

平成 29 年度第 2 回高知県医療審議会議事録

- 1 日時：平成 30 年 1 月 19 日 18 時 30 分～20 時 30 分
- 2 場所：高知県庁 2 階 第二応接室
- 3 出席委員：岡林委員、小田切委員、刈谷委員、倉本委員、佐々木委員、西森委員、野嶋委員、野村委員、細木委員、宮井委員、渡辺委員、安田会長（保健医療計画評価推進部会）
- 4 欠席委員：池田委員、岡崎委員、楠瀬委員、竹村委員、筒井委員、久委員、山下委員、横山委員

〈事務局〉健康政策部（山本部長）健康長寿政策課（谷企画監）

医師確保・育成支援課（松岡課長補佐）医事業務課（竹村補佐）

健康対策課（林チーフ、島崎チーフ）傷害保健福祉課（弘瀬チーフ）

医療政策課（川内課長、弘田課長補佐、松岡課長補佐、市川室長、久保田チーフ、濱田チーフ、野町チーフ、原本主幹、金子主査、横川主事、田内主事）

---

（事務局）それでは、定刻となりましたので、ただいまより平成 29 年度第 2 回高知県医療審議会を開催させていただきます。

まず、委員の交代についてご報告をいたします。オダ委員の辞任に伴い、新たに高知県歯科医師会会長の野村和男様に、平成 29 年 6 月 26 日付けで委員を委嘱させていただいております。

また、黒岩委員の辞任に伴い、新たに高知県保育士会副会長の渡辺秀一様に、平成 29 年 12 月 22 日付けで委員を委嘱させていただいております。

任期は、前委員の残任期間であります平成 30 年 7 月 31 日までとなっております。どうぞよろしく願いいたします。

次に、本日の出欠状況についてです。本日、所用のために、池田委員、岡崎委員、楠瀬委員、竹村委員、筒井委員、久委員、山下委員、横山委員が欠席されております。

なお、岡崎委員の代理といたしまして、高知市健康福祉部長の村岡晃様にご出席をいただいております。どうぞよろしく願いいたします。

また、本日は、高知県医療審議会保健医療計画評価推進部会より、安田誠史会長にご出席いただいております。どうぞよろしく願いいたします。

現時点で委員総数 19 名中 11 名のご出席をいただいております。医療法施行令、第 5 条の 20、第 2 項の規定により、本日の会議は有効に成立しておりますことをご報告させていただきます。

それでは、開会に先立ち、健康政策部長、山本治よりご挨拶をさせていただきます。

（健康政策部長）皆様、こんばんは。

本当に、本日は何かとご多用の中、出席をいただきまして、ありがとうございます。また、委員の皆様方には日頃から高知県の保健医療行政の推進に格別のご理解、ご協力をいただいておりますことをこの場をおかりしまして厚くお礼を申し上げたいと思います。

皆様ご承知のように、本年度は、第7期の保健医療計画を策定するというところで、第1回の昨年の会議で方針といいますか計画のことについて、指針の見直し概要についてご説明させていただいて、今後の方向性についてご承認をいただきました。

その方針に基づきまして、ちょうど、この計画と同じ時期に改定になります高知県の介護保険事業支援計画、他の計画もございますので、この計画等との整合性を図りながら、各疾病事業ごとに医療体制検討会議を設定させていただいていますし、この審議会のもとに、今日、安田会長にも来ていただいておりますけど、保健医療計画の評価推進部会を設置させていただいて、本当に専門家のそれぞれの部会、この検討会議で専門家の多くの皆様方に大変なご協力をいただいて、ご尽力をいただいて、この厚い、ちょっと厚くなって恐縮ですが、しっかり書き込んでいくと、この厚さになったということでございますが、今日は、案を示させていただく段階まで来ました。

本日はこのあと、知事からの諮問書もお渡しさせていただいて、しっかりご審議をいただき、パブコメを経てというスケジュールでいきたいと考えておりますので、限られた時間ですけれども忌憚のないご意見をいただくことをお願いしまして、簡単ですが、ご挨拶とさせていただきます。今日はよろしくお願いたします。

(事務局) それでは、議事に先立ち、本日の資料の確認をさせていただきます。

事前送付資料といたしまして、会次第、資料1、非常に厚い医療計画案でございます。資料2としまして、第7期保健医療計画の各項目概要資料として、A4の10枚ほどのホチキス留めのものを、この3点を事前に送らせていただいております。

これに加えて、当日配布資料といたしまして、会次第、これは、若干変更されている新しい会次第を配らせていただきました。また、加えて、協議事項としまして第7期保健医療計画案の説明項目A4、1枚、当日配布資料1と書いてあります。加えて、各項目概要資料、在宅医療の分、これもA4、1枚、当日配布資料2と書いてあるものがあります。以上三点を本日、配らせていただいております。

皆様、お手元にごございますでしょうか。もし、無いようでしたら、挙手にて合図をいただければと思います。よろしいでしょうか。

それでは、議事に移りたいと思います。高知県医療審議会要項第2条、会長が議長を務めることとありますので、ここからの議事進行につきましては、会長をお願いいたします。よろしくお願いたします。

(議長) 本日、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。

議事に入ります前に規定により、私のほうから議事録署名人を指名させていただきます。倉本委員、細木委員にお引き受けいただいてよろしゅうございますでしょうか。

よろしく願いいたします。

それでは、本日の本題でございます県知事からの諮問について、事務局から説明をお願いします。

(事務局) はい。本日、高知県知事から諮問をさせていただく内容は、これからご審議をお願いいたします予定の第7期保健医療計画案の策定を正式にお諮りするものでございます。

諮問書を健康政策部長の山本より岡林会長にお渡ししたいと思います。

(健康政策部長) 高知県医療審議会様。

医療法第30条の4第14号の規定に基づき、第7期高知県保健医療計画の策定について諮問します。

平成30年1月19日高知県知事、尾崎正直。

よろしく願いいたします。

(議長) ただ今、高知県知事から本会に諮問がございました、第7期高知県保健医療計画の策定については、医療審議会としてお受けしたいと思います。

それでは、協議に入ります。議題1の第7期保健医療計画案についてですが、まず、計画概要、医療圏、基準病床について、事務方よりひと通り説明をいただき、説明終了後にまとめて質疑を行いたいと思います。

事務局より説明をお願いします。

(医療政策課) 医療政策課の原本と申します。

保健医療計画のとりまとめを担当させていただいております。自分のほうからは、まず、簡単に資料の中身を説明させていただきます。

まず、この資料1、この分厚いものが、今回、計画本体の本文になります。こちらの中身で下線が引かれていたと思いますが、こちらにつきましては、下線部分が第6期からの変更部分といったかたちになっております。

本日、当日配布資料1としまして、第7期保健医療計画案説明項目について、というものをお配りしました。今回、計画本文につきましては、時間の関係上、ある程度主要な項目に絞って、この順番でご説明させていただきたいと考えております。その説明につきましては、資料が飛び飛びですが、資料2を、A4横の資料になりますけれども、第7期高知県保健医療計画案の各項目概要資料において、主にご説明させていただきたいと考えております。

自分のほうからは、この項目の中の計画概要と保健医療圏基準病床数について、ご説明させていただきます。座って説明させていただきます。

資料2の1ページ目をお開きください。保健医療計画の概要について、になります。まず、この1の目的の部分を見ていただけたらと思いますが、この医療計画につきましても、地域の実情に応じた医療提供体制を確保し、医療や質の高い医療を受けられる体制を構築することを目的とし策定しております。

なお、一番下の丸にもありますが、日本一の健康長寿県構想の目標でもある県民誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる高知県を最終的には目指すものとなっております。

続きまして、下の2の位置付け等になりますが、2つ目の丸を見ていただけたらと思います。第7期より計画期間が5年から6年に変更になっております。こちらにつきましても、介護保険事業計画の改定時期が3年ごとですので、それと改定時期を合わせるかたちで変更となっております。

続きまして、資料の下の5番、改定のポイントの部分を見ていただきたいと思います。今回、1、計画の項目について大きな変更なしとありますが、特に大きな項目の変更等はありません。一部、疾病ごとの名称が変わった部分等ありますが、特にそれ以外にはありません。プラスα、一点、変更はないんですが、追加として大きく変わっている部分が、この4番の部分を見ていただけたらと思いますが、昨年度の12月に医療計画の一部として地域医療構想を策定しました。こちらにつきましても、計画の項目として新たに追加しております。

計画の中身につきましても、この5番のところを見ていただけたらと思いますが、国から新しく、一番最初の1回目でも指針について説明させていただきましたが、そこに数値の目標等についても、こういったものを使ったらということが示されましたので、そういったものを参考にしながら、数値目標等は見直しを行っております。

続きまして、この資料の右上を見ていただけたらと思いますが、改定スケジュールになっております。先ほど、部長より説明がありましたが、今回、この下の6番、改定検討体制とありますが、この検討体制の中で、まず、5疾病5事業、各検討部会で議論したものを保健医療計画の評価推進部会、9月から12月、約3回開催させていただいております。そういったものでまとめた計画案を今回、この1月に計画案として諮問させていただきます。

