

令和8年度第1回岡山県地域医療構想調整会議 議事概要

1 開催日時 令和8年8月3日（月）19時00分～21時00分

2 開催場所 岡山県医師会館 401会議室

3 出席者 委員11名、オブザーバー3名

4 議 事

（1）議長等の選出について

議長に 内田耕三郎 委員を、副議長に 森下紀夫 委員を選出。

（2）会議の公開について

会議の公開について決定（原則公開とし、患者情報や医療機関の経営に関する情報等を扱う場合は非公開）。

（3）地域医療構想策定ガイドラインについて

（4）構想区域について

・事務局から資料により説明を行った。

【アドバイザー】資料1のスライド2に関して、本日の会議は、現行の地域医療構想の続きと考えてよいか。それとも、新たなものであると解釈したほうがよいのか。というのも、私どもアドバイザーは、本日はオブザーバーであるが、新たなものになると、アドバイザーは、アドバイザーとして委員に入るのではないのか。オブザーバーであると、最後に少し喋るという雰囲気が以前からあったが、アドバイザーになれば、もっと積極的に発言できる。スライド4の新たな地域医療構想において関係者に期待される役割等にも書いてあるので、当然、委員に入るのであるかと思っていましたが、オブザーバーなのか。これでは、以前の地域医療構想と同じ立場にあるということになるが、いかがか。もっと言えば、この話がどんどん行けば、策定計画もすべて、前のまま行くように見えてしまうが、違うのか。

【医療政策課】まず、現行の地域医療構想なのか新たな地域医療構想なのかということであ

るが、新たな地域医療構想ができるまでは、現行の地域医療構想が続くということになる。

【アドバイザー】それは変ではないか。新たな地域医療構想をするために、今年度から始めようということではないのか。完成して初めて、新たなものができるのか。それを作るために、今年度から始めようということなのか。

【医療政策課】新たな地域医療構想を作るために、今年度から、策定する作業を始める。

【アドバイザー】アドバイザーは、新たな地域医療構想ができるまでは外の方ということになるのか。策定計画にしても、できるまで次のステップに行けないのであれば、いつまで経っても地域にとっては前に行けない。県が枠を作るのをいつまでも待てということになってしまわないか。県がすべてクリアしなければ、地域ではできないという話にならないか。同時進行的にやってはならないのか。

【医療政策課】質問の意図を伺いたい。

【アドバイザー】要するに、前県医師会長が現行の地域医療構想は2025年で一区切りをつけると言われて、この春に皆さん集まっていたき、一応区切りをつけた。そして、新しいものを始めようとしたはずなのに、まだ前の部分を引きずっているのか。

【医療政策課長】現行の地域医療構想については、2025年を目標年次としている。新たな地域医療構想については、改正法医療法に基づいて、令和9年4月1日に法律上位置付けられることとなる。そして、法律上は、令和10年度末までの間、改正医療法に基づく構想ができるまでの間は、現行の地域医療構想を新たな地域医療構想とみなすことができるとされている。

【アドバイザー】準備が全部整わなければ、次に行かないという話なのか。例えば、ここに大学病院の位置付けが書いてあるが、今日は誰も出ていない。欠席裁判的にここで会議をやっても、意味がないのではないか。

【医療政策課長】その話については、検討体制という議題で、後ほど説明する。

【アドバイザー】アドバイザーの位置付けや地域医療構想策定計画のことが明確に書いてあるにもかかわらず、全部決まらなければ次に行かないという話にするのか。ある程度のものが見えたらそれでよい気がするが、いかがか。例えば、策定計画にしても、法律上の位置付けである令和9年度まで待つというのか。

【医療政策課長】新たな地域医療構想については、先月、国からガイドラインが発出されたので、これからが検討のスタートであると考えている。その中で、先ほども説明した

が、まずは構想区域の点検・見直しをして設定するところからスタートして、医療機関機能であったり、5疾病6事業であったり、様々な方策であったりというような具体的な内容を協議した上で、新たな構想を策定していきたいと考えている。ガイドラインを踏まえながら、地域の実情に応じた構想の策定を、これから進めていきたいと考えている。

