

令和8年度津山・英田圏域地域医療構想調整会議（第1回）議事録(所内用)

日時：令和8年6月18日(木)

18:00～19:30

場所：津山鶴山ホテル

1 開会

2 美作保健所長挨拶

委員の皆様にはご多忙の中、本日の本調整会議にご出席いただき、ありがとうございます。

本調整会議において、今年度・来年度にかけて、2040年やその先を見据えた、新たな地域医療構想について、検討を進めていく方針である。

しかし、4月中に発出を目指すとしていた国のガイドラインが、現時点で発出されていない状況であり、本日の議題としては、次の地域医療構想を見据えつつ、まずは圏域における課題等についてご協議をいただきたい。

今後、国のガイドライン発出、県地域医療構想調整会議における協議内容も踏まえた上で当圏域でも、新たな地域医療構想に向けた議論を進めて参りたいと存じますので、委員の皆様方におかれましては忌憚のないご意見をお願いしたい。

3 議長選出及び副議長指名

議長：大谷 公彦 委員（津山市医師会長）

副議長：塩路 康信 委員（美作市医師会長）

林 同輔 委員（岡山県病院協会津山地区病院協議会津山支部長）

藤本 宗平 委員（芳野病院理事長）

4 議題（司会：議長）

(1)圏域における外科医師確保について(スライドにて津山中央病院 岡院長、篠浦副院長より説明)

<委員>

- ・ご承知のとおり、外科医不足は全国的な問題となっている。
- ・本年6月診療報酬改定により、外科医療確保特別加算が新設された。

手術を行った医師にインセンティブをつける、今までにない診療報酬のシステムであるが、外科医全員が対象となるわけではない。

ポイントは、1つ目、指定された手術を一定数以上行っているなどの施設基準があるということ。

2つ目として、勤務間のインターバル、代償休息など、働き方改革がなされていること。

3つ目として、他の保険医療機関とのフォローアップ体制など、今後の取り組みについて、地域と事前協議を行っていることというのがある。

津山中央病院としては現在消化器外科を対象に、この加算の取得に向けて取り組んでいる最中であるが、3つ目の事前協議について、本日の地域医療構想調整会議での説明をもって、開催実績にさせていただきたい。

<津山中央病院 医師>

- ・資料1をご覧ください。本邦消化器外科の現状として、外科医の現状を示している。

ご存じのとおり医師は増加している。左端2000年から現在2020年の医師について、1.2倍が通常の科だが、一番下0.90が消化器外科である。

一番上にある乳腺外科等は増加しているが消化器外科が減少している。右の棒グラフについては、日本消化器学会が示したグラフである。このまま消化器学会の会員数が減少を続けると、2043年には半減するという状況になっている。

下のスライド「医師の働き方改革及び診療科偏在対策の推進②」をご覧ください。外科医師の働き方改革を行っている場合に、外科医療確保特別加算がつくようになった。

資料1 上のスライドで示した通り、消化器外科医は外科医の中で唯一減少しており、特に若手外科医の減少が顕著である。

その中で外科医にインセンティブをつけるということだが、消化器外科の集約化について、非常に危惧している。国は、今回インセンティブがついたことにより、病院に集中的に外科医を置き、手術をしていこうと考えているのではないか。また、今後、そういうことが進んでいくのではないか。

下のスライドにおいて、医師の働き方改革の加算等、先ほど委員から話があったが、下線を引いているところに注目いただきたい。

施設基準として、長時間かつ高難度な手術を年間200件以上従事していること、当該診療科の経験を5年以上有する常勤医師が6名以上配置されていることとなっている。

当院で、ぎりぎりという状況である。当院の消化器外科に関して、5年以上の勤務経験が現在7人、高難度の手術が年間約230件というところである。

このため、当圏域でこの加算が取れる施設は、残念ながら当院のみであると考えられ、厚労省としては手術を集約化し、フォローアップ等、他の医療機関との協力のもと、地域の外科医療を維持していくというようなことではないかと考えている。

