合の難病患者さん等を支援する必要があるということでございます。その対策でございますが、南海地震を想定してガイドラインの策定をするということ、それから各市町村独自の保健活動マニュアルの作成の働きかけでございます。県の福祉保健所、高知市保健所独自の公衆衛生マニュアルの策定もでございます。最後でございますが、「在宅難病等患者及び人工透析患者災害支援マニュアル」に基づく支援と支援対策の整備でございます。以上が「災害医療の実施体制」のところでございます。

そしてその右側になりますが、「医療機関の防災対策」について説明させていただきます。まず、現状でございます。耐震化のことですが現状で耐震化率は災害拠点病院では100パーセントでございますが、その他の病院が57パーセント、有床診療所は62パーセントです。災害対策マニュアル、いわゆる防災計画でございますけれども、その作成率につきましては、災害拠点病院では100パーセント、全病院では93パーセントとなっております。

課題でございますが、耐震化率を向上させること、それから新たな被害想定での災害対策マニュアル等の策定や、それから見直しが必要でございますので、その推進でございます。

対策でございます。耐震化の促進でございますが、高台移転も視野に入れた支援制度の拡充、新制度創設等の政策提言が行われております。それから、災害対策マニュアルの作成や見直し、それぞれの医療機関において実施をお願いするという動きであります。

現状に戻りまして、「医療従事者の確保等」でございます。現状は災害時医療従事者研修、DMAT研修やエマルゴ研修などを実施しているということでございます。これにつきましては、継続してまいります。それと同時に災害時に医療従事者が、自分が普段勤務している医療機関に参集できない場合の確保の方法というのが課題になっております。対策でございますが、研修の継続は当然でございますけど、自ら勤務している病院に参集できない場合、例えば交通機関の遮断等になりますが、そういった場合に最寄りの医療機関で医療活動が行えるような、そういった相互支援制度を検討してまいりたいということです。

そして、また現状に戻っていただきますけれども、「通信体制の確保等」でございます。現在、災害時の通信体制において信頼されている衛星携帯電話の整備率、災害拠点病院では100パーセントでございますが、その他の病院におきましては32パーセントとなっております。これにつきましては、通信体制の確保のためには、衛星携帯電話も含めました、複数の通信手段の整備が必要であると考えております。その点の対策でございますが、ツイッターであるとか、スカイプであるとか、そういった複数の情報サービスの活用の検討がまず挙げられていますと同時に、衛生通信を使った通信環境の確保ということも大切であると思います。

そして、現状に帰っていただきまして、「備蓄状況」でございます。これは病院における備蓄の状況でございますけど、医薬品でありましたら3.8日、ただし備蓄はないという病院も20パーセントございます。それから、食糧飲料水といった飲料物資ですが、ないというところもやはり10パーセントございま



す。これに対する課題でございますが、患者さんのこともさることながら、職員の方も活動に必要でございますので、職員の分の確保、それから新被害想定を踏まえた見直しが必要になってきます。

対策でございます。医療機関への備蓄の働きかけを行ってまいります。それから医薬品流通備蓄の品目・数量の確保でございます。そして関係団体との協定による医薬品の確保対策の充実も必要であると考えています。

以上のことから目標でございます。目標がその下に書いてございますが、一つは救護病院、それから災害拠点病院の耐震化率、これを100パーセントにします。直近値は約60パーセント、それから病院の災害対策マニュアル防災計画の作成率、これも直近値93パーセントですが、100パーセントを目指します。先ほども申しあげましたEMIS、広域災害救急医療情報システムの病院の登録率、これは現在64パーセントでございますけど、これを100パーセントにすることとしております。

これらの目標につきましては、高知県災害医療対策本部会議におきまして、評価を行ってまいります。私からの説明は以上でございます。

(岡林会長)

時間を経過しておりますので、説明の方を続けます。

「へき地医療」、「精神疾患」の説明をお願いします。

(事務局)

それでは「へき地医療」を説明させていただきます。資料1の17ページになります。

へき地医療につきましては、今、一番上の右の端にありますけども、無医地区は18市町村45地区ということで全国第3位の数であります。その隣にありますように第一線のへき地医療機関や、へき地医療拠点病院への医師については一定の確保がされているという状況です。これについては後でご説明をしますように、特に医師の確保が厳しい市町村におきましては、へき地医療協議会という枠組みを20数年間継続しております。自治医大卒業生を始めとするへき地医療を担う医師によってギリギリのところを支えられているというのが現状であります。

