

岡山県保健医療計画策定協議会（第1回）議事概要

日 時：令和8年7月1日（水）17：00～18：00

場 所：岡山県医師会館 401会議室

【会長等の選出について】

会長に 内田耕三郎 委員を、副会長に 森下紀夫 委員及び前田嘉信 委員を選出。

【会議の公開について】

岡山県保健医療計画策定協議会の会議の公開について決定。（原則公開とし、個人や法人に関する情報等、非公開条項に該当する事項について審議する場合は非公開。）

【第9次岡山県保健医療計画の中間見直しについて】

＜第9次岡山県保健医療計画の中間見直しについて、事務局から説明＞

○委員 外来医療計画に関する7ページについて、新たに開業する医療関係者等に対していろいろな情報を提供することは、非常に有用な方法であると思う。ただ、外来医師の偏在の状況を押し下げることは重要であるが、おそらく開業する場合には、開業をサポートするコンサルティング会社が付いて情報を提供すると思う。その情報よりも有用で広い視点を含めた情報を持っており、それが適切な経営判断を進める上で重要であると仮定して、その情報をどのように渡すのか。かなり早い段階で開業する人に渡さなければ、開業を決めてしまっていれば、おそらく動かない。現実的に、どのように届けるのか。

それから、16ページに医師確保計画があって、目標の達成に向けた施策内容として、地域枠や自治医科大学の卒業生を派遣するということは、非常に重要な役割であると思う。もしそこで足りない部分があれば、今は65歳でも非常に若いので、シニアの医師がそういうところを助けてあげると非常に良いのではないかと思うが、いかがか。

○事務局 外来医療に係る情報を早い段階でいかに届けるかということであるが、基本的に外来医師多数区域については、不足している医療機能等の情報を計画に基づきホームページ等で公開しているので、まずはそれを案内することと考えている。

65歳以上のシニア医師の活用ということについてであるが、若い方々については、今年度から岡山大学にもお世話になり、地域枠と自治医の義務年限明けの医師の地域への定着促進に係る取組をスタートさせた。さらに、今後の取組としてシニア医師に活躍いただけるようなものをという意見なので、計画を策定していく中で、そうした意見や国のガイドライン等も踏まえながら検討していきたい。

○委員 17ページの医師偏在指標について、全国の指標が若干上昇しているのは、人口の減り方に比べて医師を養成しているからであると思う。県南東部が15.5下がっているのは、補正が上手くいっているという捉え方もあると思うが、スピードが速すぎる気がしている。多いところが少なくなるということは悪いことではないという言い方もあるかもしれないが、2桁で数字が下がっているというのはスピードが速すぎる気がしており、落ち方のデータがあれば、教えてもらいたい。

○事務局 医師偏在指標については、3年ごとの更新である。他の4圏域や県全体では医師偏在指標が上昇しているが県南東部では下降している要因について、詳細に分析できているわけではないが、例えば、県南東部については人口の減少スピードが緩やかであることが要因の一つであるとも考えられる。様々な国の偏在是正の施策が行われており、その影響を受けているのかもしれない。詳細な分析まではできていないが、今時点で考えられるのはそうしたところである。

○委員 10ページの外来医師偏在指標に関して、地域の診療所の外来患者数対応割合で割っている計算式であると思う。11ページを見ると、もともと高梁・新見地域では診療所外来患者数割合が0.497ということで、数字が上がっているのであろうと思う。診療所外来患者数割合がもともと少ないから外来医師多数区域であると言ってしまってよいのか。例えば、何か補足を付けるとか。外来医師偏在指標の数字が上がるようなもとの外来患者数割合ということなので、外来医師が多いと言ってしまって対策するというのは、あべこべのような感じがする。そうしたラベルを貼ってしまってよいのか。数字の計算式で、もともと余力がないところも外来患者が多いと言ってしまうことも気になった。

○事務局 高梁・新見圏域については、今回、外来医師多数区域と国から位置付けられている。一方で、医師少数区域にも該当し、相反するような2つの区域に設定された。外来医師偏在指標については、あくまでこの計算式に基づいての位置付けということで、それがすべ

