

平成 24 年度第 2 回愛知県医療審議会医療計画部会 議事録

開催日時 平成 24 年 11 月 28 日(水) 午後 1 時 30 分から午後 2 時 55 分まで
開催場所 愛知県自治センター 4 階 大会議室

出席委員

浅井委員(社団法人愛知県薬剤師会会長)、井手委員(一般社団法人愛知県医療法人協会会長)、倉田委員(愛知県国民健康保険団体連合会専務理事)、小林委員(社団法人愛知県病院協会会長)、高橋委員(名古屋大学医学部長)、土肥委員(日本労働組合総連合会愛知県連合会会長)、内藤委員(健康保険組合連合会愛知連合会事務局長)、中井委員(公益社団法人愛知県看護協会会長)、柵木委員(社団法人愛知県医師会会長)、渡辺委員(社団法人愛知県歯科医師会会長) (敬称略)

< 議事録 >

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 緒方課長補佐)

お待たせいたしました。定刻になりましたので、ただ今から「愛知県医療審議会医療計画部会」を開催いたします。

私、医療福祉計画課の緒方と申しますが、議事が始まるまでの間、進行役を務めさせていただきます。

どうぞ、よろしくお願いいたします。

開会にあたりまして、健康福祉部健康担当局長の加藤局長からごあいさつを申し上げます。

(愛知県健康福祉部健康担当局長 加藤局長)

健康担当局長の加藤でございます。

本日はお忙しい中、当医療計画部会にご出席いただき、誠にありがとうございます。開会にあたりまして、私から一言ご挨拶を申し上げます。

本日の議題は、前回 9 月に開催された医療計画部会に引き続き、愛知県地域保健医療計画の策定についてでございます。前回、「計画の構成」、「全国共通指標から見る本県の課題」等についてご説明をさせていただき、ご検討いただきました。

本日はその中で精神保健医療など新たに加わったもの、そして、感染症、新型インフルエンザ、3.11 以降の災害対策など大きく変貌したものの医療のあり方、提供体制について、簡単な模式図という形にはなりますが、全貌がわかる形で図をお示しさせていただき、この方向性について、委員の先生方から格別なご議論をいただきたいと思っております。

大枠のご了解をいただきましたら、前回、ご検討いただいたご議論を踏まえて、来月 12 月に予定させていただいております当部会で、地域保健医療計画素案として事務局でまとめさせていただいたものを、再度、具体的にご審議をいただきたいと考えております。

委員の皆様方には、本日新しいテーマを深く見ていただくこととなりますことから、長時間に渡り、この医療計画の内容についてご審議をお願いすることとなりますが、よろしくご検討を賜りますことをお願い申し上げます、開会にあたりましての私からのご挨拶とさせていただきます。

本日はどうぞよろしくお願いいたします。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 緒方課長補佐)

次に出席者のご紹介でございますが、時間の都合がございますので、お手元の「委員名簿」及び「配席図」により紹介に変えさせていただきますと思います。

本日の会議から新しくご就任いただいた委員についてご紹介をさせていただきます。

日本労働組合総連合会愛知県連合会会長 土肥 和則委員でございます。

また、本日は傍聴の方が3名いらっしゃいますので、よろしくお願いいたします。

次に本日の資料の確認でございますが、次第の裏面に配付資料一覧がございます。そちらをご覧ください。配付資料としましては、委員名簿、配席図、資料1「計画の検討状況」、資料2「新たな医療連携体系図(案)」、資料3「今後の策定スケジュールについて」、それから、参考資料といたしまして、「愛知県医療審議会運営要領」でございます。

よろしいでしょうか。

それでは、これから議事に入りたいと思いますが、以後の進行は柵木部会長にお願いしたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

(柵木部会長)

愛知県医師会の柵木でございます。よろしくお願いいたします。

先程、局長からご説明がございましたように、今回の会議の主な目的は、5疾病5事業の中での新たな体系図を、県民を中心とした視点で書き直したそうです。

本日は、現行の医療計画の冊子を先生方にお配りしており、この冊子と対比して新しい県の模式図をご覧になっていただくと、どこがどのように変わったか、県はどのようなことを意図して今回の医療計画を変えようとしているのかということがよくわかるのではないかと考えています。

それでは、これらをよく対比の上、ご議論をいただきますようお願いいたします。

では、議題に移る前に、本日の会議の公開・非公開について、事務局から説明してください。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 緒方課長補佐)

本日の会議は、全て公開で開催したいと考えております。

(柵木部会長)

よろしいでしょうか。

【異議なし】

それでは、本日の会議は、全て公開で開催します。

続きまして、議事録署名者を決定したいと思います。署名者は「愛知県医療審議会運営要領」第4に基づき、部会長が2名を指名することとなっております。

本日は、内藤 泰典委員と中井 加代子委員にお願いしたいと思いますですが、よろしいでしょうか。

【承 諾】

ありがとうございました。

それでは、議題に入りたいと思います。

「愛知県地域保健医療計画の策定について」の(1)「計画の検討状況について」事務局から説明をお願いします。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

それでは、医療計画の現在の検討状況について、ご説明させていただきたいと思います。資料1をご覧くださいと思います。前回9月に開催をさせていただきました医療計画部会でも同様の資料をお示しさせていただきました。本日お配りした資料の中ほどからやや左側に医療対策部会の欄がございます。この欄に11月21日と記載させていただいておりますが、その左側にあります項目の部分について、具体的に申し上げますと第3部第1章第3節地域医療支援病院の整備目標、第3章救急医療対策、第4章災害医療対策、第6章第2節小児救急医療対策、第7章へき地保健医療対策、第8章在宅医療対策、第9章第1節医師、歯科医師、薬剤師の確保対策の以上につきまして、医療対策部会でご検討をいただいたところであります。また、資料の中ほどに、その他の会議の欄がございます。それぞれの会議を開催した日を記載させていただいており、会議の左側に書いてございます項目について、ご検討をいただいたということでございます。それぞれの会議でいただきましたご意見、また、当医療計画部会でのご意見を踏まえまして、当初、局長の挨拶にもございましたが、今後この計画の素案を作成させていただきまして、12月26日を予定させていただいております。次回の医療計画部会にお示しさせていただきます。ご検討賜りたいと考えております。

また、資料の一番右側、現行計画の主な見直し点という欄がございます。こちらについても前回お示しさせていただいた内容となっております。本日この後、医療連携体系図の中で、新たに策定させていただきましたもの、また、大きく変わったものについてご説明させていただきます。そちらについて、太字で強調させていただいております。

