

## 第七次福島県医療計画(素案)に対する意見一覧

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
1	第1編総論 第1章第1節「 計画策定の趣 旨」	1	“背景”福島県が抱える医療の課題を明確に。第6次医療計画の進捗状況と成果・課題は（結果分析を）。効率的な医療とは。	第六次医療計画の終期を迎える現時点での本県における現状と課題については各分野ごとに記載しています。また、第七次医療計画についてはp.5に記載しているとおり、毎年度進捗状況の点検を行ってまいります。 なお、効率的な医療とは、限りある資源を効果的に活用するため、真に必要とされる医療サービスが無駄なく適時適切に提供されることです。
2	第1編総論 第1章第2節「 計画の位置づ け」	1	「“本県の”医療分野の基本指針となるもの」と記載されているが、他都道府県にお住まいの医療患者・本県にお住まいの医療患者が他都道府県の医療機関にかかった場合は対象とするのか？	受療者を限定するものではなく、本県における医療提供体制の確保を図るための計画です。
3	第1編総論 第1章第3節「 基本理念」	3	全国に避難されている方への医療体制は？ (H29.11末現在34,419人（避難指示区域など）)	避難されている方については、避難先で医療の提供を受けるとなりますが、本県においては、第2編第1章「東日本大震災への対応」に記載しているとおり、住民帰還等の状況に応じた避難地域の医療提供体制の再構築などに取り組んでまいります。
4	第1編総論 第1章第3節「 基本理念」、第 4節「県民や関 係機関に求め られる役割」	3 4	「基本理念」や「県民や関係機関に求められる役割」において、「自分の健康は自分で守る」という意識が強調されているが、健康づくりによる疾病の予防が「自己責任」とされ、憲法25条にもとづく行政の役割や責任が後退することのないように望む。県は「食・運動・社会参加」をテーマに、県民の健康意識を高めるウェブ動画とテレビCMを作成したが、予防の重要性はもちろん、健診等の強化と費用負担の軽減など政策的アプローチの充実を図って欲しい。	第1編第5章第2節「県民の健康づくり」において、県民の健康づくりを支援していくことや健康づくり県民運動を展開していくことなどについて記載しております。 なお、健康施策については、データの分析・評価などを行い、科学的な根拠に基づいた効果的な事業が展開できるよう進めてまいります。

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
5	第1編総論 第1章「計画策定にあたっての基本方針」	1～5	市町村の役割・分担は。県民向けのメッセージ内容は。県民のやるべきこと（CF：在宅医療に係る具体的な内容・〇/月の参画応分の負担、年度毎の保険税）	市町村や県民に求められる役割について、p.4に記載しています。
6	第1編総論 第1章第6節「計画の評価及び見直し」	5	毎年度進捗状況を点検するとあるが、PDCAのサイクルは四半期毎では。在宅医療については3年毎とあるが、サイクルは四半期毎では。状況は県民向けに公表する。	本計画については毎年度進捗状況を点検してまいりたいと考えています。また、その状況を公表してまいりたいと考えています。
7	第1編総論 第3章第1節「医療圏の設定」	17	6つの二次医療圏設定の根拠は？（人口・年齢構成・商圏・現状の病院数・病状・・・）	各地域の人口規模や患者の流入・流出状況等を鑑みて6圏域を設定しました。 なお、各地域の人口はp.17に、自足率等については、p.12に記載しています。
8	第1編総論 第3章第1節「医療圏の設定」	17	これまで7つの2次医療圏を「会津・南会津」統合で6つに再編。これは平成28年12月策定の「地域医療構想」に合わせた形となっている。南会津から会津に患者流出が大きい現状を一体化の理由としているが、南会津の病院数（1）と病床数（98）の人口10万人対比、および南会津地域の入院患者自足率（一般病床23.9%、療養病床0.0%）はすべて県内最低であり、新計画ではこれらを固定化し、住民にとって身近で入院できる医療の整備ができなくなるのではないか。第6次計画では、南会津は過不足病床数が△68床とされていた。救急医療体制の整備ももちろんだが、県立病院の拡充を含めて検討すべきである。	今後とも、南会津における状況を踏まえながら、地域における医療提供体制の確保を図ってまいります。 なお、御指摘を踏まえ、以下のとおり追記しました。 「なお、会津・南会津医療圏として設定後も、引き続き、南会津における状況を踏まえながら地域の医療提供体制の確保を図ります。」

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
9	第1編総論 第3章第2節「 基準病床数」	18	医療法施行規則（H29.9.27）に規定する標準の内容は。2961病床の行く先は。H29.4.1から月ごとの病床数は。入院患者の住所と入院圏域は。2060精神病床は社会不安が起きるのでは。	基準病床数は、医療法施行規則で規定される算定式に基づいて算出しており、整備を図るべき病床数の一定の水準を示すものであって、今ある病床数を基準病床数まで減らすものではありません。なお、各地域の自足率等については、p.12に記載しています。
10	第1編総論 第3章第2節「 基準病床数」	18	新計画素案と第6次計画の基準病床数を比較すると、県北（+896）、県中（+807）、県南（+165）、会津・南会津（+250）、相双（-143）、いわき（-323）、県全体（+1,652）と浜通りだけがマイナスになっているのはなぜか、理由を明らかにして欲しい。	基準病床数は、医療法施行規則で規定される算定式に基づいて算出していますが、今般、算定式が変更となり、相双地域の減少は人口減少が、いわき地域の減少は、療養病床が多いために介護施設や在宅施設等で対応可能とされる数が多いことが大きく影響しています。
11	第1編総論 第3章第2節「 基準病床数」	18	素案では精神の基準病床数が第6次計画より1,569床も削られている。 既存病床数も267床減少しており、精神科では「収容型から在宅中心の精神科医療への改革」の流れもあるが、地域における支援体制の乏しさもあり認知症への対応も増えている。基準病床／既存病床の割合が70.4%となり、第6次計画の89.5%よりも大幅に拡大しているが、前計画との整合性はあるのだろうか？	基準病床数は医療法施行規則で規定される算定式に基づいて算出しており、今般、その算定式が変わったことにより、精神の基準病床数は大きく減少しています。 なお、基準病床数は、今ある病床数を基準病床数まで減らすものではなく、既存病床数が基準病床数を上回っている状況は第六次医療計画においても同様であり、状況に変わりはありません。
12	第1編総論 第3章第2節「 基準病床数」・ 第4章「地域医 療構想」	18 21 25	レセプト情報に基づいた基準病床数および将来の必要病床数について、現場を担っている医療機関の実情を中心にすすめるべきと考える。広い福島県にあって急性期医療は地方の中小病院がその多くを担っている。また病床稼働率は避難地域の復興による特殊性を織り込むとされていますが、医師不足や看護師不足にあるなかで病床稼働率が規定されている側面があります。従ってレセプト情報から算出した数字をメインに病床数についての議論を行うことは実情にそぐわなくなると思われる。	基準病床数については医療法施行規則に基づく算定式により算出しています。 また、将来の必要病床数については、避難地域が震災前の状態に復興することを想定した震災前の患者数と現状値として平成25年の患者数を用いて2パターン算定しています。 地域において不足する病床機能をいかに確保していくかについては、将来の必要病床数などを参考とし、地域医療構想調整会議において、医療関係者と協議を進めてまいります。

