

平成19年度和歌山県医療審議会 会議録

1. 開催日時及び場所

- (1) 開催日時 平成20年2月21日(木) 午後4時から午後5時55分
- (2) 開催場所 アバローム紀の国 3階 孔雀の間

2. 委員の現在数及び出席者の氏名

- (1) 委員の現在数 23名
- (2) 出席者の氏名

①委員(五十音順) 19名出席

青木敏委員、荒木健雄委員、安藤恵理委員、上野皓司委員、大塚量子委員、柏井洋臣審議会、北村聖委員、後藤容子委員、小西悟委員、谷真子委員、寺下浩彰委員、中芝正幸委員、中谷・二審議会副会長、成川守彦委員、南條輝志男委員、狭間歌子委員、森脇宏委員、山崎貞子委員、山本好信委員

②その他出席者 県策定本部

井畑文男和歌山県福祉保健部長、高本和彦福祉保健部健康局長、若宮茂樹医務課長他27名

3. 議題

和歌山県保健医療計画改定案について

4. 議決事項

和歌山県知事から諮問のあった、和歌山県保健医療計画改定案について審議の結果、適当である旨の答申を平成20年2月21日付で行うことが出席委員全員の賛成により決定された。

6. その他会長が必要と認めた事項

特になし

審議会の会議経過の概要

【開会：午後4時】

司会（若宮医務課長）

それでは定刻になりましたので、ただ今から和歌山県医療審議会を開催いたします。委員の皆様にはご多用のところご出席いただき、誠にありがとうございます。本日、司会を務めさせていただきます医務課長の若宮でございます。どうぞよろしく申し上げます。

開会にあたりまして、井畑福祉保健部長からご挨拶を申し上げます。

井畑福祉保健部長

あらためまして、皆様こんにちは。県福祉保健部長の井畑でございます。本日、和歌山県医療審議会を開催させていただきましたところ、委員の皆様方にはご多忙中にもかかわらず、ご出席をいただきまして、誠にありがとうございます。また、平素は県の保健医療行政に格段のご尽力、ご協力を賜っておりますことを、この場をお借りいたしまして、厚くお礼申し上げます。

さて、本県の保健医療計画につきましては、現行計画期間が平成15年度から平成19年度であり、計画改定の時期を迎えてございます。保健・医療・介護を取り巻く環境が大きく変化しようとする中、患者本位の切れ目のない医療提供体制の確立を目指す新たな医療計画を策定するため、和歌山県地域保健医療協議会、協議会の内部組織であります、保健医療計画専門委員会にて、既に貴重な意見を頂戴いたしまして、また法の定めによりまして、県内各市町村や医師会、歯科医師会、薬剤師会など、関係機関からのご意見をお聞きいたしまして、今回の改定案に反映させていただいております。

改定案の特徴といたしましては、がんや脳卒中といった疾病ごと、また救急医療や周産期医療など医療確保に必要な事業ごとの地域連携体制の整備と数値目標設定、また医療従事者の確保などについて記述の充実を図ったところでございます。

本日は、皆様からそれぞれのお立場で、忌憚のないご意見を頂戴いたしたいと考えておりますので、よろしくご審議のほど、お願い申し上げます。

【定足数確認】

司会

本日は23名中、今現在18名の出席をいただいております。開催に必要な過半数の出席に達していますことをご報告申し上げます。

ここで、本日も出席の委員の皆様をご紹介させていただきます。お手元に配付しております委員名簿により名簿順にご紹介させていただきます。

（出席委員のご紹介）

先ほど申し上げました委員のご出席は19名となっておりますのでよろしくお願いいたします。

それでは、本日の議題等について、ご説明申し上げます。お手元の会議次第をご覧ください。本日の議題は、「和歌山県保健医療計画改定案」についてでございます。よろしくお願いいたします。

つぎに、本日の資料を確認させていただきたいと思っております。資料1につきましては既に配付させていただいております、「保健医療計画改定案」でございます。お持ちでない方がございましたら、お申し出下さい。配付させていただきます。次に資料2は、「和歌山県保健医療計画改定案についての県知事からの諮問書の写し」でございます。資料3でございます。「医療計画制度の概要と策定経過に関する資料」でございます。資料4でございます。「基準病床数算定資料」でございます。資料5は、「和歌山県保健医療計画改定案に対する意見照会等結果及び対応に関する資料」となっております。

それでは議事に入らせていただきます。議事進行については、医療法施行令第5条の14の規定より、会長がこれを行うこととなっております。柏井会長、よろしくお願いいたします。

【議 事】

柏井審議会長

柏井でございます。どうぞよろしく申し上げます。

本日の議題は、「和歌山県保健医療計画改定案について」でございます。この度、県知事から改定案について諮問がございました。

本日は、改定案について、ご審議をお願いするとともに、当審議会としての答申をしていきたいと考えております。内容も多岐にわたりますが、委員の皆様には、円滑な議事進行にご協力下さいますようお願い申し上げます。

改定案については、事務局から説明いたしますが、事前に資料をご覧いただいていると存じます。時間に限りもございますので、事務局からは概要について説明させていただきますのでご了承いただきます。

それではまず、事務局から、医療制度改革における医療計画の見直し等についての説明、計画策定に至る経過説明、医療計画改定案の説明をお願いします。

【改定案の要点等説明】

山本医務課計画調整班長

事務局の医務課山本と申します。本日はよろしくお願ひいたします。大変なボリュームがございますので、着席しての説明をお許し願ひしたいと思います。

それでは、資料1の説明に入ります前に、医療計画制度とその見直しについて説明をいたします。

医療計画の制度は、昭和60年の医療法改正によって始まった制度です。その背景には、増え続ける一般病床の抑制ということがありました。病床の類型には概ね4つあるとされておりまして、一般、精神、結核、感染症その他という類型が言われております。その病床の和、総数、これを見ますと、昭和30年には約50万床であったものが、昭和60年には約150万床と3倍に増えております。もちろん人口の増加という要素もありますので、病床数が伸びるのは当然ですが、人口増加を見ますと、9千万人から1億2千万人と3倍には伸びないということで、病床はこのままでは過剰の状態になる。病床が過剰になるとどうなるかということですが、病院が患者を離さなくなり平均在院日数が長期化する、そうすると医療費が増大するので、昭和60年に医療法を改正し、医療計画制度を創設したわけでございます。

その医療計画制度の要の部分は基準病床数の制度です。当時は必要病床数という呼び方をしていましたが、一定のエリアにおいて必要となる病床数を定めて、その基準を既に超えている病床過剰の地域にあっては、新たな病床の開設、増床を実質的に認めないでおこうという制度でございまして。

これは、一定の効果を発揮しまして、病床数は横ばいに転じました。近時は一般病床が減少の傾向にあります。それに対して、新しく設けられた療養の病床が増加傾向にございました。しかし、ここに来て、療養病床の再編成という国の方針で今、減少に転じています。この療養病床再編成は、平成18年度から本格的に始められています医療制度改革の一つの柱でございまして。

この医療制度改革の一環で、医療計画についても見直しをしようではないかということになりました。資料3をご覧ください。資料3の左上に破線で囲んでいるところがございまして。改正前の課題ですが、医療計画の見直しのポイントが3つございまして。1つ目は、基準病床数を定めて総病床を抑制するという量的な規制だけでよかったのかということです。総病床の抑制ということだけを主眼とするのではなく、質的なこと、つまり、医療の機能といったことにも踏み込んで検討するべきではないか、これが、見直しのポイントの1つ目でございます。2つ目に、計画は分かりやすい内容であったか。患者さんや住民の方々が読んで、参考になるような内容に出来ないかということ、これが2つ目のポイントでございます。最後に、評価し得たかということです。計画の期間は概ね5年となっております。5年経った後で、この計画の中身が良く進んだか、進んでないのかがはっきりしない計画でした。そこで、目標を掲げ、進捗状況については評価できるようにしましょうというのが、見直しのポイントの3つ目でございます。資料1の2ページの下の方に書いておりますが、これまで策定してきた4回の計画と少し趣の異なったものとなっております。

