第９次岡山県保健医療計画　中間見直し（素案）　新旧対照表

<table>
<tr><th>新（見直し（案））</th><th>旧（現　行）</th><th>頁</th></tr>
<tr>
<td>

第４章　基準病床数

１　基準病床数の算定

（略）

図表４－１－１－１　療養病床及び一般病床

（略）

図表４－１－１－２　精神病床、感染症病床及び結核病床　（参考）（単位：床）

圏　域	病床種別	基準病床数	既存病床数
県　全　域	精神病床	3,547	5,063
	感染症病床	26	26
	結核病床	37	115

（※精神病床の既存病床数は、令和８（2026）年４月１日時点の数値。感染症病床及び結核病床の既存病床数は、令和６（2024）年３月１日時点における令和６（2024）年４月１日の見込みの数値。）

図表４－１－１－３　岡山県における療養病床数の推移

（略）

</td>
<td>

第４章　基準病床数

１　基準病床数の算定

（略）

図表４－１－１－１　療養病床及び一般病床

（略）

図表４－１－１－２　精神病床、感染症病床及び結核病床（参考）（単位：床）

圏　域	病床種別	基準病床数	既存病床数
県　全　域	精神病床	3,931	5,119
	感染症病床	26	26
	結核病床	37	115

（※既存病床数は、令和６（2024）年３月１日時点における令和６（2024）年４月１日の見込み）

図表４－１－１－３　岡山県における療養病床数の推移

（略）

</td>
<td>31
～
32</td>
</tr>
</table>

新（見直し（案））

第６章　医療提供体制の整備

第３節　外来医療に係る医療提供体制の確保

１　現状と課題

現　状	課　題
○外来医師偏在指標※によれば、県内では県南東部、県南西部**、高梁・新見**の各保健医療圏が外来医師多数区域となっており、また、無床診療所の開設状況に、地域的な偏りが見られます。**なお、外来医師偏在指標は、その算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表し得る要素が盛り込まれているものではないため、こうした指標の性質や地域の実情を踏まえる必要があります。**	○新たに開業しようとする医療関係者等に対し、外来医師の偏在状況など、**当該地域における**外来医療提供体制の現状に関する情報を提供し、適切な経営判断を促す必要があります。
○診療所の診療科の専門分化が進む一方、地域によって、軽度の救急患者に対する夜間及び休日等の初期救急医療や在宅医療、産業医・学校医・予防接種等の公衆衛生に係る外来医療機能の不足が生じています。	○新たに開業しようとする医療関係者等に対し、地域で不足する外来医療機能の確保について、協力を求める必要があります。
○さらなる高齢化によって需要が高まる在宅医療の充実や放射線装置等、CTやMRI等、医療機器の共同利用等の仕組みづくりが個々の医療機関の自主的な取組に委ねられています。	○地域での外来医療の提供が効果的かつ効率的に行われるよう、医療機関相互の連携を促す必要があります。
○患者が医療機関を選択するにあたり、外来機能の情報が十分得られず、また、大病院等、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間の増加や勤務医の外来負担等の課題が生じています。	○専門的治療の提供など、医療機関が地域で担う外来医療機能を明確化し、住民に周知することにより、患者の流れを円滑化する必要があります。

旧（現　行）

第６章　医療提供体制の整備

第３節　外来医療に係る医療提供体制の確保

１　現状と課題

現　状	課　題
○外来医師偏在指標※によれば、県内では県南東部、県南西部の各保健医療圏が外来医師多数区域となっており、また、無床診療所の開設状況に、地域的な偏りが見られます。	○新たに開業しようとする医療関係者等に対し、外来医師の偏在状況など、外来医療提供体制の現状に関する情報を提供し、適切な経営判断を促す必要があります。
○診療所の診療科の専門分化が進む一方、地域によって、軽度の救急患者に対する夜間及び休日等の初期救急医療や在宅医療、産業医・学校医・予防接種等の公衆衛生に係る外来医療機能の不足が生じています。	○新たに開業しようとする医療関係者等に対し、地域で不足する外来医療機能の確保について、協力を求める必要があります。
○さらなる高齢化によって需要が高まる在宅医療の充実や放射線装置等、CTやMRI等、医療機器の共同利用等の仕組みづくりが個々の医療機関の自主的な取組に委ねられています。	○地域での外来医療の提供が効果的かつ効率的に行われるよう、医療機関相互の連携を促す必要があります。
○患者が医療機関を選択するにあたり、外来機能の情報が十分得られず、また、大病院等、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間の増加や勤務医の外来負担等の課題が生じています。	○専門的治療の提供など、医療機関が地域で担う外来医療機能を明確化し、住民に周知することにより、患者の流れを円滑化する必要があります。

