

令和7年度津山・英田圏域地域医療構想調整会議（第2回）議事録

日時：令和7年10月9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

本日は、地域医療構想について、県・国の動向についてお伝えする。県でも久々に県単位の調整会議が行われた。国では、地域医療構想に関するガイドラインの取りまとめに向け、議論が行われている。新たな地域医療構想を医療法に定める改正案が、今国会中に成立しなかったため、継続審議となっているが動向について説明させていただく。新しい地域医療構想という観点では、医療・介護連携が大切になっている。前回は藤本副議長から情報提供いただいたところだが、本日は在宅医療連携について話題提供をいただく予定としている。また救急医療について、現状をお伝えさせていただく。皆様の忌憚のないご意見を頂戴したい。

3 議題（司会：大谷議長）

（1）地域医療構想等について（スライドにて岡山県医療推進課原田主任より説明）

・県・国の動向について

＜委員＞

・我々の地域では診療所の閉鎖が相次ぎ、この地域医療構想については非常に強い潜在的関心がある。「国の動向について、県として引き続き動向を注視する」と言わされたが、どの辺を注視していくのか、説明をいただきたい。

＜医療推進課＞

・国の議論の状況について説明をさせていただいたが、おそらく御出席の多くの皆様は、様々な論点が出ているが、どこに集約していくのか、話が広がりすぎて良く分からなかったと思う。県としても、様々な論点について、考え方を示されているが、いつ集約されるのか、具体的な詰めに入していくのか見えていない。国は今年度中に検討会を終え、県が地域医療構想を作るためのガイドラインを作成するとされており、10/15に第5回の検討会があると聞いているので、今後、具体的な議論へと集約されるものと思っている。まずは、広がった議論がどういう形で集約していくのか、国の動向を見ているところ。岡山県の具体的な議論については、随時、国の議論を把握しながら準備をしていきたい。県の地域医療構想調整会議の委員の方とも相談しながら検討していく。

＜委員＞

・国から具体的なものは示されていないが、既に患者は動いている。現実に診療所が減る等、津山・英田圏域はこれからどうなるか近々の課題。国の考えは「データに基づいた、その地域の医療構想を考えなさい」というのがベースだろう。既にあるNDBデータなどから取ってくることができるはずだ。この地域では、高度急性期については津山中央病院があり、急性期も様々な医療機関があり、医療・介護に関しても地域の実情は見えているはずなので、国の指示を待たなくても、自分たちで必要なデータを集めて進めることは間違いではないだろう。そういう形で今後進めるのが良いだろうと思う。医療や介護について、どのデータが必要なのかこの会議で検討して出していくことが必要だろう。また、医療・介護になると、市町村のデータも必要になってくる。全体の会議でやるのか、ワーキンググループでやるのか方法もある。この地域の医療を守るために避けて通れない状況である。

＜副議長＞

・決まってないことが多いとのことだが、資料4P（4）医師偏在指標の部分に、「令和9年度から次期医師確保計画に向けて、医師偏在指標について、地理的な要素を反映した上で区域を設定することなどに留意して検討してはどうか」とあるが、これは今までそうしてきているのではないか。新たにこ

こからスタートするような提案なのか。

- ・数年前「スポット医師不足地域」という定義がなされたかと思う。その際岡山県は、「スポット医師不足地域」を申請しないという方針だったかと思う。そういうものとこれは何が違うのか分からぬ。同じことをやっているように見えるが、違いを教えてほしい。

＜委員＞

- ・区域に関しては、従来の地域医療構想調整会議は、岡山県保健医療計画の下で動いていた。保健医療計画で岡山県の二次医療圏の定義が設定され、従来の地域医療構想はその範囲内で動いていた。新たな地域医療構想では、保健医療計画の上位となることから、必ずしも保健医療計画に従わなくとも良いため、地域医療構想で区域を考えることになった。実際に岡山県はまだ進んでいないが、秋田県では今年度から8医療圏が3医療圏に変更されている。従前の保健医療計画にとらわれなくてもよいと理解している。そういう意味では、この津山・英田圏域も真庭圏域と絡んでくることであり、その様な視野で考えていくことが必要だろう。

