

第7次宮崎県医療計画中間見直し（素案）に関する意見等について 資料2

（令和3年12月2日～令和4年1月11日 関係団体意見照会）

番号	疾病事業名	団体名	該当ページ	御意見	御意見に対する県の対応方針等
1	災害医療	宮崎県 歯科医師会	P101 （災害中長期 の対応）	医師会、看護協会が県と災害時の協定を締結している記載があるが、宮崎県歯科医師会も平成25年に「災害時における歯科医療救護に関する協定」を締結している。その旨の記載がない。	<u>御意見を踏まえ、該当箇所に宮崎県歯科医師会についても記載します。</u>
2	災害医療	宮崎県 歯科医師会	P103 （災害中長期 の対応）	県医師会、JRATが大きな役割を果たす記載があるが災害関連死の予防の観点より、宮崎県歯科医師会も口腔健康管理等を目的とした歯科医療救護により誤嚥性肺炎の予防という大きな役割を果たすことが出来る。	<u>御意見を踏まえ、該当箇所に宮崎県歯科医師会が派遣するJDATについても記載します。</u>
3	災害医療	宮崎県 歯科医師会	P104 （災害時における医療体制）	宮崎県歯科医師会の位置づけが不明	宮崎県歯科医師会派遣の災害医療チームについては、図中「災害医療チーム」に含めた表現にしておりますが、表現方法については、次期計画策定に向けて検討してまいります。
4	救急医療	日向市	P63 （救急医療従事者の資質の向上）	救急医療について、公立の二次救急病院が無い当市では民間医療機関の尽力により二次救急医療体制が維持されています。 大学からの派遣や自助努力による体制整備で対応している現状にあって、医師の働き方改革が適用されると人材確保と財源の問題から現在の医療の提供内容を維持していくことが厳しい状況に陥ることも懸念され、ひいては当市を含む圏域全体の医療に影響が生じるのではないかと危機感を持っています。 今回の見直しにあたり、医師の働き方改革への取組も踏まえた医療従事者の養成に関する記述を追加していただいたところですが、「医師確保計画」と併せて、引き続き本計画の着実な推進をお願いします。	御意見のとおり、「医師確保計画」と併せて、計画を着実に推進していきたいと考えております。

番号	疾病事業名	団体名	該当ページ	御意見	御意見に対する県の対応方針等
5	脳卒中・ 心血管疾患・ 糖尿病	宮崎東 病院	P26・34・40 【数値目標】	数値目標として、「肥満」を取り上げていただきたい。 一次予防「BMI \geq 25の肥満者割合（%）を減らす」	御意見の3疾病の発症予防のため、肥満対策は大変重要であると考えており、本文中では、施策の方向として運動の習慣化や食生活の改善への取組を掲げております。数値目標の設定については、関係者の御意見をお伺いしながら、次期計画策定に向けて検討してまいります。
6	小児医療	宮崎東 病院	P73 (子供を持つ 家庭への相談 体制等の充 実)	救急医療のひっ迫を緩和するため、「育児学級、電話相談の充実」を挙げる。	御意見の内容については、「施策の方向」に「小児救急医療電話相談の普及・啓発」、「子供の急病時における救急対応について基礎的な知識の普及啓発に努める」との記載で県としての「施策」の方向を示しております。
7	小児医療	宮崎東 病院	P73 (安定的な小 児科医の育 成・確保)	女性医師の勤務形態の多様化を推進するため、時短勤務、非常勤勤務への支援を行う」とうたう。	御意見の内容については、「施策の方向」に「女性医師の就労環境整備、復職支援など」の部分で県としての「施策」の方向を示しております。
8	感染症対策	宮崎東 病院	P114 (医療提供体制の強化)	今後の感染症対策は新興感染症のみならず従来からの結核診療も含んで総合的に検討されることが必要。(今回のコロナパンデミックへの対応は、結核病棟・看護師の転用があってはじめて可能となった。)国の対応とも歩調を合わせながら下記を検討する。 「結核病棟がコロナ感染症にも対応できるよう拡充する」	ご意見の内容については、感染拡大時の取組に必要な観点として、重要であると考えておりますので、次期計画の新興感染症等の感染拡大時における体制確保の中で検討してまいります。

