

## 岡山県保健医療計画策定協議会（第3回）議事概要

日 時：令和5年8月31日（木）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 要望をたくさん汲み取り、よくまとめられていて感心した。いくつか気になった点がある。今、看護師が結構大変な状況である。400ページのグラフだと、約9割の看護師が県南西部、南東部に勤めているようだが、人口ピラミッドからいうと年齢が上にいくに従って人数が下がっていく、普通に考えるとやめていく人よりも新規採用が多いので看護師が増加していくように思う。それから岡山県はICU、HCUが非常に多い県だが、手術の低収入化が進んでいるため、今後は中長期的にICU、HCUが減っていくし、それから一般病棟も白血病でさえ、外来で治療するような時代であるため、急性期病棟も少しずつ減少している。市内の病院長と話していても病床のダウンサイジングの話が出てくる。そうすると、中長期的には看護師が余る方向にいくと思うが、現在、看護師が足りないのはなぜかというその原因分析をしているのか。地域性が問題なのか、職場環境のミスマッチなのか、給料が安いのか、保育所がないからやめていくのか等、どういう理由でというのはわからないが、原因の把握、分析がされないと、有効な対策や育成の補助ができないのではないかと。

○医療推進課長 前田委員のいうとおり、看護師が足りないということはよく聞く。岡山県は全国と比較すると、看護師が多い県にはなるが、地域偏在があり、特に県北では年齢層の高いベテランの看護師が多いということは事実である。我々としても、保育施設等の交渉をしてみたり、いろいろしてみたが、増えていかないという状況である。どうして看護師が足りないのか、たくさん資格を持っている人がいるのにどこに行くのかといったことなど、追跡調査をしてみたいと考えている。その上で必要な施策を考えていかなければならないという認識を持

っている。

○委員 細かいことで申し訳ないが、177ページから178ページにかけて、顔の見える関係を作るというのは非常にいいことだと思うが、例えば、178ページの災害時の救急医薬品等についてというところで、「岡山県薬剤師会等関係団体の協力により、確保・供給体制を確立しています」とのことだが、災害時のときには、避難所等も含めて医薬品の提供等を県が行うという認識でよいのか。

○医薬安全課長 災害時の供給すべき医薬品等については、関係団体と協定を結ぶことによって確保している。供給体制については、平成30年7月豪雨の際に非常に混乱をきたしたということを契機に、薬剤師会等の協力を得て、災害時に保健医療調整本部と地域本部を立ち上げた際に、災害薬事コーディネーターという薬剤師を配置して必要な現場の方で必要な薬剤等の情報収集をして、県の本部の方に速やかに伝達するというシステムを構築したところである。こういったことを県が実施する。

○委員 この項目に関しては、第8次岡山県保健医療計画の時も同じような文言だったと思うが、平成30年7月豪雨の時には県の方から倉敷市に医薬品がどの程度必要なのか教えてほしいというような連絡があったようだ。市町村が必要な医薬品の調整をしないといけないかのように受け取れるが、それは違うということではないのか。

○医薬安全課長 この災害薬事コーディネーターのスキームについては、平成30年7月豪雨以降に設けたものであり、まだ一度も動いたことはないが、例えば、前回の平成30年7月豪雨であれば、倉敷市内に本部があり、そこにコーディネーターを2名配置し、各避難所で要望のある医薬品等の情報を吸い上げて、すべての要望を県の本部へ伝え、その逆で返していくという流れを想定している。

○委員 そうであれば、現実的に動くような体制を訓練等も含めてやっていただきたい。それから182ページの文言で気になるのが、DMATという表現で、例えば岡山赤十字病院は37という形で表現されているが、普通、岡山赤十字病院は医療班や救護班という名称でDMATではないというふうに聞いている。このあたりは岡山赤十字病院と話をしているのか。また、平成30年7月豪雨の時に