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
13	第1編総論 第3章第2節「 基準病床数」・ 第4章「地域医 療構想」	18  25～26	全体として、6次医療計画からの変更が大きく、計画の継続性に疑問を持たざるを得ない。その大きな要因は地域医療構想との整合性と思われるが、7次医療計画の病床数と地域医療構想の病床との関係が分かりづらく、県民にさらなる説明が必要と思われる。	基準病床数については、第3編資料編の用語解説において説明を記載したほか、必要病床数については本文の中で説明していますが、分かりやすい概要版の作成など、理解促進に努めてまいります。
14	第1編総論 第4章「地域医 療構想」	19～36	地域医療構想の内容は？ P.1「計画の位置づけ」との関連性は？ 「地域医療構想調整会議等において地域医療構想の推進」とありますが、福島県医療計画の推進部隊は？	地域医療構想については、医療計画と一体のものとして策定しており、要約した内容を第4章「地域医療構想」に記載しています。より詳細な内容は、別冊の「福島県地域医療構想」を参照ください（県地域医療課ホームページに掲載）。また、医療計画は、医療従事者のみならず、各関係機関、団体、そして県民の皆様と一緒に進捗するものです。
15	第1編総論 第4章「地域医 療構想」	25～26	病床に関する関連が不明確。	将来（平成37年）の必要病床数は、推計した将来の医療需要について、病床機能ごとに全国一律の病床稼働率で割り戻して算出したもので、将来の医療提供体制を検討する上での参考材料とするものです。
16	第1編総論 第4章「地域医 療構想」	27	「各医療機関の自主的な取組」とあるが、医療法の罰則規定は（医療機関の免許停止？）	地域医療構想の達成を推進するために必要な各医療機関の取組については、地域医療構想調整会議の中で協議していきます。万が一、合意が図れない場合には、医療審議会の意見を聴いて命令や勧告を行う場合があります。
17	第1編総論 第4章「地域医 療構想」	30	第5節「地域医療構想の推進体制」について、図により説明を。関係性が不明。また、地域医療構想調整会議メンバーに患者（家族）は参画は？法的な措置をする発生した際の対処は？	地域医療構想の推進にあたっては、地域医療構想調整会議における議論を中心に進めていくため、原案のとおりとさせていただきます。また、調整会議のメンバーは、病院、市町村、医師会、医療・介護関係者で構成されております。なお、患者（家族）の参画を求める法的措置はありません。

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
18	第1編総論 第4章「地域医療構想」	31	病床機能報告はHP上に公開するべきでは（月単位）。	病床機能報告制度は、毎年7月1日時点の状況を報告するものであり、月単位の情報はありません。 結果については、県ホームページに公表しております。
19	第1編総論 第4章「地域医療構想」	32～36	第6節「各構想区域」は、県全体共通の施策と各区域毎の課題の施策に記述すべきと考える。人材確保・人材育成は県全体の施策と思う。	本節は各区域において重点的に取り組む事項を記載しています。本節以外は各分野ごとに県全体を主な視点として記載しており、人材確保・育成についても、第2編第2章「医療を支える人材の確保」において県全体を主な視点として記載しています。
20	第1編総論 第4章「地域医療構想」	36	「地域医療連携推進法人制度の活用を含めて」と記載されているが、この記載がいわき医療圏のみである理由は何か？	御指摘の箇所は、各区域において重点的に取り組む事項を記載しており、いわき地域医療構想調整会議における地域での議論の結果です。
21	第1編総論 第5章第2節「県民の健康づくり」	37	「年齢調整死亡率」とは。	死亡数を人口で除した通常の死亡率で比較すると、高齢者の多い地域では高くなり、若年者の多い地域では低くなる傾向があることから、このような現象を回避するため、年齢構成を標準となる人口集団に置き換えて算出した死亡率を年齢調整死亡率といいます。この死亡率を用いることで、年齢構成の異なる集団について、より正確な地域間比較や年次比較が可能になります。
22	第1編総論 第5章第1節「地域包括ケアシステム」	37	国においても今後も病院や介護施設については抑制していくことで医療費・介護費など社会保障費を抑制していくことと思われるが、在宅医療・在宅介護を支える体制なしには連携することも困難。県内各地域においてバランスの取れた医療・介護システムを作るためには2次医療圏よりも細かい単位での検討が必要と思われる。	地域包括ケアシステムの構築は、市町村が中心となって地域の実情に応じて推進していく必要がありますが、医療と介護の連携など市町村域を超えた検討が必要な場合もあり、また生活支援等日常生活圏域において検討が必要な場合もあることから、それぞれの課題の特性に応じた単位で検討してまいりたいと考えております。