番号	疾病事業名	団体名	該当ページ	御意見	御意見に対する県の対応方針等
9	在宅医療	県看護協会	P109 【数値目標】	<p>訪問看護ステーション数158施設とありますが、訪問看護ステーションの数のみでサービスの充足をみるのではなく、地域のニーズに合わせたサービス機能をもつステーションの設置など、県全体の計画が必要なのではないのでしょうか。また、訪問看護に携わる看護師の数についての目標数が重要なのではないのでしょうか？国は、2025年度には全国で約12万人の訪問看護従事者が必要という値を示していますが、宮崎県においては、訪問看護の需要推計（利用者数など）はどのようなのでしょうか？</p>	<p>訪問看護サービスは訪問看護ステーションだけではなく、訪問介護と訪問看護の両方のサービスが提供できる「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や訪問介護や訪問看護のほか、通いや泊まりのサービスも提供できる「看護小規模多機能型居宅介護」があります。これらのサービスは、地域のニーズに応じて市町村が事業者を指定するものです。</p> <p>御指摘の件につきましては、次期計画策定に向けて検討してまいります。</p> <p>また、2年に1度の業務従事者届によると訪問看護ステーションに勤務する看護職員は年々増加しております。御指摘の目標数等も次期計画策定に向けて検討してまいります。</p>
10	がん	県看護協会	P20 (就労支援)	<p>22頁にはありますが、がん患者への就労支援の項目に治療と職業生活の両立支援体制を追記していただきたいと思えます。</p>	<p><u>治療と職業生活の両立支援に関する事項を追記します。</u></p>
11	在宅医療	県看護協会		<p>5疾病・5事業及び在宅医療に係る医療提供体制の構築において専門看護師や、認定看護師の育成や活用も重要だと思えます。</p> <p>また在宅医療を支えるためにも特定行為研修修了者の育成や活用は重要だと思えます。</p>	<p>現在、医療機関が行う看護師のキャリアアップ教育体制の整備や研修派遣の費用助成を行っております。また、県内で特定行為研修が受講できるよう指定研修機関の設置支援も行っているところです。引き続き資格認定等に取り組む看護職員の育成及び活用の推進に取り組んでまいります。</p>

番号	疾病事業名	団体名	該当ページ	御意見	御意見に対する県の対応方針等
12	精神疾患	県看護協会	P48 (認知症)	県の委託により看護職員認知対応力向上研修を実施しています。そのことを追記していただきたい。現在231名が受講していますが目標値はあるのでしょうか。	<u>御意見のとおり、県が各関係団体に委託して行う認知症対応力向上研修について追記します。</u> 研修修了者の目標値については、国の認知症施策推進大綱では、令和7年度までに4万人とされています。
13	へき地	県看護協会	P57	へき地医療においては、訪問看護提供体制の整備や特定行為研修修了者の活用も考慮に入れていかなくてはならないのではないのでしょうか。	2025年に向けて更なる在宅医療の推進を図るためには、訪問看護体制の整備や専門分野における高い水準の看護を提供できる看護職員の活用は重要であると認識しておりますので、次期計画策定に向けて考慮してまいります。
14	感染症	県看護協会	P113 【現状と課題】	今般の新型コロナウイルス感染症拡大において、保健所の過重な業務があったと思いますので、課題に挙げていただきたいと思います。その上で、保健所の体制の強化を施策の方向として追加していただきたい。さらに感染管理認定看護師の活動は非常に重要であったと思います。小規模病院や老健施設等、規模にかかわらず感染管理認定看護師の配置に向けた支援についても検討していかなくてはならないのではないのでしょうか。	ご意見のとおり保健所は、地域の感染拡大防止のために、非常な役割を果たしていると認識しております。 また、感染管理の専門性を有する看護師や重症患者に対応可能な人材など感染拡大時を想定した専門人材の確保はとても重要だと考えておりますので、次期計画策定に向けて検討してまいります。
15	感染症	県看護協会	P114 【施策の方向】	施策の方向に普及啓発がありますが、相談体制の整備も必要なのではないのでしょうか。	<u>ご意見のとおり、相談体制の整備について追記します。</u>
16	在宅医療	県看護協会	P107 【施策の方向】	多職種協働による在宅支援チームを構築することが重要だとありますが、チームのリーダーを作ることが重要なのではないのでしょうか。	様々な専門職等で構成される在宅支援チームの多職種協働において、中心的な役割を果たすリーダーは重要であると認識しており、各地域で多職種協働研修会等を実施しているところですが、今後も人材育成や資質向上に取り組んでまいります。