このような構想を認識いただき、ご協力いただきたい。

当院の現状がぎりぎりというところで、これ以上縮小してくると、この地区に高度治療の拠点病院がなくなっていく可能性もあると非常に危惧をしている。

今回皆様にはご承知おきいただき、地域の先生方から当院外科を温かく見守っていただき、可能であれば、ご支援をいただきたい。

<議長>

- ・ご質問等、いかがか。

<委員>

- ・今回、この話を出していただきたいと依頼した。地域医療構想調整会議、新たな地域医療構想に関して、取りまとめを厚労省が3月19日に出している。

取りまとめの中に本件も明記されており、医師偏在地域に対しての今後のあり方、方向性についても明記されている。

しかし、ガイドラインがまだ示されていないため、県地域医療構想調整会議は8月頃に予定されている。

2～3ヶ月、この地域において先送りをしていいのかということもあり、本日の会議で取り上げさせていただいた。

「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」において、地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う「急性期拠点機能」を定義し、急性期拠点機能は、人口の少ない地域においては、一つ確保・維持することとし、地方都市型の地域や大都市型の地域において、人口20万人から30万人の単位で一つ確保することを基本的な考え方とされている。

この地域で、急性期病院が維持できないのは非常に問題だと思う。皆さんと連携しながら、取り組んでいきたい。

<委員>

- ・加算の問題であれば、話とリンクしていない気がする。
長時間かつ高度な手術200例以上が要件のところを今230実施しているということだが、例えば紹介

した場合、まだキャパシティがあるのか。

<津山中央病院 医師>

- ・今後、この加算を取っている病院・教室に重点的に外科医を派遣していく流れが、出てくる可能性が高いと想定される。
- ・もう1つ、本地区で、外科手術を実施しているのは当院と津山第一病院等になるが、高度な手術は当院、比較的難度の高くない手術を津山第一病院等といった、住み分けが今後必要になってくる可能性があると思う。
- ・本日の会議にて、方向性を検討いただきたい。
- ・キャパシティがないというわけではない。

しかし、先ほど説明したとおり、働き方改革も同時に実施することになると、外科医の数が必要になる。現状の外科医数で、ニーズより少しプラスアルファの対応は可能だが、手術件数 300 となると難しい。手術件数 250 前後まで増加は十分可能と思う。

外科医が増え、手術室を増やすことも検討できるため、まず外科医数を増やすため診療報酬を取っていく方向で考えている。

つまり、キャパシティはあるが、手術件数を増やす場合、外科医師数が必要となり、そのために加算を取る必要があるといった、形になると考える。

<委員>

- ・先ほども伝えたが、新たな地域医療構想において、地域医療構想調整会議で、議論することが明記されている。診療報酬の話もあるが、循環器等他の4診療科についても記載されており、地域で外科医療を考える方向となっている。
- ・本地域では、限られた医療機関で連携・対応していかないといけないため、そのための協議の場だと思うため、議題として提示させていただいた。

<委員>

- ・本圏域で、高難度な手術のニーズが将来的にどの程度あるのか、圏域外に流出しているのか等、具体的な支援をどうするのかといったところも考えていく必要があると思う。

<津山中央病院 医師>

- ・非常に重要な視点だと思う。今後、外科手術は拠点病院で実施する形を考えると、拠点病院の数は2040年頃までは増加していき、その後減少するだろうと言われているが、本地域ではすでに減少を迎えている。

高度のがん手術ということに関しては、今後は横ばいからやや増加ということが予想されていると考えている。

<事務局>

- ・新たな地域医療構想も見据えた話もあったが、今後の見通しでは、2040年に向けた検討として、急性期の拠点機能について、人口20万人から30万人程度に1か所と言われている。当圏域の特徴として、特に高度手術については真庭圏域からの患者流入もある。

新たな地域医療構想に向けて、先ほど委員からも意見があったようなデータも集まってきており、そのようなデータも踏まえながら、区域設定から検討を進めていく必要があると思う。

今回は外科医の確保というテーマだが、今後、高度急性期も含めて様々な医療機能の検討について実施していきたい。

(2)紹介受診重点医療機関について(スライドにて事務局より説明)

<委員>

- ・引き続き紹介受診重点医療機関として継続していく所存でいる。
地域連携を深めていきたいと思う。

<議長>

- ・引き続き、津山中央病院を紹介受診重点医療機関とさせていただいてよいか。
→異議なし

(3)救急医療体制について(事務局)

