

「平成 24 年度 第 3 回高知県保健医療計画評価推進部会」

- 1 日時：平成 24 年 10 月 10 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、沖委員、清水委員、田中委員、田村委員、筒井委員  
島中委員、細木委員、堀委員、堀川委員、宮崎委員
  - 4 欠席委員：岡村委員、野嶋委員
- (事務局) 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  
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 (茂松課長補佐、山崎チーフ)  
障害保健福祉課 (谷企画監、濱田チーフ)

---

(浅野課長補佐)

若干、早いようでございますけれども、出席予定の委員の方がお揃いになりましたので、ただ今から平成 24 年度第 3 回目になります高知県保健医療計画評価推進部会を開催したいと思います。本日ですが委員 14 名のうち 12 名に参加をいただいております。なお、岡村委員と野嶋委員におかれましては、所用のためご欠席になっております。高知県医療審議会要項の規定によりまして、本日の会議が有効に成立していることをご報告させていただきます。

まず事務局よりお詫びでございますけれども、本日、松尾副長が別の会議と重なっております。また、私も医療政策・医師確保課の川内課長でございますが、東京出張から今、帰ってきておるところでございます。遅れての参加となりますことをご報告させていただきます。

また、本日もご検討をいただく内容としましては、前回 8 月 20 日の部会でご意見をいただきました内容に関しまして、その対応についてご意見を求めます。また、次に 5 疾病 5 事業について、最後に医師、看護職員の確保等についてご審議をいただくこととなっております。また、この 5 疾病 5 事業に関してでございますけれども、それぞれに設置していません、医療体制検討会議で専門分野の先生方ほか、医師会の先生方で構成をしております検討会議で、ご審議していただきました内容を本日、説明をさせていただくという予定にしております。また、今回、お示しができません急性心筋梗塞と周産期医療、あと在宅医療につきましては、来月開催予定としておりますが、この部会でご説明をさせていただくというふうにしておりますので、ご了承をいただきたいと思います。それでは、これからの進行を安田会長にお願いをしたいと思います。よろしく申し上げます。

(安田会長)

それでは、ここから進行をさせていただきます。はじめに、規定によりまして議事録署名をお願いいたしますが、今回は沖委員と堀委員にお願いしたいと思います。よろしい

でしょうか。お願いいたします。では、さっそく議題に移りますが、議題の「第6期保健医療計画」についてということで、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

それでは資料について説明させていただきますが、順不同となりますが、まず最初に資料2の方から、次に資料1の順番で説明をさせていただきます。資料2については、急性心筋梗塞を除く4疾病、周産期医療を除く4事業と医師と看護職員の確保についてです。これらの計画本文については、資料3の方になりますが、ページ数が多くなっておりまして、資料2のポンチ絵で担当課より説明をさせていただきます。なお、この資料はあくまで説明資料であり、計画本文へは載せるものではございません。ページが行ったり来たりとなりますが、まず、最初に4事業、次に4疾病、最後に医師と看護職員について説明をさせていただきます。それでは、7ページの救急医療をご覧ください。

(事務局)

それでは、救急医療について、現状、課題と対策と、目標について説明をさせていただきます。まず、救急医療の現状について救急搬送の状況ですが、高知県では救急出場件数、及び搬送人員は増加傾向にあり、平成22年は出場件数、搬送人員ともに過去最高となっております。また、救急車の現場到着所要時間は地域によって差があること、救急車による傷病程度別搬送人員のうち、約半数が軽症患者であることが、第5期の計画から引き続き現状となっているところであります。

病院前救護体制についてですが、救急救命士は平成22年4月の時点で206名登録があり、県内の救急隊46隊のうち、常時配備されている隊は33隊71.7%となっており、平成19年からは3隊増えておりますが、全国平均の80.5%よりは低いという状態となっております。また病院前救護体制についてですが、高知県救急医療協議会のもとに、MC専門委員会を設置し、救急救命士に対する医師の指示や事後検証体制の整備などを行うなど、MC体制の整備を行っております。

また、この中で、第5期では県民への救命講習について述べ15万人を目標に掲げて、受講の促進を行ってりましたが、平成21年の段階で受講人数が述べ21万人を超えており、またAEDも普及してきたことでもありますので、第6期の課題と対策の方からは除いておりますが、引き続き普及については行っていくこととしております。

次に、課題と対策について説明をさせていただきます。まず、適正受診についてですが、救急車で搬送した患者のうちの約半数が軽症患者となっていることは、医師や消防機関にとって大きな負担となっております。そのため、県民への救急医療に対する理解の促進や適正受診の啓発をする必要があります。これに対して、県としての対策ですが、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、ラジオCMの作成等です。

次に救急搬送についての課題と対策ですが、重症者に対しては速やかに適切な救命処置を行い搬送をすることが必要でございまして、救急救命士の必要性というのは高まってお

ります。救急救命士が救急隊に常に配備されるよう計画的な養成が必要となってきますが、この為の対策として消防職員の救急救命士養成所の派遣や、資格取得者の採用をすすめていくこと、また、救急搬送体制の充実といった観点からはMC 専門委員会での検証医による事後検証など、そういった整備も行っていくこととします。

次に医療提供体制ですが、救急医療を担う医師不足から郡部の二次救急医療機関の機能が低下し、それに伴い救命救急センターに患者が集中しています。これに伴って医師の負担が大きく、救急医療の提供が困難になりつつあるといった課題があります。これに対しては、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などと連携を行いました、県外からの医師の招聘、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などを進めていきます。また、ドクターヘリを導入したことにより、救急医療体制の見直し等も検討して行っていくようにしております。

次に情報提供体制としまして、こうち医療ネットの中に、本日の救急患者の受け入れが可能かどうかといった応需情報を入力してもらおう医療機関が 110 ございますが、そのうちの入力率があまりよくない医療機関が約半数あることから、救急搬送時にこの情報を参考にできないといったことが課題として挙げられております。これについては、医療機関応需情報の更新頻度が上がるように各医療機関へ働きかけていくこととしております。

次に目標についてですけれども、救急隊のうち、常勤救急救命士が配備されている割合が、平成 22 年では 71.7%になっておりますが、こちらを 100%としております。こちらについてですが、第 5 期では救急救命士の人数で評価をするようになっておりましたが、人数で評価すると各地域によって差が出てくることも考えられますので、救急隊に常時配備されている割合に変更をしております。

次に救急車による軽症患者の搬送割合ですが、平成 19 年では 47.1%、平成 22 年では 36.8%と若干減少傾向にあります。こちらの目標を 30%としております。次に救急医療情報センターの応需入力率ですが、こちらは、平成 19 年では 33.9%でしたが、直近の値、平成 23 年では 42.3%と少し改善しておりますが、こちらも 100%を目標としております。以上で、救急医療についての説明を終わります。

続きまして、小児医療について説明をさせていただきます。まずは、現状から説明させていただきます。

相談と紹介についてですが、救急医療情報センターは「今どこの病院がやっていますか」といったような県民からの電話照会でありますとか、そういったものに該当する病院を紹介しているのですが、こちらの件数が、平成 23 年度小児科に関しての件数は約 2 万件となっており、過去 4 年間での件数は横ばいとなっておりますが、全体に占める割合としては 4 割となっており減少傾向にあります。これは、少子高齢化も影響しているのではないかと、いうふうに考えています。次に「こうちこども救急ダイヤル」ですが、平成 23 年度の実績では約 1,660 件となっており、こちらは増加傾向にあります。

次に小児の疾病についてですが、まず高知県では小児の死亡率が全国より高いことが挙

げられますが、そのうち乳児死亡率が約 6 割、小児死亡の半数以上を占めております。また、さらに乳児死亡では周産期に発生した病態による死亡が多いということも挙げられております。小児医療についてと小児科医師についてリンクするところはあるんですけども、小児科病院は減少傾向にあり、また中央保健医療圏への外来や入院依存度が増加傾向にあります。これは、中央保健医療圏への小児科医師の偏在などもリンクしているかなと思います。高次医療の中央保健医療圏への集中もありますが、こちらも小児科医師の専門医の中央保健医療圏への偏在、この二つに繋がっているのかなということも挙げられます。

慢性心疾患の県外手術の割合は 7 割となっており、また、初期小児救急受診者が増加傾向にあります。そして、中央保健医療圏の入院小児救急の輪番を担う医師が減少していること、また、あき総合病院及び幡多けんみん病院が、安芸圏域または幡多圏域の初期救急・入院救急を一手に担っているという現状がございます。

小児科医師については、先ほど申しました中央医療圏への偏在、医師不足、医師数が平成 16 年度から横ばいの状態にあるということと、また全体として高齢化しているといった現状が挙げられます。また、高知県の小児人口世帯の構造についてですけども、少子化ということ、平成 17 年度と比べて 15 歳未満の人口が約 1 万人を切っていること、また、他県に比べて夫婦共働き世帯が多いこと、また、保護者等の小児科専門志向が高いといったことが挙げられます。

これらについての課題と対策ですが、まず医療情報提供体制については、「こうちこども救急ダイヤル」は、現在、木、金、土、日、祝日、年末年始に実施しておりますが、まだ実施していない日があるため対策としては、相談日を増やすということを行っていきます。

次に、小児医療体制は医師が不足していること、また県内では心臓手術等の高度医療に対応できないことや専門疾患や発達障害に対応できる医師が少ないといったことが課題として挙げられますが、それに対して研修医に対する貸付金の貸与や研究支援により、小児科医の確保に努めること、また、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こと、若手医師の県外医療機関でのキャリアアップを図ることなどを行っていきます。

次に小児救急医療体制についてですが、医師不足や高齢化などで中央保健医療圏の病院群輪番制の維持が困難であるということ、また、あき総合病院及び幡多けんみん病院への負担が大きいこと、小児集中治療室である PICU がまだ高知県では整備されていないことなどが挙げられていますが、これについての対策としては、2 次保健医療圏への小児救急医療体制について、高知県小児医療体制検討会議で検討を行い、また小児科医の勤務環境を改善するための支援を行っていきます。また、PICU の整備に向け、小児医療体制検討会議でこちらの検討を行っていきます。

次に適正受診ですが、こちらについては、救急医療とかぶってくる部分もあるんですけども、救急搬送患者や夜間の小児救急病院の受診者には軽症者が多く、小児科医師等の負担が大きいということは以前から言われているところであります。これについての対策

としましては、テレビ、新聞等のメディアを通じた広報を実施すること、また小児科診療の保護者等を対象とした講習会を実施し、家庭での救急のスキルを上げていくことなどを対策として行っていきます。

最後に目標ですけれども、引き続いて小児科の医師数を 101 人以上確保していくこと、また、安芸、中央、幡多保健医療圏の救急体制の維持。さらに適正受診ですが、救急搬送の軽症者割合が 70%以下、こちらも第 5 期と同じ目標です。輪番病院深夜帯の受診者数、こちらが第 5 期の目標では 10 人以下となっておりますが、直近の値で平成 23 年度 7.6 人となっておりますので、こちらの数値目標としては 7 人以下としております。以上です。

(事務局)