一番困っただろうと思われるのは、災害医療コーディネーターを誰がするのかと  
いったこと。平成28年にはいろいろな研修等を岡山赤十字病院がしていたと思  
うが、災害時の時には岡山大学の救急の先生も来ていたし、川崎医科大学の先生  
も当然いて、国のほうからもDMATの先生もいるという状況で、誰がリーダー  
シップをとっていくのか、誰が仕切るのかという順位付けができていなかったた  
め、岡山赤十字病院のドクターは非常にやりづらかったということがあった。こ  
のあたりのことも考えていただきたい。最後に263ページ、岡山県の健康危機  
管理体制の図がある。健康危機管理地域対策本部という名称があるが、本部長は  
県民局長となっている。しかしながら、保健所長会の方での現地保健医療福祉対  
策本部の案は保健所長がトップになっており、県民局次長となっているけれど  
も、そういう立場になっている。この健康危機管理体制とどう違うのかよくわか  
らない。いろんな意味での危機管理においては、県民局長が本部長になるのが当  
然よいだろうと思う。私は、保健所長がなつてはいけないと思わないが、保健所  
長の上には、次長や部長がいるのにそんな指示なんか出せないと思う。公務員は  
職位ですべてが決まるような世界ですから。保健所長が本当に動かせるような体  
制にするのであれば、県の組織を変えるぐらいしないと、うまくいかないように  
思う。そのあたりのことを考えていただければと思う。

○医療推進課長 今年訓練を実施するので、指摘、指示のあったことを踏まえて、  
岡山赤十字病院、各大学の先生と誰が頭を取ってどうするのかといったことをき  
ちんと訓練できるようにしてまいりたい。

○会長 県で医薬品の備蓄があるのか伺いたい。

○医薬安全課 現在は流通備蓄という形で対応している。数と品目のリストがあ  
り、卸業者とすり合わせができています。

○会長 現在、日本医師会でもJMATの携行薬品、携行資器材の選択をしている  
が、県に備蓄があればということで伺った。

○委員 一つ目は、160ページの自殺の部分で、全体の自殺の数が出ているが、  
小中高の自殺というのが512人でこの記録の中では最高であるといったデータ  
がある。また、妊産婦の死亡の要因の第1位が自殺であると。性別のことも言っ

ていたが、もうすでにそういうデータもあるのか。パラメーターとしてとても重要だと思う。

○**健康推進課長** 特に20歳未満の自殺者数ということで警察庁とか全国でオープンになっているが、小中高の自殺については、文部科学省が別でデータを持っている等で認知していると思うが、県に入ってくる警察庁のデータでは20歳未満の数字しか把握できない状況である。妊産婦についても、20歳代の女性が何人自殺したか、どういった原因かということはわかるが、その人が妊産婦であったかということは統計では取れないような仕組みになっている。

○**委員** 当院の虐待の責任者をしているが、年々小児のそういった事案が増えているということを経験している。岡山県は他の都道府県に比べて、例えば、医師、社会福祉士、児童相談所、警察などが連合で協議会をしようということで、昨年からはじめて、かなり虐待関係の対応は進んでいると思う。ただ、虐待死というのはなかなか正確に把握ができないため、結局20歳未満の自殺の数というのがパラメーターとしてとても重要だと思う。そこを数値目標や現在の数値を出してもらって来年以降どうするかという話をしたいが、そういったことは可能か。

○**健康推進課長** 数字としては出せるが、岡山県では、人数がそれほど多くはないので、検証とかそういうことではよいかもかもしれないが、何人といった目標値を定めるというのは難しいところがある。

○**委員** 160ページであれば、人口10万人当たりという、バックグラウンドの人口で補正しているが、何かそういうデータがあって目標設定等があると、評価、フィードバックしやすいため、考えていただきたい。

○**健康推進課長** 人口10万人当たりというのは出せると思うので、数字が少ないということは気になるが、検討してまいりたい。

○**委員** 小児では県北、周産期では県北及び県南西部が脆弱であるので、例えば、地域卒卒業医師であったり、あるいは自治医科大学卒業医師の後期配置以降のときに積極的にその方面に回ってくるような、そういうことを配慮してもらいたい。特に県北は危ない状況で、ずっと担ってきた方が高齢になったり、実際に働ける小児科医師も少なくなっているため、そういう形で検討してもらいた

い。

○**会長** 県南西部は産科医が二人ほどお辞めになったので、200～300人の妊婦がどこに行こうかと迷っていると聞いたことがある。20歳以下の自殺については子ども・福祉部でやるのか、保健医療部でやるのか。文部科学省がデータを持っているとのことだが、子ども家庭庁ができて、そういったことはどうなのか。