資料1の1ページをお開きいただきたいと思います。医療計画策定の趣旨ということで、「基本理念」につ

いて述べております。1つ目は、「患者本位の医療提供体制の確立」をするための計画であるということ、このためには、県のみならず、市町村の方々、保健・医療・介護の関係機関、関係団体の方々と一体となって計画を推進していくということです。

2つ目に、「地域における医療連携体制の構築」、これはいわゆる4疾病5事業と呼ばれるものですが、この連携体制を作っていくということ、そして、数値目標を設定していきましょうということを2つ目に掲げてございます。

3つ目には、「保健・医療・介護の切れ目ない連携体制の確立」ということで、関連する保健、介護等の計画と、整合性を有して定めるものであるということを述べております。

2ページにまいりまして、計画の性格ですが、これは、医療法に基づく法定計画でございます。計画の期間といたしましては、平成20年度から24年度までの5年間と考えておりますが、5年以内でも必要に応じて計画を見直すこととしております。

では3ページに移ります。3ページから4ページには、現行計画の達成状況を一覧表の形で掲載しました。今回初めて、前計画の進捗状況を点検するところから始めたわけでございます。次の医療計画を策定するときには、今回の計画を評価するところから始めたいと考えております。

5ページからは「第2章」「第3章」と続くわけでございますが、時間の制約もございますので詳しい説明は省かせていただきます。ただし、この計画が、どういった構成で出来ているのかをご理解いただく意味を含めて、19ページをお開き願います。

「第3章 医療従事者の確保と資質の向上」というタイトルを付けてございます。以下、まず、「現状と課題」ということで、各種データに基づきまして、現状を分析し、課題を抽出してございます。次に「施策の方向」ということで、課題に対応するためにはどのような施策を展開するのか、その方向について、記載をいたしております。最後に「目標の設定」ということで、目標値等を掲げております。この目標につきましましては、数値化しているものを、280ページから一覧表の形でまとめてございます。ここでは、数値そのものの目標値を定めていなくても、数値によってその進捗状況を図ることが出来るというものであれば掲げるようにしてございます。

さて、19ページに戻りますが、全国的に喫緊の課題となっております医師の確保について、まず述べております。本県の医師について見ますと、人口10万対で全国を上回っております。しかしながら、圏域別で見ると特定の圏域に集中しておりまして、地域偏在が生じております。20ページには診療科別の偏在について述べております。小児科、産婦人科などの診療科では、非常に医師数が減少してございます。

先日、ある新聞がアンケート調査を実施いたしました。北陸、近畿、中国、四国の府県を対象にして医師会さんがご回答されたようですけれども、「最も不足感のある診療科は？」との質問に対して、ほとんど全部の府県が、「1位産科、2位小児科」というふうに挙げておりました。和歌山県もそうございました。大阪府と兵庫県のみ内科医が上位にきてございました。こうした特定診療科の偏在ということも、全国的な問題になっているわけでございます。

20ページ下の○でございますが、女性医師の比率が増加傾向になっているということについて述べています。私自身も時折、県立医大でお話をさせていただきますが、聴講生の半分以上が女性です。今後も比率が増えることは間違いないと思われまます。女性医師が増えてまいりますと、出産、育児など女性医師としてそのライフステージに応じて、どういう形で就労していただくか、その環境整備が必要となってまいります。

21ページにまいりまして、その中程に医師の地域偏在や、診療科偏在に加えて、平成16年度から導入された新しい医師臨床研修制度の影響によって、これまで医師派遣機能を担っていただいていた大学病院自体が医師不足になっているということで、特に地域の公立病院などで深刻な状況になっていることはご承知のとおりでございます。限られた医療資源をどう有効活用するかが大きなテーマとなっております。

次に「施策の方向」ですがその前に一つお断りしておきます。現状については、「医師・歯科医師・薬剤師調査」を基にふれているわけですが、これは2年に1度実施される調査です。現在掲載しているのは平成16年の調査ですが、平成18年調査の結果概要が先月公表されました。出来るだけ直近のデータを盛り込

みたいと考えておりますので、図表等を更新する予定であることを申し添えます。

では、「施策の方向」です。「施策の方向」としては、21ページの下にある、「わかやまドクターバンク」、22ページにまいりまして、「青洲医師ネット」、「医師確保修学資金制度」、県立医大との連携による効果的な医師配置の仕組みづくり、20年度から始まります県立医大の25名の定員増等といったことを掲げてございます。また、女性医師の関係では、働き続けやすい環境の整備、再就職の支援等を掲載してございます。

また、臨床研修の関係では、合同説明会の実施など、臨床研修医を確保するための取り組みについて述べております。

23ページ、「目標の設定」でございます。ドクターバンク医師については、年間2名程度、修学資金について新規貸与者の毎年確保、臨床研修指定病院で研修を行う研修医を増やすというようなことを目標として掲げております。

以下、こういう形で書き進めていることをご理解いただいて、「第4章」、34ページに移ります。

34ページからは、「保健医療圏の設定と基準病床数」というところでして、保健医療圏としては、一次、二次、三次の保健医療圏がございまして、風邪のような日常的な疾病について保健医療サービスを提供する圏域、これが一次保健医療圏でして、各市町村がそのエリアとなります。二次保健医療圏につきましては、入院を中心とする一般的な医療サービス、広域的、専門的な医療サービスのためのエリアで、県内7か所の保健医療圏を設定しております。現行計画と変わりございません。なお、これまで新宮保健医療圏域であった本宮町が平成17年に、合併で東牟婁郡から田辺市に移りましたので、田辺のエリアになってございます。三次保健医療圏につきましては、高度、特殊な保健医療サービスを提供するための圏域で、県全体がその区域ということになってございます。

36ページにまいりまして、基準病床数の算定を行ってございます。療養病床と一般病床にあつては、二次保健医療圏を単位として、精神、結核、感染症は県全域を単位として算定をしております。算定の考え方につきましては、資料4になりますが、その前に、資料3をご覧くださいと思います。

資料3の「改正のポイント」の2つ目の○です。基準病床数の算定方法の見直しということですが、これまで、療養病床及び一般病床の総数を1つの計算式でもとめていました。これが、18年の4月からは、療養、一般それぞれの算定式で算定し、それを足したものを基準病床数としております。つまり、療養には療養の、一般には一般の算定式が設けられたわけです。療養病床の関係では、療養病床を転換する際の受け皿となる介護施設はどうなるのかということが問題になりますし、どういうふうに移行を進めるかということで、「地域ケア体制整備構想」と療養病床の基準病床というのは関係を持ちます。それから、医療費の過大な伸びを抑制したいということで、平均在院日数の短縮を掲げて「医療費適正化計画」を策定いたしますが、この中に、和歌山県における療養病床数の目標数値を掲げることとしております。この計画とも関連をいたします。これら関連計画と整合をとった数値にいたしてございます。

資料4をご覧ください。こちらに記載している算定式については、医療法施行規則に定められています。従来の算定式からの変更点について簡単に2つの式それぞれで見ていきたいと思います。

まず療養病床ですが、基本的な算出の仕方は ΣAB といわれまして、二次医療圏ごとに人口を性別、年齢階級で分けまして、それぞれのコーホートに対して、入院入所の需要率を掛け合わせます。つまりどれぐらいこのエリアで患者さんが発生するかという値を組み立てるわけです。それに、他の地域から入ってこられる患者さん、これはベッドが必要となりますのでプラスの要素、逆に出て行かれる患者さんはベッドが必要ありませんのでマイナスの要素となります。このプラスマイナスを行って、病床はフル稼働するわけではございませんので、病床の利用率で割るということで、この基本部分は変わっておりません。何が変わったかということ、「-G」という考え方が加わったわけです。これは、まさに、医療から介護へのシフトでございまして、介護施設のキャパシティを問題とするわけでございます。具体の数値については4ページをご覧くださいただければと思いますが、このGの値は、介護施設整備が進んでいる地域や療養病床から老健施設等への転換が進むであろうという地域にあつては、非常に大きくなってきます。この値が大きくなるということは、計算式全体の数値が小さくなるわけですから、0に近づきます。場合によっては、マイナスになることもあります。実際に他の府県ではほとんどの医療圏で、介護施設の整備が行き届いているがゆえに、マイナスで

