

「秋田県医療保健福祉計画（素案）」に関する意見募集の結果について

県では「秋田県医療保健福祉計画（素案）」について御意見を募集していましたが、その結果は次のとおりです。貴重な御意見をお寄せいただき、ありがとうございました。

1 意見募集の期間

令和6年1月5日（金）から令和6年2月5日（月）まで

2 意見の状況

意見書等の数：5通（実数） ／ 具体的な意見の数：61件（延べ数）

3 寄せられた御意見と考え方・対応

| 番号 | 意 見 | 県の考え方・対応 |
|----|---|--|
| 1 | 医療圏が統合になり、統計が医療圏毎になると旧北秋田医療圏の状況が分かりにくくなるので旧医療圏毎に統計を管理し、県民に公表してほしい。 | 現在の二次医療圏単位で整理しているデータについては、引き続き同様の単位で整理しており、今後も記述していきます。 |
| 2 | 1年に1回は、定期的に各地区で説明会を開いて、県内医療の状況と、計画の進捗状況を県から説明をしてほしい。 | 説明会を開催し、参加者数の伸び悩みは、県民の関心の高まりが不十分と考えておりますので、県民向けの説明については、出前講座を実施して、若年層も含む広い年齢層にPRしていきます。 |
| 3 | 3段落目で、「令和7年にかけて高齢者人口が急速に増加」とありますが、2023（令和5）年秋田県の人口、日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）でも示すとおり、65歳以上の高齢者人口は、令和2年がピークでその後、減少していくのではないのでしょうか。 | 令和5年12月22日に国立社会保障・人口問題研究所が発表した日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）をもとに内容を修正しました。 計画案P1 「第1節 計画策定の趣旨」3段落目の文章を次のとおり修正 【修正後の内容】 「さらに、令和7年にかけて高齢者人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになるが、既に減少に転じている生産年齢人口は、令和7年以降もさらに減少が加速する中、」を「今後、高齢者人口はゆるやかに減少するものの、既に減少に転じている生産年齢人口の減少が顕著となる中、」に修正 |

| 番号 | 意見 | 県の考え方・対応 |
|----|---|--|
| 4 | <p>将来推計人口については、介護保険事業支援計画等、他の計画でも令和5年に公表された最新版を用いるようですので、そちらに合わせてはいかがでしょうか。P. 240からの表1同様。</p> | <p>項目1と同様、将来推計人口については、令和5年12月に公表された最新のものに更新しました。</p> |
| 5 | <p>第2章 秋田県の保健医療の現状 第2節 保健医療に関する状況 4 住民の受療状況 (1) 入院・外来患者数 ①受療率について (P12) 高齢化率が年々高くなる秋田県において65歳以上の受療率が全国平均を下回っていること、経年的に受療率が下がり続けている要因について記述ください。</p> <p>③年齢階級別受療率 ◇入院患者について (P14) 入院患者の年齢階級別受療率は、74歳まではおおむね全国値を上回るものの、75歳以上は全国値を下回っています。なぜ秋田県ではこのような傾向をしめすのか？原因について分析されていれば記述ください。尚、男性の受療率はほぼ全国平均ですが、とりわけ女性の受療率の低さが全体の低下に影響していると思われませんが、この原因についても分析されていれば記述ください。</p> <p>◇外来患者数について (P14) 外来患者の年齢階級別受療率は、ほとんどの年齢区分で全国値を下回っています。この原因についても分析があれば記述ください。</p> | <p>年齢階級別受療率は、厚生労働省が行う調査結果を用いております。本県における現状を捉えるものとして扱っており、原因については分析しておりません。</p> |

| 番号 | 意見 | 県の考え方・対応 |
|----|---|--|
| 6 | <p>(2) 患者の受療動向 (P16)</p> <p>北秋田医療圏では他の二次医療圏への患者の流出割合が44.1%、湯沢・雄勝医療圏では43.9%、大仙・仙北医療圏が30.2%と20%を超えています。なぜ流出が起こるのか、医療供給体制の問題(専門科がないなど)や交通事情など様々な要因が考えられますが、どのように分析されているのか記述ください。</p> <p>また、他の二次医療圏からの患者の流入割合は、横手医療圏が32.4%、北秋田医療圏が27.0%と20%を超えていますがこの要因についてもご説明ください。さらに北秋田医療圏ではH26年患者調査では7.4%でした。なぜ急激な患者流入が起こっているのかも分析が必要ではないでしょうか?</p> <p>由利本荘・にかほ医療圏では流入15.7%、流出10.6%、能代・山本医療圏では流入9.4%、流出18.6%、秋田周辺医療圏では流入12.0%、流出6.1%でいずれも流入は20%未満です。人口要件を除けば、地域医療圏域として独立し充実させる要件は満たされているのではないのでしょうか?にもかかわらず由利本荘が秋田周辺医療圏へ、能代・山本医療圏が大館能代医療圏に統合が必要とされる理由はどのようなことでしょうか?人口が20万以下との理由でしょうか?</p> | <p>医療提供体制を支える医療人材の高齢化により今後、維持が難しくなると考えております。</p> <p>患者の流出は、患者の受療動向によるものであり、受療動向の制限はできませんので、その要因についての分析はしていません。</p> |
| 7 | <p>第3章 医療圏と基準病床数 第1節 2 二次医療圏の設定について (P20)</p> <p>3つの二次医療圏(表2、図1)の設定ではなく現状の8つの医療圏域が良いと考えます。8つの医療圏の方が、高齢化率全国一に求められる今後の秋田県の地域医療に相応しい病床計画、医師確保計画、外来医療計画、そして介護保険支援事業計画など介護・福祉と一体となった地域包括医療を進めるための緻密な計画をつくるのが可能になると思います。</p> <p>秋田県の面積の広さ(交通アクセス)や人口(人口密度)、日常生活圏域、医師不足などでの現状から、3つの医療圏域に広く設定してしまうことで、本来必要とされている過疎地域などでの病床不足は大きな医療圏にマスクされ見えなくなります。8医療圏域で不足とされていた病床が過剰と判断されることなども考えられます。そのため必要な医療が地域からなくなるのが強く懸念されます。この3つの医療圏設定に合わせ地域医療構想が進むことでさらにはっきりとその姿は明らかになると思います。結果、医師や病床配置は県内3つの医療圏の中心の市部に集中が進むことも予想されます。安心して医療を受けられない過疎地域が増えることで人口減少はさらに加速する可能性もあります。</p> | <p>二次医療圏の見直しは、人口減少や高齢化が進行する中でも、「秋田県医療の目指す姿」である「住み慣れた地域で暮らし続けたいという県民のニーズに応え、かつ、質の高い保健医療サービスを将来にわたって持続的に提供できる体制を構築」していくためには、限られた医療資源を有効に活用し、「高度で専門的な医療」を確保するとともに、「身近な医療」を住民により近い地域で整備してい必要があると考えたからです。</p> <p>このため、医療圏見直しを契機に全ての医療機能の集約を行うわけではなく、例えば、新興感染症等の感染拡大時における医療の確保や高度で専門的な救急受入れ等については、「3圏域の広域的な枠組み」において整備するとともに、在宅医療や日常の外来診療、軽症・中等症の患者の救急や入院受入れ等、県民に身近な医療機能は、「従来の8圏域」において、きめ細かく整備することにしております。</p> <p>そうした考えに基づき、具体的には、2025年度までの現在の「地域医療構想」における「8つの構想区域(従来の8医療圏と同じ)」毎に開催する「地域医療構想調整会議」において、医療、福祉、市町村等の関係者と、その地域において必要な医療機能や病床数について議論を行うとともに、広域的な枠組みにおいては複数の構想区域(見直し後の三圏域)毎に行う「合同会議」において協議してまいります。</p> |