頁

81

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
※　外来医師偏在指標 外来医療機能の偏在等の可視化にあたっては、外来医療のサービスの提供主体が医師であることから、医師数に基づく指標（以下「外来医師偏在指標」という。）を算出します。具体的には、医療需要（ニーズ）及び人口構成とその変化、患者の流出入等、へき地等の地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の種別（区域、入院／外来）の５つの要素を勘案した人口 10 万人対診療所医師数を用います。外来医師偏在指標の値が、全国の二次医療圏の中で上位 33.3%に該当する二次医療圏を外来医師多数区域として設定します。 **なお、令和８年４月版の外来医師偏在指標の算定式には、患者の流出入に基づく増減を反映するために、病院・一般診療所外来患者流出入調整係数が加えられています。**	※　外来医師偏在指標 外来医療機能の偏在等の可視化にあたっては、外来医療のサービスの提供主体が医師であることから、医師数に基づく指標（以下「外来医師偏在指標」という。）を算出します。具体的には、医療需要（ニーズ）及び人口構成とその変化、患者の流出入等、へき地等の地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の種別（区域、入院／外来）の５つの要素を勘案した人口 10 万人対診療所医師数を用います。外来医師偏在指標の値が、全国の二次医療圏の中で上位 33.3%に該当する二次医療圏を外来医師多数区域として設定します。	81
図表６−３−１−１　外来医師偏在指標【国の算定結果】 ○県内各二次医療圏における外来医師偏在指標は、次のとおりとなっています。**なお、外来医師偏在指標は、病院での外来受療割合が高い地域や他圏域での外来受療割合が高い地域等で数値が高くなるため、医療資源が少ない地域であっても指標が高くなる場合があります。医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を示すものであるという性質を十分に踏まえ、指標の数値を絶対的な基準として取り扱うことや指標のみに基づく機械的な運用を行うことのないよう十分に留意し、地域の実情をよく把握した上で活用します。**	図表６−３−１−１　外来医師偏在指標【国の算定結果】 ○県内各二次医療圏における外来医師偏在指標は、次のとおりとなっています。	

県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田
142.8	113.2	118.5	100.8	105.6

全国上位１／３　111.71

（資料：厚生労働省「外来医師偏在指標」）

県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田
138.2	113.8	107.7	106.2	106.4

全国上位１／３　107.8

（資料：厚生労働省「外来医師偏在指標」）

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
		82

図表６－３－１－２　外来医師偏在指標【国の算定結果】

圏域名	外来医師偏在指標	標準化診療所従事医師数（人）	2025年1月1日時点人口（10万人）	標準化外来受療率比	診療所外来患者数割合	病院・一般診療所外来患者流出入調整係数
全国	115.7	111,729.0	1,243.31	1.00	77.7%	1.000
岡山県	126.7	1,685.4	18.36	1.02	70.9%	0.997
県南東部	142.8	955.6	8.82	1.01	73.8%	1.019
県南西部	113.2	552.1	6.93	1.02	69.4%	0.999
高梁・新見	118.5	27.2	0.52	1.17	45.4%	0.830
真庭	100.8	23.8	0.42	1.14	54.5%	0.915
津山・英田	105.6	126.7	1.66	1.08	71.2%	0.941

（資料：厚生労働省「外来医師偏在指標」）

○外来医師偏在指標の算定方法（概要）
（略）

図表６－３－１－２　外来医師偏在指標【国の算定結果】

圏域区分	都道府県名	圏域名	外来医師偏在指標	標準化診療所従事医師数（人）	2021年1月1日時点人口（10万人）	標準化外来受療率比	診療所外来患者数割合
全国	00 全国	00 全国	112.2	107,226	1,266.5	1.000	75.5%
都道府県	33 岡山県	33 岡山県	124.6	1,717	18.9	1.027	70.9%
二次医療圏	33 岡山県	3301 県南東部	138.2	967	9.1	1.007	75.1%
二次医療圏	33 岡山県	3302 県南西部	113.8	554	7.1	1.017	67.7%
二次医療圏	33 岡山県	3303 高梁・新見	107.7	30	0.6	1.185	49.7%
二次医療圏	33 岡山県	3304 真庭	106.2	31	0.5	1.153	58.4%
二次医療圏	33 岡山県	3305 津山・英田	106.4	135	1.8	1.085	70.3%

（資料：厚生労働省「外来医師偏在指標」）

○外来医師偏在指標の算定方法（概要）
（略）

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
		83

図表６−３−１−３　市町村別診療所従事医師数

保健医療圏別	市町村別	診療所従事医師数	人口 10 万対
県南東部保健医療圏	岡山市	841	118.1
	玉野市	39	74.3
	備前市	17	57.6
	瀬戸内市	29	82.5
	赤磐市	32	77.8
	和気町	4	31.8
	吉備中央町	4	39.6
	小　計	966	108.1
県南西部保健医療圏	倉敷市	408	87.4
	笠岡市	26	60.9
	井原市	29	81.4
	総社市	52	75.2
	浅口市	21	67.1
	早島町	9	72.6
	里庄町	4	37.5
	矢掛町	8	63.8
	小　計	557	81.8
高梁・新見保健医療圏	高梁市	14	54.7
	新見市	14	55.0
	小　計	28	54.9
真庭保健医療圏	真庭市	23	58.7
	新庄村	1	141.8
	小　計	24	60.1
津山・英田保健医療圏	津山市	95	100.0
	美作市	13	54.6
	鏡野町	6	53.0
	勝央町	4	38.0
	奈義町	4	76.1
	西粟倉村	0	0.0
	久米南町	2	48.6
	美咲町	4	34.0
	小　計	128	78.5
県　　計		1,703	93.2

図表６−３−１−３　市町村別診療所従事医師数

保健医療圏別	市町村別	診療所従事医師数	人口 10 万対
県南東部保健医療圏	岡山市	847	117.6
	玉野市	42	73.9
	備前市	22	68.2
	瀬戸内市	27	75.5
	赤磐市	30	70.7
	和気町	5	37.2
	吉備中央町	5	47.1
	小　計	978	107.3
県南西部保健医療圏	倉敷市	399	84.0
	笠岡市	25	53.9
	井原市	30	78.0
	総社市	58	84.8
	浅口市	18	54.9
	早島町	12	95.4
	里庄町	4	36.5
	矢掛町	8	60.2
	小　計	554	79.4
高梁・新見保健医療圏	高梁市	17	58.4
	新見市	14	50.4
	小　計	31	54.5
真庭保健医療圏	真庭市	32	75.4
	新庄村	0	0.0
	小　計	32	74.0
津山・英田保健医療圏	津山市	95	95.3
	美作市	20	78.0
	鏡野町	6	50.1
	勝央町	3	27.4
	奈義町	7	126.5
	西粟倉村	0	0.0
	久米南町	2	44.8
	美咲町	4	30.8
	小　計	137	79.4
県　　計		1,732	92.0