- ・津山・英田圏域救急医療体制整備事業について、一昨年前頃から、様々ご協議いただいているところである。
- ・事業の方向性としては、平日日中、津山中央病院以外の二次救急医療機関へ救急患者を分散すること、津山中央病院は準夜帯以降に備える方針のもと、様々取り組みを実施してきた。
- ・救急搬送の困難割合・件数についてピークが下がってきている。
- ・このような状況も踏まえ、今年度大きく変更していないが、一定程度効果が見られたことから取り組みをさらに推進していく趣旨で実施していく予定である。
- ・変更点のみ説明させていただく。

1点目、「1 病床の見える化システムの運用」について、当管内の医療機関の皆様へ、平日日中の当日受入れ可能患者数を入力いただき、協力医療機関、消防機関でもご活用いただいている。

昨年度、報告させていただいたとおり1日1回入力であったが、特に救急搬送に使用される場合に、情報の精度をあげる意味で、2回以上入力するとより有用ではないかと考え、今年度新たに2回以上というメニューを新設して実施させていただいているところである。

2点目、「3 日中の空床確保補助」である。

昨年度は冬季日中に2床、圏域内で空床確保をいただいた取り組みである。これについても、搬送困難件数・割合の低下が見られた効果もあり、夏季にも一定程度救急の需要増加が認められているため、今年度は新たに夏季7月から9月の3ヶ月間、1床を試行的にご協力いただくものである。

その他の下り搬送への上乗せ補助、普及啓発事業、消防機関との連携については引き続き実施予定としている。

効果等については、本会議でも報告をさせていただく予定としている。

引き続き、ご協力をお願いしたい。

<委員>

- ・下り搬送、救急患者連携搬送の実績をお伝えしたい。
- ・2025年2月から2026年5月、下り搬送93件行った。
2026年6月からは、受入れ側にも加算がつくようになっており、救急車で迎えに来ていただく運用も認められているが、本圏域には、救急車を保有している施設がほとんどないように聞いており、難しいと思っている。
- ・昨年12月までは平均して5件前後だったが、今年1月から下り搬送の件数が増加し、1月19件、4月14件、5月15件と1～5月の5ヶ月で61件と増加している。
- ・当院のベッドが減少している中でも何とかお断りしない救急を推進していることによるものと思うが、当日は救急科の方が下り搬送を行い、内科、循環器内科、脳外科、整形外科等は、入院3日目以内の下り搬送を行っている形だと思う。引き続き協力をお願いしたい。

<オブザーバー>

- ・資料で確認したいが、「2 下り搬送への上乗せ補助」について、6 月から診療報酬が変わっているのは、ご存知か。

<事務局>

- ・診療報酬の加算が増えたと認識しているが、あくまで下り搬送の上乗せ補助という趣旨からは昨年度と同額の補助額とさせていただいている。

<オブザーバー>

- ・「2 下り搬送への上乗せ補助」について、1 日目・2 日目・3 日目というのは、全て上乗せ補助であり、初日と同額にさせていただいていたが、6 月からの報酬改定で 3 日目はかなり点数が下がっている。額は話し合いかと思っているが、入院当日の転院搬送が 2,400 点まで上がっているため、また改定していただきたいと思っている。

下り搬送だが、皆様にご協力いただき、特に救急外来から、かなり下り搬送させていただいている。フロー図について、院内スタッフへ周知でき、効率よく相談できるようになっているため、当院でしか対応できないものはもちろん当院でしっかり対応させていただき、かかりつけの先生方のところでも当院でも、同じような治療が可能であれば、下り搬送を積極的にさせていただきたいと思っているため、今後とも何卒よろしくお願ひしたい。

<委員>

- ・下り搬送についてだが、受け手側には補助が出ないのは、なぜか。
送り出す側も大変だと思うが、受け手側は、より大変とも言える。そこに補助をつけていないのは、なぜか。

<事務局>

- ・昨年度は、下り搬送の実績自体がほとんどない状況であったため、まずは下り搬送の実施を進めるという趣旨で、この補助を始めさせていただいたところである。

今年度については、6 月の診療報酬改定において、下り搬送の受け手側にも報酬がついたところである。それが十分なのかどうかという話はあるが、まずは状況を注視させていただきたい。