資料上、2月に右側の部分、医療審議会計画の答申とありますが、若干変更がありまして、日程調整をした結果、医療審議会3月に開催することになりましたので、こちらにつきましても、最後にご説明を、詳細を、させていただきます。今年度中に計画を策定し、告示する予定となっております。

以上で、計画の概要の説明を終わります。

続きまして、2ページ目をお開きください。計画のまず、大きな部分の保健医療圏の設

定についてご説明させていただきます。資料の左側を見ていただけたらと思いますが、1、保健医療圏の設定について、とあります。

まず、結論から申しますと、第7期においては、保健医療圏の見直し、変更は行っておりません。こちらの資料の2の図を見ていただけたらと思いますが、安芸保健医療圏、中央保健医療圏、高幡保健医療圏、幡多保健医療圏、この4つのかたちで変更なく同じかたちで設定をさせていただきました。

なお、この左側の保健医療圏の設定についての①の部分を見ていただけたらと思いますが、国からの指針では、人口割り10万人以下で患者の流出が多い医療圏については、見直しの検討を行うということが指針で示されており、本県につきましては、安芸と高幡が該当するかたちになっておりますが、②に見直しを行わない理由という記載がありますが、こういった理由に基づきまして、今回の保健医療圏、変更しないということにしております。

概要を簡単にご説明しますが、1つ目の四角で、現在の圏域は日常的な生活圏や他の行政機関ごとに設定されており、変更すると、住民の生活実態や医療連携体制のうえで著しく支障が生じる恐れがあること。また、2つの医療圏を合わせてしまうと基幹病院がアクセスに時間が、かなり要するかたちになってしまうということ。また、3つ目の四角につきましては、安芸医療圏につきましては、県立あき総合病院が稼働し始めたことにより、流出の割合が第6期よりも減少しているといったこととなりますので、今後も改善が期待されるといったことがある。4つ目です。高幡医療圏につきましても、圏域内の医療提供体制の改善を図ることとしており、流出割合につきましても、第6期と比較しまして、38.3から38.0、右側の四角囲みで、患者動態調査の結果の部分となりますが、微減ながら現状、少しですが、減っているということもありますので、変更しないといったかたちになっております。

なお、右側の一番下に、地域医療構想における構想区域とありますが、今回、構想区域の設定、昨年度させていただきましたが、原則、構想区域と医療圏は一致する必要があるといったことから、今回のこの設定は整合性がとれているというかたちになっております。

続きまして、3ページ目をお開きください。基準病床についての説明になります。基準病床につきましては、病床の5つの種別、一般病床、療養病床、精神病床、結核病床、感染症病床ごとに算定を行うこととなっております。

まずは、一般病床と療養病床についてご説明させていただきます。1の部分を見ていただけたらと思いますが、(1)で、国から示された算定式に基づき算出とありますが、基本的に国から算出式は示されて、それを基に計算を行っております。今回、その下に算定式を載せておりますが、療養病床につきましては算定式が変更となっております。まず、1つは、①で病床以外の介護老人保健施設等と一体的に算定していた入院入所率を療養病床に限った入院受療率に見直しを行っているといったこと。

②で、病床以外で対応する需要を除くため、今までも介護老人保健施設等の定員数である介護施設対応可能数を差し引いていましたが、その値について、地域医療構想での整理や介護医療院等への転換を考慮し、今回から在宅医療や介護施設で対応を可能な数を見込む在宅医療等対応可能数等に変更となっております。

この算定式に基づき、右側の県全体の基準病床の表を見ていただけたらと思いますが、こちらが、県全体合計の基準病床、療養と一般を足した数字を記載したものとなっております。高知県全体では、第7期、7184床となっております。右側の第6期と比較しまして、第6期が8403床でしたので1219床の減少となっております。減少理由につきましては、そもそも計算式の算定根拠である人口の減少等や算定方法、特に、先ほど説明した変更点が影響しているものと考えられます。

こちらは、県全体の数字となっておりますが、また左側の計算式を見ていただけたらと思いますが、療養病床、一般病床ともに、右側に(2)(3)で、流出入の範囲内で知事が定める数といったかたちで、流入と流出入を引いている式となっております。

各医療圏の病床数を設定する際には、こちらにありますとおり、各医療圏の患者の流出入を加味して、知事の権限により各区域の基準病床数を設定することができることとなっております。

その反映の仕方をどのようにしたかというものを整理したものが、この資料の真ん中の四角囲みにありますものになります。まず、(2)療養病床について、になります。療養病床につきましては、第6期、前回、例年から、地域の患者は地域で対応するといった考え方から、患者の流出入については、毎回、反映していないといったかたちで算定しておりました。第7期につきましても、この考え方に基づいて設定を行っております。

続きまして、(3)一般病床についてになります。一般病床につきましては、患者の流出入、反映をしておりますが、第6期、例年の考え方につきましては、毎年、計画の改定にあわせまして、高知県で患者動態調査といった調査を実施しております。その結果を第6期までは、その流出入の3分の1を反映するといったかたちで計算しておりましたが、第7期につきまして、地域医療構想、昨年度、策定しました地域医療構想の必要病床数の設定と整合性、その設定時の基本は、患者住所地ベースといった考え方と整合性を図るために、反映割合を縮減し4分の1の反映としております。流出のある安芸、高幡に、例年より病床を残すかたちで調整を行っております。

そういったかたちで、各区域別の病床を整理したものが下の表となっております。高幡区域については、基準病床619、幡多区域につきましては977、中央につきましては5088、安芸につきましては500となっております。一番右下にありますとおり、現段階では、どの区域につきましても既存病床数を基準病床数が下回っている病床過剰地域となっております。

なお、先ほどの調整の関係もありまして、安芸と高幡につきましては、第6期と比較しまして、基準病床の数が増えているといったかたちとなっております。

一般、療養病床の説明は、以上で終わります。

続きまして、4ページ目をお開きください。基準病床数の精神病床、上段、精神病床の説明になります。精神病床につきましては、一般療養病床と同じく国から算定式が示され、それに基づき、算出を行っております。なお、第7期につきましては、具体的な算出方法ですが、大きく変更がありまして、積算の際に、急性期、回復期、慢性期の入院需要について将来推計から政策効果を引いて設定される入院需要の目標値を使って算出される計算式になっております。そのため、第6期と比べて、より実態に即したものに変更になっております。式につきましては、この真ん中にある精神病床の基準病床数イコールのところにあるものとなっております。その計算式による算定の結果が右の表になっております。

なお、精神病床、結核病床、感染病床につきましては、医療圏ごとではなく、県全体でひとつの区域というかたちで設定させていただいております。その結果、精神病床につきましては2987床となっております。第6期計画よりもプラス494床の増床となっております。

続きまして、下の結核感染症病床の算定についてご説明させていただきます。まず、(1)結核病床について、になります。こちら、資料にもありますとおり、結核病床につきましては、算定式を参考に地域の实情に応じて知事が定めることが出来るようになっております。

第7期の結核病床につきましては、資料の算定式を参考としつつ、最終的には、直近の結核病床の稼働病床数を確認し、年間を通して一番多かった月の実績をもとに26床、右側の表にありますが、26床と設定しております。第6期が60床であり、大幅な減となっておりますが、前回、第6期につきましては、急激な高齢化の影響もあり、議論の結果、第5期から変更をしないといったかたち、算式で数字等も見ずに第5期の数字をそのまま第6期も変更せずに採用しておりましたので、今回は、実績を踏まえたかたちで設定しているため、大きく減となっております。

続きまして、(2)感染病床について、になります。感染病床につきましては、第6期から病床数等変更はありません。下にありますとおり、第一感染指定医療機関と第二感染指定医療機関ごとに病床数が指定されており、本県では、右側の表のとおり11床となっております。

その内訳につきましては、その下の表に医療センターと幡多けんみん病院に、それぞれ合計で11床確保していくというかたちで載せさせていただいております。

以上で、自分からの説明を終わらせていただきます。

(議長) 事務局からの説明につきまして、ご意見、ご質問ございますでしょうか。

ご発言、ございませんか。よろしゅうございますか。

それでは、続きまして、医療従事者、5疾病について事務局よりひと通りの説明をいただき、説明終了後、まとめて質疑を行いたいと思います。

事務局より説明をお願いします。

(医師確保・育成支援課) 失礼します。医師確保・育成支援課の松岡です。

私のほうから、第4章、医療従事者の確保と資質の向上のうち、医師につきましてご説明をさせていただきます。座って失礼します。

資料のほうは、資料1、計画の本文の35ページをお願いいたします。よろしいでしょうか。

まず、35ページのちょっと長文になっておりますけれども、この間の国内の動向で、今後、対応が必要となってくることについて三点、記述をさせていただいています。1つ目は、医療従事者の需給、偏在対策に関して国において議論が進められていること。2つ目は、新しい専門医の仕組み、都道府県協議会の役割について。3つ目は、長時間労働の是正について、労働基準法の改正が予定されていますが、医師については医療法に基づく応召義務等の特殊性を踏まえた対応が必要であり、今後、具体的な規制のあり方などについて検討がなされることになっています。県としては、こうした国の動向を注視しながら取り組みを進めてまいりたいと考えております。