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁

図表６−３−１−４　市町村別一般診療所数

保健医療圏別	市町村別	診療所数	人口 10 万対
県南東部保健医療圏	岡山市	681	95.6
	玉野市	47	89.3
	備前市	31	104.7
	瀬戸内市	29	82.4
	赤磐市	34	82.5
	和気町	11	87.0
	吉備中央町	12	118.5
	小　計	845	94.5
県南西部保健医療圏	倉敷市	345	73.9
	笠岡市	37	86.4
	井原市	26	72.6
	総社市	46	66.5
	浅口市	18	57.3
	早島町	9	72.5
	里庄町	5	46.6
	矢掛町	9	71.6
	小　計	495	72.6
高梁・新見保健医療圏	高梁市	28	108.7
	新見市	28	109.6
	小　計	56	109.2
真庭保健医療圏	真庭市	34	86.4
	新庄村	1	141.6
	小　計	35	87.3
津山・英田保健医療圏	津山市	90	94.6
	美作市	23	96.1
	鏡野町	11	96.6
	勝央町	5	47.4
	奈義町	5	94.7
	西粟倉村	1	76.5
	久米南町	5	121.2
	美咲町	10	84.5
	小　計	150	91.7
県　計		1,581	86.4

（資料：厚生労働省「令和６（2024）年医師・歯科医師・薬剤師調査」、「令和６（2024）年医療施設調査」、岡山県統計分析課「岡山県毎月流動人口調査」）

図表６−３−１−４　市町村別一般診療所数

保健医療圏別	市町村別	診療所数	人口 10 万対
県南東部保健医療圏	岡山市	700	97.0
	玉野市	49	88.3
	備前市	33	104.6
	瀬戸内市	28	78.3
	赤磐市	34	80.3
	和気町	12	89.3
	吉備中央町	12	112.6
	小　計	868	95.3
県南西部保健医療圏	倉敷市	347	73.3
	笠岡市	41	90.7
	井原市	31	81.7
	総社市	47	67.7
	浅口市	17	52.4
	早島町	10	80.8
	里庄町	5	45.9
	矢掛町	8	60.4
	小　計	506	72.8
高梁・新見保健医療圏	高梁市	32	113.0
	新見市	29	105.6
	小　計	61	109.3
真庭保健医療圏	真庭市	41	97.6
	新庄村	1	126.9
	小　計	42	98.1
津山・英田保健医療圏	津山市	95	95.9
	美作市	25	97.8
	鏡野町	11	92.4
	勝央町	7	65.0
	奈義町	5	91.0
	西粟倉村	1	72.6
	久米南町	4	90.0
	美咲町	11	85.8
	小　計	159	92.8
県　計		1,636	87.2

（資料：厚生労働省「令和２（2020）年医師・歯科医師・薬剤師調査」、「令和３（2021）年医療施設調査」、岡山県統計分析課「岡山県毎月流動人口調査」）

83

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
		84

図表６−３−１−５　市町村別の医療機器・設備の保有状況

保健医療圏別	市町村別	64列以上マルチスライスCT	16列以上64列未満マルチスライスCT	16列未満マルチスライスCT	その他のCT（多列検出器CT以外のCT）	MRI 3テスラ以上	MRI 3テスラ以上1.5テスラ未満	MRI 1.5テスラ未満	血管連続撮影装置	SPECT	PET	PETCT	PETMRI	ガンマナイフ	サイバーナイフ	強度変調放射線治療器	遠隔操作式密封小線源治療装置	内視鏡手術用支援機器（ダヴィンチ）
県南東部保健医療圏	岡山市	47	33	3	2	17	19	2	46	12	0	2	0	1	1	8	1	8
	玉野市	2	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	備前市	1	3	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	瀬戸内市	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	赤磐市	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	和気町	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	吉備中央町	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	55	43	4	2	17	27	3	47	12	0	2	0	1	1	8	1	8
県南西部保健医療圏	倉敷市	24	18	3	0	10	17	1	21	8	0	2	0	0	0	6	1	5
	笠岡市	4	0	0	0	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	井原市	3	2	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	総社市	1	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	浅口市	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	早島町	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	里庄町	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	矢掛町	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	35	25	4	0	11	24	4	24	8	0	2	0	0	0	6	1	5
高梁・新見保健医療圏	高梁市	1	2	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	新見市	3	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	4	3	0	0	0	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
真庭保健医療圏	真庭市	3	2	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	新庄村	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	3	2	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
津山・英田保健医療圏	津山市	5	5	0	0	1	4	0	4	1	0	1	0	0	0	1	0	1
	美作市	0	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	鏡野町	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	勝央町	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	奈義町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	西粟倉村	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	久米南町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	美咲町	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	7	11	0	1	1	5	2	4	1	0	1	0	0	0	1	0	2
県　計		104	84	9	3	30	61	11	76	21	0	5	0	1	1	15	2	16

