

## 令和4年度熊本県保健医療推進協議会（議事概要）

日 時 令和5年2月7日（火）15:00～16:50

場 所 ホテル熊本テルサ 1階テルサホール

出席委員 伊藤委員、植村委員、加藤委員、木村委員、坂本委員、高森委員、富田委員、南部委員、馬場委員、福田委員、藤木委員、本田委員、松岡委員、水田委員、本委員、山田（一隆）委員、山田（和彦）委員

欠席委員 千原委員、富永委員

### ○会長選任

事務局案により、会長については福田委員、副会長については加藤委員を承認。

### ○議題

#### 1 第7次熊本県保健医療計画 総合評価について

##### ● 事務局 説明（資料1-1、資料1-2）

#### （質疑応答）

##### ● 加藤委員

資料1-1の14頁で健康危機管理に関する体制は「十分に推進できていない」とあり、新型コロナの対応の中で大変だったと推察していますが、今後の新しい感染症も含めて、どういう取組みをされますか。今回、報道等を見たときに、司令塔がはっきりしない感じがしました。だから、熊本県版CDCを作って、司令塔をしっかりと置き、新型コロナによる死亡者数の増減や科学論文等の科学的視点などから、この3年間を県独自にしっかりと検証すべきと考えます。

また、保健医療スタッフが非常に疲弊していると聞きましたが、そういうスタッフの労働衛生状態、健康状態、医療状態は実際どうだったかなど、反省点がいっぱいあったと思います。この3年間をしっかりと検証し、次につなげていくべきだと思います。そして、自己診断だけでなく、第三者機関を入れて監査してもらい、検証するような仕組みにすると今後しっかりとつながっていくのではないかと思います。

##### ● 健康危機管理課長

私共も新型コロナの取組みについては検証が必要だと思っております。新興感染症への対応ということで、昨年12月に感染症法の改正がありました。また、地域保健法の改正もあり、地方衛生研究所の役割などが明確化されたとともに、保健所の対応についても、ある程度新たな指針が出てくると理解しています。こういった国の動向なども踏まえながら、我々も検討を進めていきたいと思っております。

● 松岡委員

資料 1-1 の 12 頁の周産期医療と小児医療は、「概ね予定どおり推進」とありますが、一方で 16 頁の周産期医療・小児医療を担う医師の確保については、「一定程度推進」という捉え方をされています。この違いはどう捉えたらいいでしょうか。

● 医療政策課長

周産期医療提供体制は非常に厳しい状況という認識でございまして、特に球磨圏域における中核病院の産科医の不在は十分に認識しております。資料 1-1 の 16 頁のとおり医師全体の数は増えておりますが、診療科偏在という課題がございまして、産科医や外科医等、職場環境が厳しい診療科は医師が減少傾向にあります。そもそも地域偏在もありますし、この診療科偏在の是正についても今後、熊本大学病院と県医師会と連携しながら対応していきたいと考えております。

なお、資料 1-1 別冊の 41 頁の周産期医療を見ていただくと、評価方法として、「評価指標の進捗」の項目では、「低出生体重児出生率」や「周産期死亡率」等を設定し、これらの統計データを見るとやや上向きの方で推移しているため、周産期・小児医療については、「概ね予定どおり推進」としていると評価しております。一方で、小児・周産期の医師確保については、産科医数・小児回数を増やすとの目標を達成できていないため、「一定程度推進」（8割以下）と評価しています。

● 福田会長

人吉医療センターが産科をやらなくなり、球磨圏域では、少し高度な医療の提供ができなくなっています。ただ、通常の診療については、地域の病院で診ていると思います。産科医の教授も一生懸命頑張っていますが、なかなか人がおらず、他の方法も考えて、医師を確保しないといけないと思っています。

● 松岡委員

冒頭、会長から地域間の医療の格差が今後問題になってくるのではないかとこの発言に私も同じ気持ちを抱いています。医師の確保は様々な分野において大変厳しい状況にあると認識していますが、県全体の安全安心な医療提供体制の確立をしっかりと行っていただければと思っています。引き続きよろしく申し上げます。

2 保健医療に関する県民意識調査の結果について

● 事務局 説明（資料 2）

● 南部委員

この調査について要望ですが、回答者の年齢が非常に高く、60 歳代以上が 5 割、

6割を占めているという状況で、子育てしている若い方の御意見がなかなか反映されていません。自由記載のところでも、20代の方は一人もなく、30代の方も一人という状況でした。やはり小児や周産期医療に関しては、特に若い世代の意見も大事になると思いますので、今後は、若い方の意見もしっかりとれるような工夫をしていただければと思います。