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
23	第1編総論 第5章第2節「 県民の健康づ くり」	38	数年前から厚生労働書が発表し取り組んでいる施策だが、資料では地域一体となった健康づくりとあるが現時点では住民には周知がなされていない現状だが。今後具体的に住民（100%）を巻き込んで実施するのか、数年後（？）の検証では施策だおれで終わるものと感じ得ない。	本県では、「健康」をテーマとした「チャレンジふくしま県民運動」を昨年度から展開しており、働き盛りの健康づくりを目的としたウォークビズの推進や、様々な年代を対象としたイベントなどを開催しております。また、職場における健康づくりの支援や高齢者の交流支援など、職域や地域を巻き込んだ取組も推進しているところです。今後も、県民運動を広く周知していくとともに、県民の皆さんとともに健康づくりを推進できるよう取組を進めてまいります。
24	第2編各論 第1章「東日本 大震災への対 応」	39～52	本項は「各論」ではなく「総論」の位置づけ？ 「原子力の政策」は国が推し進め、「人類史上類をみない人災事故」に対する国へのはたらきかけと、収束までの道のりを明確にすべき？ 医療計画に数値目標で福島県の意志を表す。	本章は「各論」の位置づけですが、震災からの復興は、「総論」の「基本理念」の1つとしています。 本計画は医療計画であるため、医療に関する復興について記載しています。
25	第2編各論 第1章第2節「 原子力災害へ の対応」・第4 章第1節「がん 対策」	48 190	【甲状腺検査への取り組み】 福島県の未来を担う若い世代にとって県民健康調査による長期的な見守りは大切。甲状腺検査へ取り組む意義について丁寧に説明して理解を得ることとともに、受診率を維持するために一次検査の受託医療機関を増やして身近で受診しやすい条件をさらに広げる必要がある。また、二次検査や診療を受けるにあたっては、こころのケアへ取り組むことは重要。 第4章における「がん対策」には甲状腺がんについても位置付けて「がん登録の推進」とともに検討をすすめていくことは有用であると考える。	県では、子どもたちの健康を長期に見守るために甲状腺検査を実施しており、今後も検査実施のお知らせや、甲状腺通信を対象者や保護者にお送りすることなどにより受診率を維持しながら検査を継続して実施することとしています。 また、検査従事者の育成や甲状腺検査機器の整備により、検査実施機関の拡充にも取り組んでおりますし、甲状腺検査の二次検査受診時のこころのケアのために、甲状腺ケア・サポートチームを県立医大に設置しており、医大以外の検査機関にも支援体制を確立してまいります。 今後の甲状腺検査のあり方については、県民健康調査検討委員会等の御意見を踏まえて検討を進めてまいります。

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
26	第2編各論 第2章「医療を支える人材の確保」	53～84	医療人材の母数の増対策の推進も大切ですが、高度医療対応の人材育成を主眼とすべきでは？これにより人材育成の施策内容が変わる。 人材育成の機関の充実と人材育成のツールの検討を？ 医療人材の配置計画を明確にすべき？ 現在市町村の体制を前提に県内の全市町村において医師の配置を？ 医療人材の研修体制の確立を？ 実務経験（体験）のための定期的な医療機関への移動（転勤）	臨床研修制度や平成30年度から開始される新たな専門医制度等において人材育成にしっかり取り組むとともに、国で検討されている医師確保計画の策定等の動向に適切に対応してまいります。
27	第2編各論 第2章「医療を支える人材の確保」	53～84	医療を支える人材の確保における指標について、人口減少にもかかわらず「医療を支える人材の確保」は増加となっておりますが？（現状の医療を支える人材不足の解消なのか。高齢者対象の医療従事者なのか、医療費の削減の施策とは相反するものがある。健康維持者増加対策・在宅医療推進による医療費削減の施策ではないのか。）	医療人材に係る指標については、本計画の終期である平成35年度末に必要な人員数について、各医療機関等で考える必要数を踏まえて設定したものであり、本県の医療提供体制を確保するために必要となる数を目標値として設定しています。

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
28	第2編各論 第2章「医療を支える人材の確保」	53～84	<p>第2章医療を支える人材の確保の対象となる人材として、鍼灸師（はり師・きゅう師）を対象とする。</p> <p>第1節 医師 以降、第5節 その他の保険医療従事者 までの中に鍼灸師が含まれていない。鍼灸師を含めるべきである。</p> <p>（背景と説明）へき地医療拠点センター病院として指定されている公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター（当センター）では、平成26年度から毎年鍼灸研修生を受け入れ、はり師・きゅう師の国家資格取得後における卒後臨床研修を進めている。前期研修プログラム（2年間）では他職種領域の経験、特にほぼ全診療科をローテートして臨床研修を実施しており、現代医学的知識・診断技量を幅広く修得することを目標としている。さらに後期プログラム（3年）では、現代医学と協調しつつ鍼灸診療の技量を研鑽している。</p> <p>はり師・きゅう師は、医師以外で診察から治療までを実施できる職種である。増加する高齢者に出現しやすい慢性疼痛や運動器疾患に対する鍼灸診療の有効性は、世界的に認められている（JAMA. Acupuncture for chronic pain. 2014 Mar 5;311(9):955-6）。また、当センター附属病院では、鍼灸を医療の中に導入する事で患者のQoL向上に貢献している。</p> <p>過疎地の医師不足が問題である中、「医療関係者任せにせず、県民全体で地域医療を守ること。」（p.3 第1章第3節最終項）以上に、当センターを中心に臨床技能を有するはり師・きゅう師を過疎地域で活かす方を講ずべきである。</p>	<p>計画に記載する職種については、特に人材不足が顕著であり今後大幅な需要が見込まれることや、市町村からの人材確保の要望がある等総合的な判断の下、記載しており、原案のとおりとさせていただきます。</p>
29	第2編各論 第2章「医療を支える人材の確保」	53～84	<p>本県において、医療・介護従事職員を確保することは喫緊の課題となっている。これまでも確保に向けた施策をおこなっているところだが、まだまだ多くの医療機関・介護施設での不足が指摘されている。さらなる施策のあり方について広く県民の意見を聞き、改善を図る必要がある。</p>	<p>今後とも、県民の意見を真摯に受け止め、医療人材の確保に努めてまいります。</p>