○**健康推進課長** 自殺対策全般は健康推進課が所管しているが、それぞれの分野で対策をしていかないといけないので、それぞれのところで事業をやっているという状況である。数などの統計的なところは、健康推進課がまとめている。学校のデータについては、教育委員会からもらわないと把握ができないこともあるため、そういったものを集約し、協議を進めていくという状況である。

○**委員** 子ども家庭庁からも自殺した人の年齢を聞いてくると思うので、きちんと準備していた方がいいと思う。

○**委員** 自殺については、県、それからの全市町村がそれぞれ自殺対策基本計画というようなものを現在整理している。自殺の年齢階級別等になるととても数が少なくなる。従来第1次時には自殺率を下げようという目標があったが、市町村レベル、都道府県レベルでそういう計画を数字に基づいてやるというのはあまり合理的ではない。一方で自殺の予防にある程度有効であるとされているいろんな施策が実際稼働していない。それをどういうふうに進めるかということで、アウトカムとしての死亡率を下げるという目標から、むしろ施策の方向性の導入という形のプロセス型の目標に進化してきているという結果がある。取り上げるとすれば、特定の教育システムであるとかサポートシステムをどう作るかといったことになると思う。基本的には、自殺対策基本計画というものが各都道府県、市町村単位で作られているので、県の大きな保健医療計画に自殺のことを盛り込むのは少しアンバランスだと思う。

○**委員** 今の意見を踏まえて、この保健医療計画はそもそも何であるかということは第1章の性格のところには書いてあるが、具体的には先ほどの自殺に代表されるように法に基づく関連の計画や、ガイドライン等があって、そこで詳細に実行

計画を含めてやっていると思う。それを鑑みると性格のところはきちんと関連計画の位置付けが一目でわかるような形で書き込むということが必要だと思う。施策の方向のところでは、例えば、5疾病のところでは、第4次がん対策推進計画というふうに期間を明記して書かれているものもあれば、自殺についてはその大綱に基づきというだけにとどまっていたりという状況であるため、整合性を現状、施策の方向のところにも関連についてきちんと明記しながら全体像を示すといった編集が必要ではないかと思う。関係者にとっても非常に理解をしやすいし、県民に分かりやすいコラムもよいが、まずは第一に優先すべきことだと痛感している。そういった関係で、例えばタイムラグがあるが、認知症基本法を成立したが、それぞれの計画は努力義務となっていて、まだ施行はされていないけれどもこの医療計画のスパンの間には必ずやそれが出てくる。そういった明らかに予定された法律があって、いずれは計画も策定されるべきだろうということも見込んだ上で、こういったものを示す。そして法律に基づく計画ではないが、基本指針として、看護について言えば、8月24日に看護の人材確保に基づく基本方針の最終案が示されており、そういった基本方針に基づいた対応といったものが当然必要になってくる。そういったことも踏まえ、最初の総論のところでは述べ、各論のところでは関連の部分の関係性を明記するといったことが必要ではないかと思うのでぜひ検討していただきたい。

○医療推進課長 計画の性格ということは医療法のところでは出ているが、先ほど言われたように施策の方向のところではアンバランスな部分については、編集の時点で確認していきたい。指針の話もあったが、今後将来にわたって成立するだろうということについては、いつ頃成立するか等も含めて検討する必要があると思う。この計画については6年間だが、だいたい3年経過するごとに見直すということもしているため、そういったことも含めて検討してまいりたい。

○委員 医療観察法病棟というのがあり、犯罪を起こしたけれども、精神疾患のために治療が必要な人が入る病床だが、被虐待の人が非常に多い。小中のところで自殺を予防できたとしても、将来的にもずっと問題を起こしやすい。また、発達障害も非常に多い。子どももそうだが、思春期あるいは大人に対しても発達障害

の人の診療といった部分に焦点を当てられないか。150ページに今回発達障害の早期発見、早期支援も加えてもらって非常にありがたいが、さらに、できれば小児以外の少し上の世代の発達障害の診療についても注力していくということを記載していただきたい。