番号	疾病事業名	団体名	該当ページ	御意見	御意見に対する県の対応方針等
17	—	日向保健所	P6～14	P4評価A～Cについてどのような数値の変化を基準（本来なら片側P値<0.05）として評価しているのか？ P6～14の策定時と現状値の比較で数パーセント変わっているからBというのは、数値調整を行って比較しているのか？ たまたまその数値ということでCではないか？	数値目標に係る数値については、毎年（又は数年毎）に実施される国や県の統計データを基にしており、それらの統計で定められた調査基準日における数値を比較したものとなっております。
18	がん	日向保健所	P20 【数値目標】	P16がん検診受診率の向上が課題として記載されているが、数値目標に加えられていないので、計画の変更時の今、「宮崎県がん対策推進計画（P20）」にある数値目標「がん検診受診者の割合を増やす」を追加してはどうか？ 循環器系・糖尿病対策ページ（P26, 34, 40）では、特定健診実施率が数値目標として掲げられている。	がんの数値目標については、主に医療提供体制の充実に関連する指標を掲げております。御意見につきましては、次期計画策定に向けて検討してまいります。
19	—	日向保健所		各分野における「各種計画」の連動について、再確認を行い、それぞれの分野の文章の中に記載されるべきではないか？ 近々「宮崎県循環器対策推進計画」が策定されるようであるが記載がない。もしくは、わかりやすく総論に疾患別事業別各種計画一覧（例：「がん」→「第3期宮崎県がん対策推進計画」）としてまとめるはどうか？	御指摘のとおり、医療計画については、各分野の計画との整合性を確保し、施策、事業に取り組むことが重要でありますので、今後も引き続きそのような取り組みを継続すると共に、わかりやすい記載の方法については、次期計画策定に向けて、検討してまいります。
20	感染症	延岡市	P114 （医療提供体制の強化）	自宅療養では、完全な隔離が難しいため、感染が拡大する危険性が高くなると思われれます。そのため、感染者を増やさないように、P114【施策の方向】（医療提供体制の強化）に以下の項目を追加するよう提案します。 「軽症者に対しては、宿泊療養ができる施設のさらなる確保に努め、自宅療養者が増加しないように体制を整えます。」	御指摘の内容については、「施策の方向」に「患者が症状や状況に応じて、必要な医療や支援を受けられるよう」の部分で県としての「施策」の方向を示しております。

番号	疾病事業名	団体名	該当ページ	御意見	御意見に対する県の対応方針等
21	心血管疾患	宮崎大学医学部附属病院	P34 (二次予防としての早期発見)	二次予防としての早期発見→生活習慣病の早期発見が心筋梗塞の予防につながるということであれば、一次予防ではないか？	一次予防は「生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病等を予防すること」、二次予防は「心血管疾患発症の危険因子である生活習慣病等を早期に発見し、早期に治療すること」の趣旨で用いております。
22	心血管疾患	宮崎大学医学部附属病院	P34 【数値目標】	数値目標の根拠は？具体的に何をやっていけばこれが達成できるか？以前より検診体制を強化するなら、具体的にどのように強化していくのか。 現時点で県が実際にやっている具体的取り組み、行事を示して頂くと良いです。	数値目標の項目及び目標値は、「健康日本21（第二次）」の目標を参考に設定しております。 県では、「健康みやざき行動計画21（第2次）」において、肥満予防・改善、歩行数の増加、野菜摂取量の増加、食塩摂取量の減少を重点項目とした各種取組を行っております。現時点での県の取組については「宮崎県健康長寿サポートサイト」で情報提供を行っております。
23	心血管疾患	宮崎大学医学部附属病院	概要版	心筋梗塞等の心血管疾患、の項に保健指導の強化、とあるが、具体的にどのように強化しているのか。	特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上のための広報や、業務従事者の資質向上のための研修会等を実施しております。