No.	項目	ページ	御意見	県の考え
30	第2編各論 第2章第1節「 医師」	56	図表2-2-1-5「病院勤務の常勤医師の必要数」について、常勤医師の必要数は、年次は？	p. 63に記載の指標「病院勤務の常勤医師数」のとおり平成35年度です。
31	第2編各論 第2章第1節「 医師」	57	「修学資金修学生」は、今後何時まで（終年度）に何名を実施する計画なのか？（投資額は？）また、平成30年度から実施される「専門医制度」とは。	修学資金貸与事業については、当面、新規貸付を毎年度50名程度（約1億円）で実施する予定です。 平成30年度から開始される新たな専門医制度とは、これまで各学会が認定してきた専門医について、一般社団法人日本専門医機構が専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行う制度です。
32	第2編各論 第2章第1節「 医師」	60	「福島県立医科大学医学部卒業生について、医師としての第一歩となる臨床研修から、確実に県内への定着を図っていく必要があります」と記載されているが、具体的にどのような取り組みを検討されているのか？記載したほうが、より具体性が増すと思う。	p. 61～62において修学資金の貸与や魅力ある臨床研修の整備等により県内定着を図ることとしています。
33	第2編各論 第2章第1節「 医師」	63	医療施設従事医師数とは？ 病院勤務の常勤医師数とは？ H35年度の医師の確保達成のための根拠は？	医療施設従事医師数は、常勤・非常勤を問わず、病院及び診療所に従事する医師の数であり、病院勤務の常勤医師数とは、病院に勤務する常勤の医師の数です。計画に記載していますが、修学資金制度や臨床研修医の確保等、総合的な医師確保対策を推進し、目標の達成に努めてまいります。

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
34	第2編各論 第2章第1節「 医師」・第3章 第2節「小児医 療」・第3節「 周産期医療」	63 109 120	本県の医療施設従事医師数は、人口10万人あたり188.8人で、全国平均の233.6人より44.8人少ない。その内訳で、病院における医師数は全国平均より人口10万人あたり22.0人少ないとされている。また本県では特に産科、小児科の医師確保が重要になっている中で、計画素案では「医療施設従事医師数」「病院勤務の小児科医師数」「産科・産婦人科医師数」の目標値については、「検討中」「医療機関への調査結果を踏まえて設定」とされている。非常に重要な項目であり、地域から要望の強い二本松・安達地域での産科再開など、県としての政策的目標を含め、いつまでに設定するのか明確にして欲しい。	御指摘の指標については、目標値設定のベースとなる直近の現状値（平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査）が未公表であったため検討中等としていましたが、平成29年12月14日に厚労省において公表されたことから、これを踏まえて目標値を設定しました。
35	第2編各論 第2章第2節「 歯科医師」・第 5節「その他の 保健医療従事 者」・第4章第 11節「歯科保健 医療対策」	64 80 258	【歯科医療と担う人材】 歯科医療機関数は県内での地域格差があり特に震災原発事故被災地の浜通りでの歯科クリニックの回復が急務である。高齢化社会にあって在宅や介護施設での歯科医療の需要は増大するものと思われ歯科衛生士の役割拡大を支援する必要がある。素案では歯科技工士は全国より多いとされていますが、現在の従事者は高齢化しており次世代を担う志望者の不足は深刻であり歯科技工所の将来が危ぶまれる。	避難地域等の歯科医療機関の再開支援については、第2編第4章第11節「歯科保健医療対策」の「施策の方向性」で記載しています。また、歯科衛生士・歯科技工士を確保・育成していくこと、歯科技工士の高齢化が進んでいることについては、第2編第2章第5節のⅢ「歯科衛生士・歯科技工士」で記載しているとともに、歯科技工士については今回の第七次医療計画から新たに目標値を設定しています。
36	第2編各論 第2章第3節「 薬剤師」	68～71	高度な薬剤師の育成について、各医療機関等の薬剤師からの相談及び指導、入院患者対応、かかりつけ医の患者対応	p. 70～p. 71において、各種研修支援や助言、指導による資質向上のほか、在宅医療、高度薬学管理機能に対応する薬剤師を育成する旨、記載しています。

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
37	第2編各論 第2章第3節「 薬剤師」	68～71	薬学6年となり、薬剤師となるまでに多額の費用がかかり、薬学の道を進もうとしている者の障害となっている。そういった経済的なことにより、薬学の道を諦める方が少しでも減るように、就学資金制度の創設をお願いしたい。	薬剤師の修学資金については、現状を踏まえ慎重に検討してまいります。
38	第2編各論 第2章第3節「 薬剤師」	68～71	がん専門薬剤師や糖尿病専門薬剤師など、高度な薬学的知見を要する薬剤師の養成に対する支援をお願いしたい。	高度薬学管理機能に対応する薬剤師の育成については、p.71に記載していますが、御指摘を踏まえ、以下のとおり糖尿病についても追記しました。 「感染制御、がん、精神科、妊婦・授乳婦、HIV感染症及び糖尿病などの専門分野における薬物療法等についての十分な知識と技術を有するなど、高度な薬学的管理ニーズに対応できる薬剤師の育成を支援します。」
39	第2編各論 第2章第3節「 薬剤師」	70	薬剤師確保のための施策について、薬剤師の修学資金援助の施策を要望する。現場の薬剤師として今後の地域に求められる薬剤師の仕事を考えたとき、地元出身で地元に残り地元で貢献できる薬剤師の数を増やしていただかないとパンクしてしまう。	薬剤師の修学資金については、現状を踏まえ慎重に検討してまいります。なお、実務実習の場の確保や実習等を通じた働きかけ、大学生への県内就職情報の提供などにより、薬剤師の確保や地域への定着に努めてまいります。
40	第2編各論 第2章第3節「 薬剤師」	70	「1 薬剤師の確保と定着推進」について、「薬剤師の就学資金の導入」をお願いする。福島県には2つの薬学部があるが、卒業後の定着率は高くない。平成18年度から薬学教育が4年制⇒6年制となり、学費の高騰・奨学金の返済等の理由で、県外の学生は地元に戻る傾向が高くなっている。地元福島県出身者への就学資金制度を導入して頂き、薬剤師の確保と定着推進にご尽力頂きたく、意見を述べさせて頂いた。	薬剤師の修学資金については、現状を踏まえ慎重に検討してまいります。

