

岡山県保健医療計画策定協議会（第4回）議事概要

日 時：令和5年10月31日（火）14：00～17：00

場 所：岡山県医師会館4階 401会議室

【第9次岡山県保健医療計画の素案について】

＜第9次岡山県保健医療計画の素案について、事務局から説明＞

○委員 非常に丁寧に説明いただき、ディスカッションした内容がよく反映されていて、丁寧に仕事されていると感心した。ただ気になったのが、以前の協議会において、障がい歯科で全身麻酔を要する患者への対応が、県として非常に不十分で、待機時間が長くなったり、県外へ流出しており、歯科の先生が困っているという話をした。委員も同様に言われていたと思うが、その部分については、記載があまり変更されていないように思う。ぜひ記載していただければと思う。

○委員 先日、県内の障がい歯科診療の実態把握、そして今後の方向性を共有しようということで、協議の場を持った。旭川荘、倉敷市歯科医師会、津山市歯科医師会にお集まりいただいた。現在、その3拠点で障がい者歯科診療に取り組んでいただいている。やはり、3者とも人材的な面において、疲弊しているという現状が浮き彫りになり、今後は、県歯科医師会が主導して、さらなる充実を図ってまいりたいというコンセンサスが得られたという状況である。ついては、今後、大学病院、あるいは県行政とも協議を重ねながら、さらなる充実を図ってまいりたいと考えているが、県行政と折衝するにあたって、この障がい歯科診療というのは、どこの課が担当していただけるのか明確に示していただきたい。どこの課が担当していただけるのか、示していただかないことには、我々としてもどこに折衝したらよいのか分からないため、よろしくをお願いしたい。委員が言われるように、今後は、さらなる充実を図っていきたいと思っている。

○健康推進課長 障がい者の施策については、障害福祉課、医療対策については、医療推進課、保健等については、健康推進課と分かれている状況であるため、今すぐに回答するのは難しいが、相談しながら提示できるように整理をしてまいり

たい。

○委員 縦割行政の弊害だと思うが、この事案については、自分たちの分野ではないと理解しているのだと思うが、せめて、自分たちではないが、どこが担当しているのかということぐらいは、互いに共有していただきたいと思う。

○保健医療課長 部内及び部をまたがったの執行体制について、検討しているが、今回の歯科医療についても、従前から話があったことは理解しており、今後、執行体制を考える上で、そういった部分についても検討してまいりたい。

○会長 早急に決めていただきたい。この件については他に何もなければ終わりということにする。

○委員 看護職確保について、かなり前向きに回答があり、ナースセンターについては、私どもが申し上げたよりもこの協議会の意見を踏まえて、早速、県の広報でいつ、どのようにといったことも提供いただき、速やかな対応を積極的に行ってもらいありがたく、まず、お礼を申し上げたい。その上で、私どもが申し上げた看護職確保の特定行為研修と専門性の高い看護職の750人を目標にしていくために、養成機関数について現状維持というのは、甚だ消極的でもう少し検討していただきたい。単純に数だけではなく、当然、そこに領域別の専門性があることその丸めた数字の750人であることを十分に認識の上、現状の養成力がどれほどかということを考えてもらいたい。先ほどの二次医療圏別の対応を見て、特に県北等の専門医、専門領域の対応が難しく、看護職も同じ傾向である。そういったところこそ、専門性の高い看護職もチームの一員として貢献できると思うので、改めて、再度、関係機関への働きかけをお願いしたいと思う。また、災害支援ナースについては、ご承知のように、この度、法定の制度となった。今まで日本看護協会が行っていたボランティアな災害支援ナースではなく、同じ名称を用いているものの、改正医療法に基づき厚生労働省が養成すべきものであり、日本看護協会に委託している。日本看護協会と各都道府県看護協会がタイアップして養成するという仕組みであり、DMAT等に準じて、5年更新である。その大前提は、医療機関との協定の締結がある。令和6年度から始まるが、見切り発車で私どもが養成の準備を整えているところである。このように、同じ災害

