

令和6年度第1回県南東部地域医療構想調整会議 議事録（要約）

日時：令和6年7月23日（火）15：00～17：00

場所：ピュアリティまきび

方法：ハイブリッド（現地+Zoom ミーティング）

1 開会（1）議長、副議長の選出

議長：平田 洋 委員（岡山市医師会長）

副議長：滝澤貴昭 委員（赤磐医師会長）

2 議事（1）地域医療構想について

① 県南東部地域医療構想調整会議の取組状況について

（事務局から資料1を用いて説明）

② 新たな地域医療構想について

（岡山県医療推進課から資料2を用いて説明）

<意見交換>

【委員】

資料1の報告で高度急性期病床が374床減少したというのは、改めて定量的評価基準を用いて高度急性期病床により回答した結果なのか。昨年度、定性的な高度急性期の報告を定量的に変えるという提案が事務局からあり、その定量的評価により、必然的に減少した数字なのか、あるいは、各高度急性期病院が本当に病床数を減らした結果なのか伺いたい。

【事務局】

質問の報告については、病床機能報告に基づいた数値であり、昨年度第3回で示した県南東部圏域の定量的調査結果に基づいたものとは多少違ったものという理解でお願いしたい。

病床機能報告ベースは定性的なものであることから、結果的に少なくなったものである。

【委員】

資料1の目標の必要病床数の高度急性期機能の定義が、定量的な高度急性期機能とほぼ一致していれば、その数字に向けて合わせていくことについて、比較し議論ができると思う。高度急性期病床が必要病床数として目標にあり、それに見合う県南東部の高度急性期の病床数が示されると議論が成り立つと思うがその辺りはいかがか。

【アドバイザー】

ご指摘のとおりこの必要病床数の予測と、病床機能報告は観点が違うと思う。例えば、高度急性期の2025年の必要病床数は1187床だが、これは、2013年のDPCデータから、人口をかけて導き出し、2013年の、DPCデータの1日あたりの必要点数が3000点以上の部分を高度急性期に定義し、それがその人口動向によってどう変わってくるか、一定の病床利用率で割り戻したものであり、その二つは観点が違うため、性格的には別の数字になると思う。

【委員】

ということは、必ずこの必要病床数を目指して減らすなどの議論ではないということよろし

いか。あくまで、目安の数字ということでよいか伺いたい。

【委員】

資料1は、この段階では通用しないデータとなると思うが、資料2の新たな地域構想を考える時には、資料1の必要病床数のまま行くのか、国が示した新たな地域医療構想に併せて岡山県では必要な病床数として全く異質のものとして考えられているのか、資料2に併せて本当の必要病床数をそれなりに予測しているのかをお伺いしたい。

【医療推進課】

現在の地域医療構想の病床必要量は、平成25年度の人口構成における入院、入院患者の治療動向を令和7年度の推計人口に当てはめて推計した場合の、いわばニーズ予測のような数値であり、これが現在の地域医療構想の病床必要量である。一方で、病床機能報告は、地域医療構想で、今の足元の病床数の変化を見るために、毎年7月1日現在で医療機関から報告いただいている数値になる。それらが前提として、資料2の新たな地域医療構想として、今後の将来必要な病床数をどう考えていくのか、あるいはもう一つ、基準病床数という規制の数値も、地域医療構想の必要量をどう考えていくのか、国の方で議論中であり、議論が固まれば、現在の地域医療構想を作る時と同様に、国が病床の必要量を算出する策定支援ツールを各県に示し、各県一斉に病床の必要量を計算していくこととなると思う。ご質問については、今後、国の方から早めに示していただきたいと考えているところである。

【委員】

ということは、皆かなり神経質になっていた病床数は、この時点ではあまり意味をなさないと捉えてよろしいか。

【医療推進課】

なかなか難しいところだが、将来の2025年の必要量として、ある意味、国が全国的な考え方を示し、それに基づき算出した数値のため、今後2040年を見据えた地域医療構想の中で、また新たに適した形で病床の必要量の求め方を国から示されるものと考えている。

【委員】

大事なところとしてお聞きした。この会議はずっとベッド数を減らす話でかなり神経質に話をしてきたが、ここ2年位はあまりそれも言われなくなり、その差は何なのかと思っていた。