（資料：令和7年度外来機能報告）

図表６−３−１−５　市町村別の医療機器・設備の保有状況

保健医療圏別	市町村別	64列以上マルチスライスCT	16列以上64列未満マルチスライスCT	16列未満マルチスライスCT	その他のCT（多列検出器CT以外のCT）	MRI 3テスラ以上	MRI 3テスラ以上1.5テスラ未満	MRI 1.5テスラ未満	血管連続撮影装置	SPECT	PET	PETCT	PETMRI	ガンマナイフ	サイバーナイフ	強度変調放射線治療器	遠隔操作式密封小線源治療装置	内視鏡手術用支援機器（ダヴィンチ）
県南東部保健医療圏	岡山市	40	33	8	4	16	18	2	46	13	0	3	0	1	1	7	1	4
	玉野市	3	3	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	備前市	1	2	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	瀬戸内市	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	赤磐市	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	和気町	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	吉備中央町	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	46	42	8	6	16	27	3	47	13	0	3	0	1	1	7	1	4
県南西部保健医療圏	倉敷市	23	17	6	0	9	17	1	20	8	0	4	0	0	0	6	2	5
	笠岡市	3	1	0	0	1	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	井原市	3	2	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	総社市	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	浅口市	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	早島町	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	里庄町	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	矢掛町	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	32	23	9	0	10	23	4	23	8	0	4	0	0	0	6	2	5
高梁・新見保健医療圏	高梁市	1	2	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	新見市	0	5	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	1	7	0	0	0	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
真庭保健医療圏	真庭市	3	4	0	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	新庄村	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	3	4	0	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
津山・英田保健医療圏	津山市	5	5	0	0	1	3	0	4	1	0	1	0	0	0	1	0	1
	美作市	0	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	鏡野町	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	勝央町	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	奈義町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	西粟倉村	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	久米南町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	美咲町	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	8	9	0	1	1	4	2	4	1	0	1	0	0	0	1	0	1
県　計		90	85	17	7	28	59	11	77	22	0	8	0	1	1	14	3	10

（資料：令和4年度外来機能報告）

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
２　施策の方向 項　目：外来医療に係る医療提供体制の確保 施策の方向：○ 新たに開業しようとする医療関係者等に対し、外来医師の偏在状況や医療機器の設置状況など、地域の外来医療提供体制の現状に関する情報を提供し、適切な経営判断を促すとともに、地域で不足する外来医療機能の確保への協力を求め、必要な外来医療機能の確保を図ります。 ○ 地域医療構想調整会議等の協議の場を活用し、不足する外来医療機能の確保や医療機器等の共同利用など、外来医療に関する地域課題についての協議を深め、地域の外来医療提供体制の充実を図ります。 ○ 健康に関することをなんでも相談でき、必要な時には専門医療機関を紹介してくれる「かかりつけ医」の普及を図ります。また、専門的な医療の提供を地域で基幹的に担う「紹介受診重点医療機関」を明確化し、患者が症状に応じて適切に医療を受けられる環境を整えます。	２　施策の方向 項　目：外来医療に係る医療提供体制の確保 施策の方向：○ 新たに開業しようとする医療関係者等に対し、外来医師の偏在状況や医療機器の設置状況など、地域の外来医療提供体制の現状に関する情報を提供し、適切な経営判断を促すとともに、地域で不足する外来医療機能の確保への協力を求め、必要な外来医療機能の確保を図ります。 ○ 地域医療構想調整会議等の協議の場を活用し、不足する外来医療機能の確保や医療機器等の共同利用など、外来医療に関する地域課題についての協議を深め、地域の外来医療提供体制の充実を図ります。 ○ 健康に関することをなんでも相談でき、必要な時には専門医療機関を紹介してくれる「かかりつけ医」の普及を図ります。また、専門的な医療の提供を地域で基幹的に担う「紹介受診重点医療機関」を明確化し、患者が症状に応じて適切に医療を受けられる環境を整えます。	85

新（見直し（案））

第７章　疾病又は事業ごとの医療連携体制の構築
第１節　医療法で定める５疾病
５　精神疾患の医療
（２）治療・地域移行
１　現状と課題

現　状	課　題
○県内の精神科医療施設は、精神病床のある病院が 23 施設、その他精神科を標榜する医療施設は 106 施設となっており、人口 10 万人当たりの精神病床数は 279.2 で、全国平均 257.2 を上回っています。（図表 7-1-5-7）	○人口 10 万人当たりの精神病床数は、県全域では全国を上回る精神病床が確保できていますが、地域により偏りが認められるため、地域間の連携が必要です。
○精神科病院へ勤務する医師数は全県で 193.6 人（常勤換算）、人口 10 万人当たり 10.3 で、全国（7.9）を上回っています。また、看護師は 1,068.2 人、精神保健福祉士は 128.8 人となっています。（図表 7-1-5-8）	
○病院及び診療所の適正配置を図ることを目的として、医療法の規定に基づき定められた精神病床の基準病床数は3,547床です。また、精神科病院の入院患者数は、令和４（2022）年６月 30 日現在で、3,740 人です。（図表 7-1-5-9、図表 7-1-5-10）	○県全域を単位とした基準病床数は充足しているとともに、入院患者は地域移行の促進により減少傾向となることが見込まれることから、地域の実情に応じた病床の機能分化の方策を検討する必要があります。 ○退院促進には、地域住民や当事者の家族などの理解を得る必要があります。
○年間の医療保護入院患者数は、人口 10 万人当たり 189.1 で、全国（147.2）と比べ多くなっています。（厚生労働省「令和３（2021）年度・衛生行政報告例」）	○入院医療については、人権に配慮した、適切な制度運用が求められます。