医療政策・医師確保課の岡野と申します。では、引き続きまして第 7 章 第 4 節へき地医療につきまして説明をさせていただきます。本日、配布させていただきました 9 ページをご覧ください。資料の 5 は 30 ページの方です。へき地医療の現状につきまして説明をさせていただきます。

へき地医療の現状といたしまして、へき地の公的医療提供体制といたしましては、医療提供施設としまして、へき地診療所ならびに過疎地域等特定診療所が設置されておりますほか、へき地医療拠点病院が県内 8 病院指定されております。また、へき地医療を支援する機関といたしまして、へき地医療支援機構が医療政策・医師確保課に設置されているほか、県、市町村、へき地勤務医師で構成します「高知県へき地医療協議会」が設置されております。続きまして、へき地医療に従事する医師の状況といたしましては、県内で中央保健医療圏への医療機関ならびに医師の集中がみられまして、地域医療の中核的な医療機能を担っていた基幹的な病院の医師不足が生じております。また、それに関連いたしまして、へき地周辺の状況といたしまして、へき地の第一線の医療機関につきましては、一定の医師確保が保たれておりますが、二次保健医療圏内での医療完結やへき地医療拠点病院の後方支援体制の確保が困難となる状況が懸念されております。また、無医地区等につきましては、平成 21 年 10 月現在で県内に 18 市町村 45 地区の無医地区が存在しております。これは全国第 3 位となっております。また、無歯科医地区につきましては、県内 21 市町村 59 地区が存在しております。

続きまして、課題といたしましては、医療従事者の確保といたしまして、大学や市町村、医療機関等、各関係団体との連携、協力によります医師及び看護師等のコメディカルスタッフの確保が課題となっております。また、医療従事者への支援といたしましては、代診医が必要な場合の代診制度の整備、ドクターヘリ等を起用した広域救急搬送体制の構築、日常診療支援などのための情報環境の整備、そして、へき地医療に継続して従事できる勤務環境の整備が課題となっております。また、へき地医療の確保といたしましては、無医地区巡回診療の継続、へき地診療所及び拠点病院の施設、設備整備や運営費に対する支援、へき地住民への広報活動や改善等の取組み、指定管理者制度への対応、そして、代診調整機能強化等が課題となっております。

それらの課題を踏まえました対策といたしましては、へき地医療を担う医師のキャリアステージ別の支援といたしまして、高校生につきましては、こちらから高校へ出向きまして行う出前講座を引き続き行ってまいります。また、医学生につきましては、奨学金対応者のフォローアップやへき地医療実習を引き続き実施してまいります他、高知大学に寄付講座として設置しております家庭医療学講座におきまして、若手医師の育成を図ってまいります。また、研修医につきましては、地域医療研修の環境の整備を図ってまいります。若手医師につきましては、一定期間、県内の医療機関へ派遣していくほか、教育体制の充実を図ってまいります。また、ベテラン医師につきましては、へき地の現場での再勤務ができるような環境を整えてまいります。

続きまして、へき地等の医療提供体制に対する支援といたしましては、へき地医療拠点病院並びに診療所に対するハード、ソフト両面に対する支援を引き続き行ってまいります。また、情報通信技術による診療支援やドクターヘリなどの活用を引き続き行ってまいります。また、無医地区巡回診療等の継続、拡充を行ってまいります他、へき地医療支援機構の活動の強化を図ってまいります。

続きまして、高知県へき地医療協議会によるへき地医療の確保といたしましては、医学生へのへき地医療研修の実施を引き続き行ってまいりますほか、へき地勤務医師の研修機会の確保を図ってまいります。また、情報ネットワークの整備につきましても引き続き行ってまいります。へき地等の歯科保健医療体制や看護職員につきましては、それぞれ歯科保健医療体制、また、看護職員の確保の欄で主に記載させていただきます。

へき地医療の取組み体制につきましては、県といたしまして、各組織、団体等と協力、連携して、へき地医療対策に取り組んでまいります。医療政策・医師確保課に設置されておりますへき地医療支援機構では、代診医師派遣のほか、広域的なへき地医療支援の企画調整等を行ってまいります。また、医療従事者確保推進部会内に設置されておりますへき地医療支援会議では、へき地医療を提供する体制の確保に関する重要事項の調査、審議を行ってまいります。また、県、市町村、へき地勤務医師で構成されておりますへき地医療協議会では、市町村、へき地勤務医師とともに、地域保健医療活動の安定供給システム作り等を行ってまいります。

目標につきましては、へき地医療支援による代診や派遣率につきましては、現状の100%を今後も維持してまいりたいと思っております。また、へき地診療所勤務医師の従事者数を現状の21人以上を目標にしてまいります。へき地医療情報ネットワーク参加医療機関数につきましては、現状の26機関を増加させていきたいと思っております。へき地医療につきましては、以上です。

それでは、続きまして、第8章第2節災害時における医療について、ご説明をさせていただきます。先ほどの資料の裏面をご覧ください。災害時における医療については、大きく二つ、一つ目は災害医療の実施体制という括りと、二つ目は医療機関の防災対策という括りになっております。それぞれにつきまして、現状・課題・対策という順に

ご説明させていただき、まず、一つ目の括り、災害医療の実施体制の中の医療提供体制についてですが、その中では県内で10箇所の災害拠点病院、51ヶ所ある救護病院、80ヶ所あります医療救護所、また、DMATや県外からの医療支援チームといった医療救護チームについて、また、県内に2ヶ所ございます広域医療搬送拠点についてとEMIS、EMISとは広域災害・救急医療情報システムのことですが、その登録病院について現状を書いております。

「医療提供体制」の課題としましては、災害拠点病院の水・食料等の備蓄量が少ないこと。また、第6期計画の新たな課題としては、新たな被害想定を受けての救護所、救護病院を見直すこと、また、ドクターヘリを含めた県外からの医療支援チームの円滑な受け入れ態勢の構築、関係機関を巻き込んだの広域医療搬送訓練の実施、EMISの登録病院を増やすことが課題として挙げております。その課題に対する対策としましては、新たな浸水の被害想定を見据えた医療救護体制を見直すこと、また、広域医療搬送訓練の規模や体制の見直し、県外医療支援チームの受援調整のあり方を検討する、EMIS未登録病院への働きかけとEMISの入力訓練の実施、衛星携帯電話等の機器の整備を対策として挙げております。

二つ目としまして、「保健衛生活動及び在宅患者への対策等」については、平成18年に作成しました「高知県自然災害時保健活動ガイドライン」に沿って、現状としては対策を進めております。課題としましては、南海地震に特化したガイドラインの作成が必要であること、また、インフラが断絶した場合の難病患者さんへの支援体制を確立することが課題として挙げられています。それぞれの対策としましては、まず、南海地震に焦点を絞りましたガイドラインを新たに県が策定し、そのガイドラインを基に市町村が保健活動のマニュアルを策定すること、また、福祉保健所が独自に公衆衛生のマニュアルを策定します。そして、在宅患者さんへの支援としましては、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いて、支援体制を整備していくことを対策として挙げております。

二つ目の大きな括り、「医療機関の防災対策」についてですが、「耐震化等」につきましても、現在、県の調べで災害拠点病院の耐震化率は100%ですが、一般の病院は57%、有床診療所は62%ということが分かっております。院内の災害対策マニュアルの策定率は、災害拠点病院では100%策定されておりますが、一般の病院では93%となっております。それぞれの課題としまして、耐震化についてはさらなる推進、また、災害対策マニュアルについては、策定されていない病院については、策定すること、策定がされている病院についても、見直しの推進が課題となっております。それぞれの課題に対する対策としましては、高台移転を視野に入れた支援制度や、新たな制度の創設を国に政策提言していきます。また、マニュアルの策定につきましても、策定していない病院については、策定を働きかけ、すでに策定されている病院についても、被害想定に見合った内容になるよう見直しを働きかけていきます。

「医療従事者の確保等」についてです。現状としましては、基幹災害拠点病院である医療センターに委託し、災害時医療従事者研修を行っております。今後の課題としましては、この研修を継続していくこと。また、大きな災害が起これば、交通網が遮断した場合に、医

療従事者が自分の病院に参集できないことがありますので、その時の医療従事者の確保の方法をどうするかということが課題となってきました。これらの課題に対しましては、災害時医療従事者研修を継続して行い、災害の知識を持った医療従事者を増やしていくこと、また、医療機関同士の相互支援制度のような新たな仕組みの検討を考えております。

「通信体制の確保」につきましては、衛星携帯電話を整備している災害拠点病院は100%ですが、一般の病院では32%ということが県の調査で分かりました。課題としましては、衛星携帯電話を整備することも含め、衛星携帯電話以外、複数の通信手段を整備することが必要ではないかという課題が挙げられております。これらの課題に対して対策としましては、ツイッター、スカイプ、クラウドといった具体的な情報サービスを挙げ、それぞれの活用を検討してもらうよう働きかけております。また、衛星通信を使った音声以外の通信環境の確保といったものも働きかけを行いたいと考えております。

最後、「備蓄の状況」ですが、病院の備蓄日数は医薬品で3.8日、食糧の水で平均2.6日であることが、高知県の調べで分かりました。この日数は患者さん用の平均備蓄日数を表したのになっております。課題としましては、患者さんの備蓄だけではなく、その病院で働く職員の分も備蓄をすることや、また、長期浸水等、新たな被害想定を踏まえた備蓄日数の見直し等が課題となっております。それぞれの課題に対しまして対策としては、医療機関への備蓄の働きかけを行う。また、県が行っている医薬品の流通備蓄の品目や数を見直しすること。また、関係団体との協定によって医薬品の確保の対策を充実することを考えております。

目標についてですが、三つの目標を挙げております。一つ目が「救護病院、災害拠点病院の耐震化率」、目標値としては100%。二つ目は「病院の災害対策マニュアルの作成率」、目標値は100%になっております。この二つの目標は、第5期からの継続目標ということになっております。三つ目の「病院のEMISの登録率」、目標数100%。これは第6期、新たに設定した目標となっております。災害時、各病院がEMISに入力し、それぞれの病院の災害時被災状況や、患者さんの状況を知らせるツールとなっております。県が医療機関の被災状況を把握するために非常に重要と考えており、全ての病院にEMIS登録をしてもらうことを目標として挙げています。

最後、評価についてですが、災害医療対策本部会議において、それぞれの進捗状況の管理を行い、取組みの成果について評価を行うことを考えております。以上になります。

(安田会長)

それでは、救急医療、小児医療、へき地医療、災害時の医療の計画の概要をA4、1枚にまとめてもらったものを使ってご説明いたしましたが、ご意見、ご質問等ありましたら、ご発言をお願いします。

(島中委員)

救急医療のことですけども、対策のところですね。「救急搬送体制の充実」で「MC専門委員会にて検証医による事後検証」ということになっているんですけど、これはずっと前



から行われていることだと思うんですよ。だから、これを行った後の評価というか、問題点を追及してやっていかなければならないのですが、これは意見です。それから、一番最後の評価の所の、「救急医療協議会において、進捗状況の管理と取組の成果について評価を行う」ということも、これもずっと行っている訳なので、何で改めてこんなところに出てくるのかということが分かりません。それで、これは永遠の課題ですけども、要するに一次救急患者が搬送されているという問題。これはずっと前からあって、これも三次救急病院にかかっていると。80%ぐらいが一次患者がかかっているという問題がずっとあるわけで、これも同じ対策ですね。啓蒙・啓発、他のことはないのかという感じでおります。