| 番号 | 意見 | 県の考え方・対応 |
|----|--|--|
| | <p>①このたびの県の2次医療圏を3つにする「素案」は厚生労働省の見直し要件『人口規模が20万人未満の二次医療圏で、流入患者が20%未満、流出患者割合が20%以上である場合』をクリアすることを基準に医療圏域合併を進めるやり方です。なぜ、患者流出や流入が起こるのかその原因と対策は以下に行われたのか？そのうえで現在の医療圏域設定ではなぜだめなのか、しっかり県民と議論する必要があります。また、県民の声をしっかり集める必要があります。</p> <p>②鹿角地域では精神科医不足で入院ができなくなり、さらに産科医不足でお産ができなくなってしまったことなどで地域の方々が医師確保に奔走、地域になくしてはならない医療を確保しようと立ち上がっています。公立公的病院の再編問題では、横手でも、大館でも地域に欠かせない病院を存続しようと住民の方々が立ち上がっています。これらの切実な声をしっかりと受け止めていただきたいと思います。</p> <p>③また、県が3つの医療圏統合に係り実施したアンケートでも「病院が遠くなる」「広域化で医師の偏在が進む」「交通がたいへんになる」など懸念の声が多数寄せられています。また、県が行っている「県民意識調査」で「どこに住んでいても安心して受けられる体制が整っているか」の回答では「不十分、やや不十分」との回答が全体で4割を超え、とりわけ、20～50の年代層で、地域では鹿角、北秋田、由利、雄勝で体制が整っていないとの回答が増えています。これらの声もしっかりと受け止めていただきたいと思います。</p> <p>④秋田県では医療圏の人口規模は鷹巣阿仁が3.2万と最も少なく、次は湯沢・雄勝の5.9万、そして能代・山本7.5万です。そして秋田周辺38.6万を除くその他の医療圏は全て10万相当以下です。すなわち人口規模で20万以下を対象にするとすると秋田周辺を除くすべてが対象となります。</p> <p>⑤全国には人口20万あるいは10万以下での医療圏が数多く存在しています。さらに群島や過疎地域などではさらに小さな1～2万規模の医療圏もあります。厚生労働省が示した全国の335医療圏域の人口実態では、人口20万以下医療圏は161で全体の約半数、中でも10万以下医療圏が87にも及び医療圏の中では最大数になっています。</p> | <p>併せて、県庁出前講座等、直接住民に説明する機会を活用して丁寧に意見を聴きながら、取組を進めてまいります。</p> <p>こうした取組を拙速に進めずに、時間をかけてじっくりと進めることで、持続可能な医療提供体制を構築していくことが、このたびの二次医療圏見直しの趣旨でありますので、素案通り二次医療圏は「3圏域」で進めたいと考えます。</p> <p>なお、具体的な「5疾病6事業」の圏域については、その疾病の特性等に応じて独自に設定することが可能になっております。</p> <p>例えば、「がん」や、発症後速やかに治療を要する「脳血管疾患」「心血管疾患」のほか、きめ細かく整備していく必要がある「へき地医療」や「在宅医療」は、「8圏域」としております。</p> <p>心血管疾患は、現在の医療計画では「3圏域」でしたが、今回の計画においては「8圏域」に見直しております。</p> |

| 番号 | 意見 | 県の考え方・対応 |
|----|--|----------|
| | <p>⑥秋田県は面積では全国6番目、人口密度では（79人/km²）で北海道（65人/km²）、岩手県（76人/km²）に続いて3番目の少ない地域です。秋田中央圏域を除くと他の7つの医療圏域はさらに人口密度は小さくなります。大都市の圏域人口は東京（6409人/km²）、大阪（4605人/km²）、神奈川（3820人/km²）でこれらとの比較では人口密度は100～50分の1しかありません。これらと同一スケールでの見直しでは地域医療確保が困難になることは疑いのないことだと思います。</p> <p>⑦大都市、地方都市、過疎地域、超過疎地域などで夫々2次医療の確保に特色があって当然です。北海道には21の医療圏がありますが人口10万人以下が10カ所で約半数、内訳は人口2万の医療圏が1カ所、3万が2カ所、4万が2カ所、6万が4カ所、7万が1カ所です。お隣岩手県でも9医療圏のうち5医療圏が人口7万以下で過半数となっています。（人口4万の医療圏が1カ所、5万が3カ所、7万1カ所）が秋田のように圏域の合併見直しをしているとも聞いておりません。</p> <p>⑧県計画素案で3つの医療圏設定に当たり考慮した点、二次医療圏を設定する理由でも夫々現在の8つの医療圏を維持することとは矛盾することはないと思います。3次の高度医療機能の配置では全県規模となっている様に、必要に応じて臨機応変で広域的に役割分担や連携の選択肢を広げることとは十分可能なはずですし、2次医療圏をこえた地区に地域救命救急センター等の配備も十分可能ではないでしょうか。</p> <p>⑨今後医療計画と一体的に医師確保計画や外来医療計画（旧市町村区域で診療所配置の現状や配置も検討）、さらには介護保険事業支援計画（在宅医療、訪問看護・介護等）がつくられるのであれば、3医療圏より8医療圏のほうが地域包括医療・介護を進めやすいと思います。</p> | |