簡単でございますが、資料1「計画の検討状況」については以上でございます。

(柵木部会長)

今の説明でございますが、何かご質問がありますでしょうか。

これについては、よろしいですね。

それでは、(2) 「新たな医療連携体系図について」は、項目ごとに検討していきたいと思
います。まず、「精神保健医療」について、事務局から説明をお願いします。

(愛知県健康福祉部障害福祉課こころの健康推進室 田中主幹)

それでは、資料2「精神疾患の医療体制の体系図」をご覧ください。「精神保健医療対策」
について、ご説明させていただきます。

ここでは、医療計画の作成指針に示されております、7つの「精神疾患の医療体制に求め
られる医療機能」ごとに説明をさせていただきます。

まず、予防・アクセスについてであります。

予防・アクセスにつきましては、患者さんをいかに早く精神科医療機関の診療につなげ、
早期に疾患を発見し、早期治療につなげていくことが大切であると考えております。

まずは、昨年11月から、かかりつけの一般診療医から、精神科の専門医へ患者を紹介す
るシステムである「GPネット」が稼働しておりますので、このGPネットをうまく運用し
て、精神科の医療機関での診療につなげていきたいと考えております。

近年著しく増加しておりますうつ病などは、頭痛や肩こり、食欲がない、体がだるいなど
の症状から、最初に、内科等のかかりつけ医にかかり、そこからうつ病等の精神疾患が診断
されたり、疑われるような場合も多くなっております。

GPネットを使って、一般診療所のかかりつけ医から、その下にあります精神科診療
所・精神科病院に繋げていきたいと考えておりますが、稼働後まだ1年ということもあり、
GPネットへの参加者は非常に少ない状況にあります。今後、このシステムを十分活用して
いくために、まずは、システムへの登録者を増やしていくことが課題であり、精神科病院は
ほとんどの病院で登録をいただいておりますので、一般診療所と精神科診療所へ働きかけを
行ってまいりたいと考えております。

ほかに、精神科医の診療につなげるルートとしては、の市町村や保健所等における精神
保健相談から、必要な場合には医療機関の情報を提供していく方法があります。これにつ
きましては、引き続き、身近な市町村や保健所において気軽に相談をしてもらえよう、体制
の充実と相談の周知を図っていく必要があると考えております。

次に、2ページをご覧ください。治療・回復・社会復帰についてであります。

の精神科病院・精神科診療所で治療を受けてみえる患者さんが、症状が緩和し、入院治
療を終えますと、以後は、の精神科デイ・ケア施設に通って、社会復帰に向けた訓練を行
いながら、地域において生活していくことになります。

また、精神科病院は、長期入院等ののち退院した方や、入退院を繰り返す患者さんに対し、
訪問による保健・医療等のサービスを提供するアウトリーチを行い、地域生活定着への支援
を行います。

社会復帰を図る上で、デイ・ケアは欠かせない施設であり、またアウトリーチも地域生活への定着を図るうえで大変重要な方策であります。どちらもまだ十分とは言えない状況にありますので、精神科の病院等とも議論をしながら、この部分の充実を図ることが課題であると考えております。

なお、地域生活を送る上での基本となる住まいの場であるグループホーム・ケアホームにつきましては、そのサービス提供量の倍増を第3期障害福祉計画でも掲げているところであり、その整備に努めていきたいと考えております。

次に、3ページの精神科救急についてであります。

休日・夜間の精神科救急体制につきましては、現在、県内をA・B・Cの3ブロックに分け、各ブロックごとに、輪番制による当番病院が空床ベッド1床を確保し、対応しているところでもあります。

救急については、やはり患者さんのお住まいの近くの病院でという地域的なことが必要でありますので、基本的にはブロック単位で完結できるようにしたいと考えております。

しかしながら、現実には1日に入院が必要な方が2名、3名とでる場合もございます。こうした場合は、現在の体制ですと、城山病院が各ブロックの後方支援を行っておりますので、例えば三河で発生した患者さんも名古屋まで運ばれるということになってしまいます。

こうしたことから、各ブロックごとに、のブロック当番病院の後方支援として、新たにの後方支援基幹病院を設け、当番病院の1床が埋まってしまった場合で、さらに入院が必要な患者が発生した時には、この後方支援基幹病院が患者の受け入れを行うこととし、二段構えにして、地域のブロック内で完結する体制を整えたいと考えております。

ブロック内で確保した病床数を超えて、さらに入院が必要な患者が発生するような場合には、最後の砦として、城山病院で受け入れをしたいと考えております。

次に、4ページの身体合併症についてであります。

精神・身体合併症につきましては、精神・身体合併症に対応できる病院が少ないことや、救命救急センター等と精神科病院の連携が制度としてできていないことが課題でありますので、そこをきちんと整理していきたいと考えております。

体制図ですが、の救急隊から、重度の身体疾患の救急治療を行うため、の救命救急センターあるいは二次救急病院に患者が搬送されますと、身体疾患の救急治療を行い、治療を終えた後は、速やかにの精神科病院に患者を転院させることとなります。

からへの矢印のところですが、救命救急センターあるいは二次救急病院で、身体疾患の救急治療を終えた後に、精神疾患の症状が出現している場合で、かつ身体疾患の急性期治療が必要な患者については、の精神・身体合併症対応病院へ患者を移送して、急性期の治療を行います。そして、急性期治療終了後は、速やかに精神科病院へ患者を転院させます。

の精神科病院は、身体疾患の入院管理のための診療応援を受けながら、患者の治療を継続します。

身体合併症につきましては、救命救急センター（あるいは二次救急病院）と精神科病院の連携について検討・調整を行いながら、こうしたシステムを構築していきたいと考えているところでもあります。

次に、5ページの専門医療についてであります。

体系図の左側、児童・思春期精神については、東尾張病院で運用が始まったところですが、県内には、まだ、ほとんど対応できるところがない状況です。

発達障害につきましては、心身障害者コロニーと小児医療センターで対応しています。城山病院が改築し、コロニーが療育医療センターとして建て替えを行うこととしておりますので、この中で診療体制の整備を図っていきたいと考えております。

こうした体制が整いますと、小児科など一般診療所のかかりつけ医から、紹介病院として利用していただけるものと思っております。

図の右側は、アルコール依存症についてであります。

アルコール依存症の方は、自分が病気であるという認識がない方が多いと思われまので、その多くは家族・知人等が、保健所や断酒会などに「困った」ということで相談をされます。重度アルコール依存症に対応できる医療機関はありますので、保健所等の相談から、うまく専門の医療機関につなげていけるようにしていきたいと考えております。