<委員>

- ・空床確保の補助より下り搬送を推進するほうが、津山中央病院の病床は空くと思う。
このため、ぜひ前向きに検討していただきたい。加えて、トリアージ問題について思うところがある。日中の軽症・中等症の患者について、基本的に津山中央病院にファーストコールしてしまっていると思う。以前の会議でもお伝えしているが、文化としてかなり深く根づいていると思う。
病床の見える化システムを救急の方にも共有することに取り組んでいただいているが、まだ実態として、見えてきていないと思う。日中の救急搬送という部分を、2 次救急医療機関にまんべんなく搬送するというのを日頃からしておくと思う。

<委員>

- ・現在、大原病院で働かせていただいているが、日中・夜間の救急要請で疑問に思うことが何点かある。津山市内で脱水症やアルコール中毒になっている方の救急要請を、大原の方でお受けすることが何回あった。脱水症やアルコール中毒であれば、津山中央病院へ救急搬送するほどでもないと思う。大原病院まで来るとなると、40 分～50 分程度かかる。

診させてもらうが、夜中になると、帰る足がなくなってしまう、タクシーがないため帰れないという

ことになる。

昨年の話だが、ご家族が迎えに来る最中に事故もあり、津山圏域の方で脱水等の軽症の症例を対応できないのかと思う。

<事務局>

- ・個別の搬送調整については、順番等消防の方でもいろいろ考えて、搬送の打診をされているかと思うため、申し上げるのは難しいが、遠方までの搬送となると患者負担が大きいのはご指摘の通りと思う。消防機関とも情報共有させていただき、個別のケースで困るケースが多い場合は、ご相談いただきたい。その場合、消防とも話をしていくことになるかと思う。

(4) 鏡野町国民健康保険病院整備事業 見直しについて(資料にて説明)

<委員>

- ・前回会議でも、寒竹委員からお伝えしているが、この度、資料にまとめたので、説明させていただく。
鏡野町国民健康保険病院について、本年 4 月から着工と計画を進めていたが、建築資材や工事費の高騰、病院収支の関係も悪化してきており、さらなるダウンサイジングをつけ、計画を見直す方向で進めている。
すでに敷地造成は終了しており、敷地面積は変わらない。建物について、当初の計画では 5600 平方メートル程度を考えていたが、約 2 割削減し、4000 平米程度におさめようと思っている。
病床数は、70 床を 60 戸にさらにダウンサイジングしており、構造についても、鉄筋コンクリート造から鉄骨造、免震造から耐震造へ変更させていただこうと考えている。
建築工事のスタートが 2 年程度遅れるのではないかと考えているところである。見直しを行っている最中だが、コストも高くつきそうということで、今後の経営等もあわせて調整していこうと思っている。
周囲の病院の方々には大変ご迷惑をおかけしているが、よろしく願いたい。

<委員>

- ・前回、十分お伝えできていないかもしれないが、ダウンサイジング等、計画が出たのがコロナ禍初年度の令和 2 年程度であり、実施設計まで計 3 年かけた。
その間、コロナ禍が終わったが外来患者が回復しない。当院は、以前から療養病床持っており、利用率が低迷している。近年は稼働率半分以下の状況が続いている。
建築費が高騰したことがブレーキを踏んだきっかけにはなった。数年で医療状況が変わった。
資料には、あまり詳しいことは書いていないが、極力削れるところは削り、近隣の美咲町も庁舎を随分頑張って、ダウンサイジングされ、建築費も切り詰められたように思う。
そのような、立派な見本もあり、見習うようなつもりでいる。
現在、設計見直しに努めているところである。現状では 2 年遅れぐらいでできればと考えている。

<委員>

- ・一般病床回復期、地域包括ケア病床 60 床にするということか。今後、資材高騰は続くと思うため、このダウンサイジングでも相当の建築費がかかりそうである。
60 床、稼働率どれぐらいで回すと、採算がえられるのか。目標となる指標を決めているのか。

<委員>

- ・見直し案については、細部まで詰めれていない。

<委員>

- ・そこを詰めないと、税金を垂れ流す状況になるだろうと危惧している。

<委員>

- ・似たような質問になるが、現在 80 床程度と記憶しているが、60 床としている根拠を教えてください。
- ・平成 29 年に病床削減を挙げられたご報告を受けたが、この病床数と何か関係があるのか。当初の 70 床について、公立病院のコンサルティングを実施している団体に聞いたりすると、疑問があるとの意見もあった。