【議長】

「必要病床数（2013年仮定）」等のように記載の表現の仕方も考えていただければと思う。

【委員】

定量的評価で回復期的な急性期として、急性期の病床が37パーセントから30パーセントに減少しているが、今回、診療報酬改定の中で地域包括医療病棟が出てきている。今後の、地域医療構想の中で、地域包括医療病棟の病床数について、今までの急性期病床を地域包括医療病床、病棟にする等、転換していく目標が出ると理解してもいいのか、その辺りいかがか。

【医療推進課】

新たな診療報酬の改定等、様々な考え方が出てきており、今後、今まで通りでマッチしていくのかも、議論の一つとされており、今後2040年まで、現行のままの必要量の計算がなされるままだ、国の検討会で議論中であるため、もうしばらくお待ちいただきたい。

【アドバイザー】

地域包括医療病棟は、今回の診療報酬改定の一つの目玉である。地域医療構想は、高度急性、急性期、回復期、慢性期と四種類に分けており、それらは診療報酬体系とは別に設定している。診療報酬体系の方は、ご案内の通り、急性期の1から6等であり、そこの関係についても、今論点の一つと思うが、現段階では判断できないというところである。

2 議事（1）③ データ分析について （事務局から資料3を用いて説明）

<意見交換>

【委員】

資料2で、国も、複合ニーズをかかえる85歳以上の高齢者について述べているため、今後資料を出す際に、75歳以上後期高齢者だけではなく、85歳以上の人口動態も非常に重要かと思うので、そのような資料をご提出いただきたい。

【事務局】

今後はそれらも検討していきたい。

【議長】

新たな地域医療構想の検討会では、外来医療や在宅医療、医療介護連携も論点とし話し合われているところだが、こうしたことも含め、委員の皆様の所属等で何か取り組まれている事例や気になること等ご発言をいただきたいと思うがいかがか。

【委員】

地元医師会で理事会を月一回開催しているが、会員の高齢化が進んでいる状況である。また、介護デイサービス、デイサービス、訪問看護ステーションも経営が厳しく閉まっていく状況があり、これから10年先、20年先の、医療介護連携を考えるにあたって不安が残る。具体的な数字として出せるものはないが、地域の状況として報告させていただく。

【議長】

一地域に限らず、デイサービス等を維持する職員の確保なども難しい状況になっていることは全国的な課題だろうと思う。賃金向上に向けて診療報酬に加算等あったが、ハードワークに比べて賃金が低いということで人が集まりにくい部分もあるかと思う。

【委員】

資料3で65歳以上人口の中の75歳の人口で、2050年までは緩やかに増加すると説明があったが、2030年をピークに一旦2035、2040と減り、そのあとまた反転し、おそらく段階ジュニア世代が入ることで2050年が大きく増えているものと思う。

2 議事（2）紹介受診重点医療機関について （事務局から資料4を用いて説明）

【議長】

基準を満たし意向のある10病院は、紹介受診重点医療機関として問題はなく、基準は満たさないが意向ある2病院については、追加要因として、紹介・逆紹介率に関しての基準を満たしているため、紹介受診重点医療機関として引き続き合意する。基準は満たすが、意向がない4病院は、紹介受診重点医療機関とならないとして、合意としてよろしいか。

(異議無し)

→意向のある12病院について紹介受診重点医療機関として合意

【委員】

紹介受診重点医療機関になれば、紹介料無しで定額の負担があることや、入院診療加算等の診療情報提供料の算定ができること等、医療機関側のメリットがあると思うが、希望する意向が無い理由について、分かる範囲で教えていただきたい。

【事務局】

紹介受診重点医療機関になると、基本的には、紹介患者を受ける紹介受診重点医療機関という形でPRしていく形になるが、この4病院については、かかりつけ医としての機能を担っていく方向を持っておられるということから、紹介受診重点医療機関の方には意向がないと伺っている。

2 議事(3) 地域医療構想を踏まえた対応方針について(非公開)

<全ての議事終了後、意見交換>

【委員】

岡山大学と広島大学の医学部に岡山県地域枠制度が設置されたと承知している。赤磐医師会病院にも地域枠卒業医師の先生が赴任され、地域の人でも大変喜んだ。地域枠制度の義務年限を終えた後の岡山県内への定着状況が分かれば教えていただきたい。また、今後も当面この制度は継続されるのかお伺いしたい。

【事務局】

現在、広島大学医学部では岡山県枠の学生の募集は行っていないが、岡山大学医学部では継続されている。一方で、資料をお示ししたように、将来的には人口減少に伴って医療需要は減少し、また、若者の数も減少する。医師数を増やすだけでは、医師の偏在の解消にまでは繋がっていない現実もあるので、どこにバランスを取っていくのか、地域枠制度をどう継続していくかについて中央で議論されていると聞いている。岡山県としても、地域枠卒業医師が医師不足地域を支えていることをとてもありがたく思っており、すぐに制度をやめることは考えていないと認識をしている。