次に、6ページのうつ病についてであります。

うつ病につきましては、一番最初に説明をさせていただきました「予防・アクセス」と同様に、G P ネットの利用等により、の一般診療所のかかりつけ医等からの精神科診療所・精神科病院へつなげていくことが必要であると考えております。

また、現在、こうしたかかりつけ医に対して、うつ病に関する研修を実施しており、今後も引き続き、実施していきたいと考えております。

また、仕事や職業生活における悩み等により、うつ病が疑われる（あるいは診断された）場合は、企業の産業医からもG P ネットの利用等により、精神科医療機関へつなげていくことが大切であり、まずはG P ネットへの登録者を増やしていくことが課題であると思っております。

最後に、7ページの認知症についてであります。

認知症につきましては、国は、平成20年度に、認知症に関する専門医療相談や鑑別診断等を行う、認知症疾患医療センターという制度を設けました。

認知症の医療としては、鑑別診断が前提となりますので、の一般診療所や一般病院のかかりつけ医で認知症が疑われる方は、鑑別診断ができる認知症疾患医療センターを紹介いただくという体制を整えたいと考えております。

認知症疾患医療センターにつきましては、名古屋市においては、現時点で3か所の医療機関が指定されておりますが、名古屋市を除く県内では、大府市の長寿医療研究センターの1か所だけとなっております。県としては、原則として、医療圏に1か所程度の整備が望ましいと考えているところであります。

精神疾患の各項目における体系図の説明は以上であります。

（柵木部会長）

只今、事務局から精神保健医療についての患者の流れを中心にしてお話しいただきましたが、これについて、何かご質問等ございますでしょうか。

(内藤委員)

先程の説明の中で、1ページ目のところで、G Pネットの関係についてご紹介があったわけですが、昨年の11月からこのシステムができたということで、課題として医療機関の登録が少ないということなのですが、考えているかかりつけ医の母数は現状どれぐらいなのかを参考に教えていただきたいと思います。

もう一つ、資料の3ページですが、精神科救急のところのAブロック、Bブロック、Cブロックとありますが、その下のところにブロック後方支援病院がありまして、A、B、Cとそれぞれ、2床、1床、1床となっているわけですが、ここの違いといいますか、説明の中だと2人目の入院が必要な患者が発生した場合という書き方になっているわけですが、ここは、特にAブロックについて、2床と書いてあることに何か特別な意味があるのかについて教えていただきたいと思います。

(愛知県健康福祉部障害福祉課こころの健康推進室 田中主幹)

先に救急の方から説明させていただきたいと思います。まず、Aブロックは、名古屋の北上半分と海部、瀬戸のあたりをいいます。Bブロックは、名古屋市の半分と知多半島、旧愛知郡の豊明、東郷、日進のあたりまでをいいます。あと残りの三河のほうはCブロックということで区分がされております。今、それぞれブロックごとで、輪番で毎日、病院が1床ずつ空床で開けているということでございますが、先程、ご説明させていただいたとおり、1床を超えて患者が発生する場合があるということで、その状況を各ブロックの当番病院が1床を超えて受け入れた日数と人数の実績を調べまして、その結果、Aブロックでは2床と、B、Cブロックでは各1床確保すれば、何とか対応できるのではないかとということで、基幹病院のほうは設定させていただいたところでございます。

最初のG Pネットでございますが、G Pネットの分母というのは大変難しいところがあります。精神科の診療所につきましては、現在は約200弱と捉えております。一般診療所は色々な診療科から精神疾患を疑われる場合があると思います。内科が主なところであると思いますが、内科を標榜している一般の診療所がいくつか、当方では把握しておりませんのでそこはよろしくお願いします。それから、G Pネットに登録している数でございますが、ちょっと古くて数ヶ月前の数字でございますが、現在、118箇所、精神科病院はほぼ全体の40箇所が登録されています。一般診療所が59箇所、精神科の診療所が9箇所ということで大変少なくなっておりますので、特に精神科の診療所において、登録をお願いしていきたいと考えております。

以上でございます。

(柵木部会長)

よろしいですか。その他、何かご質問はあるでしょうか。

続いて、新たな医療連携体系図2番目の感染症、結核というところで、事務局から説明をお願いしたいと思います。

(愛知県健康福祉部健康担当局健康対策課 北折主幹)

では、8 ページ、新感染症・一類感染症・結核を除く二類感染症患者に対する医療体系図でございます。

感染症法では、感染力と、かかった場合の重症度から感染症を一類から五類に類型化しております。このうち、まん延防止のために入院の措置が必要な感染症は、一類感染症と二類感染症のみとなっています。

なお、新感染症はいわゆる未知の感染症ですが、一類・二類感染症と同等な措置が必要な感染症を想定しています。

感染症対策における課題ですが、体系図の最下段の一番左の四角にあります特定感染症指定医療機関の確保がございます。

特定感染症指定医療機関は新感染症の患者の入院を担当する病院で、厚生労働大臣が指定するものですが、現在は東京、千葉、大阪に各 1 か所ずつございます。

県としましては、中部国際空港が開港しました平成 17 年度から毎年、国に対して空港周辺に特定感染症指定医療機関を整備するよう要望してまいりましたが、来年度に建設工事の着工が予定されております新・常滑市民病院に感染症病床を整備していただき、特定感染症指定医療機関の指定を受ける方向で進めております。

次のページ、9 ページをご覧ください。HIV 感染者・エイズ患者に対する医療体系図でございます。

HIV 感染症につきましては、かつては致命的な病気と言われていましたが、抗ウイルス薬の進歩により、現在では、服薬治療により非感染者と等しく寿命をまっとうできるようになっています。

しかしながら、依然として根治はできませんので、患者・感染者は増える一方となっています。このところ、県内では、毎年、100 名を超える新たな患者・感染者が確認されておまして、初発患者が確認されました昭和 63 年からの累積は、現在、1300 名弱になっています。

一方、県内における HIV 診療は東海ブロック拠点病院である名古屋医療センターに集中しております。本年 3 月末の時点で 1000 名を超える定期通院患者を抱えている状況です。

体系図では、エイズ治療拠点病院が 13 か所あるとしておりますが、このうち患者が一桁もしくはゼロの病院が 9 か所となっており、こういった治療が進まない拠点病院の機能強化が課題となっております。