それからもう1点、災害時の医療についてですけども、課題として「医療提供体制等」で「新たな被害想定での救護所、救護病院」で行うとあるんですけども、特に高知市の場合、救護所がないんですね。救護所がなくて、救護病院で全部受けると、一次と二次と診るといって、とてもじゃない。無茶苦茶な感じになっているわけで、そこのスタッフでどれだけのものができる、とてもできないと思うんですね。これを前から見直してほしいと言っているんですけども、見直してないんで、是非この辺のことは見直してほしいと思います。

それから、「通信体制の確保」のところですけども、これは、今現在、高知県医師会では無線通信システムを構築しようとしています。非常に安価でできるような感じですよ。維持費もかからない。この秋にアマチュア無線の講習会を始めるんですけど、それがどれぐらいの受講者が出るか分かりませんが、そういう取組もちょっと入れてほしいなと思いました。

それと、ちょっと戻りますけども、「救急医療」の所で課題の「医療提供体制」のところで、「救急医療を担う医師不足から、郡部の二次救急医療機関の機能が低下」と書いていますが、高知市も二次救急の問題があるわけですね。医師の疲弊というかそういうことがあるので、高知市が全然問題がない訳ないと思うんですが、それもちょっと意見として述べておきます。

(事務局)

ご意見ありがとうございます。全てごもっともなご意見かと思いますが、まず、「救急搬送体制の充実」のところ、毎回、言われていることだろうということ、目標値においてもそうではあります。問題点も今やっていることはちゃんと評価して書くべきだろうと思って、表現方法等々は書くようにはしていきたいと思います。それから、評価の所は、他の事業も全部そうなんですけど、今回の保健医療計画からしっかり毎年「PDCA サイクルを回す」という表現をしています。どういう体制でこういった項目を評価するんだということ。これを計画に明記しようというふうになっておりますので、改めてここには評価という項目で一項起こして書いておりますので、その辺はご了解いただきたいと思います。

それから、災害の方で通信の確保、おっしゃるとおり、以前から医師会さんにはアマチュア無線、ワイヤーズIIという仕組みをお考えということをお聞きしておりますので、県とし

どこまで支援できるかはちょっとまた別問題ではありますけれども、こういった所にしっかり明記しておくというのは、ちゃんと考えたいと思います。

それから、高知市の救護所の件ですが、ここは高知市さんのお考えもあろうかと思いますが、やはり現在の災害医療救護体制の上では、まずは重症度をトリアージして、一番最前線の医療救護所ではトリアージをして、軽症者は帰っていただく。一定の中等症者以上については、救護病院あるいは災害拠点病院の方に、順次、後方搬送するということになっておりますので。高知市の町中にたくさん病院があられると、それが浸水でどう機能が残るかという課題は、別にあるんですけども、医療機関がまず受けるということも、一つ考え方としてはありなのではないかというふうに私も聞いてはおりますので、その辺は、なお高知市さんともちょっと確認をして、細部の検討をしたいと思います。以上でございます。

(島中委員)

トリアージする場がないんですよ。トリアージする場が二次救急病院なんです。それができるかどうかというのは。とんでもない話ですね。場所もないし人もいない。ですから、そこで来たら、もうトリアージに来た人、病院の中に駆け込みますよ。

(事務局)

東北でもあったんですけど、やはり病院の中に入れてしまうと、どうしても、特に津波があると、帰る場所がないので、そこにどうしても滞留してしまう。そうすると、医療機能が損なわれてしまうということがあるので、例えば病院の駐車場とかロビーとか、トリアージは、そこで食い止めていくという考え方もあります。ただ、時期とかによって追い出せないとか、どうしてもありますので、そこは実際の災害の現場でそこまで割り切ってやれるのかというのはあるんですけども、やはり別途その医療救護所を構えて、そこから二次的、三次的という考え方もありますけども。そこはケースバイケースでやるしかないんじゃないかなと思います。どうなんでしょうか。

(堀川委員)

高知市の保健所にベッドを移す。高知市支部医療救護に関しましては、保健所単位ごとに支部会議というのがございます。支部会議の中で支部ごとの計画を作るということで、高知市の場合は1市1保健所という関係もありまして、救護病院についても支部会議の中で諮らせていただいておりますけれども、やはり医療救護所を現実に設置すること自体が、なかなか以前は小学校のグラウンドなんかにはテントを張ってということをしていただけですけども、なかなか実際に誰がそこへ行って、それから、医療機器、薬品はどこが持って来るということが、結局うまくいかないままになんとか訓練をしましたけれども、実際に阪神大震災にしても、今回の東日本にしても、やはり患者さんは一番近くのある程度大きな病院を目指されるというのが、現実だというふうに聞いています。そうすると、やはり当然、DMATとその他が入ってくれば、いろんな所に配置できるかもしれませんが、やはり、まずは医療機器があつて薬品もある各病院、それから、診療

所でも外科系の所に来られた患者さんをとにかく診ていただくというのが、最初ではないかなというふうに考えています。その上で救護病院に関しましては、医師会のブロックごとに基本的に率先していただいて規制していくことなんです。

ちょっと長期浸水の問題が出てきましたけれども、一応ブロックごとでその救護病院を拠点にして、その中で対応、先生なんかで自分の所に、患者さんがあんまり来ない、けど、どこかには行っているんじゃないかという先生方には、その救護病院に参集していただいて手伝っていただくと、そういうような形で、一応高知市の中では考えて、今の計画になっています。

(島中委員)

ここで議論してもしょうがない。こういうことについてはね。あえて言いませんけども、それはちょっと問題あると思いますけども、いいです。

(堀委員)

すみません。生活者の方の立場からちょっとお願いしたいことがあります。救急医療に関して、軽症の人が救急車で大量に運ばれているとか、小児科の救急に対しても、今、核家族化で母親がどうしていいかわからない。この子ども救急ダイヤルの相談を受けるという項目があるんですけど、それに対して適正受診の啓発としてテレビCM、ラジオCM、ポスター等の作成をして、一般県民に啓発していくということなんですけれど、ここで私、この審議会に関わらせていただいて、情報提供されるのはこうち医療ネット、それから、救急医療情報センター、子ども救急ダイヤル等々、窓口になる所があるんですけど、利用者の立場からしたら、非常に焦っている時がありますので、例えば「子どもがこういう時は、まずここへ連絡してください」という、道筋ですね。窓口が、例えば子ども救急ダイヤルであったり、救急医療情報センターであったり、その窓口を一元化してその道筋を分かりやすく伝えていただいたら、軽症者の救急搬送に対する数も減ってくるんじゃないかと思うんですね。子どもに関わらず、高齢者の人に対してもそうだし、結構インターネットとか、それを挙げている例が多いんですけど、高齢者というのはインターネットほとんど使いません。やはり電話で連絡するとか、そういうことが、いまだに普通だと思うんですよ。そこのところをちょっとご理解いただいて、何か簡単なCMでも打っていただけたら、より分かりやすいんじゃないかと思います。

それと、あと一つですね、防災の方でちょっと気になったところがありまして、先ほどの高知市内の救護病院等の話にもつながったと思うんですけど、ここで有床診療所の耐震化率が62%、あといわゆる地域の病院が57%とありますけれど、非常に数値としては少ないなと、現在思っているわけです。建築をやっているものですから、今、住宅なんかの耐震補助金を受けて、本年度から数が増えてきています。それで、ひょっとしてこの耐震化率の少ないのは、やはり経済的な事情とか諸々等があると思うんですけど、そういう病院に対しての補助金等ですね、これを現在も行われているかというふうに思うんですけど、もう少し充実していければ耐震化が進むのではないかと思うんですけども。ち

よっとそこのところをお聞かせいただけますか。

(事務局)

先ほど救急関係の窓口の一元化、高齢者が、なかなかインターネット環境もない、これは、重々承知をしております。子どもさんであれば、やはり#8000 というふうな言い方で非常に分かりやすくいいわけですけども、一般の救急の窓口となると、なかなか絞りきれないといったのが実情です。救急医療情報センターで受けて、そこでやっていくのが一番現実的かなと思います。ただ、救急医療情報センターといっても、舌噛みそうですし、いろんなパンフレットを使うポケット的なリーフレットのようなもので、できるだけ分かりやすくする方法も、また考えてはおります。今こうだと、なかなか申し上げにくいところはあるんですが、ご指摘の趣旨は十分反映するような形を検討したいと思います。

それから、耐震化の件ですが、補助金、現在ございます。つい今年までは有利なかたちの補助金もあったんですけども、やはり一般の有床診療所に対しての補助金の率というのは、なかなか非常に厳しいところもありまして、なかなか、やはり進まない、補助金の手が届いていない一般有床診療所もありますので、そうした充実は、常に国には働きかけているところではありますけども、なかなかおっしゃる通り、ちょっと手が足りていないところはあります。

特に、なかなか進まない理由はおっしゃる通り経済的なものが一番と思いますし、それから、建て替えるとか耐震化する間の土地とか資材置き場が、なかなか町中の病院さんではとれないとか、もし移転する場合であっても適地がなかなかない。それから、もし移動するとかになれば、今までの患者さんの生活圏と離れてしまうとか諸々がありまして、なかなか進めない状況です。ただそうはいっても、まずは耐震化しないと、患者さんの命を守れませんし、医療従事者の命も守れないということがありますので、それは引き続き制度充実というのは、ここでも謳って実際にも国に働きかけていくといったことは進めてまいりたいと思います。

(島中委員)

今の耐震化の話ですけど、現状のところの「医療機関の防災対策」の「耐震化」で、病院の耐震化率が57%ですね、一番最後の目標のところの「救護病院、災害拠点病院の耐震化率」、これが目標100%ですけど、小計で51%というのは、これは何ですか。これは一般の病院よりも耐震化率が低いんですか。この救護病院と災害拠点病院は。

(事務局)

統計で数字の取り方が、ちょっとあれですね。この救護病院の中には、上でいうところの病院57%に当たる所とか、それから有床診療所に当たる所もありますので。

(島中委員)

救護病院だから、有床診療所ではないでしょう。

(事務局)

救護病院にも有床診療所があります。一部ですが、ここにはあります。市町村が指定し

ていますので。

(畠中委員)

有床診療所の耐震化率、一般で 62%ですか。この 51%、よく分からないんですけども、いかにも低すぎるという。

24 年度のは最新ですからね、それが 51%というのは、とても 100%になるとは思えませんね。これも補助金があるんですか。いえいえ、救護病院と災害拠点病院は耐震化はあるわけでしょう。それで、現在 51%ということは、やはりどうやって援助していくかということ、これは急ぐわけでしょう。救護病院には耐震化をしてもらわないと困るんだから、その辺の手段も書かんといかんがやないですか。積極的に経済的援助をするとかなんとかしないといけない。

(事務局)

そうですね。そういう手段的なことは確かに明記した方がいいかもしれません。その前に数字の確かに取り方が違うんです。おっしゃる通り、上の方で 51%より多い数字ばかりなのに、ここでどう取って 51%になるか、もう 1 回確認いたします。後でご報告いたします。