支援ナースという名称を用いているが、実態が相当に変わってくるとともに、位置付けも大きく変わってくることが看護職の間にも十分に認知されていない状況である。よって、県民の皆様には周知していただきながら、この保健医療計画が妥当かどうかと検討していただくことが大事かと思う。そういった観点から申し上げますと、災害支援ナースの注釈が素案の180ページにあるが、これを読む限りはその新旧の区別が全くつきかねる。さらに計画の段階を見ていくと、この新たな災害支援ナースは、災害と合わせて新興感染症の重症度の高い患者にも対応できる災害支援ナースである。このそれぞれのロジックモデル及び指標について、感染症の部分と災害の部分で大きな開きがあるし、統一されていない。まして、二次医療圏域には全くそういったことが反映されていない。果たしてこれでいいのか、再度、検討していただきたい。災害支援ナースの新たな位置付けは、きちんと法制化されたものであるという旨も含めて、適切な表現に改めていただきたい。また、例えば、このストラクチャー指標の災害については、岡山DMATの隊員数があるが、これに準じた災害支援ナースであるので、まだ意向調査など、正式には動いていない段階だと思うが、今後の改定でそれを行うということも含めて検討していただき、感染症と災害を合わせて、両方を担う災害支援ナースであるところを、しっかりとこの計画の中で、誰が見ても分かるような組み立てをお願いしたい。

○会長 新たな状況が生まれてきたということで、今までその話は出てなかったと思う。

○委員 部分的には申し上げていたが、感染症と災害で十分に足並みがそろっていないというところがある。

○会長 これまでの災害支援ナースと状況が変わったということで、まず、それが今回の第9次保健医療計画に盛り込めるのかということがあると思うが、できるだけ盛り込んでいくということになると思う。

○委員 可能な範囲で盛り込んでいただきたい。

○会長 県の方で加えることを検討していただくことと、どこまで国の方で災害支援ナースのことが進んでいるかということがあると思うので、それも見ながら進

めていただきたい。

○委員 先ほど、5つの医療圏の保健所長が説明されて、高梁・新見、真庭、津山・英田の3つの医療圏の保健所長が言われるように非常に困難な状況の中で、対応されているのを再認識した。これら3医療圏は、小児あるいは周産期の領域において、「地域偏在」という問題が最も顕著に現れるところである。換言すれば、医療施設の偏在や、医師の偏在というのが最も関わってくるのが小児あるいは周産期の領域である。医療機能の様々なパラメータを見ると、それらの多くは分数表示になっている。県南には、岡山市や倉敷市には大きな総合病院がたくさんあるし、医師もたくさんいるので、県全体で分数表示してしまうと全体として医療施設や医師の数が充足しているように見える。第3回岡山県医療対策協議会でも意見や提案があったようだが、こういう数字が客観的に示されてしまうと、国からすると、岡山県は医療体制が充実しており、結果として、将来目標として医師数削減が求められ、内科や小児科の医師数でシーリングがかかったままになると考える。鳥取県の場合だと、やはり人口が少ないために分数表示ならば良くみえてしまい、数年先の小児科医師数は今より減らすように、というデータがオープンになっている。地域偏在を客観的に示す指標をオープンにしないと、岡山県は小児科医師がたくさんいるなということで、優秀でやる気のある若手医師が逃げていく可能性も危惧される。岡山県では、医療施設や医師の偏在が喫緊の課題であるということを、正確にストラクチャー指標などでオープンにさせていただくことを求めたい。そういう客観的なデータがはっきり平等に示されるのが前提となって、岡山県庁の方々が、施策の方向や実装化などで、小児あるいは周産期領域に様々に配慮していただいて、総論的なことではなく、かなり深いところまで踏み込んでいただけるのではないかと期待する。やはり、地域偏在が非常に危ない状況であり、何度も繰り返しになるが、小児、周産期においては、県北が危なく破綻寸前であり、可能ならば政治的な力が働いてほしいくらいである。高齢者の方々は、地域包括ケアシステムがあり、手厚くケアされる体制が確立されているが、小児や周産期の領域は、これが全くないため、保健医療のきめ細やかな支援を受けられないと再認識していただきたい。机上配布しているストラクチャ