あるというようなことも耳にしたことがございます。

基準病床を設定する際には、圏域で病床がマイナスであるということは理屈に合いませんので、その場合は補正をせざるをえません。このように、療養病床の算定式においては、介護施設で対応可能な数ということが、新しく加わった要素でございます。

2ページ、一般病床ですが、基本的な考え方は療養病床と同様ですが、「×F」というのが、変わったところでございます。これは、平均在院日数を短縮しようという考えから、平均在院日数そのものの指標を取り入れたいということです。これを用いるために、Bは「入院入所需要率」から「退院率」となっています。この両方の数値は国で定められております。Fの数値は近畿ブロック値として「19.1日」であり、これを使用することとなっています。和歌山県の一般病床の平均在院日数は、23.3日でございますから、4.2日の短縮を前提とした算出となっています。

このように、「-G」あるいは「×F」といったことで、基準病床の値は相当下がってまいりました。36ページにお示ししてございますように、療養、一般を足し合わせた基準病床数として、県の合計では、9,267床となっております。前計画の基準病床数は11,788床ですので、約2,500床ほどの減となっております。これにより、全ての圏域において、既存病床数が基準病床数を上回る状態であり、病床過剰地域となっております。これは、全国的な話でございます。

ただ、この制度は、既存の病床をどうにかしようというものではありませんのでご注意いただきたいと思っております。

さて、次に各論へと進めてまいります。37ページには、和歌山県医療機能調査の実施について触れています。この和歌山県医療機能調査と申しますのは、調査目的にありますように、計画策定のための基礎資料とするため、県内の医療機能の現状把握ということで、19年1月1日現在で、各病院に依頼をして、病院の基本的な情報や4疾病5事業に係る状況についてお伺いをしたものです。調査結果については全て医療機関から情報をいただいたものそのままでございます。調査結果は、調査期日時点のもので、現時点で変更している場合があります。医療機能については今後、「わかやま医療情報ネット」でも明示をしていく予定です。

こうした注意書きを37ページに掲載しているわけですが、これが今回の大きな特色となっております。以下、ページを割いてたくさんの医療機関名を列記しています。これは国から、医療計画を見直すにあたっては、患者さん、住民の方々の立場に立って分かりやすい計画にしましょう、そのためには、出来るだけ具体の医療機関名を記載するようにしてくださいという指導を受けているからでございます。この医療計画の素案を作成した段階で、和歌山県地域医療協議会保健医療計画専門委員会にお諮りいたしましたところ、「具体の医療機関名を記載することは、誤った情報提供に繋がるおそれがあるのではないかと、その点では工夫が必要。」というご意見を頂戴しました。そこで、おそらく誰もが目にするであろう目次部分に重ねて注意書きを施すことといたしました。目次の最後に、「掲載されている医療機関の医療機能については、あくまで1月1日時点で各医療機関からの情報提供によるものです。変更等が生じる場合がありますので、最新の医療機関の状況については、各医療機関に直接お問い合わせ下さい。」というようなことを掲載しております。

また、先日開催されました、地域医療協議会で原案が確定しました後、直ちに、2月の初めになりますが全ての病院に対して再度確認のお願いをしております。これは、昨年夏にも全病院に再確認の呼びかけをいたしました、重ねて今回は確認書を取らせていただくという形での確認作業を行っている最中でございます。つまり、それだけ慎重に取り扱っているつもりでございます。

医療機関名を記載することについて、もう一つの意味がございますのでご説明したいと思います。医療法第7条を受けまして、医療法施行規則第1条14に新たな規定が加わりました。これは、病床過剰地域であっても、例えば、在宅療養のために必要であるとか、分娩に必要な産科のベッドであるなどといったことであれば、病床整備が出来るという規定でございます。ただし、それが整備できるのは、医療計画に当該医療機関名が記載されていることが要件になってまいります。現時点で、こうした特例的な病床整備の具体的な相談はお受けしておりません。今後、こういった相談や申請が出てきた場合、医療審議会にお諮りすることとなります。しかし、その都度開催するということとなりますと、事務が遅れてしまうおそれもあります。

厚生労働省からは平成18年12月27日付通知で、医療審議会の部会を活用することも一つの方法である、また、あらかじめ審議会で基準を決めておいて、基準に合っているかどうかを県当局で審査する方法もいいのではないかといいをいただいています。

この問題は、有床診療所の多い九州地方などでは、ホットな話題となっていますが、今のところ和歌山県ではそのようなお話はございません。大阪府では既に7件の相談があったと伺っています。相談があったので、昨年末に医療審議会で基準を決めたと聞いております。こうした他府県の動向など情報を集め分析をして、医療審議会への諮り方を検討させていただきたいと思っております。余談のような話となりましたが、機能調査の関係は以上でございます。

49ページに移らせていただきます。49ページは、医療機関等の機能分担と相互連携という項目です。今回の医療計画の一つのキーワードが、「医療機関の機能分担と連携」ということですが、ここでは総合的に述べております。中程に「県内病院の医療連携の状況」という表を掲載していますが、これも医療機能調査の結果に基づくものです。その下の○ですが、「平成18年度に実施した「県医療機能調査」の結果によれば、地域医療連携室を設置している病院は31.2%とあります。よく似た調査を平成14年度に実施しておりますが、このときの調査結果は13.3%でございましたので、4年の間に2.3倍以上増えてきているわけでございます。連携というのは、今後の医療を語るうえでかかせないキーワードになってきております。

一つ修正がございます。今ご覧いただきました下から2つ目の○の冒頭「現状の」と書いていますが、1月の21日に桃山療護園が廃止となりました。現在は92病院となっております。そこで「現状の」という記載は削除したいと思います。

次に50ページをご覧ください。中程に県内の地域医療支援病院を記載しています。平成9年の医療法改正によりまして、地域医療支援病院制度が導入されました。現行計画の策定時点では、制度はありましたが、該当病院はなかったわけでございます。これが、現在は4病院となっております。紹介率が80%以上というような高いハードルがございますが、地域医療連携のためには、こういった支援病院を増やしていきたいと考えております。

51ページ下から3つ目の○ですが、個々の患者の全体的治療計画（地域連携クリティカルパス）の作成を普及させると記載しております。後ほど、脳卒中の項目でも述べさせていただきますが、これが、今後の連携推進のツールとしてのキーワードとなってまいります。現在、地域連携クリティカルパスの診療報酬上の位置付けとしては、大腿骨頸部骨折のみとなっておりますが、現在診療報酬の改訂作業が進められております。報酬の拡大という中身が見えてくるであろうと予想しております。

52ページの「目標の設定」では、地域医療支援病院の各医療圏への設置を促進し、同病院の役割や受診の仕方というものを県民によく知っていただくようにするというものを掲げてございます。

53ページには、地域医療の連携につきまして、そのイメージを掲載しています。下の方には地域医療連携を推進していくうえで、様々な角度からメリットを掲げてございます。

54ページにまいりまして、保健医療に係る様々な情報システムについて記載をいたしました。一つ目に「広域災害・救急医療情報システム」、それから「厚生労働省行政総合情報システム」、WISHと呼ばれるシステムです。3つ目の「緊急医療情報ネットワークシステム」は、以前「w-min（ダブルミン）」と言っていて、それから継続しているシステムです。「w-min」時代には電子掲示板を設置して各関係者がIDとパスワードによって閲覧し、書き込みを行ってまいりました。なかなか運営がうまくいかず、現在はメーリングリストによる一斉の情報送信形式をとっております。厚生労働省からは「h-crisis」という形で緊急メールがメーリングリスト方式で届きますが、内容に応じて「緊急医療情報ネットワークシステム」に載せております。最近では冷凍ギョーザの関係で発信をしております。

情報の拠点という意味では、まず保健所を念頭に置いております。一番下の○ですが、保健所において情報を迅速かつ効率的に収集し、提供することのできる体制づくりが必要であると考えております。「施策の方向」としては、「保健所の情報拠点化」といったようなことを掲げております。

56ページからは、今回の見直しのポイントとなります4疾病5事業の医療連携についてでございます。

それぞれの項目で、様々な医療機能を有する医療機関名を表の形で掲載しております。そこに医療圏名を記載しておりますけれども、これはあくまで所在地表示という意味でございまして、4疾病5事業に関して、特に疾病の場合は、二次医療圏内で医療連携が完結するとは考えておりませんので、あらかじめお断りしておきます。