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
41	第2編各論 第2章第3節「 薬剤師」	70～71	薬剤師の確保・定着に向けた様々な領域（在宅医療、健康サポート機能修得など）の知識習得に係る経費支援や県内2大学薬学部と連携した学費の援助などが必要であると思う。	知識習得に係る経費支援や学費の援助については、現状を踏まえ慎重に検討してまいります。
42	第2編各論 第2章第3節「 薬剤師」	71	「在宅医療エキスパート薬剤師人材育成セミナー受講者数」について、在宅医療エキスパート薬剤師の配置計画は？（H32年度320人）	県内全域で薬剤師が当該セミナーを受講するよう、目標値を設定しています。
43	第2編各論 第2章第3節「 薬剤師」	71	「4 高度薬学管理機能に対応する薬剤師の育成」について、「専門薬剤師育成のための助成金制度の導入」をお願いする。感染制御、がん、精神科、妊婦・授乳婦及びH I V感染症の専門分野における薬物療法等についての十分な知識と技術を有するなど、高度な薬学的管理ニーズに対応できる薬剤師の育成が必要。資格取得のためには、学会・研修会への参加、研修施設での研修（がんにおいては2ヶ月半）が必要であり、勤務施設の協力・資金援助がないと取得が難しい状況にある。是非とも助成金制度を導入頂き、社会ニーズに対応できる薬剤師の育成にご尽力頂きたく、意見を述べさせて頂いた。	専門薬剤師育成のための助成金については、現状を分析し検討してまいります。
44	第2編各論 第2章第4節「 保健師・助産師・看護師・ 准看護師」	72	本県の看護職員の常勤換算就業者数が平成28年末現在23,407.6人で、需給計画の「 <u>看護職員需要見込み数</u> 23,625人」に対する達成率は99.1%と記述されている。正確には「 <u>年末就業者見込み数</u> 」とすべきではないか。計画の需要見込み数は24,054人であり、それを基準にすれば充足率は97.3%（計画では98.2%）、不足数は646.4人となる。	御指摘を踏まえ、「看護職員供給見込み数」に修正しました。

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
45	第2編各論 第2章第4節「 保健師・助産 師・看護師・ 准看護師」	72	「図表2-2-4-1」東日本大震災前後の病院の看護職員の就業状況の推移では、H23.3.1とH29.8.1を比較して、「増減」をプラス460人としているが、H29.3.1との同月比較ではプラス76人とどまっている。需給計画でH29年の病院・需要数は15,309人とされ293人の不足となっている（H29.8.1）。特に相双地域では4割減となっている影響をどう捉え、思いきった対策をとるよう明記して欲しい。	相双地域の看護職員不足に対応するため、南相馬市や双葉郡の病院を対象として、看護職員の住宅確保や赴任手当等に要する経費の支援などを行っているところです。詳細については看護職員需給計画に記載しています。
46	第2編各論 第2章第4節「 保健師・助産 師・看護師・ 准看護師」	72～75	看護師の勤務管理の強化（法令順守）	p.74に記載のとおり、看護職員が働きやすい職場環境づくりを促進します。

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
47	第2編各論 第2章第4節「 保健師・助産 師・看護師・ 准看護師」	74	<p>看護職員の資質向上で、今回初めて「特定行為研修の受講支援」が明記され、指標一覧で「特定行為研修終了者数」のH35年度目標値を400人以上（H29年度13人）としている。この目標値は、先の施設調査で把握した「養成計画」の数値なのか根拠を示して欲しい。私たちは、下記の理由で特定行為には反対である。</p> <p>特定行為は、保助看法・第37条「医行為の禁止」の一部改正（2014年6月）で診療の補助と位置付けられ、2015年10月から研修制度が施行されている。しかし、本来は医師が行うべき高度で危険な医療行為を看護師にシフトしていくことは、安全・安心の医療への願いに反するものであり、専門的看護実践ができる認定看護師などとは異なる。</p> <p>厚労省が2017年4月に出した「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」報告書でも、タスク・シフティング（業務移管）やタスク・シェアリング（業務の共同化）などによって「医師をふやさなくてよい環境づくり」を進めるとしている。このように、人員不足を違う職種に業務を振り分けて解決するやり方では、ミスや事故などの危険性を高め、各職種の専門性を否定することになりかねない。必要な人員を配置し、それぞれの専門性を活かした職種間連携をこそ図るべきである。</p>	<p>特定行為研修修了者数の目標値については、県内の指定研修機関の定員等を基に算出しています。特定行為研修については、今後とも保健師助産師看護師法等の関係法令に基づき適切に対応してまいります。</p>
48	第2編各論 第2章第5節「 その他の保健 医療従事者」	76～84	<p>高校就学中からの医療従事者確保への対応。H33年度開校に向けてのH30年度からの実施（インターンシップの活用）。</p>	<p>中・高校生を対象とした医療セミナー等の開催により医療従事者確保に取り組んでいるところです。</p>