次に、現状と課題についてです。本県の医師数は、平成28年度末で2206人となりまして、平成14年と比較して112人増加をし、人口10万人あたりの医師数も全国第3位となっていますが、若い医師の減少、地域による偏在、診療科目による偏在という課題がございます。

まず、若手医師の減少につきましては、37ページ上に折れ線グラフでお示ししておりますように、40歳未満の医師の都市部への集中が加速する一方で、本県ではずっと減少をしてきておりましたが、平成28年度末に552人というということで増加に転じております。これは、奨学金の制度や研修環境の充実などによるものと考えております。

次に、地域による偏在につきましては、38ページ上に折れ線グラフでお示ししておりますが、中央保健医療圏への一極集中が加速しております。これは、中山間地域の過疎高齢化の進行にともなう患者数の減少や医師自身の高齢化による診療所の閉鎖や病院規模の縮小などが要因と考えられます。

次に、診療科目による偏在については、39ページの折れ線グラフのように、奨学金で加算制度を設けている小児科、産科・産婦人科、脳神経外科、麻酔科における本県医師数の推移を全国と比べると、全国との乖離はありますものの、ここ数年は増加傾向に転じております。

また、女性医師の増加については、若手医師の37%が女性医師となりまして、出産、育児を経ても以前と変わらない診療ができるような環境を整えることや、診療に従事している同僚医師に過剰な負担が及ばないように配慮することが医師確保全体にとって重要な視点であると考えております。

次に、今後の対策につきまして、40ページ以降に記述をしておりますが、基本的に第6期と大きく変更はございません。中長期的な対策としまして、高知大学医学生の卒業後



の県内定着の促進のため、奨学金受給者が、償還義務とキャリア形成が両立できるよう、県内の専門研修プログラムの充実を促がすとともに、関係機関と連携して勤務・研修環境の改善・充実を図ってまいります。

また、奨学金受給者だけでは県全体で安定的に医師を確保することが困難ですので、医師の研修環境の改善は不可欠であります。若手医師の主体的な参画もありまして、41ページ（2）のようなキャリア形成環境の充実に努めてまいりたいと考えております。

次に、短期的な対策としては、第7期では、（5）の医師の確保が困難な地域にある医療機関などの支援を追加しております。医師会や県立病院などのご協力いただきまして、県立病院等から後任医師を派遣する取り組みを昨年の4月から開始しておりまして、これにより医師不足地域の医療提供体制の確保に努めてまいりたいと考えております。

次に、41ページをお願いいたします。取組体制ですが、次の組織、団体と協力連携して取り組みを進めてまいりたいと考えております。まず、高知県医療審議会医療従事者確保推進部会ですが、この会を新たに新専門医制度における都道府県協議会として位置付けまして、県内で実施される専門研修プログラムについて地域医療の確保の観点から、確認協議等を行うこととしております。

2の高知医療再生機構では、引き続きキャリア形成や医師の派遣等に取り組んでいただきます。特に、4月に開始する新専門医制度におきまして、地域医療に貢献が期待される総合診療専門医の養成のため、医療再生機構が専攻医を雇用することにより、専攻医の身分の安定化を図り、研修に集中できる環境づくりに取り組んでいただきます。

3の高知地域医療支援センターでは、引き続き県内医師の適正配置やキャリアモデルの作成等に取り組んでいただきます。

4の高知県医療勤務環境改善支援センターは、医療スタッフの離職防止や医療安全の確保、女性医師の就業環境の整備を図るために、平成27年に高知医療再生機構内に設置しております。高知労働局と連携のうえ、相談対応やアドバイザーの派遣等に取り組んでいただきます。

目標につきましては、県内初期臨床研修医を70人、高知大学医学部採用医師数を40人に設定し、ここに記載している取り組みを関係機関の皆様と連携して取り組んでまいりたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

（健康対策課）健康対策課でがん対策の担当をしております林と申します。

私のほうからは、資料2の計画案項目概要を使いましてご説明させていただきます。資料2の5ページをご覧ください。座って失礼いたします。

がんに対する取り組みにつきましては、昨年10月に国から、がん対策推進基本計画が公表されており、その計画を基本としながら、各県の状況を踏まえた計画を策定することとなっております。内容につきましては、別途開催しております、がん対策推進協議会において、がん関係の有識者の皆様にご意見を聞きながら作成したものです。

まず、現状を3つに分けております。左端のがん検診の現状です。第6期の計画からは、健康長寿県構想の中で重点的に取り組んでいる、働き盛り世代の40～50代がん検診受診率50%以上を目標に取り組んでおりますが、肺がん検診が、こちらの資料では55.4ですが、確定値がありまして、現在55.3%となっております。乳がん検診が50.4%と目標値に到達したところですので。その他の胃、大腸、子宮頸がん検診も40%台となるなど、受診率が上昇してきております。

次に、医療体制です。全国どこでも質の高いがん医療を提供することを目指して、二次医療圏に1箇所、がん診療の中心的な役割を担う、がん診療連携拠点病院を県知事の推薦のもとに厚生労働大臣が指定しています。また、高知県独自に拠点病院に準ずる病院としまして、がん診療連携推進病院を指定しています。

現在は、中央医療圏に拠点病院として高知大学医学部附属病院と高知医療センターが、推進病院としまして高知赤十字病院と国立高知病院が、幡多医療圏に拠点病院として幡多けんみん病院が指定をされています。

また、平成26年1月に国の指針が改正されたことにより、現在、安芸医療圏のあき総合病院が、拠点病院の高知大学医学部附属病院と連携しながら、地域がん診療病院として指定を受けられるよう準備を進めているところです。

次に、現状の右端、患者の状況です。平成28年のがんによる死亡者数は2607人で、死亡総数の4分の1程度を占めています。平成28年の年齢調整死亡率は、男性が106.8、女性が59.1となっております。徐々に年齢調整死亡率は下がってきてはおりますが、男女共に全国平均は上回っております。自宅死亡率は、平成23年当時は6.7%でした。平成28年は8.8%まで上昇してきておりますが、こちらも全国平均は下回っています。

次に、課題と対策についてですが、5つの項目に変更はなく、概ねこれまでの取り組みを継続する内容となっております。本日は、重点的に取り組んでいる内容のみ説明させていただきます。まず、左端、予防と検診のうち、がん予防として感染予防対策につきましては、本県のウイルス性肝炎の推計感染者数はB型で7600人、C型で1万3000人となっておりますが、肝炎ウイルス検査の推定受検率が51.0%に留まっていることから、検査未受検者への効果的な受検促進を図るとともに、感染していた場合には適切な治療が受けられるよう支援していきます。

がん検診はがん検診の意義、重要性の周知や利便性の向上といった、これまでの取り組みを継続するとともに、国の計画の個別目標に追加されました精密検査受診率の向上にかかる取り組みとしまして、精密検査の対象者が確実に検査を受診するよう未受診者への受診勧奨により一層力を入れていきます。

次に、左から3つ目の項目の在宅緩和ケアです。がん診療を行う医療機関では、実際の在宅療養に関する実地体験が少ないことから、現場検証による知識習得が必要です。また、患者を送り出す病院と受け入れる医療機関等との連携を密にする必要があります。そのた

め、医療介護サービス従事者向けの在宅緩和ケアに関する研修会及び実地研修会を継続して実施していきます。

次に、右から2つ目の相談・情報提供体制です。がん拠点病院と推進病院では、がん相談を専門に受ける、がん相談支援センターを設置しています。また、県として、拠点病院以外の相談窓口として、がん相談センターこうちを設置しています。

各相談窓口では、国立がん研究センターが実施している研修を終了した相談員が、面談や電話などによる相談と、がんに関する各種情報提供を行っています。また、各拠点病院などでは、がん患者等の交流や話し合いが行える患者サロンも開催され、情報交換の場が広がりつつあります。

今後は、各相談窓口のさらなる周知と、それぞれ相談窓口に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、インターネットの情報ははじめ、がんに関する情報の中には科学的根拠に基づいていない情報がありますので、県民に対して正しい情報が伝わるよう努める必要があると考えています。

目標ですが、右下に書いてあります。40～50歳代の方のがん検診受診率を胃、大腸、子宮頸がん検診で50%以上を目指します。既に50%に到達している肺、乳がん検診については、現在の受診率の維持、上昇を目指していきます。

今回、新たに追加しております市町村がん検診の精密検査受診率については、国のがん計画では目標値を90%としております。高知県の場合、既に90%に到達している胃、肺、乳がん検診については、現在の受診率の維持、上昇を目標としています。90%を超えていない大腸、子宮頸がん検診の精密検査受診率については、目標値を90%としております。

最後、3つ目としましては、がん患者の自宅看取り率10%以上を目標としております。こちらは、現在の計画でも目標としておりますが、まだ目標に到達していないことから、継続して目標として上げ、取り組んでいくこととしております。この計画の進捗管理は、年2回開催されます高知県がん対策推進協議会において、その報告、評価をすることとしております。