まず、がんについてです。がんの死亡率について記載しております。56ページ一番下の○でございますが、部位別の死亡率を見ますと、胃がんで全国6位、肝がんでも6位、肺がんは1位、子宮がん5位、大腸がん7位というふうに、乳がんを除いていずれも高い水準となっております。59ページにはがん対策について現状を述べています。19年4月にがん対策基本法が施行されました。県においても、これを踏まえて平成20年度から5年間の「がん対策推進計画」を策定します。保健医療計画同様まもなく策定する予定です。3つ目に予防対策でございますが、がん検診の受診率は各部位とも全国平均を上回っていますが、いずれも30%に届かない状況にあります。

60ページですが、「がん医療水準の均てん化」ということで全国どこでも標準的な専門治療が受けられるよう格差を是正しようということを目的に、診療拠点病院の制度が取り入れられました。本県におきましては県拠点病院として、県立医科大学附属病院が、地域の拠点病院として、記載しております4病院が指定されております。

「施策の方向」ですが、予防対策として、喫煙等の生活習慣が発症に関与するとされています。喫煙率の減少をはじめとして、生活習慣の改善に関する県民意識の向上を図っていく必要があります。がん予防の啓発について努めてまいりたいと考えております。

次に、早期発見に向けた体制整備について、検診の受診率においては、国の基本計画に設定された50%の目標値の達成、併せて精密検査の受診率向上にも努めていく考えでございます。さらに、検診の精度管理が重要ですので、充実を図ってまいります。

拠点病院・医療連携体制の整備につきまして、がん患者の紹介及び逆紹介、症例の相談、診断の依頼等の連携体制、さらに地域のかかりつけ医を対象とした早期診断、緩和医療等に関する研修の実施、地域のがん診療の質の向上のための中心的な役割を担っていくということで地域の拠点病院を定め、機能の強化を図るとというのが施策の方向でございます。

また、地域拠点病院を束ねる県拠点病院である、県立医科大学附属病院の機能強化の支援を行いたいと考えております。

4番目に緩和ケアの充実を掲げております。5番目に県民に対する情報発信及び相談体制の整備について記載しております。

63ページ「目標の設定」では、平成29年までに75歳未満の年齢調整死亡率を25%減少させる、24年度までにがん検診の受診率は50%以上を目指す、精密検査の受診率は100%を目指す、成人の喫煙者については、現状では男性38.3%、女性5.5%をかなり低く、男性28%、女性4%以下に減少させる、と考えております。

64ページにがん治療の地域連携体制図を掲げてございます。予防・早期発見から高度専門医療に至るまで関係機関が連携して切れ目のないサービス提供を行っていくというものでございます。

具体的ながん治療実施病院の状況につきましては、以下病院名を表形式で記載しております。

82ページに進みまして、医療機能については、例えば、医者が変わることによって状況が変わることもございます。掲載している医療機能に変更が生じた場合どうするのか、ということですが、平成20年度から、「医療機能情報提供制度」が本格化されます。「医療機能情報提供制度」ではインターネットを予定しております、これを活用して情報を提供するという考えでございます。この計画に掲載している項目と、「医療機能情報提供制度」の項目は必ずしも一致してございません。「医療機能情報提供制度」は国の統一項目であり、改定案に掲載している項目は計画策定のために県が独自で実施した医療機能調査の項目でございます。このことを注意書きでお断りしております。最新の医療機関の情報については各医療機関にお問い合わせいただきたい旨についても述べているわけでございます。

インターネットによる情報提供ということについては、賛否両論あることは承知しております。事務局と

してもその情報提供の仕方について議論をいたしました。各府県の調査もいたしました。大多数はインターネットというお答えでございました。中には未定であるというところもございました。大都市圏の動向としては、この医療機能調査の結果についても、ホームページをご覧下さいという形をとっているようでございます。医療機関の数という面からもやむを得ないのかとも思いますが、本県では、出来るだけそれぞれの項目ですぐに、医療機能を有する病院がどこなのか分かるように、項目の後に付けるようにしました。

次に83ページの脳卒中に移ります。「現状と課題」ですが、最初のグラフにありますように、本県のみならず全国的に脳卒中による死亡割合は減少傾向にありますが、死因としては第3位ということで、死亡数の1割以上となっています。脳卒中のうち、脳梗塞につきましては、超急性期の治療薬でありますt-PAが用いられるようになって、発症後3時間以内に点滴を始めなければならないという制約はありますが、救命率が相当向上したと伺っています。84ページに「施策の方向」として予防対策の推進を記載しています。基本健康診査の受診率は34.1%で全国の43.8%を大きく下回っている状況です。平成20年度より医療保険者が行う特定健康診査をしっかりと受けていただくことが大事ですので、実施率の向上を図りたいと考えています。次に85ページ、医療連携体制の推進です。脳卒中を発症した時には、通常、脳神経外科の大きな病院で手術やt-PAなどの治療を受けるわけですが、手足の麻痺や言葉の障害が残った場合には、回復期リハビリテーションを実施している施設でリハビリを行うこととなります。ここで自宅に帰った場合は、かかりつけ医に定期的に診てもらいますが、麻痺や言語障害が残っている方に対しては、維持期のリハビリテーションという段階になります。つまり脳卒中の対策は、予防から、疾病が発症した後の入院、そして在宅へと総合的な取り組みが必要となってまいります。今までは、これらの病院やかかりつけ医の連携が十分であるとは言い難く、前の医療機関でどんな状態であったか、どんな治療を受けていたのかが分かりにくかった。そのために、今後それぞれの医療機関が連携して患者さんの転院をスムーズにかつ、患者さんの状態がよく分かるようにということで、具体的なツールとして、「脳卒中地域連携クリティカルパス」を導入しようということを掲げています。

86ページに「目標の設定」を記載しております。平均在院日数の10%減少、全ての二次保健医療圏で地域連携クリティカルパスを実施して半分以上の治療病院の参加を目指す、特定健康診査の実施率を対象者の70%以上にする、それに続く特定保健指導について実施率を45%以上にする、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率を10%以上にするというようなことを掲げてございます。

88ページに脳卒中治療の地域連携体制図を掲げてございます。説明した内容をイメージ化したものでございます。

93ページに移らせていただきます。急性心筋梗塞についてでございます。がんについて第2位の死因となっております。急性心筋梗塞における年齢調整死亡率は減少傾向にありますが、和歌山県は全国平均を上回っている状態です。また94ページ、平均在院日数を見ますと、和歌山県は全国で14番目と長い方に入っています。心筋梗塞を予防するには、体内の内臓脂肪を減らして動脈硬化等を予防することが必要です。禁煙や正しい食生活や運動といったものが、非常に重要になってまいります。95ページ「施策の方向」としても、予防対策の推進として、食生活や運動習慣等の改善などの内容を盛り込んだ「県健康増進計画」を今年度内に改定をいたしまして、計画の周知を図ることとしています。医療連携体制の推進では、98ページに連携体制図を載せてございます。

98ページの連携体制図ですが、脳卒中の図とよく似ておりますが、例えば、AED等による搬送前救助や急性期病院来院後の30分以内の専門的治療開始、リハビリテーションの関係などが異なっております。

次に101ページ糖尿病でございます。糖尿病自体を予防することも必要でありますし、それが、重症化して深刻な合併症を招かないようにすることも必要でありますので、そういったことについて記載をしております。106ページに連携体制図を掲げてございます。早期発見に努め、発見された場合は、初期・安定期治療ということで、地域の病院、診療所を受診する、合併症を併発したり重症化した場合は、専門治療の出来る医療機関を受診するというので、そうした糖尿病の治療実施病院について、107ページから医療機関名を掲載しております。

4疾病についての説明は以上です。続いて5事業については、これまでの医療計画でも取り扱っていたテ

一マでございます。また、この審議会に先立って開催されました地域医療協議会保健医療計画専門委員会、さらには本会でも、特に救急医療の関係など、活発にご議論をいただいております。