<委員>

- ・津山中央病院の理事長にも相談したが、突っ込みどころ満載だと言われた。もう 1 つ、もう一段というところで 60 床とした。
- ・税金を導入してつくる病院だが、税金をかけても造らないといけない。公立病院や消防署、警察署、学校などは、消滅できないものと考えているため、際限なしに税金を投入してはいけないと考えるが、できる限りのことはしていかないといけないと思っている。

<委員>

- ・平成 29 年の時は、何床程度過剰と評価されたのか。60 床が適当という評価だったのか。

<委員>

- ・60 床程度という話であった。

<委員>

- ・補足させていただく。
面積を 2 割程度の減少としているが、まちづくりの構想の中で、例えば、災害の際に、住民が避難する場所にするということで、国の方からも、指示を受けているということもあり、この面積となっている。
将来的に 60 床が維持できるかというのは、人口減少が続いてる状況の中、甚だ難しいのではないかと
との声もあるが、別の機能も持たせるということも考えているため、ご理解いただきたい。

<委員>

- ・将来的に、例えば部屋割り等変更するときになるべく簡単にできる、効率的に改変がしやすいような設計を考えている。

<議長>

- ・ご質問等、いかがか。
この件について、合意とさせていただいて良いか。

<委員>

- ・合意。

(5)その他

「鏡野町在宅医療・介護連携事業推進協議会からのご報告」芳野病院 理事長 藤本 宗平

- ・各市町村に「在宅医療介護連携事業推進協議会」が設置されていると思う。

- ・鏡野町の場合は、地域・医療・介護について協議する場として、専門職が参加する協議会である。
- ・鏡野町には医療機関（病院）が2つ、その他調剤薬局も含め20施設ある。介護施設は、37施設あり、比較的恵まれた地域と思う。
- ・新たな地域医療構想策定ガイドラインがまだ国から出ていないということだが、新たな地域医療構想策定に当たり、地域（市町村）に期待されていることとして、連携と協議の場というキーワードが、目につく。連携はご存じのように、医療と介護の連携を進めていく、中小病院と拠点病院との連携も含めているが、介護施設・在宅との連携についても推し進めるということになっている
もう1つ、協議の場について、この地域医療構想調整会議が年に3回程度実施されている。介護との連携について、新たに会を立ち上げるのではなく、既存の協議の場を有効利用して、具体的に検討するということになっている。このような内容が、新たな地域医療構想策定ガイドラインに出てくると思う。
- ・鏡野町の在宅医療介護連携事業推進協議会に、システム部会と研修企画部会、認知症部会等があるが、体制づくりということで、連携推進部会と普及啓発部会の2つの部会を、新たに編成し直し、組織づくりを行った。
- ・まず、この経営の協働化を行いたいと思い、キャッチフレーズとして、単独経営から地域全体で支える経営への転換ということで、準備をしている。
- ・国が今年1月に示した、経営の協働化・大規模化の進め方ガイドラインの中で、経営の協働化を参考に準備している。深刻化する外部環境の圧力という表現で、人材不足、サービス需要の減少傾向、物価人件費の上昇、職員の負担増大など、色々なプレッシャーが、特に小規模事業所に、かかっている。そこで地域全体で支える経営というのは、難しいが、良い考え方だと思う。
- ・職員が働き続けられる環境の確保、地域サービス持続可能性の確保を目的に、地域全体で考えていくことを考えている。
- ・経営の協働化等は法人格や業種の壁を取り払い、地域資源を共有する枠組みである。社会福祉法人、医療法人、株式会社等、町内すべての関連機関が対象となる。
- ・協働化を単なるコスト削減ではなく、現場の働きやすさと経営の安定化を同時に実現する。
- ・最初は、協働化の中の事業として、アナログ業務を根本から削減するケアプランデータ連携システムの導入を最優先で取り組むことにしている。
ご存じのように、ケアプランの伝達、ケアマネージャーとサービス事業所等のやり取りは、電話やFAX、手書きである。このため、非常に時間がかかっているが、ケアプランデータ連携システムに一元化した場合、時間も有効に活用できると考えている。
- ・介護施設と協力医療機関の定期的な勉強会をオンラインで計画しているのは、中小の介護事業所等は、出す人もいない、非常に厳しい経営状況の中で、オンラインの場合は、交通費もかからず、経営にもそこまで影響なく、人手を半日以上出す必要もないからである。
- ・経営協働化の真の目的はコスト削減ではない。働きやすい仕組みを作り、地域住民が安心して暮らせる環境未来図である。