一指標などが皆様の手元にあると思うが、例えば、25ページの「地域連携小児夜間・休日診療料2」というのがある。24時間体制で地域のクリニックと連携して、小さいお子さんを見ることができる医療体制の指標であり、これを5つの医療圏ごとに「絶対数」として表してもらわないと地域偏在が見えてこない。そうしないと、岡山県は、困難な状況のお子さん、ご家族がいてもすぐに対応できるじゃないかというふうに見えてしまう。県庁の担当の方で熱心に対応されているのは理解するが、#8000を充実させたり、家族への教育を充実させれば、クリアできるという問題では全くない。#8000というのは、あくまでも非常に軽い事態の心配への対処にすぎない。「地域連携小児夜間・休日診療料2」の数は、おそらく高梁・新見医療圏、真庭医療圏では0、津山・英田医療圏では1で、津山中央病院の方々が命を削って働いて、もう崩壊寸前である。少なくともストラクチャー指標においては、医療圏ごとに情報開示して、客観的な指標として、岡山県では医療圏ごとに地域偏在が生じていることが明らかになるようにしていただきたい。

○**会長** 先ほどの県南西部の話でもあったが、産科の先生が廃業され、対策としておおまかに書いてあったのが非常に気になったが、そのようなことが進んでくる可能性があるということで、大変心配されているということなので、よろしくお願ひしたい。

○**委員** 「施策の方向」では、しっかり考えますと記述したり、また、県庁の方はPDCAサイクルを回してなどとしばしば記述し、発言されたりしているが、実質的にPDCAサイクルを回すことは大変困難なことであり、そう明記している以上は確実にそれを実行してほしい。小児や周産期の領域で起こっていることを、もっと深刻に考えていただきたい。

○**会長** 本当に厳しい状況というのは、間違いないので、県で対策ができれば、やっていただきたい。

○**委員** 素案の190ページにおける医療体制の維持のところ、遠隔治療というのは、これからますます質を変えていくように思う。医師と患者の間を補足する島根県でかなり前から制度化されているコミュニティナース、そういうふうなも

のが必要になるのではないかと思う。地域に根差した方をコミュニティナースと位置付け、安全・安心な高齢者の診療を補足する。制度化されれば、必ず必要になってくるのではないかと思っている。この次の計画では可及的に出てくる課題ではないかと思うが、そういうふうな記述はいかがか。

○会長 これはD t o P w i t h Nといった表現だと思うが、計画の中になかったか。

○医療推進課長 w i t h Nといった表現はないが、これからオンライン診療が必要になるということで、今、実証実験をやっているところである。今回、医者と患者と看護師という形がよいのか、他の形がよいのか、実証実験の結果を通じて、これから施策の中で反映していこうと考えているため、計画としては、オンライン診療と書き込まないが、読み込めるものと考えている。

○委員 これからの課題ということで、機能の役割分担を精神科医療は進めていけないといけないと記載されており、まったくそのとおりで、精神科医療は進化をしているところは色々あるが、患者がかなり変わっており、役割分担をかなりしていないといけない。各病院は、私立が大変多いので、死活問題と感ずるため、かなり覚悟をもってやっていただきたい。今日は、2点ほど注文をしたいが、精神科救急の受け持ち率で、県精神科医療センターが8割と出ているものがあり、その正確さについて確認してもらいたい。民間は輪番制、県精神科医療センターは通年制という形なので、カウントする日数が明らかに違う。要するに、正確な数字を使うことが、これからの機能評価、分担に非常に関わってくるので、県には正確に把握していただきたい。2点目は、アウトカム指標のことで、退院の1年間ということだが、アウトカム指標も非常に重要であり、今後の機能評価、分担に必ず関わる数字になるが、3か月以内再入院という入院の質の評価指標も是非、入れていただきたい。630からも出すことができるので、是非、入れていただきたい。これを分析することによって、役割分担について色々なことが分かってくる。