このため、体系図のエイズ治療拠点病院の枠内中央の中核拠点病院ですが、来年 1 月に名大附属病院を新たに選定することとしており、名古屋医療センターと協力してエイズ診療にあたる人材の育成を図っていただくこととしております。

次のページをお願いします。10 ページ、結核患者に対する医療体系図でございます。

結核患者は徐々に減少しておりますが、昨年の県内の新規患者は 1500 人強であり、うち半数程度の方が勧告入院の対象になっております。

また、結核患者の 7 割強が 60 歳以上の高齢者となっておりますことから、合併症を持つ患者が増えており、結核治療には合併症の治療も含めた総合的な医療が必要になっています。加えて、結核は入院が長期になりますことから、家族の積極的な支援が重視されますので、

医療アクセスにも配慮する必要ができております。

現在、結核病床を有する病院は、体系図の中核的な病院と、地域の基幹病院とを合わせた7か所ですが、結核患者が尾張地域の都市部に多いことから、名古屋市とそれに隣接する医療圏の病院に入院患者が集中しています。

結核対策における課題ですが、患者中心の医療提供を行う観点から、実情に応じて地域ごとに基幹病院を確保することが必要になっております。

このため、合併症治療を担うモデル病床の活用も図りながら地域医療連携体制を確保することとしております。

次のページをお願いします。11 ページ、新型インフルエンザ患者に対する医療体系図(県内発生早期まで)でございます。

新型インフルエンザ対策につきましては、本年2月に県の行動計画を改定しましたので、これに基づいた体系図としております。

新型インフルエンザ対策におきましては、県レベルでの発生段階を設定しておりまして、県内では発生が確認されていない県内未発生期、体系図の説明の最初の に記載しましたように、県内で患者が発生し、その患者の疫学調査が可能である県内発生早期、そして患者が増え、疫学調査ができなくなった県内感染期になります。

体系図の県内発生早期では、まん延防止のため、患者に対して入院措置を行うとともに、患者との濃厚接触者に対して外出自粛の要請を行うなどの対策をとります。

なお、次の段階である県内感染期になりますと、患者の入院措置は行わず、一般の医療機関での診療に切り替えることになります。

新型インフルエンザ対策における課題ですが、県内発生早期には感染者が急増することが想定されますので、これに対応できるよう十分な医療体制を確保する必要があります。

そのため、体系図の中央にあります帰国者・接触者外来の確保につきまして、各圏域で開催される保健医療福祉推進会議などを通じて理解・協力を求めていくこととしております。説明は以上でございます。

(柵木部会長)

の感染症、一般の法定感染症から、エイズ、結核、インフルエンザとご説明を受けたわけですが、これについて、質問がございますでしょうか。インフルエンザでも一時期相当問題になったわけですが、こういう体系図ではたしてよろしいかどうかということですが。

(小林委員)

新感染症に対して、現在、特定感染症指定医療機関が東京、大阪、千葉に整備されています。中部国際空港の近くが良いということは大変よく理解ができます。それを常滑市民病院で行いたいということではありますが、私ども、過去の経験をみましても、心筋梗塞、脳梗塞の治療を開始したときは、大変小さい病院でも、専門の医師が1人ぐらいのところでもどんどん行っていました。そういうところでは24時間、365日の治療というのは、現実的には不可能なわけで、専門スタッフの充実したところにどんどん集約してきたという歴史があるわけです。

私はマスコミぐらいでしか知りませんが、常滑市民病院の中身というのは、病床数は少ないですし、新感染症に対応できる、高度な治療に対応できるだけの医師が大変少ないと推測されます。そうしますと、例えば距離的にいくら近いからとしても、常滑市民が本当に適切でしょうか。あの近隣ですと半田病院がありますが、近い将来交通網も発達してくることを考えると、これはどうかとも思いますが、どうお考えでしょう。

(愛知県健康福祉部健康担当局健康対策課 北折主幹)

常滑市民病院は、今度、新しく移転して作っていく病院ということで、その中に感染症病床を作る形で考えておりました。当然そのときには、新たな感染症の専門医の方を配置していただくとか、地域との連携、大学病院との連携を踏まえまして、体制を整えるという形で、やっていきますので、鋭意国との協議を行っていきながら、進めてまいりますので、そのことについては問題ないかと思えます。

(小林委員)

ハードは十分できると思うのですね。その特定感染症に対応する専門の医師というのは、普段は何をやっているのでしょうか。大変大型病院だといっぱいやることのあるのですが、一経営者としては、この規模でそんなにたくさん仕事があるとはとても思えない。

(愛知県健康福祉部健康担当局健康対策課 北折主幹)

感染症病床につきましては、本来、対象の患者が出たときに入院していただくという形のものでございまして、常時、その専門の方が、それだけのために配置されているものでもありません。通常の診療において、感染症の患者がいますので、日常的にはそういった患者の診療を行っていただきます。呼吸器の専門医であったりしますし、そういった形で、あくまでもそのためだけのドクターということではございませんので、日常診療プラス発生した場合の対応をしていただくと考えております。

(愛知県健康福祉部健康担当局 加藤局長)

特定感染症は非常に稀なものということで、一挙に何十人も感染者が発生することは考えていなくて、飛行機やどこかの外国で接触された方が、高熱を出したとか、ひどい下痢をしていて、それは、今まで見たことがないという症状の方がお一人とかお二人というレベルで考えています。そのため、病床そのものは、1床とか2床とかであります。

ただ、小林委員のご指摘のとおり、専門の医師がケアしていただかないと、まったく、無意味になりますので、これについては、名古屋大学の呼吸器の長谷川先生と十分なお話しをさせていただいて、長谷川先生から、感染症病床ができた場合には感染症の専門家を配置するとお伺いしております。感染症専門科という形で運用されますが、呼吸器内科の医師でありますので、具体的に出てくるまでは、担当主幹が申し上げましたとおり、呼吸器内科として日常は運用される形であります。

なお、常滑市民病院には呼吸器内科医師がおりませんので、呼吸器の疾患も相当ある病院でありますことから、日常的な運用といざといったときの感染症への対応と、看護師等の対

応も含めて、常滑市当局と十分話しをしながらこの体制を組みたいと考えております。

一時的に入ったときの対応と、それが拡大しないように陰圧をかけた病床という形で整備し、まず防波堤ということでこれを考えていくということでございます。

(柵木部会長)