【アドバイザー】繰り返して申し訳ないが、私たちはどういう立場なのか。オブザーバーなのか、アドバイザーなのか。

【医療政策課長】地域医療構想アドバイザーは、国の仕組みである。構想区域の実情に応じたデータの整理や論点の提示といった、調整会議事務局が担うべき機能を補完する観点から設けられた制度である。アドバイザーの先生方には、直接、会議に参加していただき、議論が活性化するよう助言を行うといった役割を担うこととされているので、引き続き、アドバイザーの皆様方には、それぞれの立場から適切な助言をいただきたいと考えている。

【アドバイザー】アドバイザーかオブザーバーかはっきりさせてほしい。

【医療政策課長】地域医療構想アドバイザーという立場で、この調整会議には、オブザーバーとして出席いただいている。

【議長】アドバイザーとオブザーバーとでは、おのずと立ち位置が違うので、どこまで踏み込んで言ってよいものか、発言内容が変わってくると思う。オブザーバーならオブザーバーで問題ないと思う。アドバイザーはアドバイザーとして、2040年問題に関して、細かな地域の問題などを前向きに言っていただきたいと理解している。今、アドバイザーなのであれば、しっかりとしたアドバイスをいただければよいというのが、私の考え方である。

【アドバイザー】そうであれば、策定計画や構想区域に関して、それなりの意見を言ってもよいのか。オブザーバーであれば、言いつばなしで終わり、意味があるのかどうなのかと思いながら発言している。アドバイザーであれば、構想区域に対して、現実問題としてこうであるからこちらが正しいのではないかというような意見が残ると思う。そこははっきりさせてもらったほうが、現場は言いやすい。

【保健医療統括監】スライド4において、アドバイザーにお願いしていることは、データの整理や論点の提示を通じ、地域の再編等に係る協議を活性化することであるとされている。データの整理や論点の提示は、アドバイザーとして意見をいただければよいと思

う。それから、医師会関係者、学識経験者、現場で利害調整ができる者、利害調整が可能な中立的なファシリテーターとあるので、例えば、こういう状況だからこういうような制度はいかがかというようなことを提示いただければよいと思う。

【アドバイザー】アドバイザーとしての立場で言うのかオブザーバーとしての立場で言うのかで、変えるわけではないが、言い方やモチベーションも違う。新たな地域医療構想を作っていく過程において、私たちは、一般ギャラリ的に話してよいのか。今後、決めていくことが必要であろうし、先ほど大学病院の話をして、これが入ってくるのであらうと思う。それと同じように、いずれ委員になるが、今はとりあえずオブザーバーということなのか。

【議長】中立的な立場とはいえ、議論を前に進めていただくということで、地域の実情をよくご存知の方がアドバイザーとしてアドバイスをして、新しい地域医療構想を進めていくということになるので、アドバイザーとしての発言は重いものであると思っている。

【アドバイザー】今までオブザーバーであったが今後はアドバイザーとして参加してください、ということで終わると思っていた。

【アドバイザー】前から気になっていたが、「新たな地域構想が策定されるまでは現行の地域医療構想を新たな地域医療構想とみなす」とは、どういう意味か。「みなす」というのが非常にあいまいな表現なので、整理ができていれば、説明してほしい。

【議長】先ほどの質問にあったように、2025年で一応区切りがついて、全く新しいステップに行くのか。それとも、これが出来上がるまでは、今までのものが流れてきており、その上に乗っかるのか。

【医療政策課長】改正法の施行が令和9年4月1日である。昨年冬に医療法改正があり、この7月にガイドラインが発出され、検討項目も多岐にわたる。来年の4月1日に全都道府県が新たな地域医療構想を策定してスタートさせるということは現実的には厳しいであろうということから、令和10年度末までは現在の構想を新たな構想とみなすことができるという附則が設けられているものと理解している。なので、地域医療構想の取組の空白期間を生じさせないということが、国の趣旨であると理解している。

【アドバイザー】現行の地域医療構想は、途中でいろいろなことを決めながら進めていった。あくまで令和9年がとりあえず1つの目安ではあるが、それまでにいろいろなことを決めていき、決めたら変えていくという形でやっていくのが、新たな地域医療構想のやり方として一番ふさわしいのではないかな。なので、本日からアドバイザーとして参加

してくださいという一言で済んだような気がしたが、違うのか。

【保健医療部長】まず、新たな地域医療構想との関係でいうと、そもそも、この医療計画の上下関係が逆転し、急性期拠点や構想区域の見直しといった根本的な見直しが今回入っているので、端的に言うと、同じ名前が付いているが、かなり性質は違うものになる。新たな構想ができるまでの期間を空白という扱いにはできないので、そのようになっている。基本的には、新しい構想を作るというのがこの会議である。