| 番号 | 意見 | 県の考え方・対応 |
|----|---|---|
| | <p>⑩また、8地域医療圏に保健所も配置されていますが、コロナ感染予防、対策で大きな役割をはたしてきました。3つの医療圏になることで、これらの保健所の配置や人員体制が削減されたりすることは絶対あってはならないことですが、どのようにする予定でしょうか？ 今だにコロナも収束せず、今後のさらに感染症対策は大変重要になると考えますが、この関連について意見を記述ください。</p> | <p>また、保健所は、県民に最も身近な組織として、健康づくりや健康問題への対応のほか、難病や精神保健に関する相談、結核・感染症対策、薬事・食品衛生・環境衛生に関する監視指導など専門性の高い業務を行っております。さらに、新興感染症対策や大規模災害時の医療救護体制の確保といった、地域における健康危機管理の拠点としての役割も担っております。</p> <p>現在、県においては、人口減少・少子高齢化の進行、急速なデジタル技術の進展、行政に対する需要の多様化、公共施設の老朽化といった、社会経済情勢の変化に的確に対応しつつ、持続的な行政サービスの提供を図るため、令和5年7月に「人口減少時代における持続可能な行政サービスの提供のあり方に関する有識者会議」を設置して、中長期的な視点に立った行政サービスの提供のあり方について御議論をいただいております。今年度末に今後の方向性について、知事への提言が行われる予定です。</p> <p>保健所の管轄区域については、保健医療に係る施策と社会福祉に係る施策との有機的な連携を図るため、「医療法に規定する二次医療圏及び介護保険法に規定する老人保健福祉圏域」を参酌して設定することになっております。現在策定作業を進めております医療保健福祉計画及び介護保険事業支援計画では、来年度からそれぞれ3圏域とすることとしておりますが、これに合わせて来年度から県が所管する保健所の配置を変更することは予定しておりません。</p> <p>保健所の配置見直しの必要性については、有識者会議の提言を踏まえつつ、保健所業務の多くが現地や対面による対応が必要となることや県民の利便性等を十分に考慮しながら今後検討を進めてまいります。</p> |
| 8 | <p>第2節 基準病床数 表1の基準病床数と既存病床数について 医療法、並びに医療法施行規則にそれぞれに基づき定めている記述されています。表1からは、療養病床及び一般病床における基準病床は、既存病床との比較で県北では▲297床の減、県央で▲430床の減、県南で+377床の増、また、精神病床は▲859床の減、結核▲10床の減、感染症は±0床で現状維持となっています。</p> <p>法に基づく詳細な積算根拠も明示ください。</p> | <p>基準病床数の積算根拠等については、令和5年度第4回秋田県医療審議会医療計画部会にて説明しておりますので、その際の資料を参照してください。</p> |
| 9 | <p>第3章以降で医療圏の設定について記載されておりますが、p.4の図、p.16の表6やその説明では二次医療圏が8医療圏として示されております。経緯や知識がない方が見た場合に、このままの記載では混乱するのではないかと危惧されるため、注釈などを追記した方がわかりやすいのでしょうか。</p> | <p>第2章における「二次医療圏」を、これまでの「二次医療圏」（第3章で設定の見直しされる前の地域的単位）であることの注釈を設けます。</p> |

| 番号 | 意見 | 県の考え方・対応 |
|----|--|---|
| 10 | <p>基準病床数に対して、既存病床数の方が多いたが、今後どのように基準病床数に近づけていくのかについて記載した方が良いのではないのでしょうか。これだけだと、基準病床数は法で定められているにも関わらず、あくまでも参考であり、ここに近づける必要性がないものと見受けられます。基準に対し、県としてどのように考察し、どのように対応していくのかについて計画の中で記載した方が良いのではないのでしょうか。例えば地域医療構想で記載するものであれば、その旨を記載すれば良いと思いますし、精神病床については、今後の見通しについても精神医療の中で言及する必要があると思います。</p> | <p>療養病床及び一般病床については、単に既存病床と基準病床の関係性だけではなく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を踏まえて対応する必要があります。検討の過程における議論を踏まえ、次の内容を追記します。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>既存病床数が基準病床数を上回る医療圏においては病床の新設又は増床が制限されますが、今ある病床を基準病床数まで減らすものではありません。</p> <p>ただし、令和7年までとなっている地域医療構想を引き続き推進しつつ、今後の人口減少を見越し見直しを行った新たな二次医療圏の枠組みの中での将来の病床数の必要量を設定し、新たな地域医療構想を推進していく必要があります。</p> </div> <p>精神病床については基準病床と大きな乖離がありますが、病床使用率は高い状況にあります。今後、予防的対応や早期対応による入院期間の短期化や関係機関の連携による地域移行の促進等を図り、基準病床数に近づくよう取組を進めて参ります。</p> |
| 11 | <p>周産期医療施設の表現では、お産が可能な医療機関との誤解を招くような気がします。周産期母子医療センターという名称も併記した方が良いのではないのでしょうか。</p> | <p>周産期医療施設として、ここでは総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターを記載しております。単に周産期医療施設との表現では、これらに限ったものとは言いがたいため、両センターを総称して「周産期母子医療センター」との表記に修正します。</p> |
| 12 | <p>能代山本医師会病院は新しい二次医療圏においても地域医療支援病院の要件を満たしているのでしょうか。医療審議会での了解が得られている場合は、ご放念ください。</p> | <p>地域医療支援病院の要件については、紹介患者数や救急搬送患者数などの実績値が元になることから、新しい二次医療圏における要件充足は令和7年度以降に判断することとなります。</p> <p>なお、二次医療圏の見直しに伴い要件を満たさなかったとしても、地域医療支援病院の承認を直ちに打ち消すことは適当ではなく、地域医療構想調整会議や医療審議会で見守り意見を伺うなど各医療機関の役割分担と連携の状況を見守ることが適当と考えています。</p> |
| 13 | <p>表2の脳血管疾患による死亡数ですが、人口動態統計調査をもとにしているのであれば、表3のように「年度」ではなく「年」ではないのでしょうか。また、人口動態統計だけでは圏域ごとの死亡数までは記載されていないかと思うので、秋田県衛生統計年鑑の方が正しいのではないかと考えられますがいかがでしょうか。</p> | <p>御意見のとおり「年度」を「年」に修正し、出典について「厚生労働省『人口動態統計調査』」を「秋田県衛生統計年鑑」に修正します。</p> <p>※「脳卒中」の他の死亡数及び「心筋梗塞等の心血管疾患」における死亡数も同様に修正します。</p> |
| 14 | <p>表12ですが、他の表で全国と比較する際には、上段に秋田県、下段に全国を記載しているため、この表においても統一した方が見やすいのではないのでしょうか。</p> | <p>御意見のとおり「秋田県」を上段に、「全国」を下段とします。</p> |