てではないということは国からも示されている。今回、高梁・新見が外来医師多数区域になった理由としては、この指標の計算方法から見ると、病院と診療所の割合に対して病院を受診する患者が多いということと、圏域外で受診する患者が多いということで、指標を算出した結果、外来医師偏在指標が高くなっていると分析している。そのため、あくまでこの計算式による指標であるということは丁寧に説明する必要がある、実際の医療提供体制の状況や患者の動向等を踏まえながら、今後、計画に落とし込んでいきたい。

○委員 病院からするとチーム医療である。看護師や薬剤師の偏在指標が出ていないのは、国が示していないからか。地域によっては、医師だけでなく他のコメディカルの方々が足りない現状があって、そのために病院が縮小したり病床を減らしたりしなければならないところが増えていると思うが、いかがか。

また、二次医療圏という考え方について、南西部では倉敷一強でその周り（笠岡や総社など）は医師が少ないが、倉敷が多いからといって二次医療圏全体で医師が多いとしてよいのか。

○事務局 看護師や様々な職種の方の人材確保については、今回、保健医療計画の中間見直しということで、国のガイドライン等の見直しを踏まえた見直しであると基本的に考えている。その他の職種の部分等については、先般、国において検討会が立ち上がったと承知している。そうした検討会での議論等の情報を注視した上で、この見直しのタイミングではないと考えているが、今後、検討していく必要があると考えている。

県南西部地域における圏域内の偏在の状況については、当然、それぞれの地域において必要とされる医療機能やそのために必要な医師等の状況を把握した上で、対応していくことが必要であると考えている。ただし、二次医療圏単位というのが基本ではあるので、そこを見ながら、さらにはその圏域の中での状況を見ながら、必要な医療機能の分化・連携や役割分担など、その圏域の中の提供体制の確保について考えていきたい。

○委員 先ほどチーム医療の観点からというご発言をいただき、本当にそのとおりであると思う。看護職については、看護職員需給見通しといった検討も国で準備中である。その動向を見ながらということであったが、27ページの今後のスケジュールを見ると、年内にパブコメがあり、年度末には医療審議会で最終案を審議することとなっている。そうすると、十分な審議がなされないままここに至らざるを得ないということになるかと思われる。そうした

折に、この中間見直し以外の時点でも、時点修正が必要であると思ったときにちゃんとやるとまで言うのか。そこを曖昧にしながら付記をして、3月を迎えるのか。そのあたりが非常に気になっている。

あわせて、今回の医療計画では人材や区域も含めてというふうになっているが、コメディカルについては看護職以外も非常に不足している面があり、そこまで含めて書き込む方針なのか。

○事務局 今回の中間見直しにおいて看護職員、コメディカルをどう考えていくのかについては、国のガイドライン・指針等の見直しに対応していくことを基本と考えている。そうした中で、保健医療計画や新たな地域医療構想を踏まえて、看護の需給見通しも考えていくというような国からの情報もある。国において「医療関係職種の安定的な養成、確保に関する検討会」が5月に立ち上げられ、まさに検討がスタートしていることである。今回の中間見直しにおいては、看護職員、コメディカルの確保の関係については、現実的には間に合わないと考えている。今後、新たな地域医療構想や第10次保健医療計画の策定に向けて検討を進めていくことになる、今の時点では考えている。

○委員 高梁・新見は、外来医師はいっぱいいるが、地域としては医師が少ないという話になってしまう気がする。高梁・新見に病院は確かにある程度あるが、開業医は非常に少ない。なおかつ、高齢になってきている。それを加味せず、素直にこういうかたちで書いてしまうことは、非常に危うくリスクが高すぎる気がする。というのも、外来医師過多地域での開業には条件（産業医や学校医をするなど）を付けることが、地域医療構想に書いてある。それ自体は良いことだが、その条件を付けてしまうと開業しづらいという話になれば、ますますこの数字が変なかたちに動くので、もう少しはっきり書いた方がよい。充実しているように見えてしまうのは、いかななものかなという気がする。

あくまでこれは、二次医療圏で区切っている。今度の地域医療構想では20～30万人に1つの圏域を考えることとされている中で、小さな圏域を2つ残すことを検討すること自体やぶさかではないし、先日の真庭圏域地域医療構想調整会議のときのようにデータを示して外来医療がどうなるかということが出てくるのは非常に有用ではあるが、あまりにもここの一部の数字が動き出すというのはいかななものかなという気がする。数年前の二次医療圏が生きてしまっている弊害のような気もするので、そこをもう少し考えたほうがよいのではないかな。