○健康推進課長 成人後の発達障害についても、障害者の部分もあるのでそちらとの取り組みも相談しながら検討してまいりたい。

○委員 167ページのドクターカーについて、記載していただきありがたい。これから活用の方法があると思うので、入れてもらいよかった。371ページ以降の医師の確保の部分で、高梁市も含め高齢化は非常に大きな課題である。文章として高齢化しているということは記載してあるが、これをどうしていくかということが大きな問題だろうと思う。389ページに地域枠の卒業医師数の数値目標があるが、これは来年から義務年限が終了する医師が出てくるということで、その医師を地域定着へ持っていきたいという強い思いからこうなってきたんだろうと思う。これに含まれているかもしれないが、義務年限終了後に県内へ定着している医師がどのくらいいるかという指標は作れないだろうか。193ページには自治医科大学卒業医師の割合が出ている。制度資金が違うと言いながら、そういったことができればいいなと思って見ていた。それから379ページの図表10-1-1-1-1の分娩取扱医師偏在指標という部分について、読み方を教えてほしい。高梁・新見が12.9というのはどういった数字なのか。また同様に382ページの小児科医師偏在指標の算出の根拠を教えてほしい。文章ではいないといった記載があるが、図表を見比べればいいのか、県民の方が見たときにわかりにくい。また、403ページから看護師の話があるが、養成力の強化というところで、よいと思うので実現できるようにしていただきたい。先ほど地域枠の看護師はなかなか難しいという話があったと思うが、今は民間の人材紹介会社を利用して就職、転職をする人も増えていると思う。手数料が高いという話も聞いている。できるかわからないが、ナースセンターを経由して再就業した看護師を指標にできないものか。公的な人材紹介事業ということで認知度も向上すると思うので、取組等を推進できないかということをご提案したい。それから看護職の就業者

数が全国と比較して岡山県が多いという現状であるが、養成力ももちろんだが、県内の地域偏在の取組も目標等設定できないか。

○医療推進課長 自治医科大学の医師と違い、地域卒の医師は、今後、義務年限が明けて出ていくということになるので、今年県内で数字が出てくるので、数字を追いかけていくということは必要なことだと思う。指標にするのはこの時にするのか、次回にするのかといったことも含めて検討してまいりたい。379ページの偏在の指標については、今手元に元となるデータがないため、調べる。ナースセンターについては、民間の人材紹介会社に頼むとお金がかかってしまうということはある。ナースセンターの数字等を把握したうえで指標にするかどうか検討してまいりたい。

○委員 92ページの外来医療に係る医療提供体制のところ、かかりつけ医について記載があるが、当たり前すぎて、書いただけというだけで、これをどうやって普及させればいいのかが一番大事だと思う。これだと話にならないのではないか。それから紹介受診重点医療機関だが、ほとんど地域医療支援病院と重なるのではないか。ここの違いが見えないのに、明確化するといってもどうするのかわかりにくい。168ページに初期救急医療体制が出ているが、久米郡医師会がなくなって、県北部でも今回、津山の定住自立圏の中で初期救急を検討するということが始まったところだが、地域の分子ではなく、もっと広い範囲でできないということになりつつあるため、そのあたりのサポートの具体的なことを記載していただきたい。

○会長 全体的に具体的な施策は記載していないため、要望ということでよいと思う。

○委員 何点かあるが、一つは精神科の患者が身体合併症になってしまったときに一般病床に入れる割合というのが全国レベルで高いということはとても良いことだと思う。問題は精神障害が重いために一般病床に入院できない人の身体合併例の治療はなかなかハードルが高い。現在は岡山大学の精神科病床や、川崎医科大学の精神科病床をお願いをして治療をするというのが、オーソドックスなパターンである。そういう重症精神障がい者の人たちの治療の状況というのを把握し