| 番号 | 意見 | 県の考え方・対応 |
|----|---|---|
| 15 | <p>「③ 発症後、速やかな搬送と専門的治療が可能な体制」において、「◇ 急性心筋梗塞の救命率の改善につなげるためには、発症現場において、周囲の者による心肺蘇生やAED等による電氣的除細動が迅速に行われる必要があります。」と、P.70の目指すべき方向の部分の記載とそろえ、バイスタンダーによる迅速な処置がなければ、その後の体制の構築だけではカバーしきれないことを記載した方が良いのではないのでしょうか。</p> | <p>御意見のとおり、当該箇所について、言葉を付け加え、「急性心筋梗塞の救命率の改善につなげるためには、発症現場において、周囲の者による心肺蘇生やAED等による電氣的除細動が迅速に行われる必要があります。」とします。</p> |
| 16 | <p>最終行でデジタル技術の活用においては、遠隔画像や遠隔診療だけでなく、ハートフルを活用した医療情報の共有も記載してみたいかと思いますが、それ以外の部分から読めないこともないと思いますが、あえて記載することでその重要性が伝わるのではないのでしょうか。</p> | <p>御意見のとおり、当該箇所について、言葉を付け加えるとともに表現を修正し、「・・・デジタル技術の活用による遠隔画像診断や、あきたハートフルネットによる医療情報の共有など、地域の医療資源を考慮した施設間ネットワークを構築する必要があります。」とします。</p> |
| 17 | <p>「(1) 現状」では、虚血性心疾患、大動脈瘤・解離、心不全の主に3疾患について記載されています。そして手術の実施状況で、ほかに末梢血管疾患、不整脈、大動脈弁疾患について言及されております。しかし、「(2) 課題」では、大動脈瘤・解離などの大動脈疾患に関する記載が少ない気がします。大動脈疾患については、治療できる医療機関が限られるため、P.68下から4行目について、「本県では、広大な県域において心疾患の急性期医療提供体制に・・・」の部分を表題と合わせ、「心血管疾患」とすることで、大動脈疾患についても包含できるのではないのでしょうか。</p> | <p>御意見のとおり、当該課所について、「心疾患」を「心血管疾患」とします。</p> |
| 18 | <p>「心不全パンデミック」という表現については、(1)の現状の中に記載した方が良いのではないのでしょうか。心不全については、治療だけではなく、発症・増悪予防、終末期なども重要と思われ、今後高齢化に伴い患者数が増加するという現状を説明できると思われ。</p> | <p>御意見のとおり、「心不全パンデミック」について、(1)現状の④心不全の現状に記載します。加えて、本県における心不全の患者推計の表を追加掲載し、患者の増加を示します。</p> |
| 19 | <p>「ウォッチマン治療」については、これまでの説明がなく記載されているので、不整脈についての治療であることがわかるような表記が必要ではないのでしょうか。また、なぜその治療が秋田県で必要なのか、どのような方が対象なのか、治療ができることによってどんなメリットがあるのか、この文章からだけではわからないため、なぜ推進していくのかが伝わりにくいと思われ。</p> | <p>(2)課題の③発症後、速やかな搬送と専門的治療が可能な体制において、「心房細動は、重症脳梗塞を引き起こす脳塞栓の最大の要因ですが、高齢者の増加に伴い患者の増加が懸念されます。不整脈アブレーションの実施体制の整備とともに、出血リスクが高く抗凝固薬を服用できない心房細動患者に対応したウォッチマン治療の実施体制を整備する必要があります。」と追記します。また、「目指すべき方向」の(3)発症後、速やかな搬送と専門的治療が可能な体制において、「◆重症化を予防し、健康寿命を延伸するための、高度な医療機能の整備」と追記します。</p> |

| 番号 | 意見 | 県の考え方・対応 |
|----|---|---|
| 20 | <p>糖尿病の急性合併症対応についてですが、現在は、低血糖発作が疑われる患者に対しては、救急救命士が血糖測定を行い、低血糖が確認された場合、静脈路を確保し、ブドウ糖液の投与を行うことが認められています。急性期合併症に対応できる医療機関までの距離が遠い場合など秋田県では有用と考えておりますが、その点についても記載が必要ではないでしょうか。</p> | <p>救急救命士による血糖測定からブドウ糖投与における救護処置については秋田県メディカルコントロール協議会の定めるプロトコルに沿って現在も対応しておりますが、現状として本県は地域によっては低血糖患者が多いことに加え、重症低血糖の発生割合が全国に比べ高い現状にあることから、低血糖に対する遅滞のない処置は重要であると考えます。</p> <p>よって、救急搬送中に低血糖発作が疑われる場合の救急救命士による定められたプロトコルに沿った適切な処置を行う必要があることについて課題へ記載します。</p> <p>なお、課題に対する「主要な施策」については医療計画の救急の分野（P151・（1）◇2つ目）にメディカルコントロール協議会により救急救命士の資質向上等に関する記載がございますので、そちらで取組を推進する形とします。</p> |
| 21 | <p>「表1 精神科を標榜する病院数」だけではなく、診療所数についても記載してはいかがでしょうか。地域移行を進めるにあたっては、普段の外來診療を担当する診療所の役割は大きいと思います。</p> | <p>診療所数及び人口10万対診療所数の全国比較について追加記載します。</p> |
| 22 | <p>「表2 精神病床数」についても全国との比較があった方がよいのではないのでしょうか。精神障害者数の出典が保健所実績報告となっておりますが、その数が精神障害保健福祉手帳所持者なのか精神通院医療数なのかは不明ですが、全国でも同様の定義での数がわかるのであれば、全国との比較があった方がわかりやすいのではないのでしょうか。</p> | <p>表2については、精神病床以外の項目は全国値との比較対象とならないため、精神病床数の全国との比較については現状どおり、文章のみで記載します。</p> <p>精神障害者数については全国で統一した定義はなく、当県においては、精神障害保健福祉手帳所持者、自立支援（精神通院）医療受給者、その他精神保健福祉法に基づく入院者等を合算した保健所登録患者数を用いています。図1の精神障害者数は県内の経年変化や傾向を把握するものとし、全国比較については表4の患者調査の比較提示とします。</p> |
| 23 | <p>精神科病院に勤務する常勤医師数についても、文で表現するだけではなく、心疾患や糖尿病と同様に、三師調査の結果をもとに、圏域別・全国との比較を具体的な数字で比較したものがわかりやすいのではないのでしょうか。また、公認心理師やPSW等の役割も大きいと思いますので、それらの数についても記載が必要ではないのでしょうか。</p> | <p>精神科病院に勤務する常勤医師数、精神保健福祉士数、公認心理士・心理技術者数について630調査の結果を追加記載することにより常勤医が減少していることを示すとともに、圏域ごとの精神科診療従事医師数については三師調査の結果を追加記載（表3）し、地域偏在がみられていることを示します。</p> |
| 24 | <p>アルツハイマー型認知症の新薬について、この薬剤により治療可能な医療機関数を記載してはいかがでしょうか。報道などでも話題となることがあるため、県民の関心も高いのではないのでしょうか。</p> | <p>厚生労働省が投与可能な医療機関リストを公表後に、県内で投与可能な医療機関を記載する予定です。</p> <p>また、県公式ウェブサイト、認知症関連の項目にも掲載予定です。</p> |
| 25 | <p>表1及び2の出典はどちらになりますか。</p> | <p>出典を追記します。</p> <p>表1：県障害福祉課調べ、表2：NDB（令和2年）</p> |