114ページに移ります。ここには小児救急の医療体制を掲げてございます。基本的には一般の救急医療体制と同じです。後ほど述べさせていただきますが、特に小児の場合には、すぐの受診が必要でないというケースがございます。そうしたときの保護者の不安に対応するために、電話相談体制ということで「子ども救急相談ダイヤル#8000」の事業を展開してございます。平成20年度からは、休日夜間だけではなく、365日の夜間実施に拡大したいと考えておまして、現在予算を要求してございます。

117ページ、周産期医療のシステムの図でございます。これは、地域保健医療協議会に周産期医療の専門委員会を設置しております。そこで検討を重ねていただいた体制図となっております。平成17年に県立医科大学附属病院を「総合母子周産期医療センター」に認定しております。M・FICU、NICUを整備いたしまして、さらには新生児専用ドクターカーも配備されています。平成19年には、社会保険紀南病院を「地域母子周産期医療センター」に認定いたしました。ここにも新生児専用ドクターカーを配備しています。これらのように、周産期医療の核となるセンターを増やしたいと考えておますが、なかなか進みません。本来ハイリスクの妊婦への対応が求められるセンター施設で、正常分娩が増加傾向にある点が問題になっております。医大、日赤、紀南病院といった病院と、地域の病院・診療所、助産所との役割の分担、連携を進めていかななくてはなりません。

119ページから救急医療の関係ですが、130ページをご覧ください。救急医療の連携体制図を掲載しております。初期救急の医療ということでは、休日夜間急患センターと在宅当番医制というのが柱になります。歯科においては、歯科休日急患診療所がこの役割を担います。

入院が必要な場合、二次救急医療機関としては、病院群輪番制と救急告示医療機関がその役割を果たしていただいております。

さらに重篤な患者さんにつきましては、救命救急センターということで、現行の計画から1か所増えまして、3か所の救命救急センターが県内にはございます。

ドクターヘリの搬送についても記載していますが、昨年の6月に、「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」いわゆる「ドクターヘリ法」が施行されております。これを契機に導入しようという都道府県が増えてきているところですが、本県におきましては、南北に長く、山間部が多いという地理的なハンディキャップもございましたので、いち早く平成15年の1月から、ドクターヘリ制度を始めおまして、平成15年1月の運行開始から平成20年1月までの出動件数は1,657件、1ヶ月平均27件、ほぼ毎日出動している状況となっております。

救急医療につきましては、マスコミ等でも救急医療の危機であるということが言われております。初期、二次、三次の救急医療体制の整備を進めていくことは、本当に重要なテーマであると捉えております。なお、数値の目標といたしましては、病院前救護体制の整備ということから、AEDの設置台数の増加ということを掲げております。

136ページ、災害医療でございます。災害時における医療救護体制、その活動の中心は、災害拠点病院となります。県内に8病院ございます災害拠点病院の機能の整備や、災害時の情報システムをどう活用するかといったことを大きな柱として記載しております。

143ページ、へき地医療についてでございます。県内には3つの拠点病院を指定してございます。県が設置した「へき地医療支援機構」がございまして、これを中心として、へき地医療拠点病院等への医師派遣要請に関して調整を行ってまいります。特に医師不足が言われておりますへき地医療の担い手としての自治医大卒業医師も効果的に配置するという事などを中心に記載をいたしました。

これで、4疾病5事業をご覧いただいたわけですが、147ページ、4疾病5事業以外に和歌山県で独自に二つの項目を追加いたしました。在宅医療とリハビリテーションに関してでございます。

和歌山県は在宅での死亡割合が非常に高い県でございまして、人口動態統計の発表があるとマスコミの方からも聞かれますが、どういう理由なのかははっきりとはいたしません。全国で3位という状況です。在宅の制度面については、平成18年4月の診療報酬改定で、在宅療養支援診療所というのが設けられました。

緊急時の体制や、24時間往診可能な体制を確保しているのが在宅療養支援診療所になるわけですが、この制度が出来て時間が経過していないこともあって、以下の記載内容にあまり厚みがございません。しかしながら、今後の重要テーマであろうということで、項目を興した次第です。

154ページに移ります。リハビリテーション医療について述べています。156ページに体制図を掲載しています。和歌山県でも、全国と比べると遅まきながら、地域リハビリテーションの体制を整備するという取り組みを昨年度から始めました。昨年度に協議会を設置、開催をいたしまして、県内に支援センターをいくつか指定してございます。県のリハビリテーションの中核となるセンターとして、県立医科大学附属病院を、地域のリハビリテーションの中核となるセンターとして、記載しています5つの医療機関を指定してございます。こうした医療機関を核として、体系的にリハビリテーションのサービスを提供していけるように体制整備を進めていく考えでございます。

以下、時間の都合により説明を省かせていただき、236ページをご覧ください。

「第8章 圏域編」ですが、これまでの保健医療計画では、圏域についての部分は別冊子にしておりました。相当ボリュームもありましたが、重複した記載も見られ、ステレオタイプのところもありました。今回は本編に取り込み、別冊子としない方針にいたしました。このことについては厚生労働省の同意も得ています。

この圏域編でございますが、各二次保健医療圏の現状と地域の医療連携に関する課題、その対策といったことについて記載をいたしております。ご一読いただきますとお分かりになることですが、圏域ごとに記載内容について差異がございます。言い訳めいて恐縮ですが、今回の保健医療計画のメインテーマは、地域の医療連携というところでございます。今後、連携を現実的に進めていくためには、連携に至るプロセスを重視したいと考えました。

昨年夏に圏域の医療関係者にお集まりいただきました。関係者とは、郡市医師会、歯科医師会、薬剤師会、和歌山市の場合は医療機関数が多いため無理でしたが、和歌山市以外は各病院にもお集まりいただきました。さらには、市町村医療担当職員、救急搬送を担う消防機関の方々、こうした皆さんにお集まりいただいてこれらのページを作成してまいりました。

さらに、地域の4疾病5事業の連携体制図も描いていただきました。ただし、連携体制は、二次保健医療圏で完結するものではございませんので、最終的にはそれぞれを参考にして、県一本で記載した次第です。この進め方については厚生労働省にも確認をとっています。

つまり私どもが目指したのは、圏域ごとに記載のスタイルが揃っていて、読みやすいとか見栄えがいいといった計画を作成するのではなく、今後、実際に地域の医療連携が進んでほしいと考え、そのために各保健所がまとめたものを最大限尊重したわけでございます。新宮保健医療圏にあっては、医師確保こそが最大の課題であり、そのために協力体制を作っていきましょう、御坊保健医療圏では、4つの病院それぞれの得意分野を伸ばして一層の病病連携を進めようといったことなど、書きぶりが違うのはそういう意味であることをご理解いただきたいと思います。詳細については説明を省略させていただきます。

278ページに進みます。医療計画の推進体制についてです。まず、計画の周知と情報公開ですが、県の広報紙やホームページ等のメディアを活用して、周知を図っていくわけですが、特に今回から、医療機関が持っている医療機能についてそのデータを掲載することといたしましたので、この更新が一つの課題でございます。

基本的な考え方につきましては、161ページで、「情報提供の推進」という項目になりますが、その「施策の方向」で述べております。「医療機能情報提供制度については、和歌山県広域災害・救急医療情報システムのホームページ等を用い、県内全ての医療機関の医療機能等に関する情報を提供し、県民が医療機関を適切に選択出来るよう支援します。」というこの部分に記載しております。

次に278ページの推進体制についてですが、今後、地域連携を進めていく、そのテーマについて言いますと、やはり保健所の果たす役割は決して小さくはありません。関係者からなる協議の場を保健所で設定していくように、本庁としても指導をしていきたいと考えております。

279ページですが、計画の推進には、市町村、医療機関、保健医療団体の方々との協力、連携して進めて

いかなければなりません。その旨を記載しております。

計画の最後に、数値目標を一覧表の形で掲載しております。以上で資料1の説明を終わらせていただきまして、最後に資料5についてご説明をいたします。

資料5は「和歌山県保健医療計画改定案に対する意見照会等の結果と対応について」ということで、ここでは一つ一つの意見内容とその対応についてご説明はいたしません。記載しております修正等については、既に資料1に反映しております。つまり、この資料は審議会にお諮りする前の段階で、どのような意見が出されていたかということを整理したものであるとご理解いただきたいと思います。