て、必要な施策をしてほしい。また、治療を行う場合、意思確認が難しい。意思確認支援といったことをしてもらわないといけない。精神科の一部の病院では倫理的な問題として、だんだん広がってきていて、倫理コンサルテーションチーム等を作ってやっているところもあるが、他のところについては意思確認支援の考え方というのを、支援の輪を広げるような形で施策を実行してもらいたい。合併症の中の一つで、結核は特殊なところへ入院しないといけない。県下でも数年に一度の割合で、隔離が必要な重症精神障がい者の結核事例が発生する。今までは広島県の病院へお願いをしていた。そこが中国地方を一手に引き受けてくれたが、そのサービスはなくなった。ということで、今発生すると困ってしまう。この計画を策定している間にも、早急に対策を練っていかないといけない状況になっているのでよろしくお願ひしたい。それから151ページの部分について、現状認識の確認だが、疾患単位で岡山県精神科医療センターを最終的な砦と思っている疾患はほとんどない。岡山県精神科医療センターが得意としているところと不得意としているところもあるし、民間病院が得意としているところ不得意としているところもある。特に治療抵抗性統合失調症を医療センターにお願いしたことはないと思う。これは基本的に民間病院がやってきた分野であるので、文言の書き方については工夫した方がよい。

○健康推進課長 身体合併症のことについては、意思確認支援等どこまで具体的にどういうふうにしていけばいいのかすぐには答えられないため、教えていただきながら、県がどういうことができるのか検討してまいりたい。結核についても、別の結核の協議会があるので、そことも協議しながら共有してまいりたい。指摘があった部分の書きぶりについては、持ち帰って検討してまいりたい。

○委員 結核については、岡山県でも対応できる体制を作っておいた方がいい。当院に陰圧の部屋が3つあり、結核の対策をするには空気感染が強いので、そのあたりを相談しないといけないが、少し工夫すればできると思う。先ほどの身体合併症については、147ページに記載があり、なかなか具体的な話は書けないと思うが、連携についてであるとか、精神科病院は診療機能として脆弱な部分があるので、それを上げていくとか、漠然とした話で申し訳ないが、盛り込んでもら

えると、我々としてももう少し頑張っていけないといけないと思う。地域定着や地域包括ケア、それから退院の促進ということがあがるが、160ページの指標の入院後3か月、6か月、12か月の退院率について、重要な指標である。国の指標でも地域平均生活日数等があったと思うので、そういった指標を活用してもらった方が実態にあったものになると思うので検討していただきたい。在宅医療の精神もかなり進んできている。岡山県は精神先進県だが、いろいろな病院が在宅医療や退院促進に手を出していけるような形にしていくということも地域包括ケアに非常に即した方針だと思う。

○**健康推進課長** 指標について、在宅で過ごした日数など国もあげており、県の障害者福祉計画の方にはそれを指標としてあげている。こちらの計画に持ってくるかについては検討してまいりたい。

○**会長** 救急車で搬送される人の20パーセントぐらいは精神障がい者と言われている。非常に難しいところもあると思うが、よろしく検討していただきたい。

○**委員** 今日の全体の報告で適切な対応が見られて、素晴らしい保健医療計画になるということに感謝したい。4点あり、この計画を実現に向けて進めるためには、地域医療に責任を持っている地域の医療機関の病院経営が破綻しないように継続していく必要があるということを感じた。そのために規模の適正化、あるいは機能の適正化、地域内での一層の連携、機能分担、さらには統合を含めた検討が今後不可欠になるだろうと考える。すなわち、医療の質だけではなく、医療提供体制の質がこれからますます重要になってくる。岡山大学病院において、昨年岡山病院経営講座が開講されたことは非常に朗報だ。地域同士の連携が大切ということで、救急の連携に関して情報提供する。真庭市消防本部から聞いたが、真庭と津山との間で、昨年1年間のデータで、真庭圏域で発生した救急の内、真庭を経由せず、津山に一次搬送されたのは7パーセントとのこと。逆に言えば、真庭圏域で発生した救急の93パーセントは真庭の医療機関に搬送されている。一方で、昨年1年間に金田病院に一次搬送された救急車のうち、津山圏域から搬送されたのが19パーセントだった。津山でパンクした状況になったら、近隣の医療圏の中小病院も役割があるということで、ますますの連携の重要さが