旧（現　行）

第７章　疾病又は事業ごとの医療連携体制の構築
第１節　医療法で定める５疾病
５　精神疾患の医療
（２）治療・地域移行
１　現状と課題

現　状	課　題
○県内の精神科医療施設は、精神病床のある病院が 23 施設、その他精神科を標榜する医療施設は 106 施設となっており、人口 10 万人当たりの精神病床数は 279.2 で、全国平均 257.2 を上回っています。（図表 7-1-5-7）	○人口 10 万人当たりの精神病床数は、県全域では全国を上回る精神病床が確保できていますが、地域により偏りが認められるため、地域間の連携が必要です。
○精神科病院へ勤務する医師数は全県で 193.6 人（常勤換算）、人口 10 万人当たり 10.3 で、全国（7.9）を上回っています。また、看護師は 1,068.2 人、精神保健福祉士は 128.8 人となっています。（図表 7-1-5-8）	
○病院及び診療所の適正配置を図ることを目的として、医療法の規定に基づき定められた精神病床の基準病床数は3,931床です。また、精神科病院の入院患者数は、令和４（2022）年６月 30 日現在で、3,740 人です。（図表 7-1-5-9、図表 7-1-5-10）	○県全域を単位とした基準病床数は充足しているとともに、入院患者は地域移行の促進により減少傾向となることが見込まれることから、地域の実情に応じた病床の機能分化の方策を検討する必要があります。 ○退院促進には、地域住民や当事者の家族などの理解を得る必要があります。
○年間の医療保護入院患者数は、人口 10 万人当たり 189.1 で、全国（147.2）と比べ多くなっています。（厚生労働省「令和３（2021）年度・衛生行政報告例」）	○入院医療については、人権に配慮した、適切な制度運用が求められます。

頁
127

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
○医療保護入院により１年以上入院している患者の割合は 15.2%であり、全国（17.7%）より低くなっています。(厚生労働省「精神保健福祉資料」（令和２～４（2020～2022）年度平均)		○医療保護入院により１年以上入院している患者の割合は 15.2%であり、全国（17.7%）より低くなっています。(厚生労働省「精神保健福祉資料」（令和２～４（2020～2022）年度平均)		127 ～ 128
○保護室隔離を受けている患者の割合は、7.4%で、全国（4.7%）と比べ多くなっています。（厚生労働省「令和４（2022）年度精神保健福祉資料」）		○保護室隔離を受けている患者の割合は、7.4%で、全国（4.7%）と比べ多くなっています。（厚生労働省「令和４（2022）年度精神保健福祉資料」）		
○身体拘束を受けている患者の割合は、0.9%で、全国（4.2%）と比べ少なくなっています。（厚生労働省「令和４（2022）年度精神保健福祉資料」）		○身体拘束を受けている患者の割合は、0.9%で、全国（4.2%）と比べ少なくなっています。（厚生労働省「令和４（2022）年度精神保健福祉資料」）		
○入院後３か月時点の退院率は 67%であり、全国（64%）より高くなっています。入院後６か月時点の退院率は 82%であり、全国（80%）より高くなっています。入院後 12 か月時点の退院率は 89%であり、全国（88%）より高くなっています。（厚生労働省「令和元（2019）年度精神保健福 祉資料、ナショナルデータベース」）	○入院期間が長期化した場合、精神障害のある人の社会復帰が難しくなる傾向があることを踏まえ、できるだけ早期に退院できるよう、精神障害のある人の退院に向けた取組を行いつつ、必要な医療を提供するための体制を確保する必要があります。	○入院後３か月時点の退院率は 67%であり、全国（64%）より高くなっています。入院後６か月時点の退院率は 82%であり、全国（80%）より高くなっています。入院後 12 か月時点の退院率は 89%であり、全国（88%）より高くなっています。（厚生労働省「令和元（2019）年度精神保健福 祉資料、ナショナルデータベース」）	○入院期間が長期化した場合、精神障害のある人の社会復帰が難しくなる傾向があることを踏まえ、できるだけ早期に退院できるよう、精神障害のある人の退院に向けた取組を行いつつ、必要な医療を提供するための体制を確保する必要があります。	
○令和４（2022）年６月 30 日における入院患者 3,740 人のうち、３か月未満の在院患者は全体の 25.3%の 948 人、１年未満の在院患者は全体の 44%の 1,648 人となっています。（図表 7-1-5-10）	○早期治療や入院時の手厚い医療、地域生活への移行に向けた支援を充分に行うこと等により、入院の長期化を防ぐ必要があります。	○令和４（2022）年６月 30 日における入院患者 3,740 人のうち、３か月未満の在院患者は全体の 25.3%の 948 人、１年未満の在院患者は全体の 44%の 1,648 人となっています。（図表 7-1-5-10）	○早期治療や入院時の手厚い医療、地域生活への移行に向けた支援を充分に行うこと等により、入院の長期化を防ぐ必要があります。	
○令和４（2022）年６月の１か月間に退院した患者の退院先は、家庭復帰と障害福祉施設をあわせると、66.8%となります。（図表 7-1-5-11）	○地域で生活するための在宅医療（外来医療を含む）の充実と、保健・医療・福祉関係機関の機能強化と連携強化が必要です。	○令和４（2022）年６月の１か月間に退院した患者の退院先は、家庭復帰と障害福祉施設をあわせると、66.8%となります。（図表 7-1-5-11）	○地域で生活するための在宅医療（外来医療を含む）の充実と、保健・医療・福祉関係機関の機能強化と連携強化が必要です。	