がんに関する項目についての説明は、以上です。

(医療政策課) 医療政策課の金子と申します。

私からは、当日配布資料1の項目に従いまして、がんの次の③脳卒中から3つの疾病のご説明をいたします。

資料2は6ページをご覧ください。資料1は106ページになります。資料2の左上の患者の現状にありますように、2つ目の●脳卒中の年齢調整死亡率は、初めて全国平均を下回るなど、良い方向にこの診療体制が進んでいると考えております。

その大きな要因としては三点ございます。病院前救護の状況の1つ目の●にありますよ

うに、現状、現場到着から病院到着までの平均時間の減少と、その地域差が縮小していること。また3つ目の●にあります各保健医療圏のt P A実施率の増加。また、その右に行きまして、医療提供体制の状況の一番上、急性期のところの、あき総合病院や幡多けんみん病院での急性期医療体制の整備などが上げられます。

しかし、課題はありまして、予防の状況の3つ目の●にありますように、心原性脳塞栓症患者の心房細動合併者が、3人のうち2人おりまして、そのうち1人は未治療という状況でございます。その下の3段目の対策にありますように、特定検診等の受診率の向上による危険因子の早期発見ですとか、かかりつけ医での危険因子の管理に加えて、良好なところを得るための専門医との連携等をさらに進めてまいります。

次に、急性期の診療については、現在の方向性でさらに地域差の縮小を進めることが重要と考えています。上から3段目の急性期の対策のところでございますけれども、脳卒中センター等を中心として24時間体制でt P A療法や血管内治療が可能な連携体制の構築をしています。

また、その右側にあります回復期、維持期ですとか医療連携体制の共通の課題といたしまして、医療の質をはかるためのデータの収集や活用が不十分というところがありますので、関係機関と連携しまして、データの集計、活用をしていきたいと思っております。

最後に、目標についてです。具体的なところでは資料1の127ページから記載しておりますので、後でご参照ください。目指すべき最終目標と達成するための指標である中間目標、そして、個別施策というふうに分けて記載しております。

冒頭で指針が、概要が示されておりましたが、P D C Aサイクルの構築によりまして限られた医療資源の効率的な利用については、長寿県構想の目標でもありますような健康長寿の延伸に寄与できればと思っております。

脳卒中は以上となりまして、次に、心筋梗塞等の心血管疾患に移らせていただきます。資料2は、次のページ、7ページをご覧ください。資料1は134ページになっております。

冒頭でもありましたが、6期の計画では、急性心筋梗塞だったところが急性心筋梗塞等の血管疾患として、幅が広く議論されることとなりました。特に、心不全パンデミックと言われるほどの患者数の増加が設定されております心不全については、病院前死亡率が非常に高い大動脈解離をメインに記載を追加しております。

現状に移りますが、まず、急性心筋梗塞について、患者の状況のところの1つ目の●人口動態調査の年齢調整死亡率では、前回計画よりも大幅に改善はしているものの、全国平均よりは悪い結果となっております。しかし、その下の●のJ R O A Dと言われます循環器疾患診療実態調査事務局のデータによりまして、急性心筋梗塞の入院中死亡率は7.8%と全国の平均8.2%を下回っておりまして良い方向に進んでいると考えております。

その要因としては、特に3つあげられると思っております。救護状況の3つ目の●、現状、現場到着から病院までの平均時間の短縮、地域差の縮小。また、右に行きまして、急

性期の3つ目の●D t o B、病院到着からバルーン拡張までの時間の医療機関の差の縮小。最後に、その下の4つ目の●にあります緊急冠動脈造影や緊急P C Iの体制整備があき総合病院で進んでいることといったことが理由としてあげられます。

再び、患者の状況に戻りまして、大動脈解離では、年齢調整死亡率、また、J R O A Dのデータ共に死亡率が、結果が良好となっております。

また、心不全のほうでは、一番右側の回復期、再発予防のところの2つ目の●にありますように、全国の慢性心不全の急性増悪による再入院率は、年間2から4割と推計されてはいるものの、高知県の心不全の現状、詳しい調査ができていないという状況になっております。

課題、対策に移ります。心筋梗塞では、治療センターのD t o Bの中央値が短縮し、医療機関ごとの差も無くなってきている一方、課題の急性期のところの2つ目の●にありますように、発症から病院到着までの時間の平均は、あまり改善は見られておりません。対策の救護の1つ目の●にありますように、発症から病院到着までの時間の平均を短縮するために、急性心筋梗塞のハイリスク者に対して典型症状や早期発見、早期受診について県民に啓発してまいります。

大動脈解離の課題は、急性期の3つ目の●にありますように、特に、スタンフォードA型の治療では熟練した心臓血管外科医が、特に複数人必要でありまして、学会等で不在の場合は対応が困難な場合があります、四国全体で考えていかなければいけない課題だという意見が出ております。

急性期の対策の4つ目の●にありますように、ここの輪番制等の対策を検討していくこととしております。

最後に心不全については、現状が明確にはなっておらず、データ集計が必要でありますので、回復期再発予防の対策の1つ目の●にありますように、高知大学の老年病科が現在、行っておりますレジストリ研究と連携しまして、慢性心不全の急性増悪による再入院率などを把握しまして、心不全の現状を把握し、課題設定、対策に活かしてまいりたいと思っております。

また、心臓リハビリテーションの実施医療機関は増加傾向にあり、引き続き体制整備を継続していきます。

最後に、目標ですが、これは資料1の153ページから記載しておりますので、また、ご参照ください。

駆け足になってしまっまして申し訳ございませんが、私から最後に糖尿病についてご説明いたします。

資料2、8ページになります。資料1は158ページからとなっております。はじめに誤字の修正であります、資料2の右上の合併症の状況のところですが、ここは、15.8%、10.6%となっておりますが、両者とも10万人あたりの人数になりますので、%は削除していただければと思います。

それでは、引き続きまして、糖尿病の現状になります。患者の状況の上から3つ目のマル、本県の40から70歳で糖尿病が強く疑われる者は約2万8000人、また、糖尿病の可能性を否定できないものは、約3万2000人というボリュームで推計されております。

右の合併症の状況の1つ目の●では、糖尿病性腎症による新規透析導入10万人あたり15.8となっております、全国より高いですけれども、徐々に改善傾向にあります。

また、糖尿病網膜症により新規に硝子体手術を受けた患者は、大幅な増加は、高齢化の現状にありますが、大幅な増加は見られておりません。

課題、対策に移ります。患者の状況の下3つの●にありますように、未受診者でハイリスクの者が約1000人。糖尿病の治療を受けていてもHbA1cが7以上の腎症が重症化するリスクが高い者が約1500人。治療中断者が約1000人と推計されておりました、その2番目の課題としまして、医療機関受診者、治療中断者に対する更なる受診勧奨と、糖尿病の治療を受けていてもHbA1cが今以上の腎症が重症化するようなハイリスク者の方への保健指導、病診連携がさらに重要になってきているというふうに考えております。

3段目の対策の保健指導、病診連携のところにありますように、高知県糖尿病性腎症重症化予防に基づきまして、先ほど申しましたような方々に対しまして、受診勧奨、保健指導、病診連携、外来栄養食事指導を行っていきます。

最後に、目標についてですが、資料1の172ページから記載しておりますので、またご参照ください。

私からの説明は、以上になります。

(障害保健福祉課) 障害保健福祉課の弘瀬と申します。

私のほうから精神疾患について説明させていただきます。座って失礼します。

資料1の計画本体では180ページからになるんですが、説明のほうは資料2の各項目の概要の資料のほうでご説明をさせていただきます。9ページになりますので9ページをご覧ください。

まず、現状になりますが、患者の状況といたしましては、通院患者は年々増加傾向にあります。通院患者は年々増加傾向にありますけれども、入院患者は減少傾向となっております。ただ、65歳以上の入院患者は増加してきておまして、全体の6割以上を占めるようになってきております。また、1年以上の長期入院患者は全体の6割を占めております。

疾病別では、統合失調症の方が減少傾向ではありますが、入院患者の約半数を占めております。認知症を含みます症状性を含む器質性精神障害が4分の1を占めておまして、また、うつ病を含みます気分障害が増加してきております。

利用の状況としましては、通院、入院ともに、自圏域内での受療率が中央圏域、幡多圏域で90%以上となっております。

医療提供体制の状況としましては、精神科病院数が県内24病院ありまして、精神病床数は全国と比較して多くなっていますが、平均在院日数は短く、1年未満の退院率も高くなっております。

次に、疾病分野別の状況ですが、国の指針の見直しによりまして、15の疾患や分野につきまして現状を把握し、それぞれについて医療の提供体制や医療機関の相互連携体制などの構築を図っていくことになっております。

現状といたしましては、患者の状況でご説明しました統合失調症、認知症、うつ病だけではなく、児童思春期精神疾患や発達障害、高次脳機能障害、摂食障害など様々な精神疾患で増加傾向が見られますほか、精神科救急や身体合併症、自殺対策、災害精神医療といった各分野におきましても、それぞれ取り組むべき課題がございます。

また、課題と対策につきましては、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療連携体制の構築と精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の2つに整理してございます。