(細木委員)

小児救急、小児医療の話ですけど、この席に小児科の専門医がいない所で、これをいくら論議してもあんまり意味がないんじゃないかと思う。私どもの病院で小児科をやっている、やはり救急がいっぱい来るんですけど、小児科は本当に疲弊しておりますので、ほとんど軽症者なんです。本当に大変なのが、輪番制でも入ってますけど、非常に苦勞している所が多いものですから、是非この席に小児医療の、特に小児の専門医がいらっしゃる方がむしろ一番いい方法、特に課題とか対策について、検討されるのであれば、彼らのいない所で門外漢がいろいろ話をして、あまり意味がないと思います。

(事務局)

小児医療検討体制会議の方で検討しております。

(細木委員)

そうですか。

(田村委員)

災害医療に関しまして、耐震化の話が後で出てきまして、さらに目標通り、災害拠点病院の耐震化ということをおっしゃるけれども、南海地震に特化したガイドラインを作ると書いてますよね。この課題の中に、津波対策が全く出てきてないんですよ。浸水マップも発表されてますし、だから、耐震化も津波が来れば関係ないですからね。津波対策をどうするかということは、ここに触れていない。これを言ってしまうとよというところがあるので、あえて避けているのかもしれませんが、これについてどうするのかということと、もう一つは、小児医療、それからへき地医療につきましても、小児医療の小児科医が 100 名でしょう。目標は 101 名以上と書いてますよね。あまりにも目標が小さす

ぎるのではないか。もちろん当然不可能な大きな数字を掲げても無理だとは思いますが、ちょっと目標が小さすぎると。救急医療も一緒ですけども。それから救急医療につきましても、要するにマンパワーさえあれば、こんなものはどんどん解決するんですよ。それは医師確保対策室とかどこの県もやっていますけども、それがここ何年かだとは思いますが、どれだけの成果があったのか。その辺のとこを具体的な数字で示していただかないと、ただ、いろいろお題目にいっぱい言われていますけども、言うのは簡単ですけど、現実的にはどうなっているのかというところを知りたいです。

(事務局)

最後の話につきましては、後で出てくると思いますが、医師の部分、それから、看護職員の確保の部分、そうしたところでちょっと数字なんかも整理をしてご説明するようになっていますが、それぞれの分野で、やはり医療従事者の確保があればということがありますので、それぞれで挙げさせていただきながら、全体としての医師確保対策としてはこうだというふうなお示しの仕方をしております。目標が101人というのは、確かにプラス1ということで、非常にショボイといえばショボイんですけども、やはりできる目標、現状以上という意味合いでもって、こういった表現をしておりますので、もし別の表現があれば、是非ご提示、ご提言いただければと思います。それから、災害の関係でこの津波対策、南海地震に特化した部分というのは、保健師活動、保健衛生活動をここに書いてはおりますけれども、やはり医療分野についても同じことで、南海地震を特に意識して対策を進める必要があると思います。津波対策、何せ確かに書きようがないわけですが、特に耐震化については、まず津波で全部やられているというよりは、まず地震で建物をもたせて、要は初期に潰れないとか、箱として潰れないようにしていただいて、津波が来るまで一定時間ありますので、最短の所は5分とか、非常に厳しい想定もありますけども、高知市内だとかになりますと、1時間とか1時間半とか時間がありますので、まずは耐震化した上で津波対策をどうするか。避難する、逃げる、屋上の上に乗るとか、いろんな次の対策を打てますので、まずは耐震化といったことを書いています。津波に言及する部分が少ないというところは、確かにそうだと思いますので、ちょっとその辺はもう一度見直しもしてみたいと思います。

(田村委員)

前回県が発表した浸水マップの高知市の過半数は少なくとも2mの浸水。私のところは10mと出ていますが、そういうのは現状としてあると思いますので。

(筒井委員)

災害時における医療体制ですけども、通信体制の確保という所で対策としてツイッター、それからスカイプ、クラウドなどいろいろと出てますけども、災害が起きて停電が長期にわたった場合の非常用電力の確保等とか、そういったところはちょっとどうなのかというところが気になるというところで、そういった場合に結局ネットなんかは、なかなか使えないのではないかなというところが一つ心配なところです。あと、ついでにもう1

点、備蓄の所ですけれども、医薬品の備蓄なしが 22%という数値が出てますけれども、その他 4 分の 1 ぐらいは備蓄がないんだなというふうなのが、ちょっとやはり、いざという時にはどうなるんだろうという、すごく不安に思うところなんですけれども、この備蓄というところが、それぞれの医療機関の裁量に任せてらっしゃるという結論なんですか。ちょっとその辺りのところを一緒に聞かせていただきたいんですが。

(事務局)

まずは、病院の電源のお話ですが、ちょっと弱いかもしれません。実際の対策といたしましては、東北の大震災を見ても電源が課題だということで、この計画にどう盛り込むかは別として、実際の対策としては今回の 9 月の高知県の補正予算で一定程度、その補助を新たに設けるようにしました。それもただ、いろいろな電源、ピンからキリまでございまして、病院は主な機能を全部開通させるような大掛かりなものだと各施設の改修とか、ものすごいお金がかかってしまいます。そこまではなかなかできないだろうということで、一定ちょっとポータブルなものあるいは、工事現場でやるようなもの、一定かなりパワーがある、そういった幅の中から医療機関の選択によって導入できるような補助制度を新たに設けましたので、そうしたことを順次、引き続きやっていってできるだけ進めたいと思います。特に、全部を回復させるのは無理としても、人工透析の機械ですとか、酸素供給とか、そうしたところを生かすためのものというのはさほど大きなお金がなくてもできると思いますので、それをまず考えております。

それから、備蓄の関係につきましては、これは言い方もよくないのかもしれませんが、どういった所にどういった薬を備蓄するのか。それと、やはり災害時に外科をやっておられる病院さんにしっかり、ちゃんと外科的なものをキープしてもらいたいというのがありますけれども、内科とか、さまざまな診療科があらわれて、そこも備蓄してないよと答えていくと、こんなふうになっていくのかもしれませんが、そういった意味でまずは、病院さんの裁量に任されているとおっしゃった、そういう部分での備蓄があるのと、それから県、それから保健所単位で備蓄をする、そういったことがあります。それと県がお願いをして、災害拠点病院には一定急性期に使う医薬品を流通備蓄という形で、通常使う分を膨らませたかたちでキープしてもらっていますので、いざとなればそれを使うといったことになります。

それと最後に、外からの支援物資がどんどん一定程度、二日ぐらいするとたくさん入ってきますので、そうしたことをスムーズに必要な病院に配る仕組み、それを医薬品部会の検討の大きな課題として、薬剤師会、それから医薬品の業者さん辺りに相談して、今作っておりますので、病院に備蓄がないイコール困ったのではなくて、二重三重に手立てをする形に今のところしています。ただ、その中で、いろいろ課題もありますので、そうしたことは一つひとつクリアーしていかないといけない現状でございます。

(筒井委員)

はい、ありがとうございました。

(島中委員)

外からの支援でと言いましたけど、ちょっと甘いんじゃないですか。西日本での被害は規模が違うんですよ。だから、都会はやられるでしょう。大阪がやられる、近畿がやられる、すると、全部マスコミは向こう側につきます。高知なんかも離島と一緒にですから、だから備蓄は、2日じゃだめだと思う。よほど長く見ておかないと。

(事務局)

おっしゃるとおりだと思います。内閣府の方が今度、そういった全体の枠組みについて今決めているものを見直しをします。その中で今の南海地震対策では、大阪とか名古屋とかはおっしゃるとおり、被災地扱いにされていません。この前、実は被害想定南海トラフ巨大地震の想定では、もう大阪も名古屋も大きくやられてしまうとなれば、そこに例えば自衛隊の導入する、ヘリだとか全部割かれてしまう可能性はもちろんあります。その中で高知県にどれだけ支援がくるかというのは大きな課題です。我々もそういった内閣府の見直しの中で意見を申し上げる立場にありますので、そうしたことは十分訴えてまいりますし、高知が一番ひどいというのはもう災害関係者の中の常識にもなっておりますので、そうした意味では忘れられることはあまりないのかなということもあります。

(島中委員)

人口が違います。

(堀委員)

現実的には忘れ去られるわけじゃないけれど、現実的には向こうのほうが人数が多く、そういうところでやはり向こうへ向いて走ると思います。国全体の再生もかけて向こうへ走るんでしょう。

(事務局)

ですから、例えば四国島内で相互協定なんかも結んでいますので、四国とそれからそのバックアップ、中国地方の支援、そうした日常の仕掛けと申しますか、相談体制にありますので、それで全て十分ということはないんですけども、あらゆる想定をしてできることはやっていくつもりです。ちょっと抽象的ですが、そういうようなことにしかならないと思います。

(安田会長)

その他は、よろしいでしょうか。そしたら、時間が大分残り少なくなってきましたので、まだ資料の説明がございますので、一旦、資料2の事業のところを説明させていただきますので、次は資料2についての説明、4疾病の方です。4疾病の方、ご説明をお願いしたいと思います。

(事務局)

それでは、5疾病のうち、がんについての説明をいたします。資料2の3ページをお開き下さい。まず、現状については、3つに分けております。左端の「検診の状況」ですが、「第5期の計画の際には全国比較をすることが可能な市町村検診についてのみ記載してありま



したが、県民全体のがん検診受診率を把握するためには、市町村検診以外に職場検診等の状況も把握する必要があります。現在、県内の主要な検診機関からがん検診の受診状況の報告をいただけることとなったことから、第6期の計画からは県民全体の受診率を記載することとしました。また、日本一の健康長寿県構想の中で、働き盛り世代の40～50歳代の受診率に重点的に取り組んでいきます。

次に「医療体制」です。第5期の際には拠点病院が中央の3ヶ所のみでしたが、平成24年4月から幡多けんみん病院が新たに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、県独自に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しましたことから、現在は5ヶ所、拠点病院と推進病院が指定されております。現状の右端の「患者の状況」です。がんによる死亡が毎年2,600名程度で死亡総数の約4分の1程度を占めております。年齢調整死亡率が男性は全国平均を上回っております。

次に課題についてでございます。課題は5つに分けて記載しております。その下に対策も記載しておりますので、課題と対策を併せてご説明いたします。まず、左端の「予防・検診」のうち、がん予防として禁煙対策、生活習慣の改善が必要です。具体策は高知県健康増進計画「よさこい健康プラン21」に盛り込むこととしております。それから、子宮頸がんの原因となるヒトパピローマウイルスへの感染予防は子宮頸がん予防ワクチンの接種によって行います。それから、肝がん予防は肝炎ウイルス検査によって肝炎ウイルスへの感染者を見つけ、早期に治療に結びつけます。がん検診は受診率がまだまだ低いことから、がん検診の意義、重要性の周知と利便性を考慮した検診体制の整備に取り組んでいきます。またがん罹患者が増加し始めるのは働き盛りの40歳代前半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かけを強化してまいります。