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
49	第2編各論 第2章第5節「 その他の保健 医療従事者」	84	<p>言語聴覚士の確保と県内定着について施策に盛り込んでいただきありがとうございます。</p> <p>ご存知のように、言語聴覚士は、医療施設や介護施設において、理学療法士・作業療法士と共に“リハビリテーション専門職”としてリハビリテーションの一翼を担っており、ともにチーム医療の要としての役割を果たしています。摂食嚥下機能や高次脳機能、コミュニケーション等に困難を抱える方々に対して、高い専門性を発揮できるのは言語聴覚士です。また、聴覚障害・失語症・神経難病等々の方々の意思疎通支援や、さらに未来を担う子どもたちの発達障害への専門的対応についても、言語聴覚士の役割は今後ますます増大すると認識しております。つきましては、下記2点について要望いたします。</p> <p>(1)厚生労働省の資料等においても、言語聴覚士は、理学療法士、作業療法士と共にリハビリテーション専門職として明記され、様々な側面から審議が行われております。リハビリテーションといえば「理学療法、作業療法、言語聴覚療法」といわれている時代です。厚生労働省における取扱いと同様に、今回の県医療計画においても、言語聴覚士を理学療法士・作業療法士と同列に位置付けていただきたくお願い致します。</p> <p>(2)少子高齢化が加速する現在、小児から成人、老年期と生涯にわたり支援できる言語聴覚士は、福島県に今後も必要な職種であり、早急に、人材確保のために実効ある対策を講じるべき職種です。そのためにも是非、理学療法士等就学資金貸与の対象に言語聴覚士を加えていただきたく要望いたします。</p> <p>我々福島県言語聴覚士会は、言語聴覚士の役割が社会に広く認識されるよう今後も引き続き努力をして参る所存です。県におかれましても、今後ともご理解とご協力をいただきたくお願い申し上げます。</p>	<p>修学資金については、特に人材不足が顕著であり今後大幅な需要が見込まれることや、市町村からの人材確保の要望等を総合的に勘案のうえ、慎重に検討してまいります。</p> <p>また、計画上の位置づけについても、今後併せて検討してまいります。</p>

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
50	第2編各論 第3章第4節「 災害時医療」	123～148	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自然災害・人災発生時の万全の医療体制の確立（例：地下鉄サリン事件発生時の「聖路加病院」の対応に学ぶ（災害発生時を想定した準備体制））</li> <li>・福島原発の廃炉計画に合わせた医療体制の確立</li> </ul>	総合防災訓練や原子力防災訓練、CBRNE（化学兵器、生物兵器、放射性物質、核兵器、爆発物）研修などを実施しており、原子力災害を含め、災害発生時に適切な医療を提供できる体制を平時から構築してまいります。
51	第2編各論 第3章第4節「 災害時医療」	123～148	<p>原発事故による避難指示が発令された当時に1週間自宅に取り残されたことを知っている人は何人いるだろうか？富岡町の住民の方が1週間後自衛隊に救助されたとのこと。その際放射能の被爆については説明されなかったそうです。6年後放射能の被爆が心配になったとのこと。「横井庄一さん」の件を思い浮かべました。IT時代にも関わらず、住民の確認作業が出来ていなかった事実。緊急時医療体制以前の課題です。これが福島県での現実です。</p>	未曾有の複合災害であった東日本大震災を経験した県として、平時より、災害時の医療体制の構築に努めてまいります。
52	第2編各論 第3章第4節「 災害時医療」	131 132 133 135	<p>「災害医療コーディネーター」の設置、育成と同時に「災害薬事コーディネーター」の設置、育成も必要だと思う。東日本大震災、熊本地震の際、自分は、支援される側と支援する側の両方を薬剤師として経験して、医療コーディネーターといっしょに薬品全般（医家向、OTC、消毒薬）の管理、薬品流通の知識を有する薬事コーディネーターの存在が、急性期でも中長期でも県災対本部でも地方災対本部でも災害医療コーディネーターの薬品に係る部分の助けになると思った。</p>	<p>御指摘を踏まえ、以下のとおり追記しました。 「災害医療支援薬剤師登録制度等を活用し、災害時に必要となる技能を有する薬剤師の確保を図ります。」</p>
53	第2編各論 第3章第4節「 災害時医療」	133	<p>災害時は、一般の災害医療コーディネーター以外にも、被災地に送られてくる医療物資、とりわけ医薬品の配置、管理が重要になることから、災害薬事コーディネーターの育成にも努めていただきたい。</p>	<p>御指摘を踏まえ、以下のとおり追記しました。 「災害医療支援薬剤師登録制度等を活用し、災害時に必要となる技能を有する薬剤師の確保を図ります。」</p>



No.	項目	ページ	御意見	県の考え
54	第2編各論 第3章第4節「 災害時医療」	145～147	福島には未だに原子力発電所が存在する。第一・第二原子力発電所の廃炉までの道のりの工程すら未知の状況。被爆に関する不安は未だに取り除かれていない。また。中間貯蔵施設も県内に存在します。最終処分場も決まっていな い。県民は何時まで放射能の不安にさらさなければならないのか？行政として、この県民の不安を「施策の方向性と目標」の中で明らかにすべきと考えるが？	被災者の健康支援や放射線への不安等に係るリスクコミュニケーション、県民健康調査による長期的な見守りを実施していくこと について、p. 47～48に記載しています。
55	第2編各論 第3章第4節「 災害時医療」	146	災害時医療（原子力災害医療等）において、今後は「武力 攻撃事態等における国民の保護のための措置に関する法 律」により、CBRNEテロ（放射性物質、化学物質、生物 剤、核物質及び爆発物による武力攻撃）への対応も含めた 新たな原子力災害医療体制の構築が必要としている。改め て、そのような事態が起こることのないように、核兵器禁 止条約の推進と原発ゼロでテロに狙われることのない安全 な社会をめざして欲しいと願う。	御意見は今後の取組の参考とさせていただきます。
56	第2編各論 第3章第5節「 過疎・中山間 地域の医療」	149～154	医療機器等の整備支援とあるが、高度医療はへき地では実 施せず、高度医療機関に集中配備をする。	御意見は今後の取組の参考とさせていただきます。
57	第2編各論 第3章第6節「 在宅医療」	155～168	高齢者向け住まいとあるが、在宅医療は高齢者だけとは限 らない。在宅医療を推進対象者の定義は？高齢者の定義？ 介護保険施設の整備推進は介護施設事業者負担で実施す べきものと思う。	在宅医療の対象者はp. 155に記載のとおりです。 高齢者は、本計画では65歳以上と考えています。 介護保険施設の整備促進については、第八次福島県高齢者福祉計 画・第七次福島県介護保険事業支援計画において記載していま す。