その課題でございますが、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療連携体制の構築につきましては、統合失調症、認知症、うつ病、児童思春期精神疾患、発達障害などの多様な精神疾患等ごとに、良質かつ適切な医療の提供を確保していくために、多様な精神疾患に対応できる医療従事者の養成、確保、患者に応じた医療提供体制の構築、医療機関の役割分担、相互連携を推進していくことが必要となっております。

また、身体合併症などの状態に応じた患者へ対応できる体制や24時間365日対応できる相談窓口が設置されていないなどの課題がございますし、発災時の精神障害者や被災者への精神的ケアに対応する対策に備えることも必要となっております。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築につきましては、精神障害者が地域で安心して暮らしていける体制を構築していくために、精神科医療機関のみならず、そのほかの医療機関や地域の援助事業者、市町村などの関係機関によります重層的な連携支援体制でありますとか、多職種協働によります支援体制を構築していくことが必要となりますほか、精神障害者が地域で暮らしていくための基盤整備を行っていく必要がございます。

次に、対策でございますが、多様な精神疾患等ごとに対応できる医療連携体制の構築を進めていくためには、正しい知識の普及啓発の取り組みを推進すると共に、かかりつけ医と精神疾患等の専門医との連携体制の推進など、早期に精神科医療機関の受診につながる環境整備を進めるほか、多様な精神疾患に対応できる医療従事者の養成、確保、医療機関の相互連携を進めるため、医療機関の地域における連携拠点機能や県における連携拠点機能強化を図っていきます。

このほか、身体合併症などの状態に応じて、医療機関を紹介する精神科救急情報センターや24時間365日対応できる精神科救急相談窓口を設置していき、発災時には速やかなDPATの編成や派遣体制の整備、また、受入体制の整備を行っていきます。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築では、精神科病院や地域の援助事業者だけではなく、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取り組みと地域

住民の協力を得ながら、あらゆる人が共生できる社会の構築のため、精神科医療機関のみならず、そのほかの医療機関や地域の援助事業者、市町村などの関係機関におけます重層的な連携支援体制を構築し、精神障害者が生活の場で必要な支援を受けられる基盤整備を促進します。

目標値の設定につきましても、国の指針が見直されておりました、急性期、回復期、慢性期の入院需要を平成32年度末、平成36年度末について推計し、目標値として設定することになっております。中でも慢性期、1年以上の長期入院患者の方につきましては、政策効果を勘案し、それを差し引いたうえでの入院需要を算出するようになっておりました、65歳以上と65歳未満のそれぞれで目標値を設定するようになっております。

また、地域移行に伴う基盤整備量につきましては、慢性期入院患者に政策効果を勘案し、地域移行する人数もふまえて整備すべき基盤整備量を推計し、目標値として設定するもので、これも65歳以上、65歳未満、それぞれで設定するようになっております。

また、入院期間が1年未満になります方につきましては、入院から3ヶ月時点、6ヶ月時点、1年時点で退院率で設定することになっております。具体的な目標値といたしましては、それぞれ平成32年度末で見ますと、入院需要の急性期が557名、回復期が524人、慢性期が1757人で、慢性期の65歳以上は1315人、65歳未満が442人としております。また、急性期、回復期、慢性期をあわせた入院需要は2838人になります。

地域移行に伴う基盤整備量は、65歳以上が230人、65歳未満が116人としておりました、合計は346人になります。

退院率では、高知県の過去の数値も勘案しまして、3ヶ月時点が70.8%、6ヶ月時点では87.9%、1年時点では93.2%としております。

今後につきましては、障害福祉保健課に設置しております精神保健福祉協議会へ取り組みについて協議し、事業への反映や進捗状況の管理、評価をしていくこととしております。

精神疾患については、以上になります。

(議長) 事務局からの説明について、ご意見、ご質問等はございますでしょうか。

よろしゅうございますか。

それでは、ご意見、ご質問、無いようでございますので、次、5事業、在宅医療、地域医療構想について、これも事務局よりひと通り説明をいただき、説明後にまとめて質疑を行いたいと思います。

事務局より説明をお願いします。

(医療政策課) 医療政策課、私、野町と申します。

私のほうからは、①救急医療と②小児救急を含む小児医療についてご説明を申し上げます。座って説明させていただきます。



時間の都合もございますので、できるだけ簡便に説明をさせていただきたいと思っております。こちらのほうも資料2の10ページでご説明をさせていただきたいと思っております。

まず、現状のうち救急搬送の状況でございますが、救急出動件数、搬送人員数については、毎年増え続けておりました、前回、第6期計画当時の23年と比べましても、平成27年度で救急出動件数で約1000件のアップの3万9535件、搬送人員で約1500人アップの3万6699人となっております。

また、救急車の現場到着時間も高知県平均で8.9分となっておりますが、地域によってばらつきがございまして、一番短い土佐市で4.9分、嶺北では15分となっております。さらに、傷病者の半数近い割合が、44.5%が軽症者となっております。

次に、現状のうち病院前救護体制でございますが、救急搬送を実施している救急救命士の数が、28年4月現在で263名、救急隊47隊のうち37隊は常時配備されているところでございます。

救急救命士につきましては、常時配備率が全国平均と比べて若干低い状況ではございますけれども、各本部が調整に鋭意取り組んでいただいているところでございます。

また、本県のメディカルコントロール体制につきましては、高知県救急医療協議会の下部会といたしましてメディカルコントロール委員会を設置しまして、救急救命士に対する医師の指示や事後検証体制の整備、心肺停止、除細動、器官挿管、薬剤投与などのプロトコルを作成するなど体制整備に努めております。

次に、用紙の真ん中に来ておりますが、課題と対策でございます。こちらは、課題と対策が対をなしておりますので、個別の4つの項目について課題、対策を続けてご説明申し上げます。

まず、1つ目、適正受診でございます。適正受診については、先ほど申したとおり、搬送人員の約半数が軽症患者で占められております。患者には様々な事情がありまして、一概に全てだめだということはできませんけれども、救急医療提供体制確保のためには、不要不急の受診をやめていただく必要がある。この対策として、必要な広報、新聞、テレビ、ラジオを使い、啓発を行うこととしております。

次に、2つ目、救急搬送体制でございます。救急搬送におきましては、患者の状態に応じて速やかに適切な救命処置を行っていくことが重要であり、必要に応じまして医師と連絡をとりながら処置を行なうオンラインメディカルコントロールによる処置が重要となってきます。このため、必要な措置としまして、メディカルコントロール委員会などを通じまして、メディカルコントロール体制を強化していく、充実強化していく、救急救命士の資質向上を図っていくこととしております。

次に、医療提供体制でございます。医療提供体制については、近年の救急搬送の増加、恒常的な救急医の不足などもございまして、地域の二次救急医療機関の受入能力の低下などから、三次救急である救命救急センターへ患者が集中している現状にございます。

また、ドクターヘリが活用できない夜間や悪天候時、高知市周辺部におきましては、ドクターカーを活用した医師の早期接触が重要となってきております。さらに、限られた資源の中で救急医療提供体制を維持していくためには、患者が集中している三次救急医療機関からその他の病院への転院を促しまして、病床を確保していくことが課題となっております。

そういった課題に対しまして、医師の確保につきましては、救急医育成プログラムを実施している病院間の連携を図る、また、ドクターカーについては、3救命救急センターのドクターカーの出動基準をできるだけ平準化していく、統一化を図っていく、機能連携を行っていくということとしております。

また、県内各地域で受け入れ困難な患者を三次救急医療機関において受け入れざるを得ませんので、一旦、三次救急医療機関で受け入れ、必要な処置を行ったうえで、そのほか、病院に速やかに回していくといった病院間連携のシステムづくりを今後検討していく、進めていくこととしております。

次に、4つ目の情報提供体制でございます。救急医療を確保するためには、県民の皆さんに適正受診を行ってもらう必要がございます。この対策としては、引き続き、こうち医療ネットなどにより広く必要な医療情報を周知していくこととしております。

次に、目標でございます。目標につきましては、6期から2項目を追加しておりまして、ご覧のとおり、5つの目標とすることとしております。

以上で、救急医療について終わります。

続きまして、小児救急を含む小児医療についてのご説明です。資料2の13ページをお開きいただきたいと思います。

失礼しました。12ページをお開きいただきたいと思います。

まず、現状の相談、紹介でございます。県では、高知県救急医療情報センターを置きまして、救急医療情報を県民の皆様提供しておるところでございますが、その問い合わせ、4万5782件のうち、約3割1万5206件が小児科で占められております。また、子ども救急ダイヤル、いわゆる#8000番につきましては、28年度で4457件、1日平均で12.2件のお問い合わせがあるところでございます。

次に、小児の疾病などでございます。この資料では、小児の死亡率が高いとなっておりますが、これは、死亡率につきましては、人口1000人あたりの死亡率が全国平均では0.23のところ0.2となっておりますので、低いということで訂正をさせていただきます。

この死亡率の根拠となりました小児死亡率、死亡者数17名のうち乳児が8名、約5割を占めておりますが、この乳児死亡率については、平成23年と比べましても、死亡率が3.4から、平成27年には1.6というふうになっておりまして、乳児死亡率の減少傾向が続いているということが言えます。