次に「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です。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などにより連携体制を構築してまいります。また、患者が医師に気がねせずにセカンドオピニオンを受けられる体制整備とセカンドオピニオンという制度があるということ自体の普及啓発が必要です。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まだあることから、正しい知識の周知が必要です。そのための医療従事者向けの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「在宅緩和ケア」ですが、在宅療養という選択肢が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へ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、各拠点病院の相談窓口に出された意見を共有し、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、ガン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に、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「がん登録」ですが、

がん対策を講じていく上で非常に重要な位置づけを占めるがん登録の制度が向上するためには、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ることから、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掛けることとともに、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にしております。

全体目標は右下に書いていますように、年齢調整死亡率は平成 27 年に 77.2 人、10 万人対ですが、これは現在の高知県がん対策計画の目標値と同じもので、当初平成 17 年の年齢調整死亡率が 96.5 だったものを 10 年後の平成 27 年には 20%減少される 77.2 とするという目標をたてておりますので、その目標を継続しております。平成 22 年の年齢調整死亡率は 88.4 で、8.4%の減少ですので、平成 27 年の目標達成に向け、さらなる取組が必要だと考えております。この計画の進捗管理は年 2 回開催される、「高知県がん対策推進協議会」において、その進捗具合を評価することとしております。以上です。

(事務局)

次に 4 ページをご覧ください。第 6 章第 2 節脳卒中です。

現状としまして、「患者の状況」としましては、死因の第 4 位、介護原因の第 1 位となっており、年齢調整死亡率では男性が全国第 7 位、女性は全国第 18 位と全国平均以上となっております。脳卒中の再発率は 33%、また、入院の受療率は全国第 1 位となっております。

「病院前救護の状況」としましては、脳卒中では発症後 3 時間以内の専門的治療が必要とされる中、2 時間以内に医療機関に受診をしている方が 18.1%。また、脳梗塞に対する t-PA 治療が時間制限のため使用できなかった方は、63.5%となっております。

「医療提供体制の状況」としましては、急性期では脳卒中の専門治療が可能な医療機関は中央に 7 ケ所、幡多に 1 ケ所と地域的な偏在があります。回復期では同じ施設基準の届出がある医療機関の中でもリハビリテーションの内容に差があることや、急性期から回復期への転院の際、連携が不十分なために日数を要しています。維持期では患者の回復状況や、家庭の事情等により多様化している状況です。

次に課題と対策です。第 5 期計画と比較して新たな課題や対策をメインに説明させていただきます。脳卒中の病期は急性期から始まり、回復期、維持期となっており、その流れに沿った形で示しております。

「発症予防」として、脳卒中の発症要因は高血圧と喫煙が 2 大リスクとなっておりますが、禁煙治療や血圧管理が不十分です。下へいきまして、この対策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啓発、また、医療機関での学会のガイドラインに沿った血圧管理の推進を行います。

右へいきまして、「病院前救護」です。第 5 期に引き続いてとなりますが、病型にもよりますが、患者やその周りにいる者が発症に気づかないケースがあるため、県民への脳卒中の知識の普及を行います。

「急性期」では緊急の脳外科手術や t-PA 治療など脳卒中の専門治療を 24 時間 365 日行える医療機関 8 病院を「脳卒中センター」、また、365 日体制ではないですが、比較的症

の軽い患者を診ることができる 18 病院を「脳卒中支援病院」として位置付けております。この役割を担う脳外科の医師確保と併せて診療体制の充実を図ります。

「回復期」では、急性期から回復期へ転院させ高い機能回復を図ることが必要です。また患者の受け入れ体制やリハ内容、在宅復帰のための工夫などが、統一されていないことや、回復期のサービスを検証するため、退院後の患者情報を把握できていないことから、対策としましては、回復期への退院後の患者情報のフィードバックの仕組みづくりの検討や、回復期リハに関する研修会の拡充を行います。

「維持期」へいきまして、入院をする場所によってリハビリテーションの内容に差があることや、回復期のように退院後の目指す目標等の設定がない。また、患者情報が在宅リハでは情報共有が充分でないことや、訪問リハの有効性を十分認識されていない状況です。この対策としまして、訪問介護と医療リハのスタッフの連携を図るために、症例検討会や研修会を開くとともに、リハの目標設定や効果を明確にする方法の検討を行い、それを関係機関へ周知していきます。

次に「医療連携体制」です。患者の医療情報の共有が不十分なままでの医療の提供がされていることや、患者情報がケアマネジャーまで届いていない状況です。また、誤嚥性肺炎予防のための口腔ケアの体制が必要です。これらの対策としまして、脳卒中の地域連携クリニカルパスは最も進んでいる状況ですが、さらに利用率の向上や、パスがケアマネジャーまで届く仕組みづくりを検討していきます。また、パスに載らない患者も含めて急性期から在宅まで患者情報を共有できる仕組みづくりを行います。歯科では、脳卒中の医師と合同の研修会の開催や在宅歯科、連携歯科の役割の周知を行っていきます。第 5 期から対策としております「脳卒中データバンク」として、平成 23 年 11 月から開始しております、脳卒中患者のデータ蓄積を引き続き行い、予防や医療体制に活用していきます。

目標としましては、第 5 期に引き続き年齢調整死亡率を全国平均値とすることと、脳卒中センターと支援病院の数を各医療圏で現状値以上とすることとしております。

最後に、取組体制ですが、脳卒中医療体制検討会議を設置して、医師会、急性期病院の医師や各病期に携わる関係団体の方の 16 名の委員で取り組んでいます。以上です。

次に 5 ページをご覧ください。糖尿病です。

現状の「患者の状況」です。働き盛りの世代や小児の肥満者の割合が高くなっています。検診の受診率は全国平均以下となっており、検診後、医療機関の受診指導を受け、医療機関を受診した患者が 77%。検診で糖尿病と言われたもののうち未治療や治療を中断した者は 37%となっています。この 3 割の患者が重症化している可能性が高く、この方達に対する対策が必要とされています。

次に「患者の状況」です。受療率は全国と比較して男性が低い状況です。糖尿病は網膜症や腎症、神経障害などの三大合併症の他にも心筋梗塞や脳卒中などの動脈硬化症を起こしやすくなります。脳卒中しか把握できていませんが、脳卒中発症患者のうち、糖尿病を基礎疾患を持つ患者は 26.4%となっています。

次に課題と対策です。糖尿病では第 5 期に引き続いた内容となっています。糖尿病は重症してからでは遅いため、やはり予防から始まり重症化するまでの対策が必要ということで取り組んでいます。

「予防」としましては、継続した健康づくりの取組が必要ということで、対策としては生活習慣の改善や食育の推進を行います。

次に「県民自身の健康管理」です。定期的な検診を受診しない県民が多く存在するため、県民自身の検診、健康管理に対する意識の向上が必要です。この対策としまして保健者による検診受診の促進、検診後の保健指導と医療機関受診の促進、医療機関を受診しない者への指導などを行っていきます。

次に「糖尿病の知識の普及」です。糖尿病では初期では痛みなどがいないため、治療を放置しがちであったり、治療も長期にわたります。このため、県民が糖尿病について正しく理解し、患者だけでなく家族や周囲の者もサポートする体制が必要です。この対策としまして、糖尿病の取組体制として設置してあります糖尿病医療体制検討会議委員の医師を中心として、講演を開催したり、食育における啓発に取り組めます。

次に「保健と医療の連携」です。医療機関を受診しない者や治療中断者への対策が必要ということで、保健者と医療機関の連携を図るため意見交換等を行う情報交換の場の構築を目指します。

次に「医療体制」です。糖尿病の専門的な医療従事者についても、糖尿病に限りませんが、地域偏在があります。このため、チーム医療の体制が不十分となっております。また専門医療機関とかかりつけ医の紹介・逆紹介が不十分となっていることや、医療機関における管理栄養士の配置が不十分なため、食事指導が不十分な状況です。これらの対策としまして、専門医とかかりつけ医の紹介・逆紹介を促進します。また研究会などを通して他職種との連携体制の構築を図ります。また栄養士会では管理栄養士の派遣体制の整備を図っていきます。

次に目標です。今後、高齢化に伴い糖尿病患者の増加が見込まれるため、第 5 期に引き続き糖尿病腎症による新規透析導入率の増加率を 0 にすることとしました。また、第 5 期の新たな目標としまして糖尿病網膜症による硝子体手術を行った患者数としておりますが、数値は現在調査中です。最後に取組体制ですが、先ほども説明しましたが、糖尿病の専門医をはじめ 12 名の委員で取り組んでおります。以上です。

(事務局)

続いて資料は 6 ページをお願いいたします。地域福祉部障害保健福祉課の精神保健医療政策の担当企画監の谷でございます。よろしくをお願いいたします。本文は資料 3 の 75 ページからになってございます。精神疾患分野の計画作成につきましては、今回、5 疾病目になりましたということで、専門委員会として設置しました高知県保健医療計画精神疾患分野検討会で 3 回ご検討いただき、委員には医師会、精神科病院協会と精神科の先生を中心に 11 名で構成をしております。その検討を取りまとめた素案について、さらに精神保健

福祉協議会にご意見をいただきましたものを、本日、案としてお示しをさせていただいております。5 疾病目に加わりましたことによりまして、国の指針を基に高知県として重点的に取り組んでいくことに絞って、また、日本一の健康長寿県構想、障害保健福祉計画等と整合性のある計画としております。

まずは、現状でございますが、本県の精神疾患のある患者の状況は、通院患者は増加傾向にありましたが平成 23 年若干減少があり 29,715 人、入院患者は減少傾向にあり、平成 23 年に 3,153 人となっています。入院患者の年齢別の内訳では 65 歳以上の高齢者が増加傾向にあり、平成 23 年には 57.8%を占めています。また疾病別の内訳では統合失調症、統合失調症障害及び妄想性障害が減少し、認知症を含む症状性を含む器質性精神障害とうつ病を含む気分障害が増加する傾向にございます。受療の状況として、中央、幡多圏域では圏内での受療が高く、安芸、高幡圏域では中央への依存が高い状況でございます。

「自殺の状況」、人口当たりの自殺者数が全国第 8 位と深刻な状況にあります。「医療提供体制」としては、精神科病院が県内に 24 病院。病床数は人口 10 万人単位で高知県 500.2 と全国 6 位で、平均在院日数は高知県は 183.9 と全国では非常に短い在院日数となっております。平均退院率は 1 年未満の方の退院率でございますが、全国 1 位。一年以上分の退院率については高知県が 20.5 で全国 15 位ということで、入院中心から地域生活中心へと入院期間の短期化という傾向が、精神科病院の努力で進められております。

こういった指標から課題を抽出いたしまして、それに対応する対策をそれぞれ国の指針に基づきまして「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 6 つのカテゴリーについて検討し記載をしております。今回、策定過程で議論になりましたのは、「治療・回復・地域生活」の項目でございます。国の指針では「治療・回復・社会復帰」とされていましたが、精神保健福祉協議会におきまして、社会復帰の前に退院がある。退院を入れるべきといったご意見や、社会復帰ではなくて、地域生活が適切であるというご意見をいただき、議論の結果、「治療・回復・地域生活」といたしております。これらの課題、対策につきまして、「治療・回復・地域生活」では地域連携による患者の状態に応じた医療の提供、アウトリーチの推進、精神科救急では精神科医療相談窓口及び精神科救急情報センターの設置や一般救急との連携について、うつ病につきましては、かかりつけ医と精神科医の地域連携の強化、「G-P ネットこうち」の県内全域での実施、認知症につきましては、認知症疾患医療センターの設置、連携パスの作成、そして専門医療では児童精神科医療の充実等を図ることとしております。