番号	疾病事業名	団体名	該当ページ	御意見	御意見に対する県の対応方針等
24	救急医療	宮崎大学医学部附属病院	P61 (第三次救急医療体制)	<p>(疑問点)</p> <p>①宮崎県には現在3カ所救命救急センターが設置されているが、そのうち2カ所は宮崎市内にあり距離的にも14km程度しか離れていない。よってこれら2カ所の救命救急センターの役割分担をもっと明確にしてはどうか？</p> <p>②県西地域に指定された救命救急センターがない。</p> <p>(解決案)</p> <p>①素案の61ページに、「宮崎大学医学部附属病院は(中略)全県下をカバーする救命救急センターとして、重症救急の最後の砦である。」と記載されている。実際に県全域より重症外傷や広範囲熱傷、重症中毒疾患、重症敗血症など他の医療機関で対応困難な救急疾患が集まってきたり、実質上は高度救命救急センターの役割を果たしている。よって宮崎大学医学部附属病院救命救急センターを、県全域をカバーする「高度救命救急センター」として指定したらいかがでしょうか。</p> <p>②県西部においては、都城市郡医師会病院が県西部の救急の中心として実働しており実績も上げています。都城市郡医師会病院を地域救命救急センターとして指定してはいかがでしょうか？</p> <p>以上により、県立延岡病院が県北地域の、県立宮崎病院が県央そして県南の一部、都城市郡医師会病院が県西そして県南の一部の救急医療を守備範囲とすることが明確になり、さらに宮崎大学医学部附属病院が高度救命救急センターとして全県下のバックアップを行う形も明確になり、県民にもわかりやすい構図になるかと思えます。</p>	<p>宮崎大学医学部附属病院救命救急センターの高度救命救急センターの指定及び県西部にある都城市郡医師会病院の救命救急センターの指定については、初期から第三次までの救急医療体制の充実や救命救急センター間の役割分担・連携体制の構築のために重要な視点でありますので、関係機関と検討してまいります。</p>

番号	疾病事業名	団体名	該当ページ	御意見	御意見に対する県の対応方針等
25	周産期医療 小児医療	宮崎市		<p>安心して子どもを産み育てることができる環境整備を推進する観点からも、以下の事項について、喫緊の課題として県全体で取り組むことを記載してはどうか。</p> <p>①分娩取扱施設の確保 (宮崎東諸県医療圏における分娩可能な診療所数は、医師の長時間労働などから減少傾向にあり、2017年の12から2021年の8へと大きく減少している。)</p> <p>②小児医療機関の確保 (本市における小児診療所数は減少傾向にあり、開業医の高齢化も進んでいることから、救急を含む小児医療体制の確保が重要となる。)</p> <p>③小児救急医療体制の確保に必要な小児科医の確保 (宮崎市夜間急病センター小児科は、医師会会員医師の高齢化等による担い手不足から、診療体制の維持が課題となっている。現在は、宮崎大学の協力により深夜帯の診療体制を維持している状況であるが、今後具体化する医師の働き方改革を踏まえると、小児科医師の派遣機能を担う宮崎大学医学部附属病院の医師確保が重要となる。)</p>	<p>①基本的に周産期医療の提供体制については、主に正常分娩を取り扱う一次の分娩取扱施設も含め、「周産期医療圏」単位で考えております。</p> <p>他方、二次医療圏単位で分娩取扱施設のない圏域が生じた場合、まずは、正常分娩の体制の整備について、主体となる圏内市町村とともに課題を整理し、活用できる地域資源も踏まえて方針等を定めることが重要であり、その上で県として地域の実情を踏まえた支援を行ってまいりたいと考えております。84ページの「施策の方向の(7)」に、このような県としての施策の「方向」を示しております。</p> <p><u>②③御意見については、「施策の方向」の「「こども医療圏」の設定及び各種施策の推進」、「休日夜間急患センター等の充実」及び「安定的な小児科医の育成・確保」で県としての施策の「方向」を示しておりますが、医師会や宮崎大学等関係機関が連携して取り組むことを明記します。</u></p>
26	脳卒中・ 心血管疾患	小林保健所	P7、8 イ 数値目標 の進捗状況	<p>一次予防の為の生活習慣の改善「現状値」「進捗状況」の記載がないようですが、県民健康栄養調査がコロナの影響で実施されなかったため記載がないという事でしょうか？</p> <p>40歳以上にはなると思うのですが、今後県内の保険者の特定健診等のデータを集計したものを使用される事も御検討ください。</p>	<p>県民健康・栄養調査については来年度実施予定であり、策定時の数値が現時点の最新の数値であることから、現状値、進捗状況の記載をしていません。</p> <p>特定健診等のデータは、県民健康・栄養調査と単純比較ができないため、計画への記載は予定しておりませんが、状況の把握等で活用してまいります。</p>