2点目、アドバイザーの位置付けであるが、アドバイザーには忌憚のない意見をいただくものであると理解している。一方で、今回、例えば、大学病院が入っていないという指摘もあった。次の検討体制の議題でも議論していただくが、とりあえず今はこれまでの委員構成とし、その上で、今後どのようなメンバーでやっていくのかを議論する。その中で、アドバイザーの位置付けをどうするかというところは整理できていないが、アドバイザーとして忌憚ない意見をいただきたいと思っている。

【アドバイザー】先ほどの令和9年度ということだが、それまでの間にここで決めたことはリアルタイムで進むのか。それとも、令和9年度まで待つのか。

【保健医療部長】この構想に関していうと、決めるべき要素がいくつもある。入院もあれば外来もある。医療機関機能についても、急性期だけでなく、高齢者救急をどうするかということもある。一方で、それが決まらなければ、医療機関連携や区域間連携が進まないかということ、今も実際にそれは行われているわけなので、2040年を見据えてラベリングをしていく過程なのかと思う。必ずしも、それを決めるということが補助金に結び付くとか、これはこうしなければならないということではなく、今は実態が先行しており、その上で、あるべき姿を決めていく。そうすると、先に決まるものと後から決まるものというタイムラグは当然あるが、基本的には、設定したところが出発点になるのかと思う。ただ、おそらく、先に決まったものから、実態としては進んでいくということであると思う。

【アドバイザー】例えば、構想区域について、皆さん感覚的には分かっていると思うが、20万～30万人に対して1つとなると、岡山県ではある程度見えてくる。それをここで議論して皆さん納得しても、令和9年まで待つのか。その時点でOKとなるのか。

【保健医療部長】おそらく、私の理解では、最終取りまとめというよりかは、項目ごとにこれでよいという形で決まっていく。つまり、構想区域が決まって初めて、その中で20万人～30万人に1つの急性期拠点というものが定まっていくわけなので、シーケンシャル

に決まっていくものと理解している。

【アドバイザー】構想区域にしても、ここで決まったら、二次医療圏の話はそのまま移っていくと理解してよいか。せっかくここで議論しても、令和9年まで待つのか。

【保健医療部長】例えば、A区域とB区域があって、AとBとが集約化することが望ましいという意見があったとすると、そのAB区域の中での急性期拠点というのは、A・B両方がいなければそもそも議論ができない。その時にどういう議論をするのかというのは、いろいろやり方があると思う。従前の区域の会議体を生かしたままそれぞれで議論していくのか、それは進め方の問題であると思っている。ただ、ある程度順番に決まっていく中で、どういう進め方になるのかは、まだ見えていない。

【アドバイザー】医療機関機能の件で、例えば、開業医の先生や有床でない診療所、小児科、周産期といったところは、どこに分類されるのか。

【医療政策課】医療機関機能の報告対象となっている医療機関は、病床を有する医療機関（病院と有床診療所）であり、その中で機能を選んでいただくという仕組みになっている。なので、無床診療所などは、後半で説明した外来や介護との連携などに関わってくることになるかと考えている。

【議長】そうすると、資料1のスライド15「在宅医療について（主な記載）」（1）基本的な考え方 ①現状と課題にある「介護施設等も活用しながら対応」、「24時間の急変時対応、往診、緊急入院の受入等」は、無床診療所ではなく、有床診療所のことか。

【医療政策課長】医療機関機能報告の対象としては、先ほど申し上げたように、病院と有床診療所になる。それから、在宅医療については、在支診・在支病ということで位置付けがあるが、例えば、医療資源が不足する地域においては、診療所でカバーできない部分を今後は病院のほうでもサポートしていく必要があるのではないかというようなことが、ガイドラインには記載されている。

【議長】ということは、在宅医療を病院に振って、診療所でできないものがスライド15の（1）①のところに書いてあるのか。私は、無床診療所でやるようにというふうに読み取った。

（５）検討体制について

（６）今後のスケジュールについて

- ・事務局から資料により説明を行った。

【委員】資料3「検討体制について」の説明にあった追加の委員の方々は、本日、決定するのか。いつから委員として活動するのか。

【医療政策課】本日、この案を諮り、了承を得られれば、打診をして、次の第2回会議から正式な構成員として参加することとなる。本日は、この追加する案を議論いただき、過不足がないか等の意見を頂戴したいと考えている。