課題としては、こういった医師の確保の仕組みの継続と、無医地区における巡回診療の継続、また今後のへき地の医療機関の維持のあり方として、指定管理者制度での対応といったところは課題であります。また、「医療従事者の支援」ということで、代診医制度とまたICTを活用した情報環境の整備などが挙げられます。これらの対策としましては、今後、これまでの県、市町村、またそれに従事する医師で構成する「高知県へき地医療協議会」における維持とそのへき地医療協議会活動を通じた医師のキャリア形成支援、仕組の継続ということ、また、こうしたへき地医療協議会に入っていない市町村での医師確保についても個別での対応を検討して継続していくということでもあります。特に、今現場で頑張っている医師への支援として、処遇環境の平準化だとか、昨年3月に導入されたドクターヘリの運用等によりまして、へき地における医師の不在の期間が無いよう、できるだけ少なくするような支援を継続していくということ、また、左端にありますように、それぞれのキャリアステージにおける医師の支援の対策に引き続き従事していくということでございます。

今後の目標としましては、これまでへき地診療所等に対する代診医の派遣はすべての要望に対応できておりますが、これを100パーセント維持してゆくということと、県内のへき地診療所で勤務されている方々が21名ということで、定数が満たされております。この状況を維持していくということでもあります。それと、へき地に勤務する医師の支援策の一つとして、ICTを活用した地域連携情報ネットワー

クというのが、へき地の医療機関以外の県内の拠点病院も含めて26医療機関ありますけれども、できれば30機関以上にしていこうとは思っております。こういった取組を通じて、へき地における医療提供体制の確保について、引き続き進めていただけるように考えております。以上です。

(事務局)

障害保健福祉課の企画監の谷でございます。よろしくお願いいたします。資料1の13ページ第5節「精神疾患」をお願いいたします。本文は133ページから145ページになってございます。

精神疾患はご承知のとおり、患者数の増加や自殺に及ぼすうつ病などの影響から医療計画に定めるべき疾患として、第6期の計画から5疾病目に加えられました。今回の精神疾患分野の計画作成につきましては、専門委員会として設置しました保健医療計画精神疾患分野検討会で素案を取りまとめ、精神保健福祉協議会での協議を得ましたものを部会等に報告をさせていただいてまいりました。

国の指針を基にしまして、高知県として重点的に取り組む分野に絞って、また「日本一の健康長寿県構想」、「障害福祉計画」等と整合性のある計画としております。資料の上の段、現状についてでございますが、患者の状況として入院患者は減少傾向にございますが、65歳以上の高齢者は年々増加し、入院者の57.8%を占めております。疾病別では統合失調症が減少する一方、認知症を含む「症状性を含む器質性精神障害」及びうつ病等、「気分障害」が増加をしております。

「受療の状況」、「自殺の状況」は、ご覧のとおりで「医療提供体制の状況」としまして、特徴としては病床数が全国第6位と多い状況にございますが、平均在院日数は全国第3位、入院1年未満の方の平均退院率も全国第1位と、新たな入院者については、入院の短期化が進んでいる傾向となっております。現状から抽出した課題とそれに対応する対策をそれぞれ国の指針に沿った項目立てを行いまして「予防・アクセス」、「治療・回復・地域生活」、「精神科救急、身体疾患の合併症」、「うつ病の診断及び患者の状態に応じた医療の提供」、「認知症の進行予防から地域生活の維持に必要な医療の提供」、「専門医療の提供」と6つのカテゴリーについて、検討したものを記載してございます。

目標としましては、右下にお示ししてありますとおり、うつ病に関する目標として「G-P連携」とあります、かかりつけ医から精神科医への紹介システムの全圏域での実施。二つ目に認知症に関する目標として、地域連携パスによる連携システムの構築を全圏域で実施すること。三つ目に精神科救急に関する目標として、現在、中央圏域で輪番制による精神科救急医療事業を行っていますが、新たにコーディネート機能を持つ精神科救急情報センターを設置することを挙げております。私からは以上です。よろしくお願いいたします。

(岡林会長)

ただ今の説明に対しまして、ご質問、ご意見がございましたら、お話しください。

(織田委員)

一つ確認なんですけど、こうち医療ネットの入力方法について、前に一度申し上げたことがあると思うんですが、入力するのに私どもの歯科医院みたいな小さい規模のものは、すぐくまとまって入力しなきゃだめなので、ちょっと変わったところだけ直そうと思ってもなかなかうまくいかないというのがあって、つい億劫になってしまうというのがあるんですが、その辺の入力から修正項目の入力の仕方というのも、ちょっとこれから先、改善する計画があるかどうかを伺っていきたいというふうに思います。