「令和8年度診療報酬改定 入院料に包括されない除外薬剤・注射薬の範囲の見直し」

事務局

- ・令和8年度診療報酬改定の内容であり、6月から開始されている。
資料4、抗ウイルス剤（新型コロナウイルス感染症の効能又は効果を有するものに限る。）に係る取扱いについて、令和8年5月31日をもって終了し、以降は包括対象すると記載されている。
- ・外来・在宅医療の分野に関しては、コロナに関する薬が出来高算定に引き続きできるということで直接影響はないが、下のスライドの通り、抗ウイルス薬（新型コロナウイルス治療薬）と記載されている欄であるが、これが「○」→「(包括)」に変更されている。表の上に記載されている病棟のうち、療

養病棟、地域包括ケア病棟、介護老人保健施設等の施設においては、新型コロナ治療薬の出来高算定ができなくなる。

入院で実施する点滴の治療の場合、1日9万円程度となると、高額な医療費であるが、これが包括化されるということで、一部の医療機関から、高額な薬剤費負担となり、患者の受け入れ体制が難しくなるのではないかと懸念の声も寄せられている。

6月に開始したところであり、救急の搬送困難等の状況を事務局として注視するが、委員の皆様方においても、現場で普段とは異なるような状況が起きているといったお気づきの点があれば、随時、情報をお寄せいただきたい。

「岡山県北部心不全療養指導ネットワーク(NOHF-net)」事務局

- ・津山中央病院循環器内科の藤本先生、芳野病院のスタッフの皆様が事務局となり、県北部の心不全患者を地域で支えるための顔の見える多職種ネットワークを構築するという取り組みである。
- ・心不全は、今後も患者数増加が見込まれており、入退院を繰り返しやすいといった特徴もある。こうした病院の垣根を越えた連携、医師のみならず、看護師、薬剤師、リハビリ職、介護・福祉職を含む多職種ネットワークが非常に重要である。

有資格者でなくても、これから学びたい、関わりたいという多職種の方を広く歓迎しているということであり、委員の皆様方においても、ぜひ、院内のスタッフ等にご周知いただき、積極的にお声掛けいただきたいと思う。

<委員>

- ・高齢化に伴い、心不全患者は増加しており、再入院も増加している。再入院予防について、先ほどのネットワークもだが、資料の通り6月から診療報酬改定で新設された加算がある。

診療報酬改定の話ではあるが、地域全体で心不全患者を診るということで、共有できたらと思っている。

- ・心大血管リハビリテーション料を届けている病院が、管理料1を加算できる。圏域では当院を含めて2施設しか該当しない。心不全患者が、退院後連携して、かかりつけ医や地域の診療所で心不全患者を診る場合、条件によって管理料3の225点を取れるというものである。

条件としては医師・看護師、栄養食事指導の条件があるが、心不全再入院予防チームを設置していることとされている。

定期的に研修会を開催することが要件になっている。何施設かは、届出を検討されているところもあると聞いている。

当院は、現在、管理料1の病院であるが、心不全患者をかかりつけ医に返したり、新たに逆紹介したりする場合等の連携について積極的に期待している。研修会について、津山中央病院も予定している。

ご興味のある方は、ぜひご検討いただきたい。ご不明点などあれば、ご連絡いただきたい。

<議長>

- ・その他、いかがか。

<委員>

- ・現場の声をお伝えしたい。
- ・5月日曜日に、一人暮らしの身寄りのない高齢者から、「しんどい。息もできない。」と、電話かかってきた。

「早く119番するように。」と伝えたが、舞い上がっていて、どうしようもない様子であったため、訪問すると、横になっておられた。

119番すると、救急車が来てくれたが、日曜日だからなのか、受入れる病院がなく、結局30分程度、

自宅の前で止まっていた。県南へ搬送となると、ついて行けないと救急隊にお願いし、真庭の医療機関が受けてくださり、搬送していただいた。

- ・急を要する場合は、今年7月から、#7119という、救急車を呼ぶべきか判断に迷うときに相談できる相談ダイヤルが、岡山県下全域スタートする。年次無休、相談無料（通話料はかかる）とのこと。
- ・今回対応した方は、急を有したが、#7119を周知することで、不要な救急要請が減るのではないかな。