【アドバイザー】現在、地域医療構想アドバイザーが委員になっているが、これは私たちではないのか。

【医療政策課】地域医療構想アドバイザーとしては、浜田先生が委員になられている。

【アドバイザー】浜田先生だけで、この追加の中に私たちは入らないのか。

【医療政策課】案としては入っていない。

【アドバイザー】2018年から2023年まで、津山・英田圏域地域医療構想調整会議の議長をしていたが、私が議長になった時にはほとんど既に決まっており、やることがなかった。地域によって、このスケジュール感でしっかりとできるのか、非常に疑問に思っている。前に進んでいるところは、次の課題に移っていくという形でやっていけばよいのか。このスケジュールに従わなければならないということではないと理解してよいのか。

【医療政策課長】進め方については、先ほどから説明しているが、まず、構想区域をどうするかという議論を最初にしていただく必要がある。構想区域の話がまとまれば、その構想区域の中においてそれぞれ、例えば、急性期拠点機能をどうするかというような議論をして、様々なことを協議していただくことになる。区域ごとで、早く進められるところは早く議論をしていただくということは、当然あり得ると考えている。なので、構想区域を決めるということが最初のステップとしてあるが、そこから先は、地域の実情に応じて進め方に差があるということはあるとと考えている。

【アドバイザー】現行の構想区域が優先されるのか、もう変えるのか。区域によっては、次のスケジュールが決まっている。構想区域はもう一度きちんと策定するから、それまで待てという話にならないか。

【医療政策課長】繰り返しになるが、まずは、構想区域の点検・見直しからスタートする。次回以降、データに基づいた議論ということで、具体的なデータを示したいと考えている。それを各区域の調整会議でも議論いただくというのが、最初のステップになると考えている。その上で、今のままいくのか、見直していくのか、構想区域が固まれば、その構想区域の中で、どのような役割分担や連携をするのかという議論をしていく流れを

予定している。

【議長】今後、この会議で決まっていくということである。

【アドバイザー】資料4のスライド5について、第1回は本日であるが、策定区域が変わる可能性があるので、令和8年8月から10月までは待てという話になるのではないかと。10月に策定区域が決まって、その後、それに従って各区域の調整会議が始まるということではないのか。令和8年8月～10月は現行の調整会議で行い、その先でご破算になるかもしれないという話にならないか。

【医療政策課長】本日、県全体の調整会議を開催させていただいた。各区域の調整会議については、今回と同様に、国のガイドラインの内容を説明させていただくことを主として考えている。先ほど、検討体制の中で調整会議のメンバーの話もしたが、まずは、各区域ではどのようなメンバーでやっていくのかということ、各区域の会議でも議論いただく必要があると考えている。それらを踏まえて、10月に予定している県全体の第2回会議では、様々なデータを示して、そこから構想区域についての議論をスタートさせていきたいと考えている。

【議長】二次医療圏とずれてくる可能性もあるので、どういう方向性とするかという大きな流れは、ある程度決めておかなければならない。

【アドバイザー】結局、現場のほうが先行してしまっており、県が遅いところがあり、前回は非常に困った。堂々巡りの会議をやってしまったという反省がある。決まるまで待つというよりは、現場はもう見えているので、やってもいいのではないかと。

【保健医療統括監】現行の地域医療構想の中で、各医療機関の機能や役割を転換する場合には、調整会議に諮って意見調整しなければならないということがあるので、そうした時には、定期的に開催する必要がある。本日は、新たな地域医療構想の策定に向けた会議であるので、おそらく各区域の調整会議は、県の調整会議を受けて議論することになる。今のご意見のように、足止めしなければならぬのか、さらに進めてよいのかについては、保健所としては、調整しながら柔軟にできればありがたいと思っている。「新たな」とあるが、直角に曲がるわけではなく、連続性を持って変えていかなければならない。その中で、どのような検討体制がよいのかについては、地域の実情に応じて、例えば、区域を見直す場合であれば、見直した形で議論するほうがよいのか、前の区域で議論するほうがよいのか話をして、後ほど調整しながら進めていくことになると思っている。