番号	疾病事業名	団体名	該当ページ	御意見	御意見に対する県の対応方針等
27	救急医療	日向市 東諸県 郡医師 会	P63 (救急医療従 事者の資質の 向上)	<p>休日夜間急病センター等での初期救急医療は宮崎市と都城では毎日19時～7時の間診療が行われており、延岡市では診療科により曜日、時間が異なるものの19時30分～7時の間診療が行われています。しかし、その他の医療圏では19時から23時の範囲での診療となっていて23時以降の診療の実態は不明です。</p> <p>また、休日夜間における入院治療を要する重症救急患者を受入れる第二次救急医療施設は65機関があるものの、入院診療の受入れの実態も不明です。一方、入院診療についてある程度義務が生じる病院群輪番制方式や共同利用型病院方式については、前者が5/7医療圏で、後者が2/7医療圏で行われています。</p> <p>病院群輪番制方式ないし共同利用型病院方式を採用している医療圏は都城北諸県圏域では2医療機関あるものの、その他の医療圏ではいずれかの方式を採用している病院が各々1医療機関あるだけです。</p> <p>いずれにしても大変厳しい状況にあります。医師の働き方改革への取り組みの中で2次医療圏での休日夜間での2次救急医療体制が崩壊しないよう方策を練ることが喫緊の課題と思われまます。</p> <p>第7次宮崎県医療計画中間見直し(素案)では「医師の働き方改革を踏まえた体制の構築について」が追加されています。人的余裕がない2次医療圏でなんとか維持されている夜間休日の2次救急医療体制が「医師の働き方改革」により存続困難とならないようにしなければなりません。</p> <p>第8次医療計画を出すまでにある程度話し合っておかなければ遅きに失する可能性があります。現在の病院群輪番制病院や共同利用型病院に加わっている医療機関が集まり、現時点での問題点や今後の見通し等について協議の場を通して体制構築していくことを提案します。</p>	<p>各医療圏ごとの救急医療体制の記載内容については、次期計画策定に向けて検討してまいります。</p> <p>また、今後、県内の第2次救急医療体制を構築していくためには、「医師の働き方改革」を踏まえて取組を進めていくことが重要でありますので、次期計画策定に向けて関係機関と協議してまいりたいと考えております。</p>

第7次宮崎県医療計画中間見直し（素案）に関する意見等について

（令和3年12月7日～令和4年1月6日 パブリックコメント）

番号	疾病事業名	該当ページ	御意見	御意見に対する県の対応方針等
1	精神疾患	P49 （依存症）	<p>ネット依存・ゲーム障がいについては、その原因や予防・治療方法が明らかになっていないため、具体的な相談、普及啓発を推進するうえでは科学的根拠に基づいて行う旨記載すべきである。</p> <p><修正素案> ○ 近年、懸念されているネット依存・ゲーム障がいに対応するため、依存症相談拠点を中心に【科学的根拠に基づいて】相談対応の充実や普及啓発を推進していきます。</p> <p><参考> 第204回国会 参議院 内閣委員会 第4号 令和3年3月16日 ○政府参考人（赤澤公省君；厚生労働省社会援護局障害保健福祉部長）</p> <p>ゲーム依存、ネット依存、スマホ依存についての発症のメカニズムは現時点で確立した科学的知見は承知しておりません。 ゲーム依存、ネット依存、スマホ依存について、現時点で治療、予防に関する確立した科学的根拠、科学的知見は承知しておりません。今後、これらの発症のメカニズム等の解明につなげるよう、更なる研究により科学的知見の集積を図る必要があると考えております。</p>	<p>「ゲーム障害」については、国際疾病分類第11版に新たに追加され、2022年1月から施行されているところであります。</p> <p>一方、国においては、ゲームの使用時間と依存症との関係の科学的根拠の確立を目指している段階であります。</p> <p>このようなことから、いただいた御意見を踏まえ、次のとおりとしました。</p> <p>「近年のインターネットの普及等により、広がり懸念されているゲームへの依存に対応するため、今後、確立される科学的根拠や知見に基づき、依存症相談拠点を中心に相談体制の充実や普及啓発を推進していきます。」</p>