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
○令和４（2022）年６月 30 日における入院患者のうち１年以上在院者は 2,092 人で全入院患者の約６割です。（図表 7-1-5-12）	○関係機関と連携し、日常の地域保健活動を充実させる必要があります。 ○長期入院から地域生活への移行に向けた生活調整や障害福祉サービスとの連携が重要です。	○令和４（2022）年６月 30 日における入院患者のうち１年以上在院者は 2,092 人で全入院患者の約６割です。（図表 7-1-5-12）	○関係機関と連携し、日常の地域保健活動を充実させる必要があります。 ○長期入院から地域生活への移行に向けた生活調整や障害福祉サービスとの連携が重要です。	128 ～ 129
○県で指定をしている指定自立支援医療機関（精神通院医療）は、令和５（2023）年４月１日現在で、病院 58 か所、診療所 78 か所、薬局 461 か所、訪問看護ステーション 67 か所です。（図表 7-1-5-13）	○訪問看護や薬局による在宅での服薬指導などにより、服薬及び受診の中断を防ぐ取組が必要です。	○県で指定をしている指定自立支援医療機関（精神通院医療）は、令和５（2023）年４月１日現在で、病院 58 か所、診療所 78 か所、薬局 461 か所、訪問看護ステーション 67 か所です。（図表 7-1-5-13）	○訪問看護や薬局による在宅での服薬指導などにより、服薬及び受診の中断を防ぐ取組が必要です。	
○精神科入院患者のうち、身体合併症により一般科で入院治療を受けた患者数は 338 人、人口 10 万人あたり件数は 18.2 と全国（12.7）より高い水準にあります。（令和元（2019）年・ナショナルデータベース）	○地域で生活する患者に必要な医療が提供され、保健・福祉サービスとの連携が行われ、患者が身近な地域で暮らせる体制の整備が必要です。	○精神科入院患者のうち、身体合併症により一般科で入院治療を受けた患者数は 338 人、人口 10 万人あたり件数は 18.2 と全国（12.7）より高い水準にあります。（令和元（2019）年・ナショナルデータベース）	○地域で生活する患者に必要な医療が提供され、保健・福祉サービスとの連携が行われ、患者が身近な地域で暮らせる体制の整備が必要です。	
○令和３（2021）年６月の１か月あたりの精神科訪問看護利用実人員は 1,197 人、10 万人当たり利用者数に換算すると、63.8 であり、全国（46.5）を上回っています。（厚生労働省「令和３（2021）年度精神保健福祉資料」）		○令和３（2021）年６月の１か月あたりの精神科訪問看護利用実人員は 1,197 人、10 万人当たり利用者数に換算すると、63.8 であり、全国（46.5）を上回っています。（厚生労働省「令和３（2021）年度精神保健福祉資料」）		
○精神障害のある人が自立し、社会参加できるよう「岡山県障害福祉計画」に沿って障害福祉サービスの整備などにより、地域生活の支援を進めています。	○地域生活支援サービスの充実を図っていく必要があります。	○精神障害のある人が自立し、社会参加できるよう「岡山県障害福祉計画」に沿って障害福祉サービスの整備などにより、地域生活の支援を進めています。	○地域生活支援サービスの充実を図っていく必要があります。	
○家主などが精神疾患に対する誤解により不安を抱いたり、保証人を確保することが困難なことなどにより、精神疾患のある人が住居を確保することは依然として難しい状況にあります。	○地域生活への移行を進める上で、住居の確保は重要な課題です。	○家主などが精神疾患に対する誤解により不安を抱いたり、保証人を確保することが困難なことなどにより、精神疾患のある人が住居を確保することは依然として難しい状況にあります。	○地域生活への移行を進める上で、住居の確保は重要な課題です。	

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
○医療導入や治療継続が困難な精神障害のある人に対する包括的支援を行うため、保健所・精神保健福祉センター中心に精神科在宅支援（アウトリーチ）事業を実施しています。	○緊急の入院等を回避する必要があることから、関係機関と連携し、訪問・調整等の日常の地域保健活動を充実する必要があります。	○医療導入や治療継続が困難な精神障害のある人に対する包括的支援を行うため、保健所・精神保健福祉センター中心に精神科在宅支援（アウトリーチ）事業を実施しています。	○緊急の入院等を回避する必要があることから、関係機関と連携し、訪問・調整等の日常の地域保健活動を充実する必要があります。	129
○自ら障害のある当事者がピアサポーターとなって行う相談、支援や普及啓発が、精神障害のある人の不安解消、精神障害のある人への偏見解消等に有効であることから、県内で活動しているピアサポーターを派遣し、地域移行・地域定着を促進するとともに、新たにピアサポーターを養成することで、地域のピアサポーターの確保と活動の活性化を図っています。	○精神障害のある人への偏見を解消するための更なる普及啓発が必要です。 ○ピアサポーターの養成及び派遣を実施していますが、ピアサポーターの活動の場の拡大のための取組が必要です。	○自ら障害のある当事者がピアサポーターとなって行う相談、支援や普及啓発が、精神障害のある人の不安解消、精神障害のある人への偏見解消等に有効であることから、県内で活動しているピアサポーターを派遣し、地域移行・地域定着を促進するとともに、新たにピアサポーターを養成することで、地域のピアサポーターの確保と活動の活性化を図っています。	○精神障害のある人への偏見を解消するための更なる普及啓発が必要です。 ○ピアサポーターの養成及び派遣を実施していますが、ピアサポーターの活動の場の拡大のための取組が必要です。	
○地域移行促進センター事業として、ホステル事業、24 時間電話相談事業を実施しています。 ○岡山県精神障害者家族会連合会や各地域の家族会は、共同作業所を運営するなど、精神障害のある人の社会参加のための取組を行っています。	○退院後の地域生活に移行する上で必要な訓練や支援を行う必要があります。 ○精神障害のある人とその家族の支援を進めるため、岡山県精神障害者家族会連合会をはじめ地域の家族会を支援していくことが必要です。 ○精神障害のある人の地域生活を支援していくためには、関係機関や家族会などの関係者が、協力して支援を行っていくことが必要です。	○地域移行促進センター事業として、ホステル事業、24 時間電話相談事業を実施しています。 ○岡山県精神障害者家族会連合会や各地域の家族会は、共同作業所を運営するなど、精神障害のある人の社会参加のための取組を行っています。	○退院後の地域生活に移行する上で必要な訓練や支援を行う必要があります。 ○精神障害のある人とその家族の支援を進めるため、岡山県精神障害者家族会連合会をはじめ地域の家族会を支援していくことが必要です。 ○精神障害のある人の地域生活を支援していくためには、関係機関や家族会などの関係者が、協力して支援を行っていくことが必要です。	