普段は日常の市民病院としての機能プラス、いざ、新興再興感染症が仮にここを經由して入ってきた場合には、防波堤とするというこの体制でよろしいのではないかとというのが事務局の考え方ですが、小林委員よろしいでしょうか。想像するしかないわけでした、1人2人ぼつぼつという場合はこれでよいということですか。

(小林委員)

ただこの場合でも最低でも、呼吸器内科の医師が2名配置しないと考えられない。

呼吸器内科2名が常駐して、日常は新感染症以外の疾患を診るわけですね、それだけのキャパシティのある病院でないとできないのではないですかということが私の意見です。

(柵木部会長)

事務局として、なにかありますか。

(愛知県健康福祉部健康担当局長 加藤局長)

先生のご指摘のとおりでありますので、いざというときに一人で24時間、何日間もフルでできるかとなると、それは不可能であります。2人以上で交代ということを考えざるを得ないのですが、当初から2人を配置していけるほどの余力はないということですので、実際には1人が赴任されて、いざとなったときに近隣から応援を出す形になるかと思えますし、これまで分析されていない感染症ということになれば、国家的な意味でも大規模な体制をとらざるを得ないだろうと考えております。一類、二類に分類されるものであると考えられれば、第一種、第二種の感染症指定医療機関に送れば足りると考えております。

(柵木部会長)

その他、ご質問、ご意見はありませんか。

(中井委員)

保健所のお尋ねしたいのですが、今ご説明のありました精神医療とか、感染症対策、新型インフルエンザ対策の模式図のところ、保健所というものが出てきておりますけれども、従来の保健所がこういった役割の機能をしていると思うのですが、今後の保健所の機能が拡大するというイメージで捉えればよいかということと、もう一つは、保健所に勤務している保健師がもっと役割を持って活躍すればいいのではないかと考えているのですが、そういったところの保健師の活用というところを教えてくださいたいと思います。

それとあわせて、模式図の中の結核のところ、保健所が入っていないのですが、直接の医療機関ではないためであると思っておりますが、結核患者に対する体系図の中で医療機関からの矢

印で保健所を記載していくということもあるのではないかと思いますのですが、そのあたりのところを教えてください。

(愛知県健康福祉部健康担当局健康対策課 北折主幹)

体系図の中で保健所の役割の拡大ということについては考えておりません。現状の役割を書いております。あと、保健師の役割ということで、特に結核について、委員のご指摘のとおり、確かに10ページの結核の体系図のところをご覧いただければ、結核患者が発生した場合の勧告入院でございますが、勧告入院をするのは保健所でございますので、そういった意味で保健所を書き加えたほうがよいと考えられますので、書き加えたいと思います。

(柵木部会長)

よろしいですか。保健所の役割ですが、この体系図の中、そこかしこに顔を出してきますけれども、現在、そのような機能がはたしてあるのかということでございます。

(愛知県健康福祉部障害福祉課こころの健康推進室 田中主幹)

保健所の役割について精神のこともご質問がありましたので、その部分についてご回答します。精神につきましても特段、保健所の機能を充実させるという予定はありません。現状、保健所への相談がたらい回しになるとか、親身に相談にならないといった患者の方からご指摘もいただいておりますので、その対応の仕方だとか、相談体制の充実等は、現有の体制の中で図っていきたいと考えております。

(中井委員)

そうしますと、1ページの予防・アクセスのところ、県民から精神保健相談の下向き矢印が市町村、保健所、精神保健センターへ示されていること、また、次の2ページの治療・回復・社会復帰のところ、保健所から上向きの矢印で訪問指導が示されているのは、それぞれ、現状やっていることが図式されているということでしょうか。

(愛知県健康福祉部障害福祉課こころの健康推進室 田中主幹)

基本的には、そのような考え方でよろしいかと思えますけれども、ただ、相談にいたしましても、電話相談が主になりますけれども、電話相談の中で精神科医との相談をやったほうがいいというものは、月に1回か2回、保健所において行っておりますので、そういうニーズが高まってくれば、精神科医との面接による相談を充実させることも考えたいと思えますが、今のところは、現状の体制でやっていくと考えております。

(柵木部会長)

そのほか、何かございますか。

続きまして の災害医療についてご説明していただきたいと思えます。

(愛知県健康福祉部健康担当局医務国保課 西岡主幹)

医務国保課主幹の西岡です。よろしくお願いいたします。

それでは、資料2の12ページをご覧ください。災害医療対策についてでございます。

今回の見直しでは、東日本大震災で認識された課題としまして、災害拠点病院の機能強化を図る必要があること、災害発生直後の急性期においては、関係機関が連携して、医療チームの派遣調整を円滑に実施するなど、医療に関するコーディネート機能が十分に発揮できる体制の整備を図ること、また、災害がある程度鎮静化しだした中長期においても、医療ニーズに応じた医療を提供するために、医療に関するコーディネート機能が十分に発揮できる体制の整備を図ることが求められています。

この図は、災害時において、関係者が連携し、円滑な災害医療が提供できる体制について示したものでございます。

まず、下段のハコでございますように2次医療圏ごとの地域において、基幹となる保健所に「地域災害医療対策会議」を設置します。保健所長のもと、地域の災害拠点病院の医師である災害医療コーディネーター、地区の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会などの関係機関、地元自治体、消防機関が参集して、地域における医療の調整を行います。

具体的には、被災地における負傷者の状況や医療機関の被災状況、病院や避難所における医療ニーズなど、地域における災害医療に関する情報を関係者で共有します。その上で、情報を的確に分析し、地域に参集する医療チームや医薬品等の物資が、重複したり不均衡が生じたりしないように、配置調整等を行います。

次に、上段のハコですが、災害対策本部の下に、「災害医療調整本部」が設置され、健康担当局長のもと、災害医療コーディネーターや医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院協会などの関係機関が参集して、全県的な医療の調整を行います。ここで、県内医療チームの派遣要請や配置、他都道府県への医療チームの派遣依頼や県内への搬送調整などの機能を一元的に担います。

こうした取組のためには、平時からの関係者による連携が重要であります。地域においては保健所を事務局として、保健所長が中心となり、地域における災害医療に関する課題と災害時の対応について、急性期の対応はもとより、中長期における対応も含めて、今年度から検討を行うこととしております。

県庁におきましても、災害拠点病院の関係者による会議を定期的開催して、災害医療の円滑な実施について検討しているところです。

また、災害拠点病院が災害時に十分に機能が発揮できるよう、施設や設備の充実及び機能強化を図る必要がありますので、耐震化や自家発電装置の充実、衛星電話の保有や診療に必要な水の確保、DMATの保有など、災害拠点病院の機能強化についても、医療計画に位置づけて、整備を図ってまいります。