＜医療推進課＞

- ・4Pについては、実際の国の第1回検討会では、「現行の医師偏在指標に、地理的な要素（人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地帯といった地理上の特性）を反映させたうえで区域を設定する。性年齢階級別の医師の労働時間比率について、実態に即したデータを反映する。高年齢医師が多く、数年後に医師少数区域になる可能性がある等、医師の年齢構成の違いを反映する。」このようなことを加味して議論してはどうかという提案が国から出された。
- ・これに対して、第4回検討会で、「年齢構成を考えるべき、男女の労働時間や、医師多数区域となつてもスポット的に足りていないアクセスの悪いところがあるだろう」といったことは示されたが、具体的に医師偏在指標をどう算出し医師少数区域を設定するのかについての意見集約はまだできていない。今後の議論を注視し、医師偏在指標の算定方法を見直すのか等も含め、国の動向を見ていく。

＜副議長＞

- ・それはスポット医師不足の定義とは異なるということか。

＜医療推進課＞

- ・結果的に「スポット医師不足地域」の考え方と似たものに落ち着く可能性はあるが、新たな地域医療構想の下で、新しい論点を入れて検討されているところと理解している。

＜委員＞

- ・圏域について、急性期の拠点病院である津山中央病院の立場から考えると、救急医療や手術、医師の派遣・診療支援は、津山・英田地域だけでなく、真庭地域も行っているので、診療圏としては、津山・英田と真庭医療圏を合わせた形で進めていくのが将来的に妥当だと考えるが、県でその話はすでに出ていているのか。

＜委員＞

- ・二次医療圏を再構築する際、これまで真庭圏域を一緒に入れるのかどうかについて、県からの投げかけがあった（4-5年前か）。真庭の医師会は、一緒になるのを拒否したいという話だった。真庭は真庭で上手く連携できているので、真庭だけでやっていきたいという意見だった。現在、真庭市医師会に所属しているのでだいたい実情が分かってきた。将来的にはおそらくやっていけないだろう、津山・英田圏域と広域で連携が必要になるだろうと考えている。ただ、あまりにも地理的に広いので、地理的要素がネックになるだろう。将来的には、県北に1つ津山を拠点として、もう少し広い二次医療圏となっていくだろう。前回県はそのつもりで投げかけたのだろうが、真庭の当事者から拒否されたと記憶している。

＜委員＞

- ・患者のデータや動きを見れば、おそらく真庭で高度先進医療を行っているところはないことが分かるだろう。そこは、津山中央病院か県南に行き、落ち着いたら地域の医療機関へ戻っているだろう。受入れる地域のどこへ帰っているのか、介護施設へ帰るのか、在宅へ帰るのか、それを把握して、この会議でどうするか決めていくのが良いだろう。
- ・これらのデータは真庭保健所の宮原所長がすべて出されている。それによると、真庭で高度な例え

ば、がんの治療をしている HP はない。とりあえず圏域外の医療機関で治療して戻ってきている。津山でもすべてをカバーしていることはないだろうが、津山中央病院が中心となり行っている。そこから地域の病院へ戻っている。これらの患者の動きを見ながら、将来どうしていけばよいのかを考えていくのかこの会議で討論するのが良いだろう。それが構想会議だろう。

＜医療推進課＞

- ・県の方で区域の見直しを検討しているのかの話については、国の方から何を基準に見直すのか示されていないため、現段階で議論を始めるまでには至っていない。先ほど林委員から御説明があったのは、第9次岡山県保健医療計画を策定した際の二次医療圏の見直しの話である。今回は地域医療構想の区域の話で、二次医療圏と大体どこの県も同じではあるが、法律上必ずしも一緒でなければならないというものではなく、全国で何カ所かは別々に設定しているところもある。今回は、地域医療構想の考え方の中で構想区域の検討をしていく必要があると考えている。いずれにしても、高度な医療は、圏域跨ぎで患者が動いている実態がある一方で、慢性期の入院医療は、各地域で完結するよう頑張つてもらっているという現状もある。これまでの地域医療構想では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期を同じ圏域で議論してきたが、今回の地域医療構想の中では、全ての区分を同じサイズ感で検討することがベストなかどうか、という意見も出ているので、この辺りも含め、県の地域医療構想の議論の過程で、構想区域のサイズについて、どのあたりに焦点を絞り、どういう議論をすれば適正なものになるのかについても、検討し相談もさせていただきたいと考えている。