○委員 この表について、高梁・新見圏域がああ状況で過多であるのは実態にそぐわないという意見であるが、国の一定のルールの中で試算した結果であって、これが国から公表されることになる、県の事務局としてはそれを無視することはできず、当然、それを載せることになると思う。しかし、ご指摘のような実際の現場の状況は、少しきめ細かく、地域医療構想調整会議を保健所で二次医療圏ごとに持っている、そうしたところで地域の皆様方からの意見を伺いながら、必要なこちらへの書込みに力を尽くしたいと思っている。

国から一定のルールに基づいて出てくるが実際の地域では違う、例えば、17ページで指摘のあった県南東部の数字が動いている理由は確認する必要があると思う。例えば、医師・歯科医師・薬剤師調査では、統計の取り方のようなところまで研究して、どう解釈するかなど、保健所としても考えていきたい。

○委員 今回、精神医療と精神病床の見直しもあると聞いている。精神病床については、基準病床数が令和11年に400床ぐらいということで、これは国の計算式でそうなっているのであらうと思う。地域によってずいぶん差があり、現状追従のようなかたちになっており、これが本当に是正されていくのかということは違和感がある。

14ページにあるように、精神病床における慢性期の入院患者数の目標設定が現状だと70人くらい減っており、基準病床数の減少と見合うのかという気がしている。同じ表にある自殺死亡率について、13.0以下への目標変更ということで、もちろんだんだん減らしていかなければならないと思っているが、15を超えている現状にあって、どのような意図で13.0以下としたのか。それから、自殺死亡は、年齢構成と随分違っている。もともと中高年、特に男性に多かった自殺が最近随分減ってきている一方で、若年者、特に女性の自殺が企図を含めて増えてきているので、年齢構成別にやったほうが、どのような努力をしていくか、対応しやすいと考える。

○会長 国が示した計算式やその他のデータを、今日はそのまま出しているということである。委員から意見があったように、岡山県の特長や地域の状況をよく分かっている、提言をまとめるときには附則や意見を付けて、岡山県の実情による特長を加味して作ってはいかがかと思う。

議題（3）保健医療計画の中間見直しについて、了承いただけるか。

＜異議なし＞

【新たな地域医療構想について】

＜新たな地域医療構想について、事務局から説明＞

○委員 新たな地域医療構想の策定が令和11年度にできるので、それから保健医療計画を変えるという話で理解したらよいのか。地域医療構想調整会議の中でやっていくと、都度いろいろなテーマが出てきて、都度決めていくであろう。それを決めたものが3年後にやっと計画として出てくることが現実的なのか。上位概念としてそこで決まったのであれば、こちらも当然動いてよいのではないかと思うが、それは違うのか。地域医療構想で、例えば極端な話、二次医療圏について、地域医療構想調整会議で策定区域に関して考えることとなっている。それを考えて決めた結果として動き出すのは、令和12年ということになるのか。

○事務局 概念的に言うと、地域医療構想が上位概念となって、医療計画はその実行計画のような位置付けというのが、今回の法改正で出されたところである。そうしたことを踏まえて、資料8ページにあるように、新たな地域医療構想を令和10年度末までに策定した上で、その実行計画である医療計画、岡山県でいうところの保健医療計画に落とし込んでいくものが揃うのが令和12年度である、というのが今の大きいスケジュールの流れになる。個別具体的なところについては、実際のスタートのタイミングは案件によって早い遅いというのは出てくるかと思うが、新たな地域医療構想を策定した上で、それを踏まえて次の保健医療計画を策定していくというのが大きい流れであると認識しており、そうした方向で進めていきたいと考えている。

○委員 地域医療構想については、真庭圏域や津山・英田圏域で新しくスタートしている。そこで地域としてはこれをしようというかたちでやっているが、現実に計画として上がってくるのが令和12年ということであれば、相当な乖離がある気がする。地域医療構想で、そこで3年間何をしているのかという話になるし、国がこうしたスケジュールを組んでいるからこうするというのであれば、現場とかなり違ってくる。この計画は令和6年に作り、すでに数字が変わってきており、それに応じて地域医療構想調整会議でいろいろなことを検討した。しかし、結果としてまた3年後に作ったら、より良くなっているか悪くなっているかは分からないが、また変わっているかもしれない。そうであれば、実際問題としての現実感が非常に乏しい計画になる気がするが、いかがか。