説明は以上でございます。

(柵木部会長)

災害医療対策の体系図でございましたが、何かご質問はございますか。

(小林委員)

具体的な医療コーディネーターも設置されまして、ご苦労様でございました。昨日の夜、愛知、岐阜、三重の3県の病院協会の会長、副会長の協議会がありました。そこで、愛知県の災害医療対策の進捗状況を報告したわけでありまして。岐阜も三重も大変感心して、ぜひ急いでやらなければならないというお話でございました。このようにコーディネーターが具体的にスタートしたことで、それぞれの医療圏で実情はかなり違うでしょうが、お互いに顔を見える関係で、今後いろんな問題が解決するか非常に期待しておりますので、よろしくをお願いします。

(高橋委員)

今の質問に関連して、具体的に災害医療コーディネーターは具体的にどういう方を想定しているのですか。また、人材育成について意識的に育てていかないといけないと思いますが、その点についてのお考え方についてお聞きしたい。

(愛知県健康福祉部健康担当局医務国保課 西岡主幹)

災害医療コーディネーターの関係ですが、災害拠点病院の医師をお願いしておりまして、保健所における地域の方々との関係の中で、連携しながらやってきております。また、コーディネーターは、厚生労働省が主催する統括DMAT研修を受け、実力を身につけていただき、活躍していただくことと考えております。

(高橋委員)

具体的に、例えば、何名ぐらいの方がこのようなコーディネーターとしての役割をされるか、数字をお聞かせください。

(愛知県健康福祉部健康担当局医務国保課 岩佐課長)

本部のコーディネーターについては、7名を予定しております。各大学病院とプラス日赤と拠点病院の計7名の方を各病院からご推薦いただきまして、県のコーディネーターとして任命したいと考えております。

地域の災害コーディネーターにつきましても、各地域に29名の方を、地域の災害医療コーディネーターとして任命したいと考えておりまして、12月1日を予定しております。

二次医療圏ごとに2名から3名の方を予定しておりまして、各医療圏に複数の方といった体制でやっていきたいと考えております。

(柵木部会長)

地区の災害医療コーディネーターは、DMATの構成員を兼ねるということになるのですか。

(愛知県健康福祉部健康担当局医務国保課 岩佐課長)

DMATをご推薦いただいている場合もありますし、例えば、病院ごとでDMATはうち

でいてほしいので、災害コーディネーターは救急の部長さんを推薦したいという場合もあり病院ごとに事情が異なりますが、原則として、DMATの方となります。

(柵木部会長)

一人ひとり個人の名前を書き込んでいるということですね。イメージとしては、広範な医療圏を跨ぐような災害が起きたときには、各医療圏からコーディネーターがそこに飛んで行くことになり、29名のうちの5人が行く場合もあれば、10人が行く場合もある。また、それとは別のDMATはDMATとして派遣されるということでしょうか。

(愛知県健康福祉部健康担当局 加藤局長)

震度6が起きますと、全員が来れるかわからない状態でございますが、7名の方に本庁に来ていただき、また、医療圏ごとの2から3名の方は保健所に集まさせていただきます。保健所でよいのかという議論はありますが、とりあえず保健所に来ていただきます。そこで被災情報と患者情報を保健所へ集め、そして、県庁に集め、そこで交通整理をするという風に考えています。ただ、7名の方が全員で議論をするというわけにはまいらないので、私どもとしては、コーディネート機能のピラミッドを作っていく形を今は想定しています。

あくまでも医療チームの不足だとか、配置ですとか、薬剤の必要性の議論ですとかを専門にやってもらいますので、それ以外の関係につきましては、私を通じて災害対策本部、私を通じて各医師会又は歯科医師会の皆さんに医療スタッフの結集というものをお願いすることとなります。

(柵木部会長)

小林委員は昨日3県の災害医療に関する病院協会の協議会で報告をされて、愛知県は進んでいるというお話でございましたが、これを見てどのあたりが進んでいるということなのでしょうか。

(小林委員)

他の県ではほとんど何もされていないそうです。体系図すら作られておらず、ましてや、コーディネーターという発想もない状態ですね。

(柵木部会長)

ほかに何かございませんか。

続きまして、周産期医療について、事務局から説明をお願いします。

(愛知県健康福祉部健康担当局医務国保課 西岡主幹)

周産期医療対策について説明いたします。13ページをご覧ください。

周産期医療対策の課題につきましては、NICUやMFICUの病床数が少ないこと、そして、周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場で療養・療育できる体制の整備を図ること、これらの2点が課題と考えております。

まず、一つ目の課題であるNICUやMFICUの病床の不足につきましては、総合周産期母子医療センターや大学病院などに、地域医療再生基金を活用して整備を順次進めておりますことから、26年度末までには、NICUの病床数、平成24年4月1日現在144床を156床に、MFICUの病床数、平成24年4月1日現在27床を51床、とともに出生千対比で全国水準を上回る計画となっております。

体系図で申し上げますと、 の医療圏単位でハイリスク分娩等に対応する地域周産期母子医療センター、 の全県単位で最重篤な分娩等に対応する総合周産期母子医療センター、 の高度・専門医療を多くの診療科で提供できる大学病院におきましてNICUやMFICUの病床を整備することにより、ハイリスク分娩等に対して、効果的に高度な周産期医療を提供する体制をさらに進めてまいります。

また、 の県あいち小児医療センターにおきましても、地域医療再生基金の活用により、胎児を含む新生児の最重篤患者に対する医療を提供するためのNICUやGCUの整備がなされ、平成28年から運用が始まる計画となっておりますことから、県あいち小児医療センターを、周産期医療体制の中にしっかりと位置づけてまいります。

次に二つ目の課題の、周産期医療関連施設を退院した障害児等が、生活の場で療養・療育できる体制につきましては、県コロニー中央病院におきまして、現在でも、NICU等を退院した障害児等のレスパイト入院の受け入れや、在宅障害児等の療育の支援をしているところですが、地域医療再生基金を活用した、仮称であります「療育医療総合センター」への改築整備後には、センターの中に、新たに在宅での呼吸管理など、障害児等が、生活の場で暮らしていく上での必要な知識・技術を、家族が修得するための訓練や指導を行うことができる、在宅支援病床を整えまして、NICU長期入院時の在宅移行への支援を行っていく計画となっております。

説明は、以上でございます。よろしく申し上げます。

(柵木部会長)