それと、ばたばた言いますけれども、無歯科医地区のところ、へき地医療のところでは、無医地区のところでは対策等を全部を書いているのですが、無歯科医地区は21市町村、59地区と書いて書きっぱな

しになって、あとは何をしたいかが分からないというふうな所もあります。

それと災害の場合に、大きい病院のところは随分言われておりますが、歯科の場合、歯科のある大きな病院というのは医療センターと高知大学医学部のみでありますので、ほとんどそこが担うということになると思いますが、まだ小さいところもありますけれども、診療所についてどういうふうな網掛けをするのかということも、まだだと思えますけど、これから先、検討をお願いできたらいいと思えます。歯科医師会の中ではできれば自力でやろうかなと、特に災害対策マニュアルに近いものを自分たちで作ろうかなというふうには考えております。そこら辺はいろいろあるんですけども、本文の中で歯科保健医療というのがありますので、できれば本文に書くのが大変であれば、その歯科保健医療のところに項目を起こしてでも、というか記載の内容も少し考え直してでも書いていただければ非常にありがたいというふうに思います。以上です。

(事務局)

それでは、まとめて回答させていただきます。医療ネットの運用につきまして所管課は別でありますけれども、これは一昨年、システムを見直して現在のシステムに変更したんですけども、まだまだ歯科だけではなくて他の先生方からもいろいろとご意見を伺っておりまして、システム開始の時期は2年前前ですので、もうちょっと先になりますけれども、ここがいろいろと困難な整理がまたあれば特別に医事業務課のところに相談いただければ、場合によっては、また代理入力等の対応の仕方を考えますので、よろしくお願ひしたいと思えます。

それとへき地医療につきまして、現状を書きっぱなしというわけではございません。へき地の歯科医療体制について、今後の対応等、方針の策定、整備の取組というところで終わっておりますけれども、議論させていただければと思えますので、今の所管課である健康長寿政策課とまた協議をしたいと思えます。

最後に災害のところですけども、歯科医という部分につきましては、現在の計画でも例えばコーディネートの役割だとか、よく書ききれていないところがあります。計画の見直し部会を災害医療対策本部会議に設けますので、この医療計画には間にあっておりませんが、これは不断の見直しをやっていくというふうに知事からも指示を受けておりますので、そこに今回の医療計画の最終的な公示に間に合うという部分がありましたら、そこは取り組んで入れていきたいなというふうに思います。見直しは継続的にやっていきます。よろしくお願ひします。

(岡林会長)

他にはございませんか。ないようであれば、基準病床数に移りたいと思えます。

(事務局)

それでは、基準病床数につきましては、別途資料2の2枚紙でご説明していきたいと思えます。また本文では29ページでございます。これまでのご議論で、県の二次保健医療圏については、安芸、中央、高幡、幡多の4つの医療圏の体制を継続するということが確認されてきております。安芸と高幡につきましては、一定の医療の確保が困難な状況であるということと、また人口が少ないということで国の方からは見直しの対象とするようにしておりますけれども、本日の配布資料①とあるP28と差し替えのところのウとエにおいて、交互の保健・医療の維持、及び医療提供体制を維持していくという考え方を記載をしているところで、これで一定のエクスキューズとなろうかというふうに考えております。

次に基準病床数ですけども、この資料2の2ページをご覧くださいいただければと思えます。一般及び療養

病床についてより詳しく説明したいと思います。この基準病床数制度は、それぞれの医療圏において既存病床数が基準病床数を超える地域においては、病院開設・病床の増ができないという規制の根拠となるもので、それぞれの地域で必要とされる病床数を国が示す算定式を用いて設定をしております。

このうち、一般病床と療養病床につきましてはそれぞれの計算式、左側の上の方にあります、計算式に基づいて算出した上で、その合算値でもって基準病床数を設定します。それを具体的に示したものが次の3ページになります。かなり技術的な部分も多いですので、具体的な説明は省略させていただきますけれども、療養病床においては、それぞれの年齢階級別で、一定発生する需要率から介護施設で対応可能な数を引いて国が示す病床利用率で割り返した数字で算出します。

一般病床については、年齢階級ごとに、それぞれのブロックごとに、全国8ブロックに分けたブロック値として示された退院率に平均在院日数をかけ合わせて、これを足し上げて病床利用率で割るというものでございます。それに、一般病床は医療圏ごとの流入流出を一定加味したものを加えます。

療養病床につきましては、それぞれの地域で、それぞれの患者さんがまず療養できるようにすべきということで流入流出は勘案しておりません。

一般病床につきましては、流入流出を全く勘案しないと、例えば流出が多い安芸医療圏、高幡医療圏では必要とされる病床数が極めて少なくなりますので、現行の医療計画と同じく3分の1をかけ合わせたものを加味しております。これらを足し上げた数字が3ページの一番右端にあります。県全体で8,403、中央6,370、記載のとおりであります。