前段階がどういう経緯だったかということについては、資料3に策定経過を記載しております。

資料5の1ページからは、平成20年1月31日に開催をいたしました、和歌山県地域保健医療協議会において頂戴いたしました種々の意見に基づいて、修正を施した部分、ご質問に対して回答したものなどをまとめたものでございます。次に11ページをご覧ください。まず三師会ということで、医療法の定めによりまして、県医師会、歯科医師会、薬剤師会に改定案に対する意見をもとめました。ご回答は「適当である」と頂戴いたしました。同様に市町村にも改定案に対する意見をもとめました。「適当である」とお答えいただいたのが、全ての30市町村であります。中には附帯意見をいただいたところもあります。こういった市町村に対しましては、修正後の案文などをお示しするか、修正しない場合については、考え方や、「既にこういったところで記載をしています。」という箇所をお示ししております。

15ページ、同様に救急業務を処理する一部事務組合にもお尋ねしております。同様に4つの組合から「適当である」という回答をいただきましたが、附帯意見もございました。

これらについては、各市町村や消防組合にご回答を差し上げたいと考えております。

次に、17ページでございます。県民意見ということで、パブリックコメントを実施いたしましたところ、電子メールにより、1団体から意見が提出されました。ご覧いただきますと、要望事項が多い内容となっております。これらに対して県の考え方を記載いたしました。これにつきましては、パブリックコメントの実施要綱がございますので、これに従って回答手続きをする考えでおります。

以上1時間を超え大変長くなりましたが、医療計画改定案の説明を終わらせていただきます。よろしくご審議のほど、お願いいたします。

【質疑・応答】

柏井審議会長

ありがとうございます。ただ今事務局からこれまでの経過、改定案の概要につきまして詳細に説明いただきましたが、何かご意見はございますでしょうか。

青木委員

改定案について、前の会で言うべきだったのかもしれませんが、欠席をさせていただきましたので、今から述べるのは心苦しく気が引けるのですが、改定案作成の課題が、計画案を分かりやすいものにするということですので、読んでも分かりやすくという意味でお許しいただきたいと思います。

1ページの2つ目の○で、「がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病をはじめとする、患者数が多く、かつ、死亡率が高い症状」とありますが、「死亡率が高い症状」という表現が分かりにくいので、「死亡率の高い疾患の症状」と分かるのですが。いかがでしょうか。「疾患」をいれていただいたら分かりやすいのではないのでしょうか。これが1点と、それから、続きを読んでいますと、「継続的に適切な医療と予防が求められる生活習慣病等」という言葉が続いていますが、何かの講演会で、どなたかに、「最近では生活習慣病の中から、がんが省かれました。」と聞きました。厚生労働省が出している「健康日本21」で「生活習慣病を知ろう」というのを見てみますと、今生活習慣病は、糖尿病、脳卒中、心臓病、高脂血症、高血圧、肥満となっていて、がんが入っていない。しかし、現実として、たばこをのむことによって、肺がんになるということで、がんも生活習慣病にこの間まで入っていましたし、堅いことを言うつもりはありません。私の提案ですが、今でもがんを生活習慣病と考えていらっしゃる先生方もいますので、「予防が求められる」で「。」を付けて、行をかえて、「生活習慣病等に対する」とすると、がんが生活習慣病であってもなくてもどちらの文意でもい

いのではないかと思います。よろしくをお願いします。

それから、言葉が長いのを好みませんので言うのですが、「生活習慣病に対応できる医療連携体制や、救急医療、災害時における医療、へき地医療、小児医療、周産期医療などの医療提供体制の確保」ここで一度区切る。「医療提供体制の確保における重要な領域での医療連携体制」ということが私には分かりにくい。「医療提供体制の確保」と「医療連携体制の構築」が必要なので、その間の、「における重要な領域での」というのを省いた方が分かりやすいのではないかと思います。ご審議よろしくをお願いします。

柏井審議会長

ただ今、3点ばかり意見をいただきましたが、一つ目は1ページの○2つ目のところの、「高い症状等」のところに「疾病の」を入れるということ、「予防が求められる」というところで一度「。」で切って、行をかえて、「生活習慣病」と続けるということ、それから、「医療提供体制の確保」で「。」で区切り、「における重要な領域での」を省くということですね。

こういった訂正をしてはいかがでしょうかというご意見でございますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。特に意見、異論はございませんか。事務局はそれで出来ますか。

山本医務課計画調整班長

はい。いただいたご意見の趣旨を踏まえて、文言の追加、削除を行いたいと思います。語尾の問題もありますので、最終的な文体につきましては、事務局に任せていただきまして修正したいと思います。

柏井審議会長

青木先生、それでよろしいですね。

青木委員

はい。

柏井審議会長

ありがとうございました。その他に何かございますでしょうか。

大塚委員

気になりますのは、がん対策で、たばこという言葉が出てきていましたが、60ページの「和歌山県たばこ対策指針」というのを私もよく読んでおりませんが、その次に「公立学校の敷地内禁煙」があります。これはもう一度出てきております。100%という言葉が出てきております。

63ページの「目標の設定」で、平成24年度までの成人の喫煙者の数値目標が出ているのですが、24年度までということになりますと、この公立学校の子ども達も成人になっていくわけです。100%校内禁煙ということの効果はどのくらい出ているのかということを知りたいのですが、そういう調査はございますか。これは、やはり青少年と成人との数値目標は続いているとおかしいのではないかと私は思うのですが。

幸前健康づくり推進課長

公立学校の敷地内禁煙ですが、児童生徒は喫煙をしていないというのが学校側に立場ですが、現実には喫煙をしている生徒がいるのは実態としてはあります。ただ、公式の14年度以降の効果として教育委員会が把握をしているのは、教師の喫煙率が低下したということです。児童生徒に関しましては、平成14年に教育委員会の協力を得て県で実施した調査がございますが、それ以降調査をしておりません。現在、県議会で未成年者の喫煙防止という条例を検討されておまして、こいつたものが施行されるのに合わせ、今後教育委員会と連携を図りながら、実態把握を取り込んでいきたいと考えています。

大塚委員

私も和歌山市の「健康日本21」の中間報告でデータを見ましたが、報告ではかなり高校生が喫煙しております。そのあたりについて100%という数値が、私には誇らしく見えますので、それが本当に効果があるのかと疑問に思っていますし、私自身も体験していますが、禁煙にした学内でもかなり喫煙が行われているのが現状だと思っています。青少年という言葉がありました。そこで切れてしまうのではなく、繋げた生活指導が必要で、この28%のような少ない数値が出てくれば納得いくと私は思うのですが。数値として非常に少ないような、目標値としては少ない方がいいのかもしれませんが、現実がどうか、理論と現実というところをもう少し見ていただければと思ったので質問しました。

柏井審議会長

評価することを要望するということでよろしいですか。評価の仕方というのでしょうか。

大塚委員

目標値が少ないですから。高校生がそのまま大人になっていくわけです。24年の目標ですから、もう少し数値の幅が大きくないと今の成人だけでは意味がないのではという思いがしましたので。

柏井審議会長

どういうふうに変更すれば、ということはございますでしょうか。

大塚委員

今青少年のところでデータが出れば、それも含めて数値目標というのがあっていいのではないかと思います。

柏井審議会長

今具体的なものはないわけですよね。

幸前健康づくり推進課長

先ほど申しました平成14年度に行った調査による中学・高校生の実態を申し上げますと、全数ではなく抽出でございますが、高校生で「常習的にたばこを吸っている」のは13.3%、中学生は1.65%でございます。

大塚委員

はい。分かりました。

柏井審議会長

どのように取り扱いますでしょうか。

大塚委員

少ないというお答えですから、それでいいと思いますが、私は現実にそうではない数値を見ているものから。それで結構です。

柏井審議会長

はい。ありがとうございます。その他にございますでしょうか。

後藤委員

全体に読ませていただいて、前の計画よりも動きの感じられる、分かりやすい計画だなと思っています。その中でも、やはりこのがんの死亡率の高さが印象的で、この肺がんが1位というのを減らすことについて、大塚委員と同じような印象を持ちました。私も喫煙率に非常にこだわったので、同じ事をおっしゃったと思いました。肺がんの死亡率が1位ということですが、もともと喫煙率が他の県より高いということなのでしょうか。つまり、肺がんはやはり喫煙が理由なのでしょうか。