今の周産期医療対策の説明でございます。前に出した地域保健医療計画の体系図を、これに書き換えると理解してよろしいですか。

(愛知県健康福祉部健康担当局医務国保課 西岡主幹)

このように書き換えるものです。

(柵木部会長)

主なる変更点は、前の体系図でいきますと各医療圏の何々病院と、病院の個人名が出ていたわけですが、今回は、地域周産期母子医療センターという名称で一括りにしているということがかなりの違いだと思いますが、他に大きく変わった点はどの辺りですか。

(愛知県健康福祉部健康担当局医務国保課 西岡主幹)

県コロニーと県あいち小児医療センターを明確に位置づけていくというところが大きく異なる部分でございます。

(柵木部会長)

そこは、前も書いているのであまり変わっているとは思えないですが。

(愛知県健康福祉部健康担当局医務国保課 西岡主幹)

あいち小児医療センターも前の計画で入っているのですが、今度、きちんと病床が整備されまして、総合周産期母子医療センターからの患者を、あいち小児医療センターで引き受けるという形になっております。

(柵木部会長)

後方をきちんとすることで、総合周産期母子医療センターの機能をもう少し拡大するということで、体系図を変更したということ考えてよろしいですか。

(愛知県健康福祉部健康担当局 加藤局長)

小児医療センターにNICUを整備して、周産期部門を一部用意し、一般的に母体の問題からくる緊急出産ではなくて、新生児、胎児のほうの遺伝子疾患も含めて対応するということです。

例えば心臓と他のものが遺伝的に結合してしまっている場合など、複合的なものについては、従来は小児科の方から小児外科、循環器という形で流れていましたが、一歩初期の段階から小児医療センターで対応する体制を、地域医療再生基金を活用して今回整備します。非常に限定的な周産期部門でありますので、専門部門であると位置づけております。

コロニーにつきまして、従来からも在宅支援という形でございました。これを今回療育医療総合センターと改称した上で、NICUの長期入院時について、バックアップをしながら、療育という形で在宅に戻す機能を行う体制を新たに整備するということです。このように、コロニーと小児医療センターの位置づけが少しこれまでと変わってきます。

つまり、地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター、大学との関係の中で、特殊なものについては、小児医療センター、コロニーで引き受け、全般としての周産期の体系を保障するということにしたわけです。以上であります。

(柵木部会長)

地域周産期と総合周産期と、その間に大学病院と県の小児医療センターが連携しながら動くという、ひとつのサークルという形の絵にしたということですね。このように動いていくとよろしいかと思いますが、他に意見はよろしいでしょうか。

それでは、医療連携体系図の中では最後になりますが、小児救急医療について説明をお願いします。

(愛知県健康福祉部健康担当局医務国保課 西岡主幹)

の小児救急医療について説明します。14 ページをご覧ください。

小児救急医療体制の課題といたしましては、1 つ目としまして、小児の時間外救急は、大

人も含めた一般的な救急医療体制により対応しているというものであります。これにより、休日・夜間における小児の初期救急医療についてで、軽症者が病院の時間外外来を受診し、病院勤務医の負担が増大していることがあります。

二つ目としまして、国の試算では、本県の小児人口ではP I C Uは28床必要とされておりますが、現在のところ名古屋第二赤十字病院の2床が設置されているのみで、P I C Uの整備と小児救急医療の中核となる小児救急救命センターが望まれているところであります。

まず、一つ目の課題の病院の時間外外来への小児軽症患者の集中でございますが、体系図では県民から太い矢印が時間外救急の点線のハコにのびてございます。実際の医療現場では地域の小児基幹病院として位置づけしている救急救命センターや小児救急支援事業に参加する病院、あるいは小児医療を24時間体制で提供する病院、これは診療報酬により小児入院管理料1又は2の評価を受けている病院が該当しますが、これらの病院に多くの小児の軽症患者が集中している現状がございます。

県といたしましては、体系図に記載いたしましたとおり子どもの調子が悪くなった場合は、にありますように、小児救急に関する電話相談を今年度から毎日、夜間実施しておりますので、それを利用してどのように対応するか相談していただくようにいたします。

そして、小児の軽症患者につきましてはなるべくの休日夜間診療所や、の病院群輪番制参加病院、いわゆる二次輪番病院で診療していただけるように、住民や患者・家族に対して適正受診の呼びかけの広報啓発活動を実施していくとともに、地域医療再生基金の活用により、ここに行けば診てもらえるというように、休日夜間診療所による定点化の推進を図ってまいります。

次に、入院が必要となった場合、「救命救急センター」、「小児救急医療支援事業に参加する病院」、「小児医療を24時間体制で提供する病院」で対応していただくこととしております。

次に二つ目の課題であるP I C Uの病床不足につきまして、平成25年度には、名古屋市立大学に4床整備される予定ではありますが、それでも、まだまだ少ないことから、体系図のでございますが、県あいち小児医療センターに、地域医療再生基金により、P I C Uを16床整備し、県の小児救急中核病院として、平成27年から、県内唯一の小児救急救命センターとして運用を開始する計画でございます。

これにより、地域の小児基幹病院でも対応が困難な小児重篤患者については、この県あいち小児医療センターで対応していただき、ここで満床等で対応できない場合は、他のP I C Uがある病院で補完していただくという体制を考えております。

説明は以上でございます。よろしく申し上げます。

(柵木部会長)

今の小児救急医療対策ですが、前の体系図の中では、県の小児救急医療センターという固有名詞が体系図の中で出てきて、今回は、P I C U設置病院というカテゴリーで、三次救急に対応するということですが、具体的な名前を他の体系図には書き込んで、ここは、一般的なP I C U設置病院というようなふうになっているのは、他の書き方と整合しないような気が

しますが、いかがでしょう。

（愛知県健康福祉部健康担当局医務国保課 西岡主幹）

今回の計画、先程の周産期と同じですが、一般的な名称で記載させていただいて、後で、別途資料といたしまして、各概念に該当する病院名を列記させていただくという形で整理させていただきます。

（柵木部会長）

そういう体系図であれば、全体に同じような書きぶりで書いたほうが見やすいような気がします。この部分は固有名詞、この部分は普通名詞にすると、何かバラバラだという印象がしないでもないですが、その辺は事務局として、体系図の書きぶりを統一して書かれてはいかがかという感じはいたしますが、いかがでしょうか。

（愛知県健康福祉部健康担当局 加藤局長）

ご指摘のとおりだと思いますので、特定の病院だけとして意図するときには名前を記載し、複数あるときには、全部入れると表としては見にくいので、これは別表とするということを前提として再整理させていただきたいと思います。