また、小児慢性特定疾患受給者数、正医療受給者数については、お示ししているとおおり

でございます。

続きまして、小児医療でございます。これは、小児医療提供体制のことでございますが、これは小児科を標榜する病院につきましては、平成17年、26年と比べまして減少しておるところでございます。

また、他の診療科と同様でございますが、小児科につきましても、中央医療圏に集中している、高度医療にかかる需要が集中しているところでございます。

また、小児の人口減少に伴いまして、初期救急受診者についても減少傾向がございます。

あと、小児輪番を担う医師につきましては、24年は23名であったところが、28年には28名ということで増加をしているところです。

あとは、あき、幡多の両県立病院におきましては、初期救急から入院を要する入院まで小児救急全般を担っていただいております。

また、中央保健医療圏以外では、障害のある子どもを診療できる機関が少ない現状でございます。

次に、小児科医師についてでございますけれども、平成22年と比べて28年には、100名から106名というふうに増加しておりますが、小児科医療は、中央地域に集中している、専門医も同様に中央地域に集中している状況には変化はございません。

また、小児人口については県人口の減少とともに約1万人の減少で、平成27年度には、8万3638人、共働き世帯につきましては、全国平均の約42%から多い約55%、6741世帯というふうになっております。

次に、用紙の真ん中でございます。課題と対策でございます。こちらも先ほどと同じように、続けて説明させていただきたいと思っております。

まず、1つ目。医療情報提供体制でございます。限られた医療資源の中で小児医療を確保していくためには、適正に小児医療を使っていただく必要がありますことから、引き続き、保護者の不安解消、適正受診に向けまして、こうちこども救急ダイヤルの利用啓発をしてみたいというふうに考えております。

次に、2つ目の小児医療体制でございます。小児科医師につきましては、先ほども申し上げたとおり、若干増えておりますが、まだまだ十分な医師数を確保できていないと言えませんし、精神疾患、発達障害などに対応できる医師も少ない現状でございます。

また、医療的なケアが必要な小児については、成長発達のために小児科医師ばかりではなく、その他の職種とも連携していく必要がございます。この対策といたしまして、医師確保のための研修医に対する支援に努めていきますし、高知ギルバーク発達神経精神医学センターにおきまして専門医の育成を図ってまいります。また、小児をとりまく関係職種が連携して支援できるように努めていくことといたします。

次に、3つ目。小児救急医療提供体制でございます。こちらも小児輪番担当医師については、若干増えてはおりますが、まだまだ十分とは言えませんし、あき、幡多、両県立病院では、医師の負担が大きい現状でございます。こうした現状については、各地域、医療

圏単位だけで考えるのではなくて、県全体で検討していくというふうにさせていただきたいと思います。

次に、適正受診でございますが、こちらは大人同様、軽症患者が多い、小児医療従事者の大きな負担となっております。適正受診をしていただく必要がございますので、こちらでもマスメディアを活用した広報、小児科医のご協力を得まして保護者向けの講習会などを行いまして、適正受診について啓発をまいります。

次に、目標でございます。こちらの目標については、新たな目標項目は設けてございません。目標についてはお示しのとおり5点でございます。

以上、小児救急、小児医療につきまして、説明を終わらせていただきます。

(健康対策課) 健康対策課周産期・母子保健推進室の島崎と申します。

私のほうからは、周産期医療について説明させていただきます。資料2、各項目概要資料の11ページをご覧ください。座って失礼します。

右上のほうにも記載をしておりますが、第6期の計画から数値や文言を修正した部分に下線を引いておりまして、第7期で新たに追加する部分については★で太字にしている部分になります。

上段、現状の左の医療体制についてですが、分娩取扱い施設は現在、17施設となっております。平成27年度に、三次周産期医療提供施設へNICUや産科病床を増床いたしました。

そして、災害時の周産期医療体制につきまして、周産期医療分野に特化した災害時の体制は今のところ整備はされていないというところですが、現在、周産期医療協議会の小検討会に位置付けをしております周産期医療災害ワーキングの中で検討されておりまして、災害時周産期リエゾンの複数配置、それから、リエゾンを中心に定期的な訓練の実施などについて検討を行っております。

次に、右側の医療連携体制ですけれども、平成27年度に高知大学医学部附属病院を地域周産期母子医療センターに認定いたしました。そして、精神疾患等の他疾患の診療体制との連携としまして、三次周産期医療提供施設における精神疾患を合併する妊産婦の受入件数としまして、地域周産期母子医療センターで平成28年に31件、受け入れがございました。

右側の母子保健の状況につきましては、各種、通知の結果を記載をさせていただいております。低出生体重児や早期産、死亡率など、それぞれ減少傾向や全国水準になりつつあります。高知県独自に妊婦検診での検査項目を2つ追加するなどの早産防止対策の取組成果としまして、28週以降まで妊娠期間を延長できたケースが増加しております。

次に、課題につきましては、周産期医療体制の維持としまして、分娩取扱い休止施設が増加していることや、引き続き、医師の負担が増加していることなどに加えまして、精神疾患を合併する妊産婦の対応が可能な体制を整えている施設が限られているということ。

そして、無産科二次医療圏における支援体制の維持につきましては、県内の分娩を取り扱う施設は、助産師を含めると17施設ございますが、このうち14施設が中央保健医療圏に集中しているという状況となっております。そして、災害時の情報共有方法や災害時周産期リエゾンの役割と位置付けが、先ほども申しましたように決まっていないということがあります。

次に、右側の母体管理の徹底と妊産婦ケアの充実につきましては、1000g未満の早産、未熟児の出生割合は、全国水準となりつつありますけれども、依然、出生があります。

次に、対策についてですが、周産期医療人材の確保というところで、医師確保・育成支援課と医療政策課の取り組みにはなりますけれども、医師奨学金制度や助産師奨学金制度などの継続、そして、周産期医療提供体制の維持という欄に新たに加えておりますのは、三次周産期医療提供施設の増床に伴う一次、二次周産期医療提供施設との連携、そして、引き続き、三次周産期医療提供施設でのノーリスク分娩の受け入れということになっていきます。

また、右側の精神疾患を合併する妊産婦への対応と連携体制の強化。それから、妊産婦救急救命基礎研修の実施ということで、今年度から、県が高知医療センターに委託してBLSOの研修を実施しております。この研修は、分娩施設のない地域等における陣痛発来や車中分娩、病院内での妊産婦救急に突然遭遇する可能性のある県内の救急救命士等を対象とした研修となっております。

最後に、目標値につきましては、新生児死亡率、それから、周産期死亡率については全国平均以下を維持ということを目標にしております。それから、妊産婦死亡数、それから、NICU満床による県外搬送例をゼロということと、それから、超低出生体重児の出生割合。それから、妊娠11週以下での妊娠届出率を、全国水準を維持ということを目標にしております。

私からの説明は、以上で終わらせていただきます。

(医師確保・育成支援課) 医師確保・育成支援課の松岡です。

続きまして、私のほうから、へき地医療につきまして、ご説明させていただきます。本文では、267ページからとなっておりますけれども、説明は、この資料2の13ページを使って説明させていただきます。

まず、第7期保健医療計画では、これまで11次にわたって策定をしておりました、へき地保健医療計画に統合されることとなりますので、へき地保健医療計画で示されておりました対策に必要な項目が欠如することのないよう見直しを行っております。

まず、現状としまして、上段の一番右になりますけれども、高知市、南国市の医療機関に医師が集中しております、地域医療の中核的な医療機能を担ってきた基幹的な病院の医師が不足する状況となっております。そのため、本県では、高知市、南国市以外での地域をへき地医療対策の対象地域と捉えまして、へき地医療の確保に取り組んでおります。

第6期からの変更点としまして、中央の囲みの中の2つ目の●、へき地医療を支援する機関としまして、社会医療法人くすのき病院が、へき地医療支援病院として平成27年に認定を受けまして、へき地医療機関への医師派遣に自主的かつ意欲的に取り組んでいただいております。

第7期では、2段目にありますように、へき地医療提供体制の確保、医療従事者の確保、医療従事者への支援を課題として対策を進めてまいります。対策につきまして、まず、へき地の医療提供体制に対する支援としましては、広域的なへき地医療支援の企画、調整などを行ない、へき地医療支援機構の役割の強化と機能の充実、また、へき地医療拠点病院からの代診医派遣等の機能強化に引き続き取り組んでいきます。また、へき地医療支援病院が増えるようPRをしていきたいと考えております。

次に、右側のへき地を支える医療従事者の確保と支援につきましては、医学生に医師養成奨学貸付金を貸与しておりまして、医師不足地域での勤務を義務付けておりますので、県内定着のためのフォローアップを行ってまいります。

また、新専門医制度において総合診療専門医の資格取得ができる環境づくりを行い、幅広い領域をみることが出来る医師の養成に取り組んでまいります。なお、自治医科大学卒業医師につきましても、希望があれば、義務年限内に総合診療専門医の資格が取得できるように配慮したいと考えております。

看護師につきましては、合同就職説明会の開催のほか、高知県看護協会にもご協力いただき、ナースバンク事業等により必要な人材が確保できるように取り組んでいきます。

目標としましては、へき地医療拠点病院からのへき地診療所への代診医派遣率100%を維持するとともに、自治医科大学卒の医師が中心になりますへき地診療所勤務医師を現状の21人以上とし、また、新たな目標として、総合診療専門医の研修プログラムへの参加者を年4人とし、へき地医療対策に取り組んでまいりますので、よろしく願いいたします。