| 番号 | 意見 | 県の考え方・対応 |
|----|---|--|
| 26 | <p>表の相談実績において、秋田県の相談件数は、特に当事者・家族からの直接相談件数が、他県に比べて極端に少ない気がします。その要因の分析とそれに対する具体的な施策との関連性についての記載が不足しているように思われますので、記載してみたいかがでしょうか。</p> | <p>要因としては、支援拠点機関が1か所であることや、最初の医療処置が行われた救急病院等との連携支援体制等の影響が考えられますので、現状と課題において、当該内容及び今後の取組の必要性について追加記載します。</p> |
| 27 | <p>精神科病院勤務医が減少し負担が増す中で、措置入院判断の根拠となる診察など、診療所に勤務する指定医でも可能なものについては、そちらに任せ、入院治療は病院勤務医が行うという役割分担が必要なのではないのでしょうか。</p> | <p>診療所に勤務する医師についても、行政や教育機関への業務協力等の役割を担っており、勤務施設による精神科医師の役割分担を明確にすることは現時点では困難と考えます。措置診察の実施については、引き続き診療所に勤務する医師に対しても協力を要請し、一体的な取組につながる体制づくりを検討していきます。</p> |
| 28 | <p>精神科救急の数値目標として、プロセス欄に、精神科病院での救急搬送応需率（輪番では輪番日における）が必要ではないのでしょうか。また、自殺予防の観点からも、心はればれゲートキーパー養成講座の受講者数だけでなく、PEECの受講者数も加えてみてはいかがのでしょうか。</p> | <p>精神科病院の常勤医師数の減少等により、精神科救急医療体制の維持が厳しい状況下においても原則的に各地域拠点病院、輪番病院が応需し、診察をした上で入院受入ができない場合には全県拠点病院が対応するよう全体的な体制の維持・確保を重点施策として取り組んでいます。</p> <p>救急現場においてPEECの受講者が多いことは支援体制の強化につながりますが、多くの県民がメンタルヘルスへの理解を深め、県民一体となった取組になるようゲートキーパー養成講座受講者数を代表的指標としています。</p> |
| 29 | <p>重症患者、軽症患者の動向において、秋田県では重症患者の割合、高齢者の割合が高いため搬送後の入院加療機関が長期化している可能性がある」と記載されていますが、搬送後の入院加療機関に関する比較データがないため、ここを記載するのであれば、そのデータも示した方が良いでしょう。</p> <p>また、高齢者は入院期間が若年者に比べて長いという前提を理解している方でないと、この点は理解しにくいものがあるため、わかりやすい表現が必要ではないのでしょうか。</p> <p>さらに、2段落目の状況を説明するためにも搬送困難事例数の年次推移や救急告示病院の応需率、覚知から病院収容までの時間（距離などの影響も受けますが）なども必要なのではないのでしょうか（後述しているのであればその旨の記載が必要かと思います）。3段落目においては、救急要請する患者さんは、自身の救急要請が適正かどうかについての判断は難しいと思えますし、結果的に軽症であっても緊急性の面から適正であったものもあると思えます。適正利用の理解促進だけではなく、その要請が必要かどうかの判断のためにも#7119などのサービスも必要になるのではないのでしょうか。</p> | <p>厚生労働省の令和2年（2020）患者調査の概況から、年齢階級別にみた退院患者の平均在院日数の年次推移を引用し、表によりデータを示しながら高齢者の入院加療期間が若年者に比べて長い傾向にあることを本中に明記し、本県の現状を記載します。</p> <p>本県における救急搬送困難事例の発生割合はとても低いため、件数等を掲載していません。</p> <p>また、健康に不安を感じ救急搬送の必要を感じる場合には躊躇なく119するように呼びかけを行っています。#7119の提供については、関係機関と必要性等について協議を行い検討して参ります。</p> |
| 30 | <p>平鹿総合病院が地域救命救急センターに指定されている点については、言及しなくても良いのでしょうか。</p> | <p>平鹿総合病院を県独自基準の地域救命センターに指定し、国の整備基準を目指して運営費補助等を実施してきましたが、このたび、開設者から「当該施設は地域救命救急センターの役割を担える体制ではなくなったため指定を辞退したい」との申し入れがあったことから、指定を取り消すこととなりました。</p> |