数字になって出てきたと思う。2点目は、医師の地域枠制度が非常に機能してきたことを実感することが今日あった。当院には本年4月から地域枠卒業医師が派遣されているが、その医師から訪問看護から入院されていた患者の在宅、自宅の状況について、訪問看護ステーションに問い合わせがあったと、幹部会で訪問看護ステーション管理者から報告を受けた。医師が入院患者の居宅の詳細な状況を退院に備えて直接訪問看護担当者に問い合わせることは、かつてなかったことであり、幹部会のメンバーからはさすが地域枠卒業医師だと拍手が起こった。この一事を通して、岡山県の地域枠制度が形になってきたと実感した。3点目は、前回の会議で県北等の看護師、薬剤師の不足が深刻になっているため、医師の地域枠制度のような制度を導入してはどうかと提案したが、県の方から看護師についてはそのような制度を作るのは難しいとのことだった。国の方針や予算の関係から簡単にはいかないと思うが、引き続き多角的な視点から検討してもらいたい。一方で薬剤師に関しては、地域枠制度も含めて引き続き検討するとのこと。岡山県病院薬剤師会会長、副会長、岡山大学病院副薬剤部長が当院まで状況確認のため遙々来てくださった。その結果、岡山大学病院から月に1回程度、公休を利用して薬剤師を派遣してくれることになった。大変ありがたく思った。4点目は、地域の精神科のことについて、当院にも何年かに1人くらい自殺企図で多数の自傷があり、救急搬送されることがある。入院での管理がぜひ必要だが、到底一般病院には入院できないということで、夜間に県北の精神科病院を複数探したが、受け入れはどこも困難で、結果的に受けてもらったのが唯一岡山県精神科医療センターだった。最後の砦になってもらい、本当にありがたかった。県には引き続きご支援をお願いしたい。

○医療推進課長 救急体制については、自主的な連携が県にとっても、県民にとっても、患者にとってもありがたいため、ぜひよろしくをお願いしたい。地域枠についても、県としてこれからサポートしていきたいと考えている。看護師、薬剤師の地域枠についても、状況に応じて多角的に検討してまいりたい。

○委員 397ページの看護職員について、人口10万人ベースで出ているが、患者数ベースがあったのではないか。人口10万人ベースはどうなのか。また、働

き方改革でこれまでやってきたことがどうだったのかという、これから増やすということもあると思うが、そういったことも含め、今回の計画の信憑性を見てみたいと思う。それから38ページの図表4-1-1-3で、介護療養病床が令和2年から3年で極端に下がっているのはなぜか。制度改革等があったのだろうか。

○医療推進課長 人口10万人ベースというところで、ベッド数に対して看護師がどのくらい必要かということではなく、人口10万人に対して看護師がどのくらいいるかという指標となっている。38ページの介護療養病床が激減しているといったことについては、手元に資料がないため、持ち帰って回答する。

○委員 看護師の数のところで、前は患者対看護師の数だったと思うが、何か変わったのか。

○医療推進課長 前も人口10万人当たりの看護師数で変わってはいない。もしかしたら、何か別のもので患者対看護師数があったのかもしれない。現段階ではこの計画の中では把握していない。

○委員 その時は7対1で、岡山赤十字病院はクリアしたと聞いたことがある。人口対看護師よりも、患者対看護師の方が正確ではないかと思う。

○会長 それは病院の看護体制の話で、それとこれはまた別の統計になると思う。10対1とか、20対1というのは病院の中の話で、ここでの統計は住民の中どのくらい看護師がいるかという話である。

○委員 薬剤耐性菌対策が感染症対策の重要な課題になっていると思うが、現在、都道府県で登録されている病院からの報告に基づく耐性菌検出割合について、5種類程度の菌株で言えば岡山県が全国最悪という状況がここ数年間続いている。感染症ではあるが、対策の方向性は感染症予防計画の中に盛り込むべき項目というよりは、むしろこの保健医療計画に盛り込むべき項目になるのではないか。あえて言えば、79ページから81ページにかけての医療の安全確保の部分が一番になっているのかもしれない。パラメーターとしては、プロセス型の耐性菌サーベイランスに加入する医療機関をどの程度増やすといったことや、抗菌薬 stewardship という体制をとっている医療機関をどの程度増やすといったものが

考えられる。こういったプロセス型の指標を掲げることによって、耐性菌の検出率を下げるというのは難しいかもしれないが、上昇しないようにするという項目が、少なくとも全国的に検出率が高い岡山県の状況からすると必要ではないか。今般検討されている予防計画は主として、パンデミック等の感染対策のことを注意するものであるため、馴染まないのではないかとということと、対策の方向性が4回目の習熟となることから、保健医療計画の方に盛り込んだ方がよいのではないか。