● 事務局（健康福祉政策課）

今回の調査対象者は県内の市町村の人口比を踏まえて市町村別に無作為抽出しており、委員のご発言のとおり年齢別の設定まではしておりません。そういう意味では我々の主観が少し入りますけれども、ご自身が保健医療に関わられる可能性の高い方が本調査に興味を持ち、結果として年齢の高い方からの回答が多くなっていると思われます。前回調査もそのような結果になっております。いただいた御意見も踏まえて、次回の調査の際に検討して参りたいと思います。

3 第8次熊本県保健医療計画について

● 事務局 説明（資料3、参考資料、資料4）

● 加藤委員

私は、大事なポイントとして、医療費の適正化・医療費の削減を狙う中で、色々な構想や提案があるのではないかと思います、資料を読んでいました。例えば新興感染症の対応が地域医療構想の中に組み入れられるかは、非常に大きなポイントだと思います。効率化と質の高い医療の提供の2点を書いておりますが、それに関わるコストや人材のことはあまり触れられていません。この新興感染症に関しては、病床に余裕を持たせておくという非効率的な医療になるのではないかと私は考えます。一方、地域医療構想は、効率化により病床の遊びを少なくすることを目指しています。民間医療機関は病床に余裕があると経営が厳しいと聞いたことがあるので、病床に余裕を持たせておくことと矛盾が包括されていると思いますが、県ではどのように捉えていますか。地域医療構想の中に新興感染症が入るのでしょうか。教えていただければと思います。

● 医療政策課長

地域医療構想につきましては、人口減少等を踏まえて引き続き実施する必要があり、現行は、2025年度までの計画となっております。これにつきまして、今は、新型コロナの対応や医師の働き方改革を踏まえて、一般病床と療養病床を有する全医療機関において、体制や地域での役割分担をどうしていくか、再検証するという形で25年度までにやっていただく形になります。先程の病床に余裕を持たせる、持たせないの話ですが、国の資料では、平時における場合と緊急時・感染拡大時における場合の2つのパターンがございます。考え方として、平時におい

ては、基本的には感染症指定医療機関で対応いただき、緊急時・感染拡大時には、ある程度一般医療の病床を活用して、感染症に対応するイメージです。まさにここ3年間、各病院、民間・公立含めてそういった体制をとっていただいていると認識しておりますが、この点について、今後、各医療機関の皆様、この3年間の取組内容も留意しながら、今後自分たちがどのような医療を地域に提供していくのか、まず自ら検証していただき、それを各地域の地域医療構想調整会議の場で議論し、共有し、体制を整えていくというイメージになっております。なかなか難しいですが、そういう状況でございます。

● 加藤委員

難しいと思います。例えば医師の確保の問題でも、仕事の量は増えていくのに、労働時間を減らし、働くなということ。現実にはできないようなことを言っていて、腑に落ちないところがありますが、先生方何かございますか。

● 馬場委員

今、御質問のありました医師の働き方改革は2024年4月から始まります。私は、全国医学部長会議の中で働き方改革の委員長として、働き方改革に関する取組みをしています。労働時間の上限規制が加わる2024年4月からそのような働き方改革ができるかという御質問だと思いますが、これはいくつかの観点で取組みを進める必要があると思います。医師の業務の見直しや、タスクシフト/シェア、医師事務作業補助者の適切な配置、ITやロボットの活用等、非常に多くの取組みをしないと確かに難しいと思っております。ただ2024年4月から始まる事が決まっておりますので、粛々と準備を進め、取り組んでいるところです。

それから医師の偏在についても、地域医療の偏在、10万人あたりの医師数が熊本市内は428人、熊本市外は199人と2倍以上の格差があるのが事実です。これも頭数だけではなく、診療科の割合や、診療科内での医師の年齢・性別等をもう少し精緻に見ていく必要があります。例えば、外科の医師の若手のなり手が少なく、非常に高齢化しておりますので、地域の外科の先生の年齢もかなり高齢化しています。そういう状況にあって、10年後どうなるかということを見ながら適切な医師の配置等を考えていかなければなりません。非常に問題が山積しておりますので、できるだけ地域医療に迷惑をかけないように、行政の方々、医師会の方々と連携しながら精一杯取り組んでいきたいと考えております。