【アドバイザー】新たな地域医療構想を読むと、階層的に書いてある。階層的にやっというとなれば、地域も小さいグループでやる、ワーキンググループを作る、二次医療圏の急性期でやる、テーマが全部異なっている。それを一元的にここでコントロールすることは非常に難しいという気がするので、もう少し柔軟に考えてもらったほうが、現場としてはものを考えやすい。介護系も入る、いろいろな方たちとも連携するといったことがきれいに書いてあり、患者サイドに立てば非常によく分かる話である。それをエミュレートしていくのは、地域であり、広い目では県でもあり、委員であり、それを全て県がやるというのはハードルが高い気がする。

【保健医療統括監】そのとおりだと思う。今回の地域医療構想の策定に向けて、急性期拠点機能という非常に大きな枠組みから、介護との連携、地域包括ケアシステムについては中学校圏域で同時に議論しなければならないという話まであって、小さい圏域での具体的な検討や調整も必要であると思う。ただ、行政ができることは限られており、実態としては、現場での患者や介護施設の利用者の方々のやり取りの中で、そうした連携が生まれていくものであると思う。それを行政としてオーソライズしていく、さらにシステム化していくということもあろうかと思う。大きさとしては、現場で柔軟に対応していく必要があると思っている。中学校圏域であれば全て手が届くはずというが、保健所単位でもそこまでは厳しいと思う。そうしたところで、市町村にお願いすることもあると思うし、地区医師会にお願いすることもあると思う。そこは、ケースバイケースで柔軟にやるほうがよいと思う。

【保健医療部長】今回の新たな地域医療構想では、いろいろな項目がある。さらに言うと、周産期やがんなど、すでに二次医療圏を越えているものもある。いろいろな大きさの輪がある中で、今回しっかりと決めなければならないことは、構想区域と急性期拠点の2つである。なので、これらについては、県が主導する検討プロセスに則ってもらう必要がある。つまり、データを示し、そのデータを見て自己点検・アセスメントをした上で、区域を存続させるのか、左と合併するのか右と合併するのか、他県と合併するのかという案を出す。ここに関しては、明確に進めたいと思っている。一方で、在宅や介護との連携ということになれば、実態が先行しており、地域ごとにいろいろな実情があるので、一律な決め方は難しいと思う。なので、そこに関しては、各地域やさらに細かな単位でのクラスターで進めてもらわざるを得ないと思う。

【アドバイザー】今後は、「県が言っているから」というのはなしにして、現場サイドでや

るという方向で考えさせてもらいたい。前は、県のリードが非常に強く、現場はやる
ことがなかった。それでよいのかと思っていたので、柔軟にさせてもらえれば嬉しい。

【議長】資料3のスライド7にある今後の構成員について、委員を追加してよいか諮りたい。

【委員】看護協会が出ているが、地域のことがよく分かる訪問看護ステーション連絡協議会
に入ってもらったほうがよいのではないか。

【議長】岡山県看護協会は、訪問看護ステーション連絡協議会にしたほうが良いと思う。

【医療政策課長】看護協会については、職能団体ということで、看護人材の確保といったと
ころもあり、案として示している。看護協会は、病院・診療所、訪問看護、介護との連
携を含めた幅広いところが役割と考えている。訪問看護ステーション連絡協議会は、特
に在宅や介護との連携といったところでの立場がある。どちらか二者択一なのか、例え
ば、今の案に訪問看護ステーション連絡協議会を追加するのか。

【議長】それは検討してください。では、現在の構成員にこの他職種の方を入れてよいか、
決を採る。

＜異議なし＞

（7）第9次岡山県保健医療計画の中間見直しについて（報告）

・事務局から資料により説明を行った。

【委員】資料5のスライド5について、高梁・新見保健医療区域を外来医師多数区域に追加
とはどういう意味か。

【アドバイザー】これは、保健医療計画の中間見直しの会議でも議論になった件である。外
来医師偏在指標の計算式があり、供給が多い地域若しくは需要が少ない地域は、外来医
師偏在指標が高くなる。診療所のキャパが外来に対応できていない地域が、外来医師多
数区域とラベルされる計算式になっていると思っている。保健医療計画の中間見直しの
会議のときにも、この計算式だけで決めるのは無謀ではないかという議論があった。キ
ャパが少ない地域の外来医師偏在指標が高くなってしまう計算式になっているので、も
う少し議論を深めたほうがよいと思っていた。