○健康推進課長 精神科救急の件については、表現の仕方を検討してまいりたい。目標値の追加についても、検討してまいりたい。

○委員 申し上げた意見について、丁寧に対応していただきありがたい。先ほど委員もおっしゃった1年目の地域の平均生活日数を上げるというのは、本当にありがたい。今、おっしゃった3か月以内の再入院というのは、非常に多いので問題ではあるが、1回1回の入院日数が短いということでトータルとして1年間で生活している日数が長くなるということで、私は、こちらの指標が良いかなと思います、お伝えしたい。基準病床数の算定について、精神病床等に変更がないということだが、国における精神病床算定の提案の段階だったかもしれないが、認知症とそれ以外とを分けて、一元的に計算するような式だったと思うが。それがもし採用されたとしたら、再度、計算し直すということになるのか。また、決まれば、回答をお願いしたい。もう1点、160ページに数値目標を挙げていただいているが、令和11年ではなく、令和8年だったり、令和9年だったりするのは、障害者計画等に合わせているのか。

○健康推進課長 おっしゃるとおりである。現段階で国から示されているものである。

○委員 身体合併症についても検討いただきありがたい。先ほどの147ページの最初の課題の一番上のところに、「精神科医師は、がん、糖尿病等の生活習慣病の予防と重症化防止のため、生活習慣病を合併する患者に対応する能力、または身体科医師との連携が必要」とあるが、私が思っていることが言葉足らずだったが、比較的、入院中に急性の身体疾患を発症される方の覚知が遅れることが多いということがあり、連携をするのはよいが、連携する前にまず見つけないと連携のしようがないので、能力を上げるような努力や支えが必要ではないかという意味合いだったので、難しいかもしれないが、検討していただきたい。

○委員 内容というよりも表記のことについて、225ページの図表とそれに対するコメントが221ページの「在宅死亡者の割合は」とあると思うが、図表が読みにくく、理解がしづらいことがあると思う。自宅で亡くなられた方が何パーセントで、老人ホームが何パーセントでという表記ではないと思う。全体の中で、在宅が何パーセントで、その中の内訳を出そうということだと思ったので、この図表は難しい。少し違う記載の方がよいのではないか。また、各保健医療圏のと

ところで、死産の数が出てくるが、すごく数が小さい1胎、2胎など、どこまで表記するのかというところが気になった。2点目は、感染症のところ、感染症予防計画をどういうふうに反映したのかと思い、感染症予防計画も参照してくださいというような記載があってもよいと思った。

○医療推進課長 図表の読みにくさについては、もう一度、どうすれば読みやすくなるのか検討してまいりたい。表記についても、どこまで記載するのかというご指摘があったが、再度、検討してまいりたい。

○委員 救急について、前回、話をさせていただいて、ある程度適切に書かれていると思った。171ページについて、二次救急体制の維持が困難となる懸念があると記載があり、ではどうしたらよいかの疑問が残ったが、これも検討していただくことでよいと思った。地域保健医療計画のところ、高梁・新見医療圏の13ページについて、高梁・新見医療圏から県南西部医療圏への流出がかなり多く見られる。今でも倉敷には医師が多いとか、基準病床数が多いとか言われているが、救急体制については、かなり逼迫している状況である。今後、他の地域からの流入というのは、高齢化に伴って増えてくると思われるが、その時に今後の体制が大丈夫かという懸念がある。そういう懸念についても、県行政には考えていただきたい。特に、基準病床数が多いと書かれているが、もし今後、削減となった時には、大丈夫なのかと思う。川崎医大は倉敷中央病院といつも連携しているが、懸念になっているところなので、検討していただきたい。

○医療推進課長 救急医療体制について、今後、医師の働き方改革があり、救急医療体制が今以上に逼迫するのではないかという懸念については、確かにお聞きしている。これは、計画というよりも改革に伴う今後の課題ということになるが、県庁内で検討している。ただ外にお示しできる段階ではない状況である。

○委員 災害医療について、健康危機管理のことも十分書かれていて、住民、患者の健康管理、危機管理がメインになっているが、発災、災害時には急性期において、医師、医療従事者にかなり負担がかかると思う。医師の働き方改革について、発災時、災害時、いわゆる非常事態の時の働き方改革の考え方は、厚労省の方から指示があるのだろうか。