新（見直し（案））

２　施策の方向

項　目	施策の方向
早期退院の促進	○入院初期における手厚い医療の提供や、退院後の地域生活に必要な福祉サービスの確保などに医師、看護職員、精神保健福祉士など多職種チームで取り組むことにより、入院期間の短縮を図るよう、精神科医療機関等に働きかけます。 ○入院医療から地域生活への移行を推進するため、精神障害のある人の退院後の地域生活の支援が強化されるように、外来診療、デイケア、訪問診療・訪問看護などの在宅医療の充実に努めながら、地域の実情に応じた病床の機能分化の方策を検討します。 ○「岡山県障害福祉計画」に基づき、障害福祉サービス、相談支援及び地域生活支援事業の提供体制の確保を進めるとともに、関係機関等と連携し、社会的入院の解消を図ります。
地域移行・定着のための体制整備	○地域で生活していくために必要な外来受診の継続が困難な人に対して、保健所等による訪問活動や、医療機関等によるアウトリーチ（訪問支援）が提供される体制を整備します。 ○退院後の生活環境にも配慮しながら、入院前に診療を行っていた医療機関等との連携を深めるため、かかりつけ医などへの研修を行います。 ○訪問看護や薬局による服薬指導などにより、服薬及び受診の中断を防ぐ取組を推進します。 ○精神障害のある人が地域で適切な医療が受けられるよう、心身障害者医療費公費負担制度に精神障害のある人に対する医療費助成の枠組みを新たに設けるとともに、市町村や保健・医療・福祉関係機関とのさらなる連携強化を図ります。 ○地域で生活する精神障害のある人が不安定になった場合への支援として、一時休息のために入所するホステル事業や、24 時間電話相談事業を実施します。

旧（現　行）

２　施策の方向

項　目	施策の方向
早期退院の促進	○入院初期における手厚い医療の提供や、退院後の地域生活に必要な福祉サービスの確保などに医師、看護職員、精神保健福祉士など多職種チームで取り組むことにより、入院期間の短縮を図るよう、精神科医療機関等に働きかけます。 ○入院医療から地域生活への移行を推進するため、精神障害のある人の退院後の地域生活の支援が強化されるように、外来診療、デイケア、訪問診療・訪問看護などの在宅医療の充実に努めながら、地域の実情に応じた病床の機能分化の方策を検討します。 ○「岡山県障害福祉計画」に基づき、障害福祉サービス、相談支援及び地域生活支援事業の提供体制の確保を進めるとともに、関係機関等と連携し、社会的入院の解消を図ります。
地域移行・定着のための体制整備	○地域で生活していくために必要な外来受診の継続が困難な人に対して、保健所等による訪問活動や、医療機関等によるアウトリーチ（訪問支援）が提供される体制を整備します。 ○退院後の生活環境にも配慮しながら、入院前に診療を行っていた医療機関等との連携を深めるため、かかりつけ医などへの研修を行います。 ○訪問看護や薬局による服薬指導などにより、服薬及び受診の中断を防ぐ取組を推進します。 ○精神障害のある人が地域で適切な医療が受けられるよう、心身障害者医療費公費負担制度に精神障害のある人に対する医療費助成の枠組みを新たに設けるとともに、市町村や保健・医療・福祉関係機関とのさらなる連携強化を図ります。 ○地域で生活する精神障害のある人が不安定になった場合への支援として、一時休息のために入所するホステル事業や、24 時間電話相談事業を実施します。