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
58	第2編各論 第3章第6節「 在宅医療」・第 4章第1節「が ん対策」	155 190	【在宅医療について】 自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることは県民の共通した願いである。その最後を迎える場については「医療機関や介護保険施設等の受入れにも限界」から構想するのではなく希望や条件に応じて選択できる体制を整備すべきと思う。また、在宅看とりの体制づくり、とりわけ訪問診療に参加する医師をさらに拡大する必要がある。それには地域で旧来から身近にあるかかりつけ医が条件に応じて往診や看取りに携わることは訪問診療を専門とする在宅支援診療所が増えることとともに重要であるものとする。県内開業医の高齢化があるがそのためにも介護事業所やバックアップする病院との連携は重要であると思われる。	御指摘を踏まえ、「超高齢社会を迎え、医療機関や介護保険施設等の受入れにも限界が生じることが予測される中で」を「超高齢社会を迎える中で」と修正しました。 なお、第2編第3章第6節「在宅医療」の「施策の方向性」に記載しているとおりの、訪問診療や往診を実施する診療所数の増加、各医療機関・介護施設等の連携など、患者が望む場所で看取りを行うことができる体制の構築に取り組んでいくこととしています。
59	第2編各論 第4章第1節「 がん対策」	179	福島県の外来化学療法の件数が全国平均より少ないと書かれているが、入院を加えるとどうなるのか？	入院での化学療法の件数は、全国平均を上回って実施されています。
60	第2編各論 第4章第1節「 がん対策」	181	「がんは、遺伝的要因に加えて様々な環境要因が作用して“発症する”とされており」とあるが、「“発症する場合もある”とされており」と修正してはどうか。記載のような断定はできないと感じる。原因がそのように単純なものではないという認識も必要ではと思う。	御指摘のとおり修正しました。
61	第2編各論 第4章第1節「 がん対策」	185	「地域住民に質の高いがん医療を提供します」とあるが、「質の高いがん医療の提供に努めるとともに相談支援体制を充実していきます」と修正してはどうか。拠点病院であっても、医師の確保ができていない場合などは、不得意な部位もある。相談支援により患者の希望を元に得意部位のある病院へ紹介できる仕組みもないと患者が不利益を生じると思われる。病院体制によっては経営方針で診るところはあるが。	御指摘の箇所について、「相談支援センターの設置が必須となっております」を「がん患者や家族等に対する相談支援が必須となっております」と修正しました。 なお、がん医療の質を高めるための医療従事者の育成や各医療機関の連携、相談支援体制の整備については「施策の方向性」に記載しています。

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
62	第2編各論 第4章第1節「 がん対策」	191	3期の県がん対策推進計画については、まだ、県民へのパブコメが始まっていないので、ここで、策定しましたと断言できるのか？と感じた。せめて、同時進行的に、パブコメ募集をかけていかなくてはいけないのでは？他県では、1月初旬締切で行われているところが多い。	本計画を最終的に策定する年度末と同時期に、県がん対策推進計画についても策定予定であることから、原案のとおりとさせていただきます。なお、がん対策推進計画のパブコメについては、1月16日～2月15日で実施しました。
63	第2編各論 第4章第4節「 糖尿病対策」	218	糖尿病性腎症の重症化予防、人工透析への進展防止策について書かれている。「糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき」となっているが、記載されている内容が重症化予防プログラムそのものであり、福島県としての具体的な方向性、目標が示されていない。具体的にどのように対応するのか？	糖尿病性腎症の重症化予防における県の役割は、記載のとおり、「市町村等の医療保険者が重症化予防に取り組めるよう支援すること」、「関係団体等と取組状況の共有及び対策の検討を行い、取組の充実に努めること」となっております。
64	第2編各論 第4章第14節「 高齢化に伴い 増加する疾患 等対策」	270	高齢者の自立度低下の予防のために、ロコモティブシンドロームやフレイルの認知度向上のための普及啓発を実施すると記載されている。厚生労働省医政局長の、医政発0331第57号「医療計画について」によれば、上記の疾患に加えて大腿骨頸部骨折も記載されているが、医療計画に入れない理由は何か？ 更に、この文書によれば、「その対策については、他の関連施策との調和を図りつつ、疾病予防・介護予防等を中心に、医療・介護が連携した総合的な対策を講じること。」と書かれている。普及啓発の実施だけでは不十分ではないか？	御指摘を踏まえ、大腿骨頸部骨折を追記しました。 また、ロコモティブシンドロームやフレイル、大腿骨頸部骨折については、体を動かすことなどによりその予防につながることから、「施策の方向性」において、介護予防の推進や社会参加等について記載しています。
65	第2編各論 第4章第14節「 高齢化に伴い 増加する疾患 等対策」	271	①「65歳以上人口における体操を週1回以上実施する通いの場への参加者割合」について、目標値は100%を目指す。 ②「自立支援型地域ケア会議を実施する市町村数」について、指標値にあたいする内容とは思いますが？（行政として当たり前の業務）	①厚生労働省が定める地域支援事業実施要綱において、「介護予防に資する住民主体の通いの場への参加者数は、高齢者人口の概ね1割を目安として、地域の実情に応じて定めるものとする。」とされていることから、まずは参加者割合10%を目標としたいので、原案のとおりとさせていただきます。 ②厚生労働省において、自立支援型地域ケア会議の全国展開を目指しており、県においても全市町村での実施に向けて市町村を支援しているため、原案のとおりとさせていただきます。