【委員】高梁・新見地域は非常に面積が広い中、両市の人口はわずか5万人（各市2万5千
人）である。面積は、倉敷と県南地域の約1.5倍である。そうしたところに、同じよう
な理由でいろいろなことを適用されると、民間でやっている医療なので、将来的に維持

することが非常に難しくなっていく。こうした点は、どう考えたらよいか。

【議長】資料5のスライド5にある外来医療のうち、高梁・新見保健医療圏の外来医師多数区域について、適正でない計算式が適用されているとの指摘があった。厚生労働省がやっていることではあるが、いかがか。

【委員】ぜひ、もう一度よく考えてもらいたい。非常に効率の悪い仕事をやっており、都会と同じに見られたら、私たちの仕事をやめろと言っていることと等しくなるので、検討の中に入れてもらいたいと思う。

【議長】これは、県の別の会議でも、この計算式はいかななものか、地域の実情が反映されてないという意見が多々出ている。大変貴重な意見なので、こちらでも共有する。

【医療政策課】外来医師偏在指標は、国が作った指標であり、令和8年4月に更新をされたところである。この指標は、診療所における外来医療の需要に対する診療所医師数の割合を全国で可視化したものであり、診療所及び病院における医療需要に対する医師の数に基づく指標である医師偏在指標とは異なる性質のものである。外来医師偏在指標が高くなる要因としては、診療所ではなく病院で外来受診する患者が多かったり、当該圏域外で外来受診する患者が多かったりといったことがある。高梁・新見地域において外来医師偏在指標が高いということがすなわち医師の数が絶対的に充足していることを示すものではないということが、理解が難しいところである。

ただ、外来医師偏在指標が高くなっているということから、病院で外来受診する患者が多いということと、高梁・新見以外で外来受診する患者が多いということは、一応読み取れる。そうした現状を共有いただき、診療所の数が少なくなっているという状況もあるので、そこに対してどのような地域医療提供体制をとっていくのがよいのかについても、新たに地域の中で協議いただきたい。1つの指標であり、絶対的なものではないということで理解いただきたい。

【委員】人口が急速に減少して過疎化している地域と都会とを同列に考えてシステムを構築していくことに、非常に疑問を感じている。診療所が減っていくと、患者にとってアクセスがどんどん遠くなっていく。診療所が減らないようにしようと思うと、人口を増やす以外に手はないが、おそらくこれは無理な話だと思う。そうすると、地域医療を守るためのシステム、特に過疎化地域の医療をどう守っていくかについて、もう少し踏み込んで考えてもらいたい。

【議長】別会議で出たときに、はっきり言って大変不愉快な指標であると発言した。東京の

霞が関の真ん中で、このようなことを言ってほしくはない。地域で皆さん一生懸命やっているのだから、このような指標を出してくる必要はない。岡山県は岡山県でやっていく。

【アドバイザー】地域医療構想は、この保健医療計画の上位概念に変わったと理解してよいのか。これにいまだに引っ張られるということはないか。地域医療構想の策定計画を立てても、まだ第9次保健医療計画が活着しているからそちらでいくのか。どちらなのか、明確にしてもらいたい。周産期など必要なことがこの中にいっぱい書いてあるので無視をする気はないが、例えば、構想区域を策定するのに二次医療圏は変えないということになってしまう。地域医療構想では変えるので、変えてもよいのか。最終的には、どちらが上位概念になるのか。

【医療政策課長】このたびの法改正によって、令和9年4月1日から、地域医療構想が上位概念になるということである。医療計画については、地域医療構想の実行計画という位置付けになるので、岡山県でいうところの第10次保健医療計画から新たな地域医療構想を踏まえたものになるという流れである。その中で、二次医療圏については、新たな地域医療構想における構想区域と一致させることが原則なので、そうした方向で第10次保健医療計画の策定を検討していくということになると思う。

【アドバイザー】しばらくはこちらが有効だということか。

【保健医療統括監】資料4のスライド3に地域医療構想策定のスケジュールがある。資料5で説明している第9次岡山県保健医療計画は、令和11年度末まで活着している。なので、令和11年度に、新たに策定した地域医療構想に沿って次の計画の見直しを行うという流れになっている。

【アドバイザー】では、例えば、構想区域を変えたとしても、令和11年までは今までどおりやるということなのか。

【保健医療部長】そのとおりである。つまり、令和11年度は、新しい地域医療構想はすでに策定されているが、二次医療圏は見直されていない。二次医療圏は医療計画上の話なので、少なくとも1年間はそうしたねじれが発生する。そのずれを次の医療計画の策定時に検討して、原則としては一致させる。