(医療政策課) 医療政策課の田内と申します。

私のほうからは、在宅医療について説明をさせていただきます。座って失礼いたします。

まず、資料ですが、本日配布させていただいた資料になります。左下側に当日資料2と書いた資料をお願いいたします。記載内容が少し多くなっていますので、要約しつつ説明をさせていただきます。

まず、一番上の大きい枠の現状の部分になりますが、1つ目の患者の状況には、訪問診療受診患者数ですとか、高齢者人口の推移といったところを記載させていただいております。

その右、医療機関、診療所の状況のところには、在宅療養支援診療所、病院数ですとか、在宅医療と関連します多様な事業所の状況等を記載しております。項目ごとの数値については、省略させていただきます。

下の段にいきまして、退院支援から右に日常の療養支援、急変時の対応、看取りと4つありますが、これにつきましては、在宅における医療提供体制を4つに区分したものになります。この4つに関しましては、下向きに矢印がありますが、課題、対策、目標へと繋がっておりますので、区分ごとに上から下のほうへ見てもらえたらと思います。

まず、退院支援については、現状としまして、退院支援加算届出医療機関数が54箇所、退院前カンファレンス実施医療機関数が44箇所となっております。この項目における課題につきましては、その下にありますが、患者が安心して、かつ円滑に在宅に移行できるように退院支援を展開していく人材が必要であることと、入退院時に患者情報を確実に引き継ぐための仕組みが必要であるといったところを課題として捉えまして、その下、対策のほうにいけますが、退院支援を実施する人材の育成や患者情報の引継ぎの運用に向けた支援を実施していきます。

その下、目標になりますが、数値目標としましては、退院前カンファレンス実施医療機関数の増加を目標としております。

続きまして、現状のほうに戻っていただきまして、日常の療養支援のところになります。こちらの現状ですが、4つの医療圏において、今以上の訪問診療を実施する余裕がないという現状がひとつありまして、これに応じまして、課題として訪問診療実施医療機関数の確保というところをひとつ上げさせていただいています。

また、そのほか、日常の療養支援のところでは、多職種連携というところもポイントになってきますので、ひとつに、患者の情報を医療と介護で共有する体制の構築をはじめとしまして、訪問看護ステーションの偏在、在宅歯科医療の提供体制強化、訪問薬剤師の養成等、多職種による取り組みの確保といったところを課題として上げております。

その下、対策としましては、課題と対応していきますが、訪問診療実施医療機関数の増加の方策の検討ですとか、ICTを用いた医療介護の包括的な提供及びかかりつけ連携手帳の利用促進。また、中山間地域への訪問看護師の派遣調整、在宅歯科連携室を核とした取り組みの強化、訪問薬剤師の人材育成研修等実施をしております。

目標には、ICT導入施設数の増加、訪問看護ステーション数の増加、訪問歯科診療所数、また、訪問薬剤管理指導実施薬局数の増加等を設定しております。

現状のほうに戻っていただきまして、続いて、急変時の対応の部分になります。現状としましては、急変時受入可能医療機関数と、24時間対応可能訪問看護ステーション数を数値としてお示ししております。その下、課題と対策のほうをまとめて説明させていただきますが、ひとつ目に、急変時受入可能機関数が不足しているため、この増加の方策を検討しております。

また、医師1名体制の診療所等は24時間対応が困難であるため、歯科や薬局、訪問看護も含む関係機関の連携体制の構築を図ります。これとあわせて、患者家族側の急変時対応への意識付けについても検討が必要と考えております。

目標の部分になりますが、急変時受入可能医療機関数の増加と24時間対応訪問看護ス

テーション数の維持といったところを設定しております。

現状のほう、戻っていただいて、最後、看取りにかかるところになりますが、まず、看取りに対応する医療機関数は、現状133箇所、介護施設数が189箇所、看取り数612人等を現状として、お示ししております。

課題と対策をまとめて説明させていただきますが、患者や家族の不安解消のため、また、看取りに関して自己選択を可能にするための適切な情報提供を実施することとあわせまして、居宅で最期を迎えた患者への対応について、多様な関係者の共通理解と役割分担への取り組みを実施してまいります。

目標のほうには、在宅看取り実施医療機関数と、看取り数の増加といったところを設定させていただきます。

在宅医療については、以上になります。

(医療政策課) 医療政策課災害医療対策室の市川と申します。

私のほうから、災害時における医療についてご説明させていただきます。説明は、恐れ入ります、資料1のほうを使って説明させていただきます。資料1の322ページからが災害時における医療の部分でございます。

説明時間、長くなっておりますので、主要な4つのポイントと数値目標に絞ってさせていただきます。また、ポイントごとに説明させていただきますので、ご覧いただくページが前後しますけれども、どうかご了承ください。

それでは、まず1つ目のポイントでございます。1つ目のポイントは、災害医療コーディネート体制の整備でございます。ページは323ページになります。一番上の「また」の段落からになりますけれども、今回の保健医療計画の改正にあたりまして、国から被災地域の医療ニーズ等の情報収集や医療チームとの連絡調整等を行う災害医療コーディネート体制の整備を進めるということが改正のポイントとして示されたことを踏まえまして盛り込むものでございます。

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

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

次に、2つ目のポイントは、BCP策定の推進でございます。資料327ページになります。327ページの一番上、医療機関の防災対応の(1)医療機関の耐震化などの部分でございます。これも国が示す改正のポイントの項目に含まれるものでして、災害時に診療機能の低下軽減や病院機能の早期回復を図り、継続して医療を提供するため、BCPの



策定は今後、災害拠点病院だけでなく、地域の一般病院においても重要であり、引き続き推進するとされました。

これを踏まえまして、2段落目からになりますけれども、BCPの効果について記載し、次のページ、329ページの中ほどになります。2、医療機関の防災対応の(1)耐震化などの2段落目に県内医療機関のBCPの策定率が低い水準に留まっていることを課題として上げております。

331ページをお願いします。その対策としまして、2、医療機関の防災対応の(1)耐震化の促進などのところで、BCP未策定の医療機関に対して策定を促がすとともに、策定済みの医療機関については、発災時に迅速に対応できるようBCPに基づく防災訓練などを働きかけていくこととしております。

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

次、3つ目のポイントでございます。3つ目のポイントは受援調整のあり方についてでございます。資料は324ページにお戻りください。前のページから続きます(4)医療救護チームのイ、その他の医療救護チームの2段落目のところになります。平成28年4月に発生した熊本地震では、多くの支援団体が参集したものの、統一的な指揮、調整による人員配置の最適化や支援チーム間の情報共有、自治体への情報集約のあり方に課題が残ったということがございました。

本県におきましても、南海トラフ地震発生時には、県外から多くの支援チームが参集することが見込まれます。このため、328ページになりますけれども、(3)県外からの受援調整のところで、大規模災害時には海外からを含む保健医療に関する多くの支援団体が参集することから、各種団体への対応や派遣調整を含む調整のあり方を課題として記載しまして、その対策としまして、330ページになります。中ほど、これも(3)です。受援調整のあり方の2段落目のところで、DMAT、ロジスティックチームなどの支援の受け入れや多様な支援団体への対応や派遣調整を含む調整など、保健医療の総合調整機能のあり方について対応を検討していくこととしております。

最後に、4つ目のポイントでございます。保健衛生活動との連携の部分です。災害時の医療救護活動については、感染症の蔓延防止、衛生指導などの保健衛生活動を見据えて、早期からの保健衛生部門との密接な連携が必要ですので、新たに保健衛生活動との連携について盛り込むこととしております。

また戻っていただきまして、324ページでございます。一番下でございます。(6)保健衛生活動との連携のところ。現状としましては、大規模災害時には、避難所生活などによる生活環境の変化や精神的疲労に伴う健康問題を最小限に抑えるために保健衛生活

動が重要になるため、県ではガイドラインを、市町村ではマニュアルを策定して保健衛生活動を行うこととしております。

課題としましては、328ページになります。中ほど、(4)保健衛生活動との連携のところでございます。感染症の蔓延防止、衛生指導などの保健衛生活動を見据えて、早期からの保健衛生部門との密接な連携が重要であり、医療救護活動と保健衛生活動の連携体制を強化していく必要があることの記載をしております。

次に330ページをお願いいたします。今回の計画では、こうしたことを対応しまして、真ん中よりちょっと下ですね、(4)保健衛生活動との連携における取り組みのところ、感染症の蔓延防止、衛生指導などの保健衛生活動を円滑に実施するために受援体制の強化など、保健衛生部門の組織体制を見直すとともに、災害医療対策本部及び支部と保健衛生部門が連携した訓練を実施し、連携の強化を図ることとしております。

なお、一昨年熊本地震の経験を踏まえて、国から昨年7月に大規模災害時の保健医療活動にかかる体制の整備について通知が出され、都道府県に災害対策にかかる保健医療活動の相互調整を行うための保健医療調整本部を設置することとされたところでございますが、これを受けまして、本県では、災害医療対策本部を補完するかたちで、保健医療を総合的に調整する本部を設けるべく、現在、庁内で検討を行っているところでございます。