幸前健康づくり推進課長

たばこ産業等が出しているデータを基にして、過去昭和40年代から見ますと、1985年位までは、和歌山県は全国に比べて消費量が若干高かったというデータがございます。それ以降は、ほぼ全国平均並みであると見ていますが、影響がどうかという検証まではされておりません。

後藤委員

和歌山ががんでの死亡率が高いということの原因を、もう少しつっこむ必要があるということ。「今からやっていく」というようなことでもいいのですが。

すぐに喫煙率を10%下げたらがんが減少するということでは、少し落差のある印象を受けるのですが。

喫煙がすごくがんにつながるというところでの予防対策についても、強力的に進めていこうというところでの説得力について、数値がもう少しほしいような気がしました。素人ですので印象としてしか言っていないのですが。

柏井審議会長

ありがとうございます。なかなか難しいところではございますが、ご意見として伺っておきます。他にいかがでしょうか。

青木委員

改定案のもう一つ前の審議の段階の委員から、時間があれば言うておいてほしいということでございますので、お伝えしておきます。

21ページの2つ目の○の「地域の公的医療機関における医師の確保が更に困難な状況」ということの原因について、その前の3行で書いていますが、この他に、「公立病院から医師が減るとするのは、公立病院の医師が高齢になって辞めていくのに補充が足りないことも一つの原因でないか。」ということで、医師の高齢化についても入れるべきではないでしょうかという意見でございます。

私の意見を追加させていただきますと、原因が一つの要因だけということはありませんので、これらを全部言い出すと、何の原因でも抜けているものは出てきます。この部分については、私の方から先生に言うておきますので、状況に「等」を付けてはどうでしょうか。それとも、この会議で、医師の高齢化が公的医療機関における医師不足の大きな原因になっているということであれば入れたらいいと思いますが、いかがでしょうか。

柏井審議会議長

はい。高齢化の文言を入れるかどうか、または「等」という形で扱うというご意見ですが、皆様いかがでしょうか。もうお一方意見をいただければと思います。

山本医務課計画調整班長

事務局から申し上げます。医師の高齢化の問題は、特定診療科においてはあるのかとも思います。先ほどご説明しました「医師・歯科医師・薬剤師調査」がありますが、2年に1度実施される調査でございます。平成18年調査の結果が先月発表されたところですので、それを見ました。該当する調査票によりますと、全国の医師の平均年齢48.5歳に対して和歌山県の医師の平均年齢は49.4歳と0.9ポイント高いです。

経緯についても遡って調べたところ、平成16年で全国48.2歳、和歌山県49.0歳と0.8ポイント高く、平成14年で48.0歳、和歌山県48.5歳と0.5ポイント高くなっています。全国的に見ても少し高めの数値で推移してきています。急に高齢化が進んだということでもなくて、やはり和歌山県は高齢化という点では、少し全国よりも早く進んでおりましたので、そのくらいの数字ではないかと思いました。

これを出来ればもう少し細かく見たいとも思いまして、例えば、65歳以上の方の占める割合を調べますと、15.9%、この数値も全国、他府県と比べて変わりがあるわけではありません。75歳以上の方の占める割合についても7.9%とそれほど変わりがあるわけではありません。そこで例えば、特定の圏域であるとか特定の診療科について調べられないかと思ったのですが、先月公表された「医師・歯科医師・薬剤師調査」の調査結果にはその部分はありませんでした。ただ、このデータの基がMOといった媒体で各都道府県に配付されます。調査そのもののデータが羅列されているものですので、それを加工すれば、特定の診療科、圏域において、医師の高齢化が極端に進んでいるのかどうか調べられますが、残念ながらそこまでのデータは、現時点では手元にはございません。これからのタイムスケジュールを考えましても、これから計画の中に分析をして書き込むことは難しいと思っております。いまおっしゃっていただいた様々な要素のうちの一つと捉えさせていただいて、「等」という言葉で含ませていただければと思っております。

柏井審議会議長

はい。それでよろしいでしょうか。特に問題ございませんね。

各委員

はい。

柏井審議会議長

そういう形で進めていただきます。よろしく申し上げます。それ以外に何かございますでしょうか。

青木委員

これは、事務局の説明を聞いて思い出しましたが、森脇先生にお願いしたいのですが、脳梗塞ではt-PAが流行でございますが、ここにはt-PAという言葉は出ていません。救命救急センターの名前は出ていますが、ここにt-PAを実施している病院名を記載することは必要ないでしょうか。和歌山県ではどのくらい実

施されていてどの医療機関が実施しているということは必要ないでしょうか。

森脇委員

t-PA を使用する場合、マンパワーや施設基準などかなり制約されています。というのは、t-PA は血栓溶解に非常に有効な薬ではありますが、一方で脳出血という怖い副作用がございます。脳出血が起こりますと、直ちに開頭して脳出血に対応出来る施設でないで使用してはいけないということもございます。前の協議会でも t-PA についてはもう少し基準をはっきりさせるということではなかったでしょうか。

山本医務課計画調整班長

この会議の前段階で、地域保健医療協議会を開催しております。そのもう一つまえの段階で協議会の下部組織であります保健医療計画専門委員会を開催いたしておりますが、専門委員会の委員に県立医大の板倉教授がおられまして、板倉先生から、t-PA が一つの判断材料であるので、使える病院を考えると、医療連携体制図において、「高度専門的治療実施病院」の記載は、t-PA 実施可能な病院ということを念頭に置いて記載してはどうかという提案は受けております。実際、板倉先生にお目通しをいただいて、そういう観点から高度専門的治療病院から病院名を削らせていただいた経緯もございました。私ども、専門的な知識は持ち合わせておりませんが、専門の方々に見ていただいて、高度専門的治療実施病院に記載している病院は、t-PA 実施可能な病院ということを念頭に置いて記載したいと思っておりますが、記載のベースは医療機能調査の回答によるものがございますから、現在記載の病院は、回答いただいたままの状態であります。

板倉先生から、いくつかの病院は t-PA が出来ないであろうから削除をした方がいいのではないかということで、医療機関名も教えていただきました。

現在、医療機関に対しては、医療機関名の記載の確認をしておりますので、適当でないということであれば、差し控えさせていただきたいという話をするつもりでおります。青木先生がおっしゃるように、ここにはダイレクトに t-PA は入っておりません。厚生労働省では、t-PA というようなことも入れられている資料もございます。事務局でも考えましたが、今の段階では t-PA 実施可能病院という形で記載をすることは、私ども自身も十分に把握をしてございませんので、板倉先生にお目通しをいただいた際に、不的確ではないかといった医療機関にはご確認をさせていただいて、この表を整えさせていただきたいと思っております。

整理をいたしますと、当初 t-PA という観点で取り組んではいませんでした。そういった観点も必要であり、いくつかの医療機関名については不相当であるとのご意見をいただいております。そこについては、再確認の段階で、本当に大丈夫であるかというお話をしてまいります。

青木委員

説明はよく分かりましたが、4月の診療報酬改定で超急性期 t-PA を実施している超早期治療は1万2千点という点数がついていますし、テレビの特集などでも t-PA という言葉をよく聞きます。脳梗塞の治療では発症後3時間以内に実施したら劇的な効果があるということは人々に行き渡っています。和歌山県でも t-PA を実施している病院がどこなのかを知りたいのではないかと思いますので、質問をいたしました。記載が救命救急センターでいいのであれば、それで結構です。

山本医務課計画調整班長

記載はこのままにさせていただければありがたいのですが、ご意見の趣旨を踏まえまして、おつて医療機関の情報提供という形でいたしますので、そこで国の基準にあるなしに関わらず、t-PA というのを考えて情報を提供していきたいと思えます。

青木委員

脳外科の板倉先生の意見のとおりやっていただいて結構かと思えます。よろしくお願ひします。

柏井審議会長

それでは、計画の中身はこのままで、今後の対応として、そういったことも十分考慮して情報提供をするという形でお願ひしたいと思えます。

小西委員

今、お話しがあった救命救急の関係でお聞きしたいのですが、130ページの救急医療体制図ですが、この中に、救命救急センターがあり、私が県におりました時は日赤しかなかったのですが、2つ増えました。