番号	疾病 事業 名	該当ページ	御 意 見	御意見に対する県の対応方針等
1 の 2	精神 疾患	P49 (依存症)	<p>ゲーム依存症についてWHOのICD11に載っておりますが、正式に採択されておらず、またこれを受けて山田太郎参議院議員が国会の答弁にて「日本においてゲーム依存等の定義がなされていない」「治療等について科学的な知見は定まっていない」という回答を引き出しております (参考：https://taroyamada.jp/?p=14567)</p> <p>さらに2021年11月、そもそも「ゲーム依存症」というものについてWHOが認定論拠となる論文・文献を提示できなかったというニュースがありました。 (https://automaton-media.com/articles/news.jp/20211119-183064/)</p> <p>よって現時点で「ギャンブル等依存症」と同列かのようにウェブサイトで表記・扱うことは、「科学的根拠が不十分かつ国が定義していない『病気』を作り出す」という行為に繋がっております。</p> <p>また、ゲーム依存症について背景となる精神疾患、未成年なら学校・家庭環境の問題こそ根本原因にあると考えている人もおります。</p> <p>課金ゲームやいわゆるガチャへの過度な熱中はもちろん注意すべきであり、対策もとる必要もあるでしょう。あくまで現時点で「相談対応の充実」を重点にする旨の強調などを要望・意見とさせていただきます。</p>	(1と同じ)

番号	疾病 事業 名	該当ページ	御 意 見	御意見に対する県の対応方針等
1 の 3	精神 疾患	P49 (依存症)	<p>ゲーム、ネットの依存、障害についての問題点としてはP49にある治療法を推進するような案は今、現在、厚生労働省はまだ治療法が見つかっておらず。2年前にされた香川県のゲーム条例は県民たちの反対を聞いておらず間違った方向に進んでしまいました。これらの原因は久里浜医療センターの誤った研究をされてしまってそれが条例に出されて大きな悪影響を生み出してしまいました。whoが認定していると久里浜医療センターは言うておりましたが、whoはまだゲーム障害、依存症に付きましては認めてもらっておりません。付きましては大幅な修正と削除を希望します</p>	(1と同じ)
1 の 4	精神 疾患	P49 (依存症)	<p>依存症相談は大切なことであるが、「ネット依存・ゲーム障害」はメカニズムが解明されておらず、治療法も確立されていないものなので、計画に載せるべきではない。国会の政府答弁（令和3年3月16日参議院内閣委員会、厚生労働省答弁）で「ゲーム依存、ネット依存、スマホ依存についての発症のメカニズムは現時点で確立した科学的知見は承知しておりません。」「ゲーム依存、ネット依存、スマホ依存について、現時点で治療、予防に関する確立した科学的根拠、科学的知見は承知しておりません。今後、これらの発症のメカニズム等の解明につなげるよう、更なる研究により科学的知見の集積を図る必要があると考えております。」とされている。</p> <p>「ネット依存・ゲーム障がい」は削除すべき。</p> <p>依存症の相談対応や普及啓発は科学的根拠に基づいておこなう旨を記載すべき。</p> <p>以上のことから、該当箇所は 「○ 近年、懸念されているさまざまな依存症の問題に対応するため、依存症相談拠点を中心に科学的根拠に基づいて相談対応の充実や普及啓発を推進していきます。」 と修正すべきと考えます。</p>	(1と同じ)

番号	疾病 事業 名	該当ページ	御 意 見	御意見に対する県の対応方針等
1 の 5	精神 疾患	P49 (依存症)	<p>ネット依存・ゲーム障害については、その原因や予防・治療方法が明らかになっていないどころか、因果が逆の可能性が指摘されています。</p> <p>要は「ゲームのせいで引きこもりになった、ではなく引きこもり状態で出来るのがゲームだった、ので一見するとゲームに依存しているように見える。」とか「実際にはいろいろやっても拘らず、その全てに於いて何らかの形でネットを使っているのでネット依存に見える。」というのが正解ではないか、という事です。</p> <p>そもそもWHOが定義したのは『Gaming disorder』としてなんです。そして disorderには依存症という意味は含まれてないんです。</p> <p>そして、重大な問題として『英オックスフォード大教授がWHOに根拠や参考にした文献等を問い合わせたら「ゲーム障害認定の判断の根拠や正当性を文章で伝えるのは、不可能ではないものの難しい」という事実上の【自分で調べてくれ】という返答が来た』と『ICD-11の改定などに携わった米コロンビア大学博士が「(ゲーム障害を認定するように)各国、とくにアジアの複数国から甚大なプレッシャーを与えられている」というメールを送った』というのがあります。</p> <p>コロンビア大博士の話は個人向けのメールからですから信憑性を疑わなくてはなりません、これらが事実でしかも実は依存症でも病気でもなかったら『依存症と看做された者への名誉を含めた各種の回復・補償問題』が発生してしまいます。</p> <p>これは優生保護法における強制断種問題と同等の問題になるでしょう。</p> <p>よって、ネット依存・ゲーム障害と見える人に対しては『ネット・ゲームの方からではなく労働・学習・家庭環境や地域の公共交通や店舗の状態からその者が引きこもり等になった原因を探る』という形で行い、そしてネット依存・ゲーム障害という概念は『一旦無視』という風にすべきだと思います。</p>	(1と同じ)