これらの取組体制につきましては、左の下にお示ししておりますように、県医師会、精神科病院協会等の代表委員によります検討会、協議会で作成した計画を事業に反映させ、市町村と情報共有を行い、連携して施策を推進していく、この作業を繰り返すといったこととなります。

目標につきまして、右の下に定義をしておりますが、「うつ病に関する目標」として、G-P 連携実施保健医療圏域数を今年、2 圏域で実施できる予定ですので、これも計画で県下全域に広げること、「認知症に関する目標」としましては、認知症疾患医療センターと地域の連携を構築することを前提として、バスによる連携システムの構築を保健医療圏域全数とすること、そして、「精神科救急に関する目標」として、医療相談窓口及び精神科の救急情報センターの設置を行うこととしております。私からは以上でございます。よろしく願いいたします。

(安田会長)

先ほど、5 疾病の説明を簡単にやっていただきました。急性心筋梗塞以外の疾患ですが、説明内容について、ご意見、ご質問がございましたらお願いいたします。島中委員どうぞ。

(島中委員)

ちょっと専門外でよく分かりませんが、51 ページの下から 5 行目ですね。維持期においては生活不活発病の予防がという、こういう表記があるのですが、知らないのて教えてほしいのですが。

(事務局)

廃用症候群のことです。

(島中委員)

廃用症候群を生活不活発病というのですか。

(事務局)

そうです。

(島中委員)

そうですか、どうもありがとうございました。それから、ここの脳卒中のところて非常に再発率が多い病気だと聞いておりますけれども、再発予防ということの項目が一切ないんですね。それは、検討しなくてもいいのですか。

(事務局)

再発予防については、当初、予防で発症予防と再発予防について記載していく必要があるという意見もあったんですが、再発防止対策は一緒の内容になるため、予防と一括りにして記載しております。

(島中委員)

よく分からないんですけども、回復期があつて維持期の後に再発するわけですね。だから、そのへんよく分からない。それでいいなら門外漢ですので、いいんですけど。再発率が多いということを 33 ページのところて書いてあるのに、それを含んでいいのかなと思つた疑問があつたものですから、質問いたしました。

(安田会長)

では、宮崎委員どうぞ。

(宮崎委員)

69 ページの糖尿病の医療体制の、高知県の糖尿病療養指導士の制度の創設を目指しますとありますが、是非そのようにしていただきたいと願っていた者の一人です。協会認定の糖尿病療養指導士だとか、看護協会の場合は認定看護師の認定制度がございます。それから、県で5年前から専門性の高い看護師の育成の糖尿病養成研修をしていますが、それは制度との関連、他の研修終了者との関連というのは、どのようにお考えなんでしょうか。お聞かせ願いたいと思います。

(事務局)

今、地域版の療養指導士の設置についても、国の方で見直しとかの動きもあるようでして、それを踏まえまして今後検討していくということになっております。

(安田会長)

その他は、いかがでしょうか。

(安田会長)

では堀委員、どうぞ。

(堀委員)

先ほど申し上げたことと同じになるんですけれども、今回から精神疾患がこの事業に加わったということで、個別に加わったということなんですけれども。ここで医療相談窓口ですね。救急情報センター設置ということなんですけれど、これに関しても県民、市民に分かりやすいようにCMとかそういうのをお願いしたいと思います。より分かりやすく、今も打ってもらっていますよね。認知症に対してもムラオカヒロシさんの漫画なんかで。ああいうふうに、柔らかくより分かりやすくCMを打つなら打ってもらえたら、ありがたいと思います。

(事務局)

ご意見ありがとうございます。県民の皆さまにできるだけ分かりやすいものを考えたいと思います。ありがとうございます。

(安田会長)

そのほか、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。そうしましたらこの5疾病5事業の事務局から説明をしてもらって、各委員からご意見とご質問をいただいたところは、あとは事務局の方で本文の修正に反映できるところは、反映していただくこととしまして。医学的な内容で各疾病の部会のようなところに、もし何か差し戻したりすることはあるんですか。全部、事務局の方で対応されるんですか。

(事務局)

個別の会議を開催してというような形にはならないと思いますが、修正した上で各委員さんにお戻りする。確認をしていただいて提案をするという作業をさせていただきます。

(安田会長)

そうしますと今日ご意見、ご質問のあったことの医療的な内容につきましては、また妥当性を各専門の委員にご確認いただいて、最終的な計画の方に活かしていただきたいと思

います。よろしくお願いいたします。

(事務局)

すいません。医師と看護職員がまだちょっと説明してないので。

(安田会長)

すいません。次に医師、看護職員の部分の説明がまだあるそうで。私一人忘れておりました。よろしくお願いいたします。

(事務局)

すいません。申し訳ありません。資料の1ページ2ページの医師、看護師が本文では1ページ。それと11ページになっております。資料に基づいて説明させていただきます。皆さま方もご承知のように、本県の人口当たりの医師数は全国より多い。調査によっては一位であったりということで、トータルの数的には充足されているかのように見えますが、若手医師、特に40歳未満の医師数のここ10年での急減。また地域偏在も顕著になってきているということで。またその診療科単位で見ると産婦人科等、特に減少している診療科があって、押し並べてみると充足しているかのように見えていても、やはり部分的に偏在が生じてきているということで、特に郡部の急性期医療を担う医師も減っているということが、県内のここ10年の状況であるということです。これにはいろんな要因がございます。20世紀後半から大学院重点化ということによる大学からの医師引き上げ。それと医師臨床研修の必修化を契機とした都市の市中病院への若手医師の移動。また地域偏在というところも、高知大学による具体的な医療機関への派遣とかが十分できなくなってきたということ。また診療科でもブロック単位で見ますと、やはり勤務環境の厳しさなどなど、いろんな要因がございます。

これまでの県の対策としては、平成19年度から県の医師養成奨学金の制度の創設、また、同じく19年度に高知大学に家庭医療学講座を設置をして、地域医療の重要性を伝えてきたということ。また、国全体での大学の定員増ということもありまして、高知大学も定員がこの4.5年で約20人、増加しているということです。これに対応するために県の医師養成奨学金もタイアップした定員増、また、地域枠増ということを対応していく必要があります。現時点で新規の貸付枠が一学年当たり31名。地域枠が25名という状況でございます。こういう状況の中で、順調に医師の奨学金の受給者も増加してきておりまして、平成27年から30年にかけては奨学生が160名程度とピークになっていること。それと、離脱が全くないという前提ではありますけれども、償還期間内の医師が平成37年には最大の270名になっているという状況です。それで、また初期臨床研修医の県内の採用が今年度は50名ということで、過去最高、前年比で12名増。また、初期臨床研修後の3年目の県内に残留する割合が80%を超えてきているということで、そういった明るいきざしもあります。

また、平成22年に高知医療再生機構を県、大学、医師会などとともに設立をしまして、若手医師のキャリア形成支援を中心としたファンドとしての支援活動を行ってきているということでもあります。



また、昨年度は高知大学に、これは国の事業の一環として、高知地域医療支援センターを設置させていただきまして、先ほど申し上げた県の医師養成奨学金のOB等のキャリア形成モデルの企画立案、そして、今後の県内への定着のための様々な関係機関との調整、制度改正の検討、そういったことを行っていただくということになっております。

そういう意味で、県、再生機構、地域医療支援センターが三位一体となって、それぞれの役割における対応を行っているという方向でございます。

それで、今後の対策の状況ということですが、先ほども申し上げたような取り組みを順次進めていくということでもあります。

それで、これまでに申し上げてきたことは、中長期的に県内で医師を育成して育てていくという仕組みであります。これは、着実にやっていく必要があります、その一方で短期的な対策として、県外からの医師の招聘、また、県外に在駐しておられる方々の情報収集等にこれまで以上に取り組んでいきます。その1つとして、首都圏、関西圏等で勤務をされている著名な医師に、「こうちの医療RYOMA大使」という称号で委嘱させていただいて、高知県の医療のPR、また、高知県に興味を持った医師の紹介などを行っていただくということとしており、すでに10数人の方々が任命されていますが本日も、県東京事務所で慈恵医大の外科の大木教授の委嘱式を行ってきたところです。

また、家庭で就業されていない女性医師の方々もおられます。例えば、こういうような方々の復職支援について取り組んでいくということと、また高知に来られた方の将来的な定着を促すためにも、婚活みたいなことをやってもどうかという意見もありますけれども。ここはまた県医師会、再生機構と協議しながら進めていくところでもあります。

それで、今後の目標としまして、初期臨床研修医の採用数を60名程度まで伸ばした上で、県内定着は高知大学だけではありませんけれども、一つの目安として高知大学の3年後、医療従事者数の水準40人程度まで伸ばすということで、これまで若手医師が約10年間で200人程減少していつているものを徐々に元に戻していこうという対応をして、県内の適正な医師の配置を進めるという取り組みを進めていきたいと考えております。

医師は以上で、次は看護職員。2ページをお願いします。

まず、看護師ですが、10万人当たりの就業者数は全国でも濃い水準になりますけれども、8割は中央医療圏に集中しているということで、郡部での新規就業が非常に困難、新規採用が困難ということ。

また、県内中央でも急性期病院を中心として、看護職員の確保が難しいという状況ができています。

また、看護職員の離職防止だとか、そういった課題がございます。それで、対策として、これまで県の奨学金制度がありましたけれども、これが、制度が上手く回っているという状況ではないというふうに考えております。中央への医療機関に就業して償還されて行く方々がいて、制度自体にそったものが出来ていないということがありますので、これをもっと看護学生、また看護師養成施設に対する規約等を結んでいきたいというふうに思っ

います。また、その奨学金の償還制度の見直しということもしていかなくてはなりません。

また、その職場環境の整備、また復職支援、そういったことにも取り組んでいくということ。また、一昨年に新人看護職員の研修、いわゆる臨床研修の結果、グルーピング化されたことに伴う対応を、また看護学生の実習・指導を行うなど、看護教員に対する研修会での実行ということが続けていくということ。

それで、助産師につきましては、これは平成 20 年度に緊急助産師確保対策として、奨学金制度の拡充を行っておりまして、そういった対応の効果もあつたと思いますが、就業している助産師数が増加をしてきております。それで、10 万人当たりの就業者数は全国で中間程度ですが、新聞等で現在の周産期医療体制が非常に深刻な状況になっているということとなっておりますので、その対策の一環としても助産師確保対策をただちに取っ進めていく必要があります。

そういうことで、奨学金制度が実は条例が、今年度で終了することになっておりますけれども、なんらかの形で継続していくということ。また、助産師の資質の向上ということで、周産期医療従事者研修事業ということも。また、周産期医療体制全般でのサポートとして、助産師外来の開設の医師、看護職員の役割分担を決めるということで、活動しています。