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
66	第2編各論 第5章第1節「 地域医療の機 能分化と連携」	275	「地域医療支援病院数」について、中核の病院は全てで？	地域医療支援病院は計画本文に記載のとおり承認要件があることから、要件を満たす病院の確保に取り組んでまいります。
67	第2編各論 第5章第2節「 医療に関する 情報化の推進」	278～279	総合医療情報システムの周知とあるが、本システムの利用対象者は？ICTの活用とは？（具体的な事例を）。保健医療福祉の連携とは？	総合医療情報システムは県民の皆様が利用することができ、医療機関に関する情報を提供しています。ICTの具体的な事例については、p.278～279に記載のとおりです。保健医療福祉の連携とは、健康増進、疾病予防、治療、介護等の保健・医療・福祉の各分野のサービスが切れ目なく受けられるよう、連携して取り組むことです。
68	第2編各論 第5章第2節「 医療に関する 情報化の推進」	279	「総合医療情報システムへのアクセス件数」について、システムの利用率が低いのでは？（検索情報が不足している、システム利用内容が周知されていない）。医療従事者向けのシステムなのかもしれませんが、利用価値が見出せないシステムなのでは？（メリットがない）	総合医療情報システムは県民の皆様が医療機関に関する情報を分かりやすく提供するものですが、システムの周知や充実に努めてまいります。
69	第2編各論 第6章第1節「 医療安全対策」	280	病院1回／年、有床診療所1回／2年、無床診療所・歯科診療所等1回／3年と立ち入れ検査（医療監視）を医療法に基づき実施されているとのことだが、医療法の規定の記述がないので立ち入れ検査の内容は不明だが、立ち入れ検査の実施状況を公表（見える化）して頂きたい（過去の医療事故は無かったのか？ 方のお薬の間違い、薬局でのお薬の間違い・処方数量の誤りなど。入院患者に対する点滴の誤り等々。） 立ち入り検査の実施スパンが「県民の健康施策としてはスパンが長いと感じる。	医療法第25条に基づく医療機関等への立ち入り検査の実施状況については、公表の方法等を含め検討してまいります。

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
70	第2編各論 第6章第2節「 医薬品等安全 対策」	285	処方箋の受け取り率 76.3%とあるが、処方箋なくしてお薬を受け取ることができるのか？ 処方箋があるが、患者の事情で薬を受け取らない？この場合診療報酬の支払い（監査）は、されないのか？	処方せん受け取り率とは病院、診療所の外来患者のうち、投薬対象者に対して、実際に保険薬局で調剤を受けた患者の割合であり、病院、診療所内で薬を受け取った患者は含まれません。
71	第2編各論 第6章第2節「 医薬品等安全 対策」	286	医薬分業は、医療の質を高めるとあるが医療の質向上の内容を公表して頂きたい。患者から見てメリットがない。民間企業（薬局）の育成事業にしか見えない。患者からみればスーパー・コンビニでの受け取りが出来ればメリットがある。	薬剤師による重複投与の是正や多剤併用時の適切な投薬管理など医薬分業のメリットについて周知に努めてまいります。
72	第2編各論 第6章第2節「 医薬品等安全 対策」	287 288	「かかりつけ薬剤師」「健康サポート機能（薬局）」の県民への広報を積極的にお願したい。（多剤併用（重複投薬）、医療介護の相談窓口、医療費削減の相談役など）	御指摘を踏まえ、県民への周知に努めてまいります。
73	第2編各論 第6章第2節「 医薬品等安全 対策」	288	「健康サポート薬局届出数」について、「薬局数」として届けられている事業者は指標管理項目にあらず100%の義務を負うものと考えますが？	多くの薬局が健康サポート薬局としての届出を行うように取り組んでまいります。
74	第2編各論 第6章第2節「 医薬品等安全 対策」	288～289	「薬事監視率（薬局等、製造業）」について、薬事監視項目が不明なので現状の値が妥当か評価できませんが、薬事監視項目を精査し、指標の年度目標ではなく、100%実施項目と考える。	対象施設に応じ監視項目を精査し、効率的かつ効果的な監視指導に努めておりますが、監視人員の不足等から、現状では、100%の監視率を達成することは困難と考えており、原案のとおりとさせていただきます。

No.	項目	ページ	御意見	県の考え
75	全般	-	資料全般について、文章表現ではなく、図・表で記載してほしい。施策の内容を図によるわかりやすさの表現。 (ex. 県民の関わり方。医療負担の計画、健康の保持、県民一人一人の医療計画への関わり、県民一人一人が自立するために、在宅医療のための家族の役割)	必要なデータ等については図や表で示しているところですが、計画本体とは別に、分かりやすい概要版を作成します。
76	全般	-	専門用語が多く用語集を記載してほしい。関連法規を記載してほしい。各種データの資料を記載してほしい。本計画の関連機関を記載してほしい。本計画を推進するための体制。本計画のPDCAの実施体制と責任体制。「人」・「物」・「金」の考え方は不明。(ex.「金」については医療費は県民の負担でまかなえるのか？健康な県民増による医療費の削減、在宅医療診療100%化に向けた取り組みで医療費の削減、遠隔診療の推進による県民負担(足周り)の削減、医療関連者の医療技術者のレベルアップによる医療費の削減、医療体制の見直しによる医療費の削減。(現在実施している医師の業務の見直し)による診療報酬額の低減化。)	第3編資料編において用語解説を記載しました。 各データについては出典を記載しています。 医療計画は、医療従事者のみならず、各関係機関、団体、そして県民の皆様と一緒に進んでまいります。 PDCAについては、毎年度、福島県医療審議会に進捗状況を報告してまいります。 その他の御意見については、今後の計画見直しの際の参考とさせていただきます。