（2）話題提供

勝田郡の在宅医療・介護連携について

奈義ファミリークリニック 所長 松下 明

- ・「在宅看取り」ではなく、病院以外（施設と自宅）で亡くなる「地域看取り」としてデータを出している。現在奈義町では、約5割が「地域看取り」できている。勝田郡医師会での、在宅医療介護連携の取組では、特に顔の見える関係作りや人材育成に力を入れている。
- ・人材育成としては、多職種により「見える事例検討」を行っている。ある一定の書式を使い、マインドマップを作成し、困難事例を眺めながらアクションプランまで作成している。病院へ出向いて行うこともある。このことで、お互いの関係性が良くなっている。
- ・情報共有は、カナミック（電子版情報共有ツール）を活用している。セキュリティがしっかりしている。各施設が4-5千円負担して運用。患者の負担はない。20-30件の困難事例で運用している。ターミナルに活用が有用。医師だけでなく、ケアマネや訪問看護からの情報も、隨時みんなで共有できている。

＜委員＞

- ・様々なシステムがある中から、カナミックを選ばれたのはなぜか。

＜勝田郡医師会（松下先生）＞

- ・無料のラインワークスを使われるところもあるが、セキュリティ、情報の管理がしっかりしているものが良いため選択した。2015年開始当時、様々な会社を調べた中で、東京大学の在宅チームと柏市が国のモデル事業で活用されていたシステムであったことからも安心して選択した。気軽さという部分では若干ハードルがあるかとは思う。

＜委員＞

- ・このシステムを使う際の勤怠管理はどうされているのか。現在労働環境は厳しいので、ログインした時点で労働としているのか。

＜勝田郡医師会（松下先生）＞

- ・自宅で確認する場合は、今のところチェックが入っていないが、基本職員については、クリニックの中の勤務時間内で活用している。超緊急の連絡はないので、夜間確認することはない。往診前に確認することはあるが、往診の時間内で管理する形になっている。

＜議長＞

- ・他の圏域の患者もおられるだろうが、どうされているのか。市町村ごとに入れることになるのか。

＜勝田郡医師会(松下先生)＞

- ・スタートが勝田郡だったので、勝田郡内に在住する患者さんが主となっているが、もう一つの切り口として、関わる医療機関がホストとして関わっているケースもある。湯郷ファミリークリニックのある美作市エリアや津山ファミリークリニックがある津山エリアまで広げて使っている。ただ、本来はホストのお金をしてているのは、勝田郡医師会、奈義町、勝央町、さとう記念病院、日本原病院、奈義ファミリークリニックで月 4~5 千円程度負担している。今後ホスト機能として、津山市等へも広げるのであれば、行政と交渉してホストの一部を担ってもらえるのならばありがたいと思う。エリアとしての縛りはあまりない。誰がホスト機能を持つのか、誰が利用者の管理をするのかの決めだらう。現在は勝田郡医師会がやっている。

鏡野町在宅医療・介護連携について

鏡野町健康福祉課 課長 石原 靖之

- ・町が主体となり、在宅医療介護連携推進事業を行っている。システム部、認知症部、研修企画・普及啓発部会長の 3 つの部会を構成し活動している。
- ・協議会活動が、一部の事業所の参画にとどまっており、町内全体の動きとなりにくいことから、オーナーズ会議等を通じてより多くの事業所に参加を呼び掛けていく。また、ACP の取組や認知症ケアパスの改訂、出前講座の回数を拡大して実施していく。将来的には協議会への参画を通じて、同業種の事業所同士が助け合い、課題を共有し、共に解決できるような関係を目指している。

(3) 救急医療体制について(スライドにて坪井所長より説明)

- ・今年度の救急医療体制の取組は、「平日日中は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。津山中央病院は準夜帯以降に備える。」という方針の下、以下 5 点の取組を行っている。
- ・1 点目の病床の見える化システムの運用事業は、8 月から消防へも閲覧権限を拡大し、搬送先の選定に活用いただける形で、運用を継続している。現在 13 医療機関へ入力いただいている。
- ・2 点目の救急下り搬送促進事業は、津山中央病院からの下り搬送促進を目的として行っているもの。こちらも 8 月からの下り搬送の患者に対し上乗せ補助の対象にして開始したところ。
- ・3 点目の冬季空床確保支援事業は、搬送困難が増加する冬季の実施に向けて現在最終的な調整を行っている。
- ・4 点目の普及啓発活動、5 点目の消防機関等との連携については、年度を通して取り組んでいる。