患者数は6,609人ということで、平成18年の数値でしょうが、この患者数は、多いのか、少ないのか。

最近、特に産科で、救命救急センターに行っても受け入れる体制がないとのことで、なかなか受け入れてもらえないといったことも報道されていまして、特に脳疾患や心臓疾患などは、まさしく生命の危険に差し迫った状態であり、一刻も早く治療することが大事ではないかと思えます。

患者数は、1日平均約20人程度ぐらいは来られていると思いますが、これは5年前と比べて増えているのでしょうか。昨年だけですと数値はまだ出ていないとは思いますが。

それと、集中治療室等にどのくらいの期間入院していて、先ほど医療機関同士の連携が大変重要でこの計画のメインであるというお話もありましたが、そのことは大変大事であると私も思います。127ページの「施策の方向」に、初期、二次救急医療機関との連携強化を図りますと記述をされておりますが、具体的にどういうことを言われているのかについて教えていただければと思います。

山本医務課計画調整班長

事務局から申し上げます。患者数が本県で発生する重篤患者に対応したものかどうかについて、手元に資料を持ち合わせておりませんが、キャパシティとして救命救急センター用のベッドがどのくらい稼働しているのかということについては把握をしております。救命救急センターのベッドの稼働状況の推移については、注視して行く必要があると思っております。おっしゃっていただいたように、より高次の医療機関を受診したいという患者の動向が最近特に顕著になってきておりますので、高次医療機関における、患者受け入れのお断りというような事例が発生しているところです。「施策の方向」で記載したのもまさにそのことでして、患者の状態に応じた医療機関への搬送をお願いしたい、そのためには、搬送機関をはじめ、患者を受け入れていただく二次救急医療機関あるいは初期患者であれば初期の医療機関と連携をとって、重篤患者でなければ、なるべく救命救急センターではなくて、それ以前の段階で治療を受けていただくということを進めていくということです。

患者さんがより高次の医療機関を指定されるということを消防から聞いたこともございますので、搬送機関と話し合いをして、適切なレベルでの治療について体制を進めていきたいということもございます。記載が難しいですが、患者さん自身の受診に対する意識についても働きかけていく必要があるかと思えます。

少しお待ち下さい。救命救急センターのキャパシティとして、①の和歌山赤十字救命救急センターは、救命救急センター用に74床お持ちいただいております、②の県立医科大学の救命救急センターでは26床のベッドをお持ちいただいております。先ほど申し上げましたとおり、どのような稼働状況になっているのかについては、絶えず注視しながら救急搬送機関とも連携して、適切な搬送をしていただくということでございます。

小西委員

日赤であれば74床、医大であれば26床であるとのことですが、いつも満杯ということではないですよ。何日そこにいるかということ、把握されているとのことですから、いつでも受入体制にあるという状況が大事だということと、先ほどの患者さんと搬送機関とのやりとりもありましたが、一方では、たらい回しになって、本来は救命救急センターに受け入れてもらわないといけない患者が受け入れられないために死亡するといったことがないように、具体的には大変難しいことだと思いますが、ここに記載するかどうかは別としても、県として連携を二次保健医療圏などの中で具体的に推進をしていただきたいと思います。これは要望で終わりますので。

山本医務課計画調整班長

特に、奈良での痛ましい事件がありましてから、救命救急センターに対して、受け入れが出来ないようなことがないかどうか調査をいたしております。当然、重篤な患者が搬送されてきた場合にベッドがいっぱいであれば、軽傷の患者をバックベッドに移すなどして収容することを考えなくてはなりません。どうしようもないような状態になっていないか、調査をしております。結果として、今のところそういった状況は起きていないということでしたが、全体的に見て、患者の受療動向もそうですし、医師の不足も起きておりますので、救急医療が危機にあることは事実でございます。

今後とも、救命救急センターをはじめとして、またそこだけではなく、それぞれの救急医療機関における

体制について注視をして、痛ましい事件が起きないように努めてまいっている覚悟でございます。

柏井審議会長

要望ということでよろしいですか。ありがとうございました。それ以外にございますでしょうか。

寺下委員

事務局からご説明いただいて、全体的な感じとして、大きなエネルギーが使われて素晴らしくまとめていると思います。ただ、1ページにも書かれていますが、それが県民のためになるかどうかという視点、そういったところで今後のフォローを是非お願いしたいと思っています。先ほどから何度も言われている情報の正確性、これは絶対必要だと思っています。それと、今後、これを実態としてどう進めていくのかということです。

また、計画自体の目的が、医療費の削減、基準病床の削減というところにあるということですよ。それも理屈としては分かります。それが本当に県民のためになるのか。県民が望ましいと思っているのは、同じような質で病床があるということだと思います。厚生労働省が決めた計算式で本当に十分かどうか、これは、現場でないと分からないと思いますので。和歌山県から発信できるような、これから後のフォローをお願いしたいと思います。

柏井審議会長

要望でよろしいですね。

寺下委員

はい。

柏井審議会長

他にございませんでしょうか。

成川委員

先ほど青木先生がおっしゃったt-PAについてですが、私も先生の意見に賛成で明示すべきだと思います。その方が分かりやすいと思います。県民の方には。それと小西先生がおっしゃった救急のことについて、わたしも以前に同じような事を述べました。なかなか難しい問題でしょうけれども、病院協会としても取り組んでいるところでございます。いいご意見、ありがとうございました。それだけでございます。

柏井審議会長

ありがとうございました。他にございませんでしょうか。

各委員

(特になし。)

柏井審議会長

色々ご意見をいただきました。若干文言の訂正をする箇所もあったようですが、抜本的に修正するようなどころはなかったように思いますので、お諮りいたしたいと思います。

県知事から諮問のございました「和歌山県保健医療計画改定案」につきましては、当審議会として「適当である」との答申を行うことに対しまして、ご異論はございませんでしょうか。

各委員

異議なし。

柏井審議会長

ありがとうございました。ご異論がないようでございますので、計画案については、本日付けで、県知事あてに答申することといたします。

本日予定をしておりました議事は以上です。事務局から何かございますか。

井畑福祉保健部長

特にございません。

成川委員

余談になりますが、皆様方、医療審議会の委員でございますので、ご紹介をさせていただきます。中央公論3月号に、このままでは医療・介護難民が発生するという文章があります。是非一度、委員の皆様にお読

みいたきたいと思います。今、日本の医療は大きな方向で、良い方向かどうかは分かりませんが変わりつつありまして、私自身は今の医療費32兆円は、非常に安いと思っておりますし、せめて45兆円位なければいけないと思っています。厚生労働省はじめ、県の方々もうまく、効率よく医療を提供するというところでやっていただいておりますが、医療崩壊という今の時期に、道路財源の問題が出ていますが、その5兆円や6兆円を医療に持ってくれば、かなり改善されるのではと思います。銀行が潰れかけた時には公的資金が投入されました。今、公的資金が医療に投入されるべきだと思うのですが、なかなか動かない状況です。

一つの意見だと思いますが、書かれた方は、元厚生労働省の役人でございます、療養病床の再編成を担当された方です。是非お読みいただきたいと思います。

柏井審議会長

成川先生からのご紹介でした。他にございませんでしょうか。

井畑福祉保健部長

成川先生からもご指摘いただきましたが、県といたしましては、先ほどからお話いただきましたように、基準病床から始まりまして、過度の医療費の伸びを抑えるという形の中で、医療難民や介護難民の出ないように、難民という言葉は適当でないかもしれませんが、そういった方が出ないように、十分配慮してまいりたいと考えてございます。

本日は、大変熱心なご審議をいただきまして誠にありがとうございます。ただ今の改定案につきましては、ご審議をいただきまして、「適当である」とのご答申をいただきましたので、今後は速やかに公示をしてまいりますとともに、厚生労働大臣へ提出してまいりたいと考えてございます。

今後とも、本県の保健医療行政の推進のため、大所・高所からご指導を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

柏井審議会長

それでは、これを持ちまして、医療審議会を終了させていただきます。

ご協力ありがとうございました。