○保健医療統括監　ご指摘のように世界的にも大変重要な課題で、何らかの対策が必要と認識し、考えているところではあるが、各担当、担当課の業務のちょうど間である。コロナ禍を通じて、感染症の専門家の方々のネットワークができつつある中で、行政としてどういった対策が必要なのかということの意見を伺いながら、検討してまいりたい。今回の計画に載せるかはわからないが、我々としても課題として認識し、できれば計画に盛り込む、難しければ継続課題ということにさせていただきたい。

○委員　障害歯科について、我々が思っている障害歯科診療と、県の方で思っている障害歯科診療には少し乖離した部分がある。前回の協議会で委員から暖かいご叱責をいただいた。障害歯科診療は現在、岡山、津山、倉敷の3か所を拠点にして、各地区歯科医師会が主体で取り組んでいるが、十分に機能しているとは言い難い状況である。今後は岡山県歯科医師会が主導して、口腔保健センター等の設置も視野に入れながら、正面から向き合わないといけない課題だということは重々承知している。今後は大学病院、あるいは県とも協力しながら、積極的に取り組んでまいりたいと思っている。まず、どこを拠点としていったらいいかということから議論を進めていかないといけない。我々の思いとしては、例えば、全身麻酔を用いた歯科治療というものを積極的に進められる環境を作っていかないといけないだろうと思っている。障害を持つ方が予防の処置を受けるというのは、そんなに一般開業医でやるのが難しい、ハードルの高いことではないと思うが、治療にあたって、例えば、笑気麻酔を使用する、全身麻酔下で歯科治療を行うということになれば、ハードルが高くなってくる。しかし、今後は避けては

通れない課題だととらえている。そのあたりも我々がやるべきことであり、責任をもって進めてまいりたいと思っているが、県と一緒に考えていきたい、少し意識が歩み寄れたらどうだろうかと思っている。

○委員 薬剤師が足りないという話があったが、根本的に薬剤師が足りていないという認識は全く持っていない。要するに薬剤師の場合、職域というものが非常に多岐にわたっているので、その職域によって充分であるところと足りていないところがある状況になっているのではないだろうか。この件については、県の方にもいろいろ相談をしている。最終的な落としどころ等については即答できないが、トータルの薬剤師というところで考えると、それぞれの職域に適正な数というのは必要なものなので、それについてどうしていったらいいのかというのは考えてまいりたい。この問題に関しては、厚生労働省の薬系技官とも話をしていて、何かあれば県の方とも相談したい。

○会長 この計画の中にもかかりつけ薬局や認定薬局、いろいろな薬局があるが、何かよくわからないというところがあるので、十分にアピールをしていただきたい。

○委員 403ページの養给力の強化について、先ほどの質疑応答の回答にあったが、養给力ということと実習指導者の養成というところにとどまっているが、現場では当面の養给力を確保することが喫緊の課題である。将来的には余るという位置付けになっているが、当面どうするかといった観点からいうと、今不足しているのは、看護教員である。看護教員になるためには国の規則等によって教員養成講習を受けなければならないが、隣の広島県に頼っていたが、やめてしまい、近県でやっているところがない。今は環太平洋大学が通信をやっているが、教員養成講習会といったものが当然必要になってくるため、そういった教員養成、教員の確保といったところをぜひ検討していただきたい。2つ目は、404ページに数値目標として、専門性の高い看護師の教育機関を加えてもらい、ありがたいが、ただその就業者数750人を実現させるためには県内の養成機関8か所の現状維持では到底無理だと思う。例えばかつて認定の糖尿病と皮膚・排泄ケアを県内の養成機関、県立大学と山陽学園大学と看護協会の3者共同運営で成り立ったから

こそ、落合の方にも糖尿の認定看護師が誕生した。特定行為研修については、医師の働き方改革等、大変医師確保も難しい中で、医師の方々の尽力があってこそ成り立つものであるが、県内は5か所にとどまっている。したがって、現状維持ではなく、もう少し拡大してもらえるように、負担を減らすことや、経済的な支援等もしっかり養成機関に行っていただきたい。