（柵木部会長）

そうですね。一度全体を見て、整合されていないなあというのが、印象として私は思いますので、その辺のところをもうちょっとご検討いただければよいかと思います。他に何かご意見はありませんか。

（倉田委員）

数年前でしたか、三河地方で子供が救急医療を必要としたときに、ドクターヘリで県外のどこかに運んだという話がありまして、そこで助かりました。そのときに、県内の医療機関で小児の救急ができないのかという話がありました。このように小児医療センターが、そういう機能を担うということは非常によいことというか、意義のあることだと思いますので、是非しっかりやっていただければと思います。

（柵木部会長）

その他、何か、この辺のところは抜けているとか、もう少し書き込んだほうが良いとかいうようなご意見はございませんか。

（井手委員）

あいち小児医療センターは大府にあり、国立長寿医療研究センターと場所的に少し離れていますが、相互に、例えば医療機器を使い合うということはできないのですか。

(愛知県健康福祉部健康担当局 加藤局長)

敷地としてはほぼ隣接していますが、距離的には、隣で診てもらってくださいというには少し遠いこともあります。また、小児医療センターでは基本的に子どもが対象ですが、国立長寿医療研究センターは成人から高齢者が対象となっております。母親があわせて調子が悪いという場合には、相互に連携するという事は行っておりますが、ただ、治療機器を一緒に使うということは、小児医療センターは子ども用の小ぶりなもので、国立長寿医療研究センターは大人用のものですので、なかなか一緒にはできません。国立長寿医療研究センターにおいて、少し小ぶりな方で小型で測ったほうが良いだろうという場合には、小児医療センターに紹介してもらうことはあり得るだろうと思いますが、小児の患者を長寿研の機器でということは難しいと思います。そういう意味で、相互連携は、距離感の問題、中身の問題として難しいと考えています。

(井手委員)

東京の多摩総合医療センターは、横に小児総合医療センターがあり、真ん中にオペ室があり、建物が結ばれている。どちらもオペ室を使うという形がここにはありますので、なるべく医療施設とかが併用できれば良いと考えます。

(柵木部会長)

国立長寿医療研究センターは国立でありまして、設立母体の違い、対象患者の違いもあって、医療機器を共同利用するというのは非常に難しいということでもあるでしょうが、われわれ県民から見れば、国立であろうが、県立であろうが、なるべく効率的な機器の運用をしてもらいたいというのが素直な感情だろうと思います。

他にご意見は、よろしいですか。それでは、 から まで新しく医療連携体系図が試案として示されましたが、全体体系図について、ご意見がありましたら、ここでご議論いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

残りの部分も書き直すということは、平成 25 年度に向けてあるのですか。

(愛知県健康福祉部健康担当局 加藤局長)

残りの部分につきましては、次回の部会のときに全体を見ていただきますが、基本的に今日お見せした以外のところは、提供体制として大きく変えていくものはないと考えております。ただ、色々な目標数値ですとか、アプローチの仕方は若干変わってきますので、これについては、書き物という状態でお見せすることになるかと思えます。

(柵木部会長)

以前に総論は変えても各論は変えない。医療圏の計画は変えないという話だったので、各医療圏の計画も少しずつマイナーなチェンジはあっても、メジャーなチェンジは無いと考えてよいのですか。

(愛知県健康福祉部健康担当局 加藤局長)

医療圏の計画は変えないではありません。今回は、まず全県の総論の部分の計画を変えて、今年は時間的にぎりぎりなので、今年度中に医療圏計画を見直して一緒に出すことはできないという意味で、全県の計画をご承認いただいた後、来年度これを踏まえて、各医療圏ごとに災害や、精神のアクセスについて、地域ごとの特性を踏まえて、プロットしながら変えていくというふうに考えています。

(倉田委員)

災害医療体制のところなのですが、地域の災害の医療体制会議を保健所に設けるということで、地域の医療に関することは保健所というのはひとつの考え方であると思うのですが、災害時の情報というのは、どちらかというと市町村の災害対策本部と、県の災害対策本部という二つのところで、相互にやり取りされていて、他の機関になかなかその情報が流れないというのが実際あると思います。また、色々なルートでその情報がやりとりされると、二重に情報が入ったりしてしまって、かえって整理ができないこともあるのですから、その市町村の災害対策本部と県の災害対策本部に流れる情報と保健所でやられる会議との関係を、きちんと整理するというのか、連携をきちんととっていくということを考えるということが今後必要になるかと思しますので、その辺のところを、きちんと詰めていただいたほうがよいと思いますので、よろしくをお願いします。

(柵木部会長)

今後、県としてそういう意見を踏まえて検討をお願いしたいと思います。他に何か、全体について、ご意見はございますか。それでは、(3)「今後の策定スケジュール」について事務局から説明をお願いします。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 植羅主幹)

それでは、今後の策定スケジュールについて、資料3をご覧ください。先程の繰り返しとなりますが、来月26日に開催を予定しております医療計画部会におきまして、当部会、又は関係会議でいただきましたご意見を踏まえて作成をいたしました素案につきましてご検討いただきたいと思いますと考えております。そして、その後、来年の1月に医療審議会委員の皆様方に意見の照会、また、市町村、三師会への意見照会、そして、県民へのパブリックコメントを行う予定としております。

2月になりまして、二次医療圏ごとに設置されております圏域保健医療福祉推進会議の場において県計画の説明をさせていただきます。

そして、3月には、当医療計画部会におきまして、最終案をご検討していただいた上で、医療審議会の本会議で答申をいただき、新計画といたしまして、公示をさせていただきたいというスケジュールを考えております。よろしくをお願いします。

(柵木部会長)

こういうスケジュールで、国の平成25年度の医療計画の指針に沿って、県も医療計画を

策定するというところでございます。この計画の流れについて、ご意見はありませんでしょうか。

それでは、(4)「その他」でございますが、事務局から何かありませんか。

(愛知県健康福祉部医療福祉計画課 緒方課長補佐)

本日の会議録におきましては、会議冒頭で部会長が指名いたしましたお二人の署名者に後日ご署名をいただく前に、発言者のありました委員の方に発言内容を確認していただくことになっておりますので、事務局から依頼がありましたらご協力いただきますようよろしくお願いいたします。以上でございます。

(柵木部会長)

それでは、本日の医療計画部会はこれで終了します。ご協力ありがとうございました。