○会長 これは労働局のことだと思うので、ここで回答は出てこないと思う。

○委員 素晴らしい保健医療計画ができる思い、感心させられているところだ。関係者の皆様に感謝申し上げる。この資料は、今後の岡山県の医療を考える上で貴重な資料になるのではないかと思う。1点、計画というよりも、今後に向けての提案を申し上げたい。真庭の現状だが、病院経営が危機的な状況になっているということ、地域が危機的な状況になりつつあるということをお伝えしたい。真庭では、かつて8つあった病院が6つになった。1つは、2011年に、140床余りあった病院が破産倒産した。本年3月には、40床あった病院が閉院した。診療所もどんどん減ってきている。このままでは、無秩序に地域病院が閉院していったら、地域医療が保てなくなるのではないかと強い危機感がある。これから先は、やはりもう一步踏み込んだ持続可能な医療機関経営の視点を取り入れた保健医療計画になることが求められるのではないかという気がする。今回資料を見ると、県南東部医療圏、県南西部医療圏でも2015年から2020年以降は、人口が減ってきている。5つの医療圏ごとに見てみると、県南の2つの医療圏の未来が、特に真庭や高梁・新見医療圏に、既に現実となってきたことがよく分かる。それは、人口減少と、スタッフの不足、高齢化があり、その結果、病院経営が極めて厳しくなっている。医療従事者が本当に深刻で、真庭の医師の7割は50歳以上である。今はまだ、団塊世代の70歳代の医師が頑張ってくれているからなんとか維持できている。それが一気に、危機的な状況になるのではないかと思う。高梁・新見医療圏でも看護師、准看護師の5割が50歳以上というふうになっている。病院経営の視点でも、人口減少やコロナで追い打ちをかけられて、かつて経験したことのない厳しい状況が続いているが、これから先は、地域医療の持続可能性という点で、医療機関の経営に関して、何か踏み込んだサポートや指導等があればよいのではないかという気がする。岡山大学病院で「おかやま病院経営講座」が開講されて、画期的なことだと思う。私たちが病院の理事長や病院長になる過程を振り返ってみても、医学教育でも卒後研修でも医療機関の経営について、学ぶことがなかった。これからの時代は地域医療が崩壊して、地域が崩壊しないために、医療機関経営の視点を取り入れられることが求め

られるのではないかと思う。

○会長 これは、第10次保健医療計画に盛り込むかどうかということになるかもしれないが、それまでに病院が破綻している可能性が非常に高い状況にあることは間違いないと思う。本日、各委員からいただいたご意見を踏まえて、素案を修正していきたいと思う。私と事務局に一任させていただいてもよろしいか。

各委員 異議なし

○会長 ありがとうございます。それでは、私と事務局で十分に協議をして、素案を取りまとめたいと思います。

【その他】

○委員 我々、医療保険者とすれば、どの地域、どこに住んでいても同じような医療を受けられるというのが理想であると思う。今回、色々な資料を見て、岡山県も厳しい状況というのがよく分かった。やはり医師の偏在や、医療機関の偏在は、十何年前から言われていることだが、これに加えて、少子・高齢化がどんどん進んでいる。この計画が6年ということになると、先ほどから言われているが、医療は崩壊するかもしれない。医療機関も持続可能にしないといけないし、命も守らないといけない。緊急の場合、先ほどの高梁・新見医療圏の資料であったが、1時間以内の搬送で間に合わないこともあると思う。そういった意味で、岡山県だけではなく、都道府県全部だと思うので、その偏在を少しでも無くしていく必要があると思う。例えば、ドイツであればエリアごとに医師の数や医療機関の数等が決められており、そういうふうにしていくことも考えていく必要があるのではないか。日本の場合は、何か悪い事が起こらないと変えられないということがあると思う。是非、岡山県は、他県とも色々情報交換しながら、必要なデータを示した上で国に対して強く働きかけていただきたい。