＜オブザーバー(前山センター長)＞

- ・下り搬送について、簡単に説明させてもらう。下り搬送は、当院救急外来もしくは入院されてから治療方針が決定して、この治療方針であれば二次医療機関でも同じ質の治療が行えるだろうと判断した場合、当院でしか対応できない患者対応のベッド確保という意味で、見える化システムで確認し、患者の住んでいる場所等を加味して、直接転院搬送を行うもの。この仕組みは、救急外来から主に行っている。院内でも会議を重ね、入院数日以内の方で転院をしていこうと、院長をはじめとして他の部門長が仕組みを現在作っているところ。

＜委員＞

- ・補足すると、救急外来では、受入れた患者をその日のうちに、入院させず下り搬送するというスキームを活用して運用できている。特に当院が満床のとき効力を発している。一方で、一度入院した状態で下り搬送を行うという運用が進んでいない。一度入院すると看護師を中心に入院に関する様々な書類を作成するが、翌日下り搬送だとかなり負担がかかる。そのため、必要な書類となるべく簡潔に書けるようにして、3 日目を一つの目標として、運用を検討している。ある程度目途が立てば、報告させていただく。

＜オブザーバー (難波顧問) ＞

- ・県や国の会議でなかなか方向性が定まらない中、萩原市長も心配されているが、宮本先生が言われたように、津山圏域の中で独自にどんどん進めていくのは良いと思う。これまでにも救急の問題や

地域での医療や介護のネットワークという構想はできつつあるのではないかと思う。

- ・問題は、医師の偏在や看護師の不足等、医療スタッフをどう確保していくのかということについては、津山圏域だけでは解決できないのではないかと思う。津山中央病院が医師の派遣等をされているが、やはり国の方針や県の方針もだが、大学の本院の役目に医師の派遣という大事な役目があるが、岡山大学や全国の国立の医学部の大学本院の機能が果たしてどれくらいできるのかと危惧している。大学本院の医学部長や病院長は役目を理解しているだろうが、教室のトップの先生が地域医療のために人を派遣するのが使命だということを、どこまで認識されているか、また医師たちが地域医療のことをどのくらい認識しているのか、全国的に見てもかなり難しい。これが地域医療構想のネックになるのではないかと思う。

<オブザーバー（合地常任理事）>

- ・国の新しい地域医療構想は、2040年を迎えるにあたっての総論である。そのため、今検討会で出てくる話はあてにならない。先ほど、宮本委員が言われたように、どんどん進めていかないと、地域の住民の医療が確保できない状況である。そのため、地域医療構想がそれぞれ各県の医療計画の上位概念になることなので、自信もって先生方に議論して進めていただく必要があると思う。
- ・データについては、医療関係のデータだけではダメで、人口減少という状況においては、市町村としっかり分析を行い、総合的に把握しながら議論する必要があると思う。岡山県は国から補助をもらい、分析チームを作っているはずなので、そういうところに先生方から、分析データを出してもらうことを要請してもらえばと思う。

<アドバイザー（濱田先生）>

- ・津山・英田の地域医療構想調整会議は、最も中身のある実質的な議論が行われている会議だと考えている。本日も坪井所長、前山先生、岡先生から、下り搬送の問題について、踏み込んだ話ができていた。地域医療構想の在り方をどうするかという議論はさておき、直面している課題について、調整会議をやっていけば、実質的な議論がなされると考える。
- ・構想区域、二次医療圏の見直しをどうするかという議論もあったが、各二次医療圏や区域の先生方に議論してもらえばと思うが、例えば、医療介護連携や在宅ケアの在り方など、地域的な問題については、市町村単位で議論するのが良い場合もあると思う。真庭の圏域を見ると高度医療や救急については、津山や県南に依存しているというのも事実ではあるが、課題になっているテーマごとに圏域を柔軟に変えながら議論することも必要だと考える。