保健師につきましては、全国の中でも比較的人数増えては、就労していると思うんですけども、20 代 30 代の方が半分近くということで、これらの若手の方々の人材育成、さらに東日本大震災でも大きな被害を出した災害時での保健活動が十分できるようになるということの育成ということが必要になっております。まず対策としては、市町村によって保健師の人材確保が少しまちまちになりますので、そういった市町村、人材がある、バックアップが必要な市町村への対応の支援。また、人材育成の課題というのは、平成 22 年に「高知県・保健師人材育成ガイドライン」を策定しておりますので、これに基づく人材養成を進めていくということでもあります。まず目標としては、看護師、助産師について県内の急性期病院や中山間地域等の看護師を育成確保していくことを目指すということで。第 7 次の看護職員需給計画では、平成 27 年度では概ね充足になっているという推定ではありませんけれども、医療機関ごとに見ていくと、やはり差異が大きいということから、一定の特別対応ということを視野に入れて、この対応を進めていきたいというふうに考えております。以上であります。

(安田会長)

そうしましたら、医師、看護職員の確保について、ご意見、ご質問等ございますか。島中委員、どうぞ。

(島中委員)

看護師ですけども、本文の 13 ページの所の養成状況といったところで、県全体の養成数が維持されていますというふうに書かれていますけども、これはちょっと問題ではないかと思うんですね。平成 25 年 3 月でこの黒潮の医療専門学校が閉校になるということで。そ

うすると、これは県全体が維持ということが言われていても、要するに幡多で考えると養成所が圧倒的に減るわけですね。そうすると、向こうの圏域にとっての看護師の供給元というのはなくなってくるわけですね。中央医療圏で育った人が幡多へ行くかということ、なかなか難しい問題があるので、やはりその辺のことを考えないといけないと思いますし、それからもう 1 点は、この大学の定員が増えていますよね。大学の定員が増えて、果たしてこの人たちが高知へ残るかということ、ほとんど県外へ行っているのではないかと思います。その辺の分析が全然、されておりません。13 ページの表の下に、その就職先、県内の医療機関を保健医療圏ごとにみても書いてありますけども、県外へどれくらい流出しているかということに記載しないと、有効に養成されているかどうかということが分かりません。

それから、次のページの図表の 5 ですけども、県内の看護師等養成施設新卒者の保健医療圏別就業状況ということが書かれていますけども、これもちょっと准看と正看と両方入れているわけですね、看護師等ということは。そうすると、この准看の方というのは、ほとんど高知県に残ると思うんです。正看の方が問題で、どれくらいが残るかというのが問題で、その辺の数字を把握しないと意味がないということ、例えば、平成 23 年度は前のページで見ますと、入学定員が 645 人いるわけですね。それで、次のページで 23 年度卒業定員を見ると、281 人というふうに新卒者の就業状況で 281 人という数が出ているわけで、これが 3 分の 1 くらいしか高知県に残っていないということですね。その中の 100 人が准看で高知県に残るとすると、じゃ、看護師はどのくらい残っているかと、そしたら、大学でいくら増やしたって意味がないわけですよ。県外から来て、入学して、県外に去っていく人を育てているわけですから。だから、前に県立の看護学校養成所を廃止しましたよね。正看を廃止した時にこういう問題があったわけなんですけども、その時も定員を増やしたらということで、そういう理由でやったわけなんですけども、その辺のツケがかなりきていると思うので、要するに 100 ベッド数の看護師数が最低だということは、ちゃんとした基準の看護ができていけないという問題があるので、その辺のことをもうちょっと分析していただきたいと思います。

(事務局)

ご指摘、ありがとうございました。まず最初の項目別に。四万十市の黒潮医療専門学校閉校ということで、別途、この黒潮医療専門学校の施設を活用するかたちで、現在、看護師養成所の指定の申請が出てきております。厚労省の調査を経て、おそらく 12 月頃の国の審議会で諮ると思います。この黒潮医療専門学校と院生の定員数が現時点で見込まれている。ただ学校が継続するということだけではなくて、やはり地元への定着ということは大きな課題ですので、ここは、現在、学校側と地域との連携ということを、しっかりやっていただくように話をさせていただいているということで、それと、県内定着の分析が十分でないかということで、この 13 ページ、14 ページに十分データを記載できておりませんので、そこはまた工夫をさせていただきたいと思います。ご指摘のように学校ごとで、この

県内定着別状況を出すと、一部の民間の養成施設や、大学の県内定着の割合は低いですが、県立大は旧女子大学の時から概ねその半数程度が県内定着ですけれども、近年、年々県内定着が上がってきておりますので、これをさらに上げていければなというふうに思っています。そういった数字も計画の中できちんと分析をして出した上で、この対応策等を確認していきます。

それと、准看護師、正看護師ごとに分析すると、ご指摘のように准看護師の方が県内定着率が高いので、それは先ほどと同じような手続きを計画の中に記載していきたいというふうに思いますので、そういうご指摘での対応をしていきたいと思います。なんかデータの補足等ありますか。

(事務局)

そうですね。別の学校ごとに言わせてもらいますけど、准看護師については、現在どちらかというと、准看護師の学校を終えたらすぐに次に2年課程に進学される方というのが、非常に増えておまして、准看護師の養成所を出たイコール看護職員として就職しているという状況にはないということです。学校によりましては、かなり県内への就職率というのは、やはり違いがあるんですけれども、そこら辺を含めて今後はちょっと対応を考えていきたいというふうには思っております。

(島中委員)

その黒潮のことなんですけれども、先ほど課長さんが「ちょっとあとでやるところがある」というような話をおっしゃってましたけども、関西のある専門学校を経営しているところが買い取って、外国人の看護師を育てるというような話をちらっと聞いたことがあるんですけど、その辺はよく確認して、それでよそから連れて行ってそのままよそへ持っていくというようなものができて困りますし、しっかり調査した上でどうにかしていただかないと困りますけど、いかがですか。

(事務局)

島中委員が申されたような懸念は、同じようにあります。当初、学校側の話ですと外国人留学生を数多く入学させるというような話もありましたけれども、これは何パーセントでしたか。

(事務局)

10パーセント以内。

(事務局)

外国人留学生は10パーセント以内にとどめておくという行政指導がありますので、その範囲にとどめていただくようあくまでも申し上げております。それと、やはり繰り返しくなりすけれども、県としても幡多地域に学校が開設される以上、地元での就職採用ということが促される必要がありますので、地域の医療機関との連携ということについてよく県としても要請していきたいと思っています。

指定の権限は、厚生労働大臣で審議会を経てとなっていますけれども、指定申請にあた

って県側でもある程度、大臣側には意見書を提出しておりますが、そこでもやはり外国人留学生の動向が入学データとか、その地域の連携ということについて幾つか懸念がありますので、そこは指摘をして大臣認可において重々調査をしていただくというふうに期待しております、今後とも十分注意していこうと思います。

(宮崎委員)

二点ございます。医師の目標と評価方法が記載されていますが、その次のところについて評価方法というところが入っていますが、看護職員についても、ここには同様の評価方法ということによろしいでしょうか。それから看護職員は目標数というのがなかなか出にくいと思いますが、100床当たりの看護師数が全国最下位ということもありますので、可能な範囲で是非書いていただかないと評価がしにくいのではないかなというふうに思います。それから15ページの潜在看護師の活用ということで記載がございますけれども、現在も潜在看護職員の把握というのは非常に困難を極めております。

潜在看護職の登録制度はございません。従事者届けで2年に1回従事している方のみ把握ができるという状況があります。他県では退職する方の同意を得て登録をするという県が何県かあるという情報を聞いております。そういうことも含めて、機会があれば復職したいという意思のある方の登録制度というのを是非検討していただきたい。計画に盛り込むかはちょっと事務局の方で検討していただけたらと思いますが、そういうものを活用して早期に発掘していくというやり方の方が現実的なのではないかなと思います。国の方が登録制度を取っていただければ一番いいんですけども、まだまだ先のことだと思いますので、ぜひ検討していただきたいと思います。

(安田会長)

事務局から何かコメントはいいですか。

(事務局)

評価方法につきましては、記載の表現を合わせないといけませんので医師と同様のような記載にしていきます。数値目標については、医療従事者部会でご意見があまりなかったので今日はこの目標としておりますが、少し数値目標の設定については検討させていただければと思います。場合によっては、健康長寿県構想の見直しと連動しますので、その中で数値目標設定をするかどうかということについて少し検討させていただいて、また医療従事者部会の委員等に意見を伺っていききたいと思います。

潜在看護職員の活用ということについて、登録制度ではありますけれども全数報告制度にはなっていないので把握できてないですけど、ご指摘があったように他県の対応とか、そういったことを少し調べさせていただいて、また看護協会さんと連携できるようなものなのかということも少し考えたいと思いますので、またお手をお貸しいただければと思います。

(堀委員)

専門ではないものですから、医師の所で、矛盾したところがあると思うんですけど、

女性医師が増加しているにも関わらず、相対的に、医師不足であるというところで原因は何か皆さんはお分かりになると思いますけれども、家庭を持った方に、子どもの産休から始まって子どもの育児ですね。それに至ってやはり、男性の方も大変ですけど、看護・医師に関わる女性の方というのは家庭のことも非常に大変な思いをされていると思うんですよ。

その時にやっぱりこれってすごくもったいない話ですよ。これから女性が社会進出して増えていくというのは目に見えているんですけど、その時に職場でより働きやすい体制、看護のところには、職場環境の整備と復職支援の取り組み、これ二項目並んでおります。それで院内保育等の整備とかが載っている。それから勤務環境の改善相談とか。これを是非とも女性医師の復職支援だけではなく、この項目をずっと考えて入れていただきたいなど。それと対策もお願いしたいと思うんですけどいかがでしょうか。職場環境の整備ですね。

(事務局)

ご指摘ありがとうございます。非常に重要な点2つだと思います。看護職員対策として行っている院内保育所とか、女性医師対策になるような対策がありますけど、それはそれで推進していければと思います。医師の勤務環境については、あまりきちきちやっていると大手にでると結構大変なものがあると思います。一つは、勤務環境の改善ということで、例えば、その働き方のバリエーションを医療機関と共有していく必要があるかと思いますが、なるべく正規雇用を採用されている医療機関もありますので、そういったところへの啓発とか、そういったことは必要になるのかなと思います。非常に対象人口の多い看護職員対策に対し、現時点で女性医師対策が、まだ少数な職種ではありますので、少しでも新しいことができるかというのは、また、考えていきたいと思いますので。1つ、2つ事業ができるようなものがあればまた、計画のなかにも盛り込んでいきたいと思ひますし、この計画が始まってからも、随時、新しい対応策は取っていききたいと思ひますので、ご指摘の件を肝に銘じて検討いたします。

(田村委員)

医師不足はもちろんなんですけど、看護師も深刻な問題でして、高知市内は割といいのでしょうけれども、郡部へ行けば行くほど看護師確保が大変なんですけれども。私どもも須崎市ですので、結構苦勞しているんですけども幡多の方の医師会から話を聞きますと、本当にもう全くいないというふうな現状の話をよく聞きますし、結局、看護基準というのがありまして、7対1とかありますけども、結局看護師の数が確保できないと許可をもらってる病床数がフルに使えないというのが今の現状ですよ。看護師の数で稼働病床数が決まってしまうというのが今の現状になってますので、ぜひ、看護師確保は重点的にやってもらえたらと思うんですけど。先ほど畠中先生がおっしゃいましたけども、大学出身の看護師さんが県外へ行くんじゃないかと、というのは、先ほど確かに卒業生の数と実際就職したのと全く大きな差があるという数字も出てますし、また、高知大学医学部の地域枠を