● 山田（和彦）委員

6事業目の新興感染症対応について、1点要望したいと思っております。今回の新型コロナでは、高齢者施設で大量にクラスターが発生し、また、入居者は高齢で基礎疾患・障がいを持たれている方が多く、重症化しやすいため、高齢者施設の医療の確保をどうするか、非常にいい経験をさせていただきました。介護保険施設

や高齢者施設は、施設類型によって、医師や看護師等の医療資源にもかなり幅がありますので、今回の経験も踏まえて、新興感染症の今後の対応として、高齢者施設等の医療をどう確保していくのか、是非計画の中に取り込んでいただきたいと思います。平時は医療と介護で分けられ、介護もある程度は対応できる状況ですが、いったん今回の新型コロナのような新興感染症が発生してしまうと、大変混雑し、現場としても苦労しましたので、是非計画の中に入れてもらえればということで御検討をよろしくお願いいたします。

● 福田会長

第8波は感染者の数がだんだん減っていますが、高齢者の方の死亡が非常に多く、大変心配しているところです。特に高齢だから仕方ないとなってしまうのはいかがなものかと思います。せめて何かできることとして、スタンダードのようなものを作っていただくことが大事だと思いますが、御意見はございますか。

● 健康危機管理課長

コロナ対策全般ということで発言いたします。御意見のとおり、高齢者施設における医療体制の確保は課題だと我々も認識しております。これまで高齢者施設に対しては、県医師会、郡市医師会の皆様にもご協力いただいて、医療支援チームの派遣等、色々なことをやってきました。こういった経験も踏まえ、引き続き皆様の御意見を伺いながら、より良い体制を検討していければと思っております。

● 山田（一隆）委員

資料3の「がん」に関する医療提供体制について、9頁に指標の見直し（例）に「指針に基づく検診の実施率」とあります。日本のがん検診受診率は40%くらいという情報がありますが、日本の検診の数の数え方は相当いい加減で、アメリカやヨーロッパとは全然違います。アメリカ・ヨーロッパでは、検診は乳がん・子宮頸がん・大腸がんの3つしかしていませんが、その受診率は、アメリカは80%、イギリスをはじめとするヨーロッパは70%を超えています。死亡率について、先進諸国ではこれまでがんが1位でしたが、がんが今でも1位なのは日本だけです。熊本の死亡者数の1位もがんで、25.9%の方ががんで死亡されています。今、アメリカ・ヨーロッパでがんの死亡者が減っているのは受診率が理由と思われます。今、日本では多くの方ががんで亡くなっており、厚労省ではがん検診受診率50%を目指すと言っていますが、熊本はもっと高い値、例えば60%、70%という、ヨーロッパと同じぐらいを目指す県にしていくべきだと思います。前回も話したと思いますが、こういう会でがん検診の目標受診率を少し上げていくという流れを是非つくっていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

● 伊藤委員

総合評価の資料 1-1 の 11 頁の第 2 節に「疾病に応じた保健医療施策の推進」がありますが、歯科医師会の歯科の立場から申し上げますと、現状、医師会や熊大の先生方、がんの拠点病院、回復期病院、色々な所にご協力いただいて、色々な連携をしているところです。がんの手術期や回復期の連携によって、県民の皆様が安心して医療提供体制を作っていかなければならないとなっています。去年秋頃によくテレビで国民皆歯科健診が話題となりました。これは財源の問題もあり、皆さんが一気に歯科健診を受けることは難しいでしょうが、疾病がある方は、歯科健診等を重点的に行わないといけないと思います。がん・脳卒中・心筋梗塞・糖尿病・精神疾患・認知症も、歯周病もしくは口腔機能の減少、嚙めないことなどによって色々な影響が出てくると思います。この 2 節の中に歯科疾患等の仕掛けを検討・推進するというを入れていただくと、もっと連携しやすくなり、目に見える文言として入ることによって、意識も変わっていくと思いますので、検討していただければと思います。

それから地域における連携について、医療連携室と歯科医療連携室の連携が全然とれていないと思います。やはり地域における居宅や施設などで色々な医療関係者がきちんとした連携をとることによって、シームレスな医療が提供できると思いますし、健康長寿にもつながっていくと思いますので、その辺は是非考えていただければと思います。

(以 上)