次に、目標についてご説明をいたします。資料の332ページになります。第6期の計画では救護病院、災害拠点病院の耐震化率と病院の災害対策マニュアルの作成率、それから病院のEMIS登録率の3つの項目を目標として設定しておりましたが、その後、取り組みが進んだ部分や新たな課題も出てきましたことから、今回の第7期の計画では、ここに掲げております4つの項目について目標を設定したいというふうに考えております。

このうちの2つについて説明させていただきます。まず、救護病院のBCPの策定率でございます。本文のところでも申しましたとおり、現在、医療機関のBCP策定率は低い水準にあることから、今後、力を入れて取り組んでいかなければならないというように考えております。先ほども申しましたとおり、救護病院につきましては、地域の医療救護活動の中心を担っていただかなければならないことから、BCPの策定がさらに促進されるよう目標を設定するものでございます。

なお、昨年度末、災害拠点病院の指定要件が改正されまして、災害拠点病院は平成30年度末までにBCPを策定することが義務付けられましたが、県内の12の災害拠点病院は、いずれも策定済み、もしくは平成30年度末までに策定される見込みであることから、今回は目標の項目からは外しております。

次に、県内の医療機関に所属するDMATのチーム数でございます。これは大規模な災害に備え、日本DMATを多く整備することはもちろんですが、南海トラフ地震時には、医療従事者が大幅に不足することが見込まれることから、県外から参集するDMATなどの支援チームが円滑に活動できるよう、平時から災害医療に関する共通言語を持った人材を確保していきたいといった思いから、日本DMATだけではなく県のDMAT養

成研修を受講した、いわゆるローカルDMATも含めて目標に掲げるものでございます。

県では、より負傷者に近いところでの医療救護活動を強化するいわゆる前方展開型の医療体制の整備に取り組んでいるところですが、災害医療に関する技能や知識をもった医療関係者の裾野を広げていくことも大切なことだというふうに考えているところでございます。

いずれも厳しい設置目標としておりますけれども、達成に向けてしっかりと取り組んでいくことで災害時における医療救護体制が、より充実したものになっていくものというふうに考えております。

私からの説明は、以上です。

(医療政策課) 医療政策課の原本と申します。

私からは、地域医療構想についてご説明させていただきます。座って説明させていただきます。

資料につきましては、引き続き、資料1の計画案のほうでご説明させていただきます。345ページをお開きください。第10章、地域医療構想ということで、先ほど概要のほうでもご説明させていただきましたが、昨年度、保健医療計画の一部として策定させていただきました地域医療構想について章立てし、新たに10章として組み込んでおります。

その際の基本的な考え方につきましては、基本、この構想は昨年度策定したばかりですので、組み込むにあたっては計画本体と構想が重複する部分は省略するといったこと、また、病床機能報告等で最新の数値に更新できるものは更新するといったこと。プラス3つ目には、構想策定後に国のほうから医療と介護の整合性、後ほど説明しますが、そういったこと。また、地域医療構想を進めていくうえでの地域医療構想調整会議の進め方といったことが新たに示されたことにあります。そういったことを一部追記しております。

では、その部分につきましてご説明しますが、時間の関係上、主な部分のみご説明させていただきます。ページが飛びますが、359ページをお開きいただけたらと思います。359ページの中段に、5、保健医療計画及び介護保険事業計画で考慮が必要な追加的需の推計について(医療と介護の整合性)とありますが、こちらにつきましては、地域医療構想策定の際に、平成35年、2025年の必要病床数につきまして整理をさせていただきました。

その際に、医療需要を見る中で、病床で対応するのではなく、介護保険施設等での対応も含めた在宅医療等で対応すべきと整理された需要があります。そういったものにつきまして、国の方から新たに、この保健医療計画と整合性をとっている介護保険事業計画、両方で整合性をとりまして整理するべきということが示されております。その整合をとるべき数値の算出方法や整理方法につきまして、この地域医療構想に新たに項目を追加し追記させていただきます。359ページから362ページになっております。細かな説明は省略させていただきます。また後ほど見ていただけたらと思います。

続きまして、363ページ、その続きで見ていただけたらと思いますが、第4節で将来あるべき医療提供体制を実現するための施策の中で、1、病床機能の分化及び連携の推進とあります。この中で構想策定時には、介護医療院等の制度のことが、まだ確定しておりませんでしたので、そういったことが今回、この時期には確定しておりますので、その部分を修正させていただくことと、364ページの主な取組内容、上から3行目の部分になりますけれども、その部分に、そういった介護医療院等への転換も進めていくといったことを追記させていただいております。

続きまして、またページが飛びますが、369ページをお開きいただけたらと思います。地域医療構想を進めるにあたっては、現在、地域医療構想調整会議といったかたちで会議を開催し協議を行っておりますが、その進め方につきまして国のほうから新たに方針が示されております。そういった方針を踏まえまして、高知県において、どのように進めていくかを新たに整理し、記載したものがこの項目になっております。

内容につきましては、特に、この真ん中にあります具体的に進めるための取り組みとありますが、現状、地域医療構想を進めるにあたって、病床機能報告といった国から示されるような数値等をもとに、地域の医療提供体制の分析やそういったものを各会議で共有するといったことを進めておりますが、それにプラスしまして、この四角の中の4つ目のマルになりますけれども、新たに公的医療機関が自分の病院の役割といったものを整理するプランを策定することが、国の方から新たに追加で通知されております。そういったプランに基づきまして調整会議のほうでも協議を行い、地域の中心的な医療機関の役割の明確化を図っていくといったことを書かせていただいております。

地域医療構想についての説明は、以上となります。

(議長) 事務局からの説明について、ご意見、ご質問等ございませんか。

ご発言ございませんか。野嶋委員、どうぞ。

(野嶋委員) 資料2のところなんですけども、全体、取り組み、5疾病に関しても、最後のところを取組体制というのが書かれていますよね。この取組体制というのは、資料1には書かれていない項目で、そして、かなり可視化をして、具体的にわかるのでわかりやすいとかたちで書かれたのかもしれませんが、必ずしも、それぞれのがんのところだとか脳卒中等との取り組み体制は、必ずしも本文のものを反映しているというふうには思えなくて、本当にそれが必要なかどうかということに関しても、やや疑問に思ったりもします。以上です。感想です。

(議長) 回答はよろしゅうございますか？

事務局のほうで。

(事務局) ご指摘ありがとうございます。この取組体制のところは、それぞれの項目をまとめるにあたって、特に5疾病のところでは記載をしている医療連携体制より、もう少し広いかたちで関係団体も含めた取組体制を図示したほうがよかろうということで、ここで改めて記載をさせていただいたところです。

確かに、本文の記載とは合致していない部分がありますので、これはまた持ち帰り検討させていただいて整合性を図るか、ここはここで概要としての、まとめの記載として留めておくかということについて検討させていただきます。

(議長) 野嶋委員、よろしゅうございますか。

(野嶋委員) はい。

(議長) ほかにご発言ございませんか。

特にご意見、無いようでございますので、以上で、審議する項目については終了いたしました。最後に、事務局より今後のスケジュールについての説明をお願いします。

(事務局) はい。それでは、今後のスケジュールについてご説明いたします。

まず、本会議終了後、意見公募と関係団体への意見聴取を行ないます。意見公募の期間は約1ヶ月を予定してございます。なお、意見公募実施時に一部数値が最新値に更新出来ていないものにつきましては、更新の上、実施ということにしたいと考えてございます。

意見公募や関係団体から出されましたご意見を踏まえたうえで、計画の最終案を作成し、2月の県議会において報告後、3月12日に第3回の医療審議会を開催させていただきまして、審議を行い、答申をいただく予定となっております。

その後、諸手続きを経て、3月末には、第7期高知県保健医療計画の告示を行い、県のホームページで公表を行う予定となっております。なお、計画案につきまして、ご意見等ございましたら、別途ご連絡させていただきます意見公募期間にあわせまして、ご連絡いただけますよう、お願いをいたします。以上でございます。

(事務局) それと追加いたしまして、今後の見直しについてですが、現在、第3期の日本一の健康長寿県構想のバージョン4の改定に向けた調整を、あ、バージョン3ですね。そうですね。に向けた調整を庁内で行っているところでございます。ここで、その来年度以降の新たな取り組みについて、短期的なものとはかたくして長期的視野に立った新たな取り組みで、この保健医療計画にも載せたほうがよいと判断されるものについては、この両者の整合性を図る観点から盛り込んでいきたいと思っております。

また、その変更点につきましては、次回の医療審議会においてご報告させていただきたいと思っております。以上です。

(議長) 今後のスケジュールについて、何か、ご質問ございますでしょうか。

それでは、そのほか、事務局から何かありますでしょうか。

その他に無いようでしたら、これで本日の医療審議会を終了させていただきます。

委員の皆さんからのご発言がなかったので、時間どおりで終了しました。長時間にわたり、どうもありがとうございました。

▲▲▲ (終了) ▲▲▲