○委員 下り搬送、後方搬送についての文言の整理や、小児救急では#8000の文言や今後対応の質の向上に努めるとの記載もあり、ありがたいと思った。今後は2025年問題として重要になってくるため、現場の意見を吸い上げながら計画の遂行をしていただきたい。

○委員 予防に関して、職域等の記述はあるが、職域に属さない国保加入者についての対策はどうか。岡山県の特定検診の受診率は全国的に見ると低いという現状があるので、職域だけではなく職域に属さない人についても考えていただきたい。

○委員 保険者としては、医療費の適正化を図るとというのが一つの大きな課題となっている。検診であるとか、保健指導といったことを一生懸命しているが、医療の体制の面でいろいろ逼迫しているという状況もこの計画を通じてよくわかった。その中で我々が一番課題だと思っているのは、境界域にある人たちが要治療となってしまうように、その前にできるだけ健康な状態に戻していくことに力を入れていくことによって医療の逼迫に対して、少しは貢献できるのではないかと考えたことも考えている。先ほど話があったが、健康おかやま21という計画を現在、検討していただいているところだが、関連としては重要なところであると思う。いろいろな計画がある中で我々も全力で協力していきたいと考えているので、今後状況を見て、どれだけ協力できるかということをしっかりやっていきたいとも思っている。

○委員 貴重な意見を聞くことができ、大変参考になった。

○委員 医師確保の話題は地域偏在という観点からなされることが多いが、我々の業界（行政）も足りていない。誰でもいいというわけではないので難しいところではあるが、大きな課題として同じ認識を関係者で共有することは大事だと思

う。

○**会長** 少し気になっているのが、医療と介護の狭間について、今、コロナが落ち着いてきて、入院はだんだん減るだろうと、外来もだんだん減るだろうということで、その人がどこに行ったのかというと、在宅に残ったということがある。訪問介護とか訪問看護というところがこれからの医療を支えるために非常に重要になってくる。その医療と介護の複合体のようなものが必要ではないか。また、高齢者のがんについて、5年とか10年とか当たり前に起こるため、どう対応していくかということをごんのところでもう少し考えておいた方がいいのではないか。

○**保健医療統括監** ご指摘のように、高齢者が地域で健やかに生活を続けるには、医療と介護、生活を支えるという視点での強い連携、狭間を作らないことが大変重要だと思う。ただ大きなところで一体化するということになると関わる行政で狭間が出てきてしまうし、そのあたりは地域の医師の方や、介護施設の運営をしている医療機関もあり、最大限の努力をいただいていると思っている。そういったことについては、先日、地域で、「みんなで考える井笠の医療と介護」を開催したが、そこには医療と介護関係者、消防関係者も参加していて、地域の現場での強い連携を感じた。大きな仕組みの中での整理と、現場での努力をしていく必要があると思っている。それで及ばないところはこういった大きな仕組みの中でも何ができるのか、しっかりと検討してまいりたい。

○**会長** がんの話でも同じことだが、要は地域包括ケアシステムがちゃんとできればいいというところだと思うが、あと2年というところで停滞しているのかなと感じる。

○**委員** 第9次岡山県保健医療計画の策定をしていただき、本当に頑張ってまとめられているように思う。この計画がうまくいくかどうかは2点あり、まずは人だと思う。医師、薬剤師、看護師の偏在や、出ていないが、看護助手等のメディカルの人たちの不足が非常に目立っている。そういった人達がきちんと働けて、こういった計画が遂行できるような人数が本当に足りるのか、足りないからこそこういう計画を策定しているんだろうと思う。そして、そういった人材等をいろ

いる確保するにはお金が必要である。委員が先ほど言われたように病院の経営というところで、地方の中小病院は存続が危惧される。特に今回のように物価が上がったりしているが、病院は診療報酬が公定価格で決まっているため、人件費を上げることができない。そして看護師等が他の職種に行ってしまう。どんどん人が足りなくなって、こういった計画がなかなかできなくなるだろうということを本当に危惧している。計画はとてもいいものだが、きちんとできるかということも危惧している。これがうまくいくようお願いしたい。