番号	疾病 事業 名	該当ページ	御 意 見	御意見に対する県の対応方針等
2	感染症	P114 (医療提供体制の強化)	<p>1. 「入院受入病床のさらなる増床を図る」について [意見] 「増床」というとき、単に病床数だけでなく、医師および看護師をどれだけ割り当てられるのか。その具体的数値（現状確保されている数、目標値）を示して頂きたい。</p> <p>その際、上記病床の種類は、医療法7条2項に定義されている「一般病床」と理解してよいのか。「感染症病床」あるいはその他の病床もあり得るのか。それも可能であれば、示して頂きたい。</p> <p>また、ICUはコロナ用病床としてカウントされているのか。一般病床をコロナ用病床にするのと異なるのか否か。これも可能であれば、示して頂きたい。</p> <p>《理由》 「病床」を1床増やすと、看護師が何人必要になるのか。一般人はその基準を知らない。</p> <p>昨年、患者数が多い時には記者会見が開かれた。その際に、「病床」と「医師」と「看護師」の配置基準がわからなかった。従って、「逼迫」と言われるのだが、ベッドが足りないのか、人が足りないのか、よくわからなかった。DMATの1チームのメンバー数が定められているように、1病床に看護師何人が必要なのか。その現状値と目標値を示していただかないと、具体的な計画にならないのではないかと考える。</p> <p>昨年、旧宮崎市郡医師会病院の病床が十数床確保されているが、看護師不足のため、その病床を使う予定はないと、夕方の記者会見で県福祉保健部の方が回答されていたと思う、都城市のアパホテルが宿泊療養施設として使える状態であった際も、看護師が足りないということで稼働が数日遅れたと記憶している（やはり記者会見にて）。</p> <p>また、宮崎市の県立病院で重症者用病床を13床（と記憶するが）確保されたと緊急記者会見で発表された。このとき看護師が100名ほど配置されるということだった。</p>	<p>1. 新型コロナウイルス感染症患者の入院については、厚生労働省の通知に基づく臨時的な取扱いとして、感染症病床以外に入院させることが認められており、本県においても、既存の一般病床や療養病床を活用して、病床を確保しているところです。また、入院受入病床として、ICUを確保いただいている医療機関もございますが、医療法上、ICUは一般病床と区別されるものではございません。</p> <p>病床1床あたりの人員配置につきましては、診療報酬制度に基準が設けられておりますが、コロナの感染拡大時か、平時であるかに関わらず、実際の各医療機関の患者受入体制において、医療従事者が何人いれば充足している状態であるのか等、一義的に明示することは困難であると考えております。</p> <p>2. 回復後患者の転院先については、コロナの入院受入病床には加えられておりません。転院先においては、通常の医療と同様に、患者の病状に応じた病床へ入院することとなります。</p> <p>また、人員配置につきまして、前述と同様に、明示することは困難であります。</p>

番号	疾病事業名	該当ページ	御意見	御意見に対する県の対応方針等
2 (続き)	感染症	P114 (医療提供体制の強化)	<p>この県立病院の配置基準は、千葉大学病院の8床に対して看護師100名とは異なっていた。緊急時の対応と認識し、法的根拠があるものではなかろうと当時考えていた。</p> <p>しかし今回計画を立てられるのであれば、配置基準と法的根拠を示して頂きたい。</p> <p>コロナの場合の人員配置基準について、回答可能であれば、注記していただきたい。</p> <p>①重症・中等症・軽症により、どう異なるのか。</p> <p>②一般病床を重症用の病床にした場合と、感染症病床とではどう異なるのか。</p> <p>③一般病床を重症用の病床にした場合と、ICUとではどう異なるのか。</p> <p>④①～③が診療報酬制度によって定められているのだとしたら、配置基準は明示できるのではないのか。それともできないのか。</p> <p>2. 「回復後患者の転院」用の病床について [意見]</p> <p>①コロナ用に確保された病床としてカウントされているのか、されていないのか。その場合の医師・看護師の人員配置基準を示して頂きたい。</p> <p>②コロナ用の病床としてカウントされていないのであれば、医療法7条2項に定義されている「一般病床」「療養病床」、場合によっては「精神病床」に該当するのか。すると、もはやコロナではないから、通常的人员配置基準に従うことになるのか。</p> <p>その場合、平時の看護師数、コロナ用病床に配置可能な看護師数(最大値)、左記「最大値」の場合の「回復後患者の転院」用病床に配置可能な看護師数を、どう想定しておられるのか、お示しいただきたい。</p>	(前頁のとおり)