| 番号 | 意見 | 県の考え方・対応 |
|----|--|--|
| 31 | <p>病院前救護活動の課題として、蘇生を希望しない患者に対する救急要請への対応として、かかりつけ医と連絡をとり不搬送とするなどMC協議会での取り決めがあれば記載してはいかがでしょうか。また、取り決めがないのであれば、今後の取組としてその対応についても記載してはいかがでしょうか。ACPにおいては、望まない救急搬送や入院、心肺蘇生など、高齢患者の自己の尊厳を大切にすることを重視する視点が必要かと思えます。</p> | <p>ACPについて、MC協議会等で具体的なプロトコールを決定するまでには、救急医療機関やかかりつけ医、介護施設等の関係機関の理解が必要であることから、本計画において、その連携について、在宅医療に関する協議の場等において、協議を進めることとしております。</p> |
| 32 | <p>新興感染症が発生・蔓延した際には、救急外来を受診しなくても済むよう、平時から市販薬や検査薬を自宅に常備しておくなどの体制も必要ではないでしょうか。</p> | <p>この部分の記載については、「目指すべき方向」の「新興感染症の発生・まん延時における救急医療医」に、救急外来の需要急増時の対応について市販薬等による対応が可能な体制の整備について追記します。</p> |
| 33 | <p>秋田周辺では、初期救急医療を担う内科、外科の在宅当番医や休日夜間急患センターがないため、入院医療を担う第二次救急医療機関がその機能に特化できるためにも、整備が必要ではないでしょうか。また、第二次救急医療機関も輪番制や疾患による搬送先の調整を行うなど、各医療機能の連携や分化にむけた取組が必要ではないでしょうか。医師の働き方改革にも対応するためには考える余地があるのではないかと思います。</p> | <p>地域医療構想調整会議などにおける協議を行い、医療機関の役割分担と連携を促進し、地域の実情にあった医療提供体制の構築を図っていきます。</p> |
| 34 | <p>プロセスの数値目標として、救命救急センター及び救急告示病院の応需率及び、救急搬送件数（平日日中、休日夜間それぞれ）、walk-inも含めた救急患者数が必要かと思えます。</p> | <p>各指標については、救急医療提供体制に係る議論の場において、単純な数値の高低のみで目標とする医療提供体制を達成できているかどうかを判断することが困難であるという意見があったことから、本計画の数値目標としては未記載とします。</p> |
| 35 | <p>目標の3ポツ目、「により、」が重複しています。</p> | <p>修正いたします。</p> |
| 36 | <p>MC協議会等のところで、医師から救急救命士に直接指示・助言する体制の確立も重要ですが、その前提として、指示・助言する医師や医療機関においては、救急隊からの指示要請が直接または速やかに担当医師に電話できる体制の構築が必要と思われます。指示要請は緊急時など一刻を争うものであること、また、継続的に指示を出す場面もあるため、病院事務や看護師を仲介するのは救命率の向上につながらないと思えます。</p> | <p>この部分の記載は、国のガイドラインに基づき実施することとしています。提案の内容は、医師から救急救命士に速やか指示・助言ができる体制構築に必要な取組の一つとして、適宜MC協議会の検討事項・確認事項とし、救命率の向上に取り組むこととし、計画への記載は行わないことにします。</p> |
| 37 | <p>初期救急医療・二次救急医療の医療機関等に求められる事項の例で、高度な医療が必要と判断された場合には、照会だけではなく適切なタイミング・方法にてさらに高次の医療機関に転院搬送することがあげられると思えます。その際には、診療せずに門前払いすることがないような配慮が必要かと思えます。救急隊の判断に誤りがある場合は、MC協議会において事例を検証し、実施基準の修正などの対応が必要と思われます。また、転院搬送の際には、紹介先の医療機関での診療が行われるまでの責任は紹介元の医師にあることを念頭に置き、搬送時の救急車への同乗や、ドクターヘリ・ドクターカーの要請が必要と思われます。</p> | <p>この部分の記載は、国のガイドラインに基づき実施することとしています。提案の内容は、急患患者が医療機関に搬送された段階でより高度な医療提供が可能な施設への搬送が必要と判断された際の取組として、適宜MC協議会の検討事項・確認事項とし、救命率の向上に取り組むこととし、計画への記載は行わないことにします。</p> |

| 番号 | 意見 | 県の考え方・対応 |
|----|---|---|
| 38 | 救命救急センターでは、救急科専門医だけではなく、救急認定看護師が診療に従事することを記載した方が良いかと思われます。また、重症外傷等の受入れを行う救命救急センターにおいては、外傷データベースへの登録を求めた方が良くと思います。 | 救急認定看護師については、「重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材」に含めて記載しており、医師・看護師等の有する知識及び資格の範囲が広いと、個別の資格については特出して記載しません。 なお、外傷データベースへの登録については、関係機関と必要性について検討します。 |
| 39 | 医療機関間の診療情報の共有については、ハートフルネットの活用についても記載してはいかがでしょうか。また、ACPにおいては、ナラティブブックの活用も有用と思われます。 | 医療機関間の診療情報の共有については、「救命後の医療」にハートフルネットの活用による診療情報共有体制の整備を、また、「病院前救護活動」にあるACPの推進に向けた有用なものとしてナラティブブックの活用を、それぞれ追記します。 |
| 40 | 「一部の災害拠点病院以外の病院において、業務継続計画（BCP）が未策定であり、・・・」とありますが、この表現では災害拠点病院でも未策定の病院があるように思われます。災害拠点病院は指定要件の中でBCPを策定することになっているので、災害拠点病院ではBCPの策定がされているがそれ以外の病院では未策定のとこともあるため、とすることがわかるような表現にしてはいかがでしょうか。 | 該当部分を、次のとおり改めます。 「災害拠点病院以外の病院については、一部において、業務継続計画（BCP）が未策定であり、診療体制の確保や入院患者に対する医療継続が危機にさらされる可能性があります。」 |
| 41 | 浸水想定区域、土砂災害想定区域に所在する医療機関については、水防法、土砂災害防止法等において、避難計画を策定することが求められていたと思います。浸水対策だけではなく、避難計画の策定状況を把握し、未策定の医療機関においては策定を促すことが必要だと思われませんが、いかがでしょうか。要配慮者がいる高齢者施設等についても同様と思われます。数値目標にも加えてみてはいかがでしょうか。 | 御提案の案件は、防災部門が要配慮者利用施設に対する助言や、策定のための支援を行うべきものであり、保健医療福祉計画により数値目標を設定して管理していくのになじまないと考えております。一方で災害医療体制の構築のために、実効的な計画を速やかに策定すべきであるので、防災関係者と連携し、関係医療機関に対し、計画策定や取組の必要性について周知して参ります。 |
| 42 | 主要な施策について、DMATの養成について、県DMATの養成研修もあるため、災害医療の知識を持った人材の育成についても記載した方がよろしいのではないのでしょうか。また、P.164の訓練の実施とも関連しますが、災害拠点病院の役割として、地域の医療機関とともに定期的な訓練をすることが求められているため、県総合防災訓練の時には、DMAT・DPATだけではなく、医師会や地域の医療機関も巻き込んだ訓練の実施や、地域全体での防災力強化のための施策が必要ではないのでしょうか。 | 該当部分を、次のとおり改めます。 「DMAT・DPATなどの保健医療活動チームの養成研修や、医療関係者に対する研修の開催等を通じて、DMAT・DPAT等の隊員の養成・確保に努めるとともに医療関係者の災害対応力の向上を図ります。」 |