【委員】

ありがとうございます。要望にはなるが、この制度、大変重要だと思う。県内の自治体を代表して継続をお願いしたい。

【議長】

医師の偏在は、平成16年の卒後臨床研修制度の必修化に伴って大都会で研修できるようになり、地域に残る先生方が少なくなるなどの問題が生じた。それに対して、内科等の専門医研修の中で必ず地域医療に携わる期間が設定される等の手法によって、少しずつ、医師不足地域に若手医師を派遣しようという試みが国全体で行われているという状況にあるが、なかなか偏在が改善していないのが現状だと思う。自治医大や地域枠制度の取り組みは医師偏在対策のひとつだが、医師不足地域で働く義務年限の後どうなるかが一番問題であろう。岡山県では地域枠の義務年限を修了した人はごく一部ということなので、今後その先生方がどの程度定着してくれるかということが重要であり、この制度自体は引き続き続けていただければ嬉しいと私も思う次第である。

【委員】

地域医療構想から少し外れるかもしれないが、地域の実情としては、周産期医療が大きな課題である。玉野市内でも産科を診ることのできる施設がない状況であり、こうした状況はこれからも広がってくるのかなと思う。一方、国の方針は、周産期医療は大きな病院がまとめていくということが出されているが、ただ、少子化対策を異次元でやる中で、子どもを生むという一番根源的なところは、もっと焦点を当てて、例えば産科のドクターの確保とか、産科を運営する上でのいろんな支援とか、いろんなリスクがあることは色々お聞きするものの、そうしたことに少し力を入れていただきたい。地域で当たり前子どもが産めるという状況を作っていきたいとは思っている。要望というか、希望ではあるが、そのためにうまく具体的に何かできることがあれば考えていきたいと思う。

【医療推進課】

周産期医療に関しては、昨年と今年、メディアなどで分娩取扱い医療機関が閉鎖するという報道があったことで、非常に関心の高いところであるが、県としても、その少子化対策の一つとして、先ほど委員がおっしゃられたとおり、安心して出産から子育てまでできるような環境作り、これを目指していかないといけないということで、色々、予算も新規で獲得していくなどして、力を入れて取り組んでいきたいと考えている。

【議長】

どうしても出産が少ないと産婦人科も患者さんが少なく閉院になるという悪循環が生じる。患者さんが減少してくるとどうしても集約化せざるを得ない。子どもがいないと社会は成り立たないため、人口を少しでも減らないようにということになると思う。

【オブザーバー】

先ほどの周産期の問題について、井笠地域でもやはり分娩施設がなく、妊娠の初期健診を各地域の医療機関で実施し、最終的な分娩は拠点病院として、倉敷成人病センター、川崎医科大学病院、倉敷中央病院、福山市民病院等と連携を取る体制をとらせていただいている。先ほどの地域枠卒業医師のうち3名は産科専属という形で岡山県は増やしている。

地域枠の定着については、昨年度末で初めて義務年限を終えた先生が3人出て、それぞれのところに帰って来ている。今後、義務を修了する先生方にどう働きかけるかが課題であろう。

それから、自治医大卒業医師については、残念ながら義務修了後に関東など岡山県外に出られる先生もおられる。岡山県には自治体病院が少ない。鏡野町国保病院や成羽国保病院等には比較的、帰ってきていただいている。その辺りの定着対策をぜひお願いしていきたいということで、医師会としても伝えている。

【委員】

先ほどから話題に出ている定着については義務年限を過ぎたら他県にかなり行かれるということであるが、少しでも残っていただくために、実は退職金を引き継げる仕組みを今年度から始めており、一部の先生が県内に留まってくれたらと思っている。義務年限を終えた先生も岡山市民病院で勤務してくれており、今の時点でもう少し勉強したいという思いもあるみたいなので、将来、医師不足地域で働きたいという先生も出てくるのではないかと思う。

【議長】

非常に熱心にご議論いただき、ありがとうございました。また、円滑な議事進行にご協力いただきましたこと、改めて御礼申し上げます。

今後、県・事務局においては、本日各委員から出されましたご意見、ご提言等を十分に踏まえながら取り組んでいただきたいと思います。お待ちしております。