<委員>

- ・前回、地域医療連携推進法人の立ち上げについて話があったが、その際、本会での同意が望ましいが、その時点では同意は難しいため、県はどう考えるか伺うと、「この場では即答できないため、持ち帰って協議する」という話であったと思う。その結果については、どうなったのか。

<委員>

- ・県医療推進課が持ち帰って協議をするということであった。
- ・法人としては、地域の医療機関や医師会等への周知、理解を図るところが、大前提にあるが、前回の会議では、その部分が不十分というところで、前に進まなかったという結果となるため、今時間をかけて、詰めているといったところである。また、本会議にも、改めて提出させていただき、その後、県の判断を仰ぐという形になると思う。まだ協議するところまで至っていないと理解している。

<医療政策課>

- ・先生の方からもお話があったが、まずは地元の同意を得た上で、再度、地域医療構想調整会議に諮っていただければと考えている。引き続き、地域でご検討のほどお願いしたい。

<県病院協会オブザーバー>

- ・消化器外科の悪性腫瘍は、内科系の内視鏡専門医が、粘膜レベルで治療をしており、内視鏡の検診が増えてくるにつれて、外科へ回ってくるのが減少するのではないかな。
- ・そうすると、ますます手術件数が下がってくる、また近年ではロボットが手術をしている。
- ・若い先生は、最初からロボットをしていると、消化器外科の部長クラスの先生は、自分で内視鏡、レントゲン撮影、開腹手術をしたりしている。若い先生がロボット中心にしていると、回復手術が本当にできるのか。
- ・津山中央病院が第3次救急、県北の砦をいかに守るかということ、県も含めサポートしていかないといけないと思った。
- ・救急の問題だが、私は金光病院のため、井笠地区・笠岡消防と倉敷の玉島が入っているが、笠岡の救急はピークアウトしているようであり、救急要請が減っている。
- ・鏡野町国民健康保険病院の問題だが、大変だと思う。
- ・笠岡市立市民病院、新見の3つの病院の合併問題も暗礁に乗り上げている。それと同様に鏡野町の病院も大変という印象を受けた。私には、具体的にどうしたら良いのかは分からない。
- ・参考となるようなモデルになれば、教えていただきたい。

<県医師会オブザーバー>

- ・人材不足について、外科医の話があったが、先生方もご存知のように、県南西部圏域において、麻酔科医がいらないために、手術ができないという現状がある。手術室のスタッフの問題等、色々な問題が絡んでくると思う。
- ・光井委員が言われたように、現状の具体的な数字、データをもとに検討していく。
- ・これが、2040年どうなるのかを考えていくときに必要となる。鏡野町の話について、津山中央病院との連携のことが気になった。

急性期で治療した後、回復期となる場合に行き場がなくなる。先ほど鏡野町の方でも、急性期を津山市で診ていただいて、回復期になる人を積極的に受け入れる等、色々な形も考えていかれたらいいのではないかと思います。

- ・地域を残す先進的な事例というのは岡山県のモデルになるだろうと思うため、活発に議論していただければと思う。

<地域医療構想アドバイザー>

- ・厚生労働省の新たな地域医療構想策定ガイドラインが出ていない中で、2026年度の地域医療構想調整会議をどのように開催するのか、大きな課題である。
- ・津山・英田圏域の会議は、現状の課題を率直に意見交換する形ができている。
- ・救急医療体制については、非常に難しい問題が多々あるようだが、入口問題、トリアージ問題、住民に対する啓発、#7119という話もあるようだが、加えて、県で補助金を出すということで、色々なことを考えながら、改善に取り組んでおられることは、これも1つのモデル的なケースではないかと考えた。
- ・鏡野町国民健康保険病院の整備事業だが、この段階でブレーキを踏めたということは、ポジティブに受けとめたいということであった。

療養病床の稼働率50%ということは、言われるように、住民のニーズが変わってきており、それに対して、どう対応するかというのが、公立病院、各病院が非常に悩まれていると思う。

今後住民のニーズにどのように対応するかという観点から、計画を詰めていかれたら良いのではなかと考える。

- ・藤本先生からの連携協議会の試みについて、非常にチャレンジングで、これから注目すべき試みかと思う。

目的について、話があったが、住民・働く方々の Well-Being をどのように高めるのかという観点から取り組まれていると考え、動きを注目していきたいと思う。

<議長>

以上、本日予定の議事はすべて終了した。