| 番号 | 意見 | 県の考え方・対応 |
|----|---|---|
| 43 | <p>後方支援の「協力金」がどこに対して支払われたのか文中からだけではわからないので、「協力していただける医療機関の体制強化のために、医療機関に対して」などの表現を追記してはいかがでしょうか。この部分にだけお金の話を書くのであれば、以前に支給していた入院を受け入れた医療機関に対する応援金のことも必要になるのではないかと思います。ただ、これらについては、国からの補助がなければ成り立たないものであるため、次回以降も同じことができるとは限らず、あえて記載するかどうかは記載の目的をそらえた方が良いのではないかと思います。県の部分ではないですが、診療報酬を増額したことも受入れ増加に寄与したと思われる。</p> | <p>御意見を踏まえ、「協力する意向のある医療機関に対しては、体制整備のための～」との表現を追加いたします。</p> <p>なお、後方支援医療機関への協力金は、医療機関の体制整備を図ることを目的としているという点で、「応援金」とは性格を異にするものでした。今後の後方支援医療機関の体制整備を検討する上で、「協力金による財政支援という手段は有効だったのか」という観点は重要であると考え、特に、後方支援医療機関への協力金のみを記載いたしました。</p> |
| 44 | <p>3つめの◇で、受診の必要性のところには、自己検査の促進や市販薬での自宅療養の促進などについても記載してみてもはいかがでしょうか。</p> | <p>御意見を踏まえ、3つめの◇に下線部を追加いたします。</p> <p>「～理解の促進を図るとともに、感染症の特性・感染状況によっては、自己検査や自宅療養の促進を図る必要があります。」</p> |
| 45 | <p>4つめの◇で、このような高齢者を受入れたのは後方支援医療機関だけではなく、老健施設なども頑張っていたところもあるため、高齢者施設においても受け入れる体制整備が必要と思われるかもしれませんがはいかがでしょうか。</p> | <p>御意見を踏まえ、4つめの◇を次のとおり修正（下線部を追加）いたします。</p> <p>「～後方支援医療機関や高齢者施設への移行が円滑に進む体制整備が必要です。」</p> |
| 46 | <p>病床の確保において、後方支援医療機関では病院だけではなく有床診療所でも対象となることから、（有床）診療所も追記してはいかがでしょうか。また在宅療養中の診療所による往診や訪問看護を活用することで後方支援医療機関と同様の役割を果たすこともできるので、病院に限定しなくても良いのではないのでしょうか。P. 183（4）、P. 190（4）についても同様。</p> | <p>P181の（1）につきましては、病床確保にあたって、すべての「病院」が役割を果たすことを強調する趣旨であることから、修正しないこととさせていただきます。</p> <p>ただし、御意見を踏まえ、P183（4）に次のとおり追加します。</p> <p>◆有床診療所や高齢者施設に対しても、後方支援施設としての協力を求めます。</p> <p>また、190（4）（目標）に下線部を追加（修正）します。</p> <p>・～以外の全ての病院に加え、一定の有床診療所からも後方支援医療機関としての</p> |
| 47 | <p>表4 令和4年人口動態調査の結果があるのであれば、そちらを記載してみてもはいかがでしょうか。</p> | <p>最新の統計があるものは適宜更新します。</p> |
| 48 | <p>分娩医療機関へのアクセスが悪くなると、突発的な対応で救急要請する例もあると思います。その際に対応する救急隊への研修体制の強化（BLS0）などは施策として必要ではないのでしょうか。</p> | <p>主要な施策に記載のとおり、分娩医療機関へのアクセス悪化への対応としては国や他県の動向を踏まえて検討していくことにしております。その中で、国が検討していると伺っている産前に医療機関の周辺へ滞在するための宿泊費・交通費の支援の実施のほか、病院前および病院外における妊産婦への救命救急対応など必要な研修の開催についても、消防関係者等とも協議しながら検討してまいります。</p> |

| 番号 | 意見 | 県の考え方・対応 |
|----|--|---|
| 49 | <p>小児救急搬送で軽症例の割合が多いことは、緊急性があり救急要請したが、病院での処置により落ち着き、結果的に帰宅が可能となった症例（例：もともと難治性てんかんの既往がある小児がけいれん重積発作で救急要請し、病院到着後にはけいれんが軽快。内服薬の調整をして帰宅など）でもあると思うため、軽症例が多いことが必ずしも悪いことではないと思います。</p> | <p>小児救急搬送の軽症例の中には、緊急性があったが病院での処置後に軽快する等、必要な緊急搬送だった事例もある一方で、軽症例の割合が他の年代に比べ多いことは事実ですが、これは小児が大人と違い、自分の症状を上手く説明・判断出来ないこと、保護者が小児の急病・ケガに不慣れで対応法が分からず、不安感も高まりやすいことが原因であると考えております。そのため、#8000や小児救急に関する知識の普及啓発事業の実施により、家庭における対応力の向上を図っており、これらの結果として、保護者の安心感の向上、不要な緊急搬送の減少が見込まれるため、事業実施に対するアウトプット指標として、経年的に観測することは有意義であると考えます。</p> |
| 50 | <p>小児科医の確保ももちろん大切ですが、地域（特に医師少数地域や小児科も標榜している）の内科医等に対する小児科医療の研修などを通して、小児を診療できる体制を面的に向上させることも必要ではないでしょうか。</p> | <p>小児科を専門とする開業医は減少傾向が見られ、地域に根ざした小児医療や、健診および学校医といった保健活動に支障が出てきています。 また、内科医や総合診療医の小児医療への更なる参画は、地域の小児医療の維持には一定の効果があると思われませんが、各医療圏単位での小児専門医療や小児救急医療の提供には、サブスペシャリティを有する小児科専門医の育成が重要です。 少子化が進む本県においては役割分担と連携により、症例を集約するなど、小児科専門医が経験を積みやすい環境が求められており、引き続き様々な観点から小児科医の確保に取り組んでまいります。</p> |
| 51 | <p>数値目標のストラクチャー、アウトカムの記載順を統一した方が良いのではないのでしょうか。</p> | <p>他分野の標記を確認し、統一します。</p> |
| 52 | <p>小児中核病院で求められる機能としては、入院が長期になる小児もいるため、療養・療育支援の施設だけではなく、小児への教育の継続支援、付き添いする家族の宿泊施設の支援等も必要となるのではないのでしょうか。</p> | <p>国の計画策定指針によれば、小児中核病院の長期入院児への支援等として、「療養・療育支援を担う施設との連携」や「家族等に対する精神的サポート等の支援の実施」が挙げられていますが、現在厚生労働省では、「入院中のこどもへの家族等の付添いに関する病院実態調査」を行い、現状の把握を進めております。 全国的には「ドナルド・マクドナルド・ハウス」などの取り組みが知られていますが、県内では「あきたファミリーハウス」という民間団体が秋田大学医学部附属病院の近辺で活動しています。こういった活動は施設整備に対する支援に加え、担い手確保への支援も必要と考えられることから、県内のニーズを適切に把握し、国や他県の動向を踏まえながら支援のあり方を検討してまいります。 また、教育面での支援については学校や保護者からの要望に応じた院内学級の開級や、教師の面会時における学習の支援が県内でも行われております。秋田県立秋田きらり支援学校内の病弱教育サポートセンターを中心に、多方面から支援体制の構築に取り組んでおり、引き続き関係者のニーズを捉え、積極的に対応してまいります。</p> |