今やっていますが、県立大学ですね。国立はある程度、制限があるんでしょうけれど、県立大学であればもっと県に大きい裁量があると思いますので、どうか入学者を7割、8割は高知県から採用するとか、そういうなことを発想転換して、やればもっと高知県に残る。そういう地域枠で東京の方で何年かやったら、高知県で仕事をするという条件で採用するということは、県立大学なら県で対応できるんじゃないかと思うんですけど、それはいかがでしょうか。

(事務局)

これまでも、県、女子大、医大から大学とはコミュニケーションを図って、県内出身者の採用と言いますか、願っていることについては、いろいろとお話をしてきたところがあります。一方で、これまでの歴史ある県立大の看護学部ですので、例えば、医師のような地域枠をという形をとるのか、ただ、奨学金受給者を多く増やしていく、そういった対応はどうだろうかと思います。大学は、県立大学という名称ですので、これからも、大学とよくコミュニケーションを図っていきたいと思います。大学は、県立大学の名である以上、高知県に対する、高知県ということを大きく謳ってますので、ざっくばらんに意見交換ができるんじゃないかと思います。その一方で、独立行政法人が運営していますので、一定、その能動的な運営ということを尊重しなければなりません。そういったバランスの上でなりたっていますけど県内定着を増やすためには、どういうことができるのかというのはご指摘のあったことを含めて大学等、協議していくと、そのへんで申し訳ない。

(事務局)

すいません。すでに県立大学は、定員を増やした時に県内の推薦入試の枠を増やしました。

(田村委員)

今、何%ぐらいです。

(事務局)

20%ですね。20%ぐらいまで増やしました。それで、その結果、従前は入学者のだいたい4割弱ぐらいが県内勢だったんですけども、今、実際に数字的に見てみると半数、入学定員の半分以上が県内の生徒になってきています。それで、そんな影響もありまして、だいたい就職者も、就職した人の人数で見ると、県内に就職している人が5割を超えてきてます。

少しずつではありますけれども、その辺りは県立大学の方も十分認識していて、県内に定着というのは、学生に対しては誘導するというような考え方ではあります。

(田村委員)

県外から来た方は、まず100%県外へ帰りますからね。

まあ、高知県で結婚すれば別でしょうけど。

(事務局)

いや、結構、就職されている方もいらっしゃいますので。

(田村委員)

医学部でも、もともとは県内を 50%取るとかね、できればいいんですけどもね。アメリカなんかはその州出身者が 50%というのが当たり前に行っているらしいんですけども。ちなみに、来年の、高知大学の医局入局者の目標が 40 人と書いてございますけれども、聞いた話では、10 数人という話です。愕然としました。

(安田会長)

ちょっと時間が今 9 時 10 分ぐらい前になっておりますが、まだ資料 1 の説明が終わっていないので、医療計画の本体部分の今日の議題部分は先へ進めさせていただきます。もしましたら、資料 1、これは前回のこの部会で皆様方のご意見伺ったことに対して事務局の方でこのような修正を提案するということの説明だと思っておりますが、よろしく願います。

(事務局)

資料 1 について説明させていただきます。本日はお机へ配りました差し替えの方をご覧ください。

これまでの部会におきまして、ご意見をいただきました点について対応の結果をまとめております。資料の変更点は薬局の役割の部分が追加されたこと、あと、保健医療圏の設定に関すること、地域医療支援病院の整備に関することについて修正があったため差し替えとさせていただきます。

1 ページ 4、薬局の役割の一番下をご覧ください。これは追加意見ですが、「セルフメディケーションをサポートする役割について、冒頭でその役割が一層求められると記載しながら、課題と対策はない」ということで、それに対する課題と対策を追加しております。

2 ページへ行きまして 5、地域医療支援病院の整備です。一番下の段なんですけど、前回の意見で「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となると思われるため、具体的な方向性や取組を課題と対策として記載する。タイムスケジュールも併せて記載する必要がある」というご意見をいただいております。

これについては、安芸と幡多地域において、医師会と県立病院長、福祉保健所と当課で協議を行いました。その結果、あき総合病院と幡多けんみん病院では、将来的には地域医療支援病院を目指すことについて関係者の意見は一致しております。病院ごとの状況については、あき総合病院では平成 23 年度の紹介率は 14%、逆紹介率は 14%と、承認要件には届いていない状況ですが、今は戦力をつけている段階であり、医師確保と併せて地域との連携を進めていくこととしております。

また、幡多けんみん病院は平成 23 年度の紹介率は 33.9%、逆紹介率 21.2%となっております。診療科によっては逆紹介などが難しい場合もありますが、今後、連携を図っていくこととしております。

今回、それぞれの地域の現状と課題を情報共有し、今後、定期的にこういった場を設けて医療連携について検討していくという趣旨で、計画本文へは日本一の健康長寿県構想地域推進協議会で検討し、地域の実情に沿った医療連携を進めていくと記載しております。



ただ、現時点ではいつまでに地域医療支援病院になると、そこまでは書けない状況です。

次に 3 ページにいきまして、幡多けんみん病院を地域救命救急センターとして位置付ける必要があるのではという意見に対しまして、院内の体制の確保の問題と併せまして、地域における幡多けんみん病院に求められる救急医療機能について、今後、地域の医師会等と検討していく必要があると記載させていただきました。

次に 6 番へ行きまして、1 番下の段です。保健医療圏の設定についてですが、中央保健医療圏にサブ医療圏の設定をする事について、高知市への病床が集中することを防ぐための対策としまして、計画本文へ「県は高知市等への病床集中をきたさない対策を講じます。」と記載しております。この対策の具体については、法的な制約も考慮しながら医師会等のご意見を聞きながら、検討していきたいと考えております。以上です。

(安田会長)

今、説明をいただいた内容で何かご意見ございますでしょうか。

(畠中委員)

地域医療支援病院のところですけど、ちょっと弱いと思うのですね、これではあまり従来の計画と進歩がないような気がします。協議するだけではなんの進歩もないんじゃないかなということで、もうちょっと踏み込んでいただきたいという感じです。

それから、お伺いしたところによりますと、あき総合病院のベッド数が減るということ、聞かされまして 200 何床が 100 何床ぐらいに減ると。最初は地域医療支援病院の対象にならないというような話も聞いたのですが、精神科病床を併せると 200 を超えるので地域医療支援病院の要件には合うということで、よろしゅうございますか。

(事務局)

はい。

(畠中委員)

ただ、あき総合病院の一般病床のベッドを減らすということについて、疑問に思うのですが、これからベッド数を逆に増やすということはできなくなりますよね。病床過剰圏域ですから、いったん減らしたらベッドは増やせない。そうするとこの医療計画の中で二次医療圏として、安芸医療圏がやっていくためには今まで 2 割以上流出した患者を引き留める必要があるわけです。そうすると入院設備ももっと要るようになるというところにベッドを減らす事を決めているということで非常に矛盾を感じるのですが、その点はやっていけるのでしょうか。

(事務局)

すみません。今ちょっと県立病院からきておりませんので、十分な回答ができるかどうか、あき総合病院の病床数については、平成 20 年度に公営企業局が「安芸地域県立病院整備検討会」を開催し、高知大学や地元医師会などの有識者で検討した結果、県立安芸病院と芸陽病院との統合による新病院は、今後の人口減、高齢者数の動向等を勘案して、一般病床 180 床ということで、決まったという経緯であります。それで、それまで所定の手続

きを経て、決まってきたものですので、また、その病院のサイズに合わせた病院整備、建物整備でもしてきております。

それで、今後の医療計画体制を考えると、私個人的には、概ね適正なのではないのかなと思います。それで、今後の運営にあたって、場合によっては想定していない患者数に応じることが、多分あるかも知れないです。そういった時は、今、特定制度区分活用をして、ただ、現時点ではこれまでの経緯を踏まえて、一般病床 180、精神 90、そして感染症は何床でしたっけ。

という、病院サイズで決まっておりますので、ということで。

(島中委員)

精神 90。

(事務局)

精神 90 です。

一般 175、結核 5、精神 90、それで、計 270、以上です。

(島中委員)

今の安芸の県立病院の病床の稼働率がどれくらいかも分かりませんし、今、この減らすのが妥当であればいいのですけれども、ただそういう危惧があるので、十分慎重に、安芸圏域だけのことでなくて高知県全体のことでありますので、安芸だけで決められても困るということですね。やはり、その辺のことをもう 1 回よく考えていただきたいと思います。

それから、もう 1 点、保健医療圏の設定の件ですけれども、これはみように課長さんのお答えになった、よく検討をして対応を講じますというような話ですけれども、「対応を講じます」で終わってしまうということで、全然これにも踏み込んでいないんで、物足りない感じがするんですが、いかがでしょうか。

(事務局)

計画である以上、具体的な法的手続きをこれこれこういうふうにしますと記載することについては、なじまないです。

それで、そこは、県行政としての行政見識の裁量だと思います。

ただ、具体的にどういう手続きをこの集中合意策ということについてやっていくかについては、県医師会、また、関係団体とよく協議をして、それで決めたいと。保健医療計画に具体的な法的な許認可手続きをこれこれこういうふうにやっていくということを入れるのはなじまないですし、下手すると硬直化を招くこともあるんで。

ただ、実態論として、そういう手続きを変化することについては、先生方とよく話をし、合意の上進めていきたいと思っております。そういう意味で、「来たさないような対応を講じます」と、「検討します」ではなくて明言しておりますので、これでお許しいただきたいと思っております。

(島中委員)

ただ、県の方はどんどん変わりますんでね。課長さんが変わったらそのまま流れてしま

ったのでは困るんですよ。

(事務局)

そうですので、私が変わっても反故にしない様に「対応を講じます」と明記してますので、これで、ご許しいただければと思います。

(畠中委員)

はい、分かりました。

(安田会長)

そのほか、資料1に関してよろしいでしょうか。そうしましたら、皆さんにご意見をいただきました。9時になってしまいました。超過いたしました。本日の審議会の審議を以上とさせていただきます。

(事務局)

すみません。1点だけ。先ほどの数字の災害時の耐震化の数字ですが、ちょっと確認いたしましたところ、ちょっと修正させていただきたいと思います。目標値に52%と記してあります。上と整合取れないのではないかと思います。すみません。数字の取り方が間違っております。これは60%が正しい数字でございます。上の方が大学病院100%と、病院57%。そのちょっと見方によって違ったようですが、これが60%と修正してください。

(安田会長)

事務局の方、いかがですか。いいですか。そうしましたら、次回が11月末から12月の頭となっておりますが、本年度の日程表が置いております。今回は急性心筋梗塞、周産期医療、在宅医療、基準病床についての審議になるということです。

今日はどうも遅くまでご審議いただき、ありがとうございました。

議事録署名人

氏名

神

義一

氏名

塚

洋子