○委員 県が新しい地域医療構想を策定するまでは、今の枠組みの中でやっていくという話であると思う。そうすると、今の枠組みの中で各圏域において地域医療構想調整会議をやると思うが、具体的に何をやるかという、各二次医療圏における今の課題について議論するというのを想定しているということではいか。

○事務局 今回の地域医療構想調整会議の中では、地域における医療提供体制の情報や状況について、様々なデータや各医療機関の皆様方の感じていることなどを基に議論いただいていると認識している。今現在で言うと、2025年を目標とした現在の地域医療構想の実現に向けて、現状の医療資源や患者の方々の動向について議論いただいている。今後、新たな地域医療構想を策定する中で、必要病床数の数字も置き換わることになるであろうし、新たに医療機関機能というものも明らかにしていき、2040年にそれぞれの病院がどのような機能を持つかということを構想の中で考えていくということもある。そうした議論が、まずは新たな地域医療構想の策定の中で進めていくことであると考えている。

今やっているところとの乖離があるかどうかということであるが、今現在、地域で必要とされる医療を充足するためにどのような連携のやり方があるかというようなことを議論いただいていると思う。まずは今必要とされる医療を提供するためにどのようなことが必要かという議論、それから今後2040年を見据えてどのようなことが必要か考えていく議論、その両面があるかと思う。今後については、新たな地域医療構想を策定した上で、それに基づいて5疾病・6事業や人材確保を医療計画の中で定めて取り組んでいくという整理であると考えている。

○委員 第10次医療計画が地域医療構想の足を引っ張ることはないか。要するに、これに書いてあるからこうしてくださいということではなく、あくまでこれは参考であって、地域医療がその地域に応じて、例えば極端な話、井笠地区と広島県との話が現実に出ているが、これは絶対書いていない。これに引っ張られると、その話はもう前に進まない。しかし、現実には、地域医療構想ではそうしたことも検討してよいと国は書いている。であるので、それは現実としてはあり得る話であるが、書いていないからやってはいけないとか、まだ先の話であるとか、そういうことにはならないか。

○委員 地域医療構想調整会議は、県レベルでも設置されているが、基本は二次医療圏ごとで保健所が事務局を持っている。地域医療構想の性格というのは、ターゲットイヤーを目指

して、そのときの医療需要の見通しを明確にしていくというもので、次は2040年がひとつのターゲットになっている。それを実行していくための保健医療計画であるので、遠くのゴールを見つめながら途中の計画をきちんと策定していく。これは実施計画であるので、例えば、基準病床数と既存病床数で制限を加える病床規制は、医療計画の根幹になる。それもきちんとより詳細な実行計画として書き込んでいく。遠くのゴール、ファジーに遠くを見通してということになるが、そこを上位計画として、そこに向かっていくための実施計画がこれということである。今、地域医療構想の見直しで国が少し手間取っているところで、我々も少し足踏みをしている感があるが、この計画があるから地域医療構想を制限するということはある得ないと思っている。実際に現場では、どちらがどうなのかと迷うこともあると思うが、それは保健所でも事務局として一緒に悩みながら折り合いをつけていくのかなという気がしている。

○会長 医師会のレベルで診療している人間から見ている景色と、国が見ている景色と、その国のデータを基にいろいろな施策をしている行政の視点とでは、角度や高さが違う。そこをいかにすり合わせていくかというのが、この会議である。一番問題なのは、例えば高梁・新見地域は医師が過多と言われているが、実際に行ってきたが、あり得ない話である。ただ、計算式的にはそうなるのであろう。病院の外来に行き地元の先生には行かないということになるので、とにかく二次医療圏という大きなところに縛られずに、いろいろなかたちで良いかたちにして、岡山県民が安心して暮らせるような社会を作っていきたいということではないかと思う。

各委員から出された意見や提言等を十分に踏まえて、県においては、保健医療計画の見直しと作業を進めるようお願いする。