番号	疾病事業名	該当ページ	御意見	御意見に対する県の対応方針等
3	心血管疾患	P33 (表)「急性心筋梗塞等心血管疾患医療圏」	見にくいので表中の藤元中央病院を削除すべき。	今回の中間見直しにおいては、医療圏の見直し、各医療圏における急性期病院の追加・削除等についての関係者間の協議を行っていないことから、表については計画策定時のままとし、枠外に同病院が廃止されたことの注釈を加えることとしております。
4	心血管疾患	P34(二次予防としての早期発見)	(一次予防としての早期発見)のほうがよいのでは。()以下の本文中の文章は一次予防(心筋梗塞発症以前)に対する内容です。二次予防(心筋梗塞発症後)は、かかりつけ医がしっかりと血圧、LDL管理、糖尿病管理および栄養・運動療法指導、服薬指導などを行い、冠危険因子の管理を行い、再発予防を徹底する必要があります。文書の見直しを望みます。	一次予防は「生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病等を予防すること」、二次予防は「心血管疾患発症の危険因子である生活習慣病等を早期に発見し、早期に治療すること」の趣旨で用いております。御意見につきましては、次期計画策定に向けて検討してまいります。
5	心血管疾患	P34 【数値目標】	二次予防(発病後の再発予防)の数値目標として、発病していない健常者が多数含まれる特定健康診査の実施率や特定保健指導の実施率を指標として使うのは不適切と思います。具体的には急性心筋梗塞であれば、高血圧<130/80、脂質異常症LDL<70、糖尿病HbA1c<7.0%、禁煙率などになるかと思いません。	二次予防は「心血管疾患発症の危険因子である生活習慣病等を早期に発見し、早期に治療すること」の趣旨で用いております。数値目標の項目及び目標値は、健康日本21(第二次)の目標を参考に設定しております。御意見につきましては、次期計画策定に向けて検討してまいります。
6	心血管疾患	P34 【数値目標】 心大血管疾患リハビリテーションを実施できる医療機関数	鹿児島県では各医療圏ごとの心リハ実施施設数が掲載されています。本県も同様の検証が必要かと思えます。リハビリは頻回の通院が必要ですから、各医療圏に一つは欲しいところです。	本県においても心大血管疾患リハビリテーションを実施できる医療機関が存在しない二次医療圏があります。より多くの医療圏で実施できるよう、担い手である専門的な知識と技術を持つ医療従事者の育成等に努めてまいります。

番号	疾病 事業 名	該当ページ	御 意 見	御意見に対する県の対応方針等
7	心 血 管 疾 患	P34 【数値目標】	<p>熊本県では、虚血性心疾患、大動脈瘤、解離の年齢調整死亡率、虚血性心疾患の退院患者平均在院日数、在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合などが使われています。他県の数値目標なども参考にしたいかがでしょうか。</p>	<p>数値目標の項目及び目標値は、健康日本21（第二次）の目標を参考に設定しております。御意見につきましては、次期計画策定に向けて検討してまいります。</p>
8	が ん	P16 が ん 検 診	<p>土日祝も検診受けれるようにしなければ難しいのが実情です。特に前日でないと仕事に入れるかどうか解らないタイプの非正規労働者ですね。</p> <p>検診の予約入れたら仕事の電話が来て検診をキャンセル、そしてそのまま検診に行かず…という事例もあります。</p> <p>それと検査料も重大な足かせになっています。</p> <p>直接聞かなければ値段が解らない、というのは致命的な障害ですが、価格自体が非常に重荷となっている現状があります。収入が低くて検診で数万円なんてとても出せないって人が多いんですよ。</p> <p>ですので、県が主体の補助金制度を作って『県内統一価格』を実施し、誰もが気楽に検診して受けられるようにすべきです。</p>	<p>がん検診の実施主体である市町村では、土日早朝夜間での実施や費用の公費負担等、受診しやすい体制づくりに努めていただいているところです。</p> <p>県としましては、引き続き、市町村や医療従事者等を対象とした各種研修を通じて、よりよい検診体制のための情報提供を行うとともに、国の補助金等の活用に向けた情報共有に努めてまいります。</p>