| 番号 | 意見 | 県の考え方・対応 |
|----|---|---|
| 53 | 在宅診療では、訪問診療だけではなくオンライン診療の活用も有用かと思われますので、数値指標にオンライン診療を実施している医療機関数（在宅療養患者に対するものがあればなお有用）などについても加えてみてはいかがでしょうか。また、ACPの促進とも関連しますが、ナラティブブックを導入している数、ハートフルで連携体制を取っている医療機関数なども良いのではないのでしょうか。 | 数値目標に「ICTを活用して多職種連携に取り組む施設数」を追記します。オンライン診療については、県として推進してまいります。外来診療より診療報酬が低いなどの課題もあり、現時点での数値目標の設定は難しいと考えております。現在、県医師会において実証事業を行っており、その結果を踏まえながら、3年後の本計画の見直しにあたり検討してまいります。 |
| 54 | 「被災時に必要な医薬品及び衛生材料等について、医薬品卸売販売業者及び医療機器販売業者等と連携を取りながら、流通在庫備蓄方式により備蓄体制の整備に努めます。」と記載があるが →流通在庫備蓄方式について、在庫の所有権は県にあり、期限等の在庫更新の責任は卸と県とどちらが担っているのか。またある一定数の在庫を常に確保していると考えたと昨今の医薬品不足において放出するなどの柔軟な運用をすべきではないかと考える。仮に県で確保できていないとすればこの体制がなりたたないのではないのか。 | 被災時に必要な医薬品及び衛生材料等については、災害時等緊急用医薬品等として県が秋田県医薬品卸業協会及び秋田県医療機器販売業協会に対し委託するものであるため、基本責任は県で負い、期限確認も含めた医薬品等の保管管理について各協会へ委託している。 災害時等緊急用医薬品等は、発災後おおよそ2000人が3日間使用できる量と定められているため、現状の医薬品不足に十分対応できる物量ではなく、また、あくまで有事の際の備蓄として確保しなければならないものであることを御理解いただきたい。 |
| 55 | 「国の算定式によると、令和8年（2026年）度に下位1／2を脱するための薬剤師の確保は不要となりますが、目標偏在指標（1.0）に達するための要確保数は県全体で211人となります。」 →「R8には下位1／2を脱し薬剤師の確保は不要となる」との見込で、R6の薬剤師確保対策予算化（病院薬剤師確保を対象とした奨学金制度等を見送ったのではないのか？ | 国の算定式による薬剤師偏在指標をもって、薬剤師確保対策は不要とした経緯はなく、薬剤師を確保するための取組の必要性は高いと考えております。 |
| 56 | 「主な施策」 現在、ほぼ全てが県ではなく薬剤師会が担っている。最後の「薬剤師の増加を図るため、県内就業の促進につながるインセンティブを検討します。」県としての施策であれば金銭的にも相応の負担をすべきではないか？民間では支度金や奨学金などを用いて就業促進にはコストを負担しているのは当たり前であり、検討だけではなく速やかに具体的な実施が必要だと思われる。 | 薬剤師会をはじめとする関係団体や医療機関の協力なくして薬剤師確保対策を進めることは困難であり、引き続きの協力をお願いしたいと考えております。 県の施策として事業を実施するに当たっては、他部局の助成制度との関係性等も考慮しながら検討する必要があり、十分に効果的な事業を早期に実施できるよう努めます。 |
| 57 | まず初めに、秋田県の保健師と看護師は共に10万人当たりの平均人数が全国平均でみると上まっているとの報告を受けての印象であるが、その状況下でなぜ病院で働く看護師が不足しているのかが不思議である。全国的にみても看護師、介護士、看護補助者などのケア労働者はコロナ禍の影響か、離職率があがっており、働き手の減少傾向が続いている側面は持ち合わせている。県として挙げる報告の中での数字は必要であるが、実際の現場の状況を含めたうえでの労働実態などのデータも付属し、ケア労働者の不足を表に出していく必要があると思われる。全国一の高齢者率を誇る秋田県であればケア労働者の人員も全国一でなければおかしいのではないのか。その点を県として国としてどのように考えているのか？政策として、高齢化が進む地域でのそのような課題は早急に対応すべきではないだろうか？ | 本県では、高齢化がさらに進み、高齢者施設や在宅医療・訪問看護などにおける看護のニーズがさらに高まると予想されることから、この度の計画策定に際し推計した将来の看護職員需要数には、これら本県特有の状況を反映させています。 需給推計の結果にも看護職員の不足が明確に表れており、引き続き看護職員の確保対策を進めます。 |

| 番号 | 意見 | 県の考え方・対応 |
|----|---|---|
| 58 | <p>近年の傾向として秋田県内の学校・養成所を卒業した生徒の県内での就業率が60%で推移している点も気になる。県内就職を推進するための県としての推進運動や医療従事者向けのAターン（医療従事者に焦点を絞った）の補助制度などを検討してみてもどうかと思う。現存する制度はハードルが高く、あまりAターンにつながっていないとの話も聞こえてくる。</p> | <p>県内の学校・養成所を卒業した学生の県内就業率を高めることや、県外からのAターン促進は大きな課題であり、まずは県内看護学生を対象とした取組を強化することとしています。</p> <p>医療従事者向けのAターン補助制度などについては、既存の制度の活用状況等も確認しながら検討したいと考えております。</p> |
| 59 | <p>指導者の育成の中で各病棟での管理者の接遇について指摘したい、様々な病院での管理職が存在すると思うが、職員をやる気にさせる管理職としての知識と接遇が不足している管理者が秋田県内は多いと思われる。患者、利用者についての接遇は問題ないのは当たり前であるが、その職場で働く職員へ向けての接遇を向上することで間違いなく看護師の離職率は軽減すると思われる。看護師に絞った観点での話であるが、看護協会での管理職者への講習の内容等を一度確認する機会があればとも考えている。第三者からの視点等も入れながら、学習内容を幅広い角度からとらえる必要性が高くなってきていると感じる。（少し長年の女性職場といった風潮が強く残っているためジェンダー平等を取り入れていく。）女性同士のパワハラ事案も長年存在していると考える。</p> | <p>管理者向けの研修については、看護協会と衛生看護学院で実施しており、いただいた御意見を踏まえ、研修内容の一層の充実に努めます。</p> |
| 60 | <p>救急救命士の資質向上に向けて、指導救命士の育成についても記載した方がよいのではないのでしょうか。</p> | <p>当県では救急救命士及び指導救命士の育成機関である一般財団法人救急振興財団に出捐金と負担金を支出し支援しておりますが、個々の育成については県内各消防本部の方針によるものであり、医療計画では言及しないことにします。</p> |
| 61 | <p>全体的に表現の揺らぎが目立つため（特に章・節が異なると）、統一した方がよいと思われます。</p> | <p>最終の計画案の作成過程において調整します。</p> |

問い合わせ先

秋田県健康福祉部医務薬事課

住所 : 〒010-8570 秋田市山王四丁目1番1号

電話 : 018-860-1401

電子メール : imuyakujika@pref.akita.lg.jp