1ページに戻っていただきまして、現行の計画と比較しますと、国全体における定数としての退院率や需要率が一定下がってきておりますので、それに合わせて基準病床数がおおむね10%程度減少しております。現在ある既存病床数、高知県全体で14,928との差をとりますと、県全体で6,525、安芸医療圏が162、中央医療圏は5,432、高幡医療圏は219、幡多医療圏は712と既存の病床が基準病床を上回っております。いわゆる病床過剰地域という状況には変化はございません。

これは一般病床、療養病床についてでございます。精神病床、結核病床、感染症病床につきましては、それぞれ本文の30ページに記載しております計算式に基づいて算出をしております。精神病床につきましては、現行の計画より252床少なくなっており、既存病床との差が1,228で、病床過剰という状況であります。

ちなみに、すみません、説明が抜かっておりました。精神病床・結核病床・感染症病床につきましては、この基準病床設定は高知県全体を圏域とすることになります。結核病床・感染症病床につきましては、現行計画と同様の60床、11床ということでそれぞれ結核病床については既存病床数が110床過剰の状態、感染症病床については第一種、第二種の感染症病床数と既存病床数がイコールですので、これは差し引き0ということになります。説明は以上です。

(岡林会長)

ただいまの説明に対しまして、何かご発言がございませうか。

基準病床数に対しまして、ご質問ご意見等ご発言がないようでしたら、今まで全般に渡って何か言い抜かった事等ありましたら。

(織田委員)

すみません、「がん」のところでちょっと言い抜かりましたので、申し上げておきたいと思いますが、「がん」については日本歯科医師会と国立がんセンターがやっています、周術期医療の口腔管理の問題を

ずっと全国展開しようというふうな格好で今高知県もやっと始めたぐらいのところになっております。

その中で、高知県内のがんの拠点病院の中でも、先ほど言いました高知大学医学部と、医療センターには十分な歯科医療の体制が有るんですが、他のところがあんまりなくて、連携をするのにどういうふうにすればいいのか、どういう質の担保ができるのかというところが歯科医師会としてもかなり悩ましいところであります。これがさっき拠点病院で歯科室のないところとどういう連携が取れるかっていうところの内容をもう少し考えていって欲しいなというふうに思っております。

(事務局)

ありがとうございます。

実は周術期にそれから化学療法、放射線療法開始時期の口腔管理について、ちょっと5年間という期限を設けさせていただいているんですけど、がんの対策協議会の方で今後検討を進めていくんですが、現実問題として歯科のない拠点病院をどうするかというお話になってくると部分的には往診対応か院外対応になってしまうのかなとは思いますが、また検討させていただきます。

(織田委員)

ただミヨシ先生の方から言われているのは、プロトコルが、やり方の内容については全部その拠点病院との連携にはがんセンターとやった時と同じような方式でやってくれというふうに言われていますので、どこまで手抜きができるというわけじゃないですけどどこまで簡素化ができるかという指示をまだもらっておりませんので、そちらのほうもよく読んでいただければありがたいというふうに。

(事務局)

はい、わかりました。

(岡林会長)

他に、ございませんか。

ないようでしたら、第6期高知県保健医療計画の策定についての説明は以上で終わらせていただきますが、事務局から今後のスケジュールについて説明を。

(事務局)

はい。今後のスケジュールご説明させていただきます。

本日いただきましたご意見をもとに修正を行いました計画案を、一か月間のパブリックコメントをいたしまして県民の方のご意見を伺うようにしています。同時進行で、市町村や関係団体への意見聴取を行います。

それが終わりました、パブリックコメント等の内容で調整しました最終案を次回の医療審議会でご審議いただきまして、審議会としての答申をお願いいたしたいと考えております。

3月に計画につきまして県議会に報告、公示、厚生労働大臣への報告を行うこととしております。皆様のお手元に次回医療審議会のスケジュール表を配らせていただいております。本日でなくても差し支えございませんので、ご都合のよろしい日時のご連絡をお願いします。次回の医療審議会については時間の設定は午後という予定でご案内しておりますのでご留意ください。よろしく申し上げます。

(岡林会長)

何か、発言、言い忘れたことがございましたら。

それでは、予定時間の方を30分以上超過いたしました、本当に長時間にわたってお疲れ様でした。それでは、本日の医療審議会を終わります。ありがとうございました。

議事録署名人

橋本高明

山下元司