【アドバイザー】先ほど、急性期の病院をきちんと県としては考えるとの発言があったが、地域医療構想に急性期についてはいっぱい書いてあり、最近は診療報酬にも反映されている。そのためには、地域と連携したり協議会をしたりするよう書いてあるが、圏域を

変えて急性期病院がないところは、もうできないという話にならないか。

【保健医療統括監】新たな地域医療構想の策定は2040年をターゲットイヤーにしており、急に病院が機能転換をして体制を見直していくということではなく、そのグラデーションは織り込みながら、タイミングを見ていくことになると思う。目に見える形のものとしては、新たな地域医療構想、2040年をターゲットイヤーとして最終的なものができ上がっていく。そして、そこに向かって、医療計画というものを6年に1回、見直していく。どの段階でどういう会議を持つかということは、これから様子を見ながら考えていきたいと思っている。

【アドバイザー】それまでは、保健医療計画が上位概念であるということか。

【保健医療統括監】根幹は、二次医療圏ごとの病床規制である。しかし、その他については、そこまで硬直的に考えなくてもよいという気がしている。

【アドバイザー】保健医療計画の見直しは今年度までで、その次は3年後である。その間、いくら一生懸命考えても、こちらが優先になるのか。

【保健医療統括監】新たな地域医療構想は2040年がターゲットイヤーなので、そこを目指していこうということである。

【アドバイザー】現行の地域医療構想のターゲットイヤーは2025年であったが、津山・英田圏域では2018年に既にできていた。7年間もそれに引っ張られると、現場は辟易としてくるので、もう少し考えてもらいたい。

【委員】左から右のスケジュールだけでは分かりづらい。来年度に向けて、県の会議が親会議となって、その次に区域の会議をやる。県の会議で何を決めていくのか。それを基に区域の会議で柔軟にやっていくのか。医療計画との絡みもあって分かりづらい。1枚の概念図に整理してもらいたい。

【医療政策課長】できるだけ皆様方に分かりやすくイメージをしていただけるような資料作りを工夫していきたい。

【アドバイザー】例えば、3回目の会議で構想区域の見直しをする可能性がある場合、その主体はこの会議なのか。もし、これで決定すれば、保健医療計画の二次医療圏も変わるということで、ここでは構想区域も次の保健医療計画の二次医療圏も決めるという整理でよいのか。

【医療政策課】構想区域の決定が、地域医療構想において最初に決めるべきこととなっている。各区域の方の意見であったり、構想区域を変えることがすなわち基本的には二次医

療圏を変えるということになるので、そうした点もいろいろな方に議論いただいたりして、意見をいただいた後に決めるということになる。慎重に検討していく事項であると考えているので、いろいろなステップを踏んでいく書き方をしている。なので、新たな地域医療構想を策定するに当たっての構想区域は、この会議及び各区域の会議で決定する。あとは、未定であるが、医療審議会等の意見を踏まえた上で策定することも考えられる。そうしたスケジュールや手続は、今後、共有して協議させていただきたい。

新たな地域医療構想において、構想区域は、確実にどこかの段階で決める。決まった後に、令和12年度からの保健医療計画の中の二次医療圏も原則として一致させるということになる。構想区域が変われば、二次医療圏も変わるという流れであると考えている。

【医療政策課長】 資料4のスライド3にあるように、まずは構想区域を決めて、それから様々なことを検討していった上で、最終的に新たな地域医療構想のとりまとめがある。とりまとめをしたものが、最終的な新たな地域医療構想の決定ということになる。それまでは、構想区域をどうするかは調整会議の中での決定事項ということであり、それを踏まえて、その他のものも協議していくということになる。

【議長】 結論ありきでこの会議が開催されて、言葉は悪いがアリバイづくりみたいに後追いで追認していくような会議であれば、やらないほうがよい。しっかり地域の意見を出して、国の方針に大きく逆らうことはできないが、地域の実情を踏まえながら、あまりにもおかしい指標が出てくれば国に言っていけばよいと思う。そのために、委員の先生方に各種専門の立場で参加いただいているわけであるので、国の施策が降りてきて、岡山県が真ん中にいて、それを追認していくという会議であってはならないと思う。活発なご意見をいただきたい。