頁

130

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
	○一般県民への普及啓発に加え、医療機関において、当事者の家族に対する教育を行い、精神障害への理解を深めることにより、精神障害のある人が地域へ受け入れられやすい環境づくりを推進します。 ○医療、福祉、当事者団体、行政等の関係者等で構成する検討委員会を設置し、長期入院の解消に向けた連携強化等を図ります。 ○「１年未満入院者平均退院率」等が向上するよう、各医療機関における地域移行に向けたケア会議などに、福祉サービス事業者が参加するような仕組みづくりを進めます。		○一般県民への普及啓発に加え、医療機関において、当事者の家族に対する教育を行い、精神障害への理解を深めることにより、精神障害のある人が地域へ受け入れられやすい環境づくりを推進します。 ○医療、福祉、当事者団体、行政等の関係者等で構成する検討委員会を設置し、長期入院の解消に向けた連携強化等を図ります。 ○「１年未満入院者平均退院率」等が向上するよう、各医療機関における地域移行に向けたケア会議などに、福祉サービス事業者が参加するような仕組みづくりを進めます。	130 ～ 131
適正な入院医療	○精神医療審査会・実地審査等により、人権に配慮した適切な医療の提供と入院環境の確保を推進します。特に人権侵害を疑わせる案件に対しては、行政や精神医療審査会等関係者が一体となって厳正に対応します。	適正な入院医療	○精神医療審査会・実地審査等により、人権に配慮した適切な医療の提供と入院環境の確保を推進します。特に人権侵害を疑わせる案件に対しては、行政や精神医療審査会等関係者が一体となって厳正に対応します。	
制度の周知	○精神障害者保健福祉手帳制度や自立支援医療（精神通院医療）制度など、精神疾患のある人を支援する制度が支援を必要とする人に行き届くよう、当事者だけでなく、サービスを提供する関係者に対しても周知を図ります。	制度の周知	○精神障害者保健福祉手帳制度や自立支援医療（精神通院医療）制度など、精神疾患のある人を支援する制度が支援を必要とする人に行き届くよう、当事者だけでなく、サービスを提供する関係者に対しても周知を図ります。	
住居の確保	○不動産業の関係者などへの普及啓発を通じ、精神疾患のある人が住居を確保しやすい環境づくりを進めます。 ○知事が指定した住宅確保要配慮者居住支援法人（居住支援法人）による、精神疾患のある人の住居確保に向けた取組を支援します。	住居の確保	○不動産業の関係者などへの普及啓発を通じ、精神疾患のある人が住居を確保しやすい環境づくりを進めます。 ○知事が指定した住宅確保要配慮者居住支援法人（居住支援法人）による、精神疾患のある人の住居確保に向けた取組を支援します。	
当事者・家族との協働、家族支援	○施策の推進にあたっては、当事者やその家族の意見を反映し、サービス利用者のニーズにあったものになるよう努めるとともにピアサポートを通じたサービス及びプログラムが充実するように当事者及び家族と協働します。 ○ピアサポーターの確保、ピアサポーター活動の活性化のための支援を進めるとともに、家族等からの相談に対応する体制が充実するよう努めます。	当事者・家族との協働、家族支援	○施策の推進にあたっては、当事者やその家族の意見を反映し、サービス利用者のニーズにあったものになるよう努めるとともにピアサポートを通じたサービス及びプログラムが充実するように当事者及び家族と協働します。 ○ピアサポーターの確保、ピアサポーター活動の活性化のための支援を進めるとともに、家族等からの相談に対応する体制が充実するよう努めます。	

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
○精神障害のある人やその家族の自立を促進するとともに孤立化を防ぐために患者会や家族会交流会等を開催します。	○精神障害のある人やその家族の自立を促進するとともに孤立化を防ぐために患者会や家族会交流会等を開催します。	131 ～ 133
図表７－１－５－７　人口 10 万人あたりの病床数 （略）	図表７－１－５－７　人口 10 万人あたりの病床数 （略）	
図表７－１－５－８　精神科病院の医師、看護師、その他の従事者の常勤換算数 （略）	図表７－１－５－８　精神科病院の医師、看護師、その他の従事者の常勤換算数 （略）	
図表７－１－５－９　入院患者（在院患者）数の推移（各年６月 30 日時点） （略）	図表７－１－５－９　入院患者（在院患者）数の推移（各年６月 30 日時点） （略）	
図表７－１－５-10　精神科病院の入院患者の状況（令和４（2022）年６月 30 日現在） （略）	図表７－１－５-10　精神科病院の入院患者の状況（令和４（2022）年６月 30 日現在） （略）	
図表７－１－５-11　各年６月の１か月間の精神科病院からの退院状況 （略）	図表７－１－５-11　各年６月の１か月間の精神科病院からの退院状況 （略）	
図表７－１－５-12　１年以上在院患者数の推移（各年６月 30 日時点） （略）	図表７－１－５-12　１年以上在院患者数の推移（各年６月 30 日時点） （略）	
図表７－１－５-13　指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定状況 （略）	図表７－１－５-13　指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定状況 （略）	

新（見直し（案））

（６）認知症

１　現状と課題

現　状	課　題
○県内における**認知症高齢者数**は、令和 12（2030）年には約 85,000 人と推計されます。 （長寿社会課「第 10 期岡山県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画・**第１期岡山県認知症施策推進計画**」（**令和９**（2027）年３月））	○認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らすことができるよう、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和５年法律第 65 号）」の基本理念に基づき、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される体制の構築等を図る必要があります。 ○認知症は早期診断・早期対応により、未治療の場合と比べ、長い期間症状の軽い状態で地域生活を維持することができます。
○認知症の大部分を占めるアルツハイマー病や脳血管性認知症は、生活習慣病（高血圧症、糖尿病、脂質異常症など）との関連があるとされています。	○認知症の発症予防のためには、健康なライフスタイル（運動・栄養）を推進する必要があります。
○若年性認知症の人の数は、日本医療研究開発機構認知症研究開発事業によって実施した調査によると、18～64 歳人口における人口 10 万人当たり 50.9 人と推計されています。 （日本医療研究開発機構認知症研究開発事業による「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多元的データ共有システムの開発」（令和２（2020）年３月））	○若年性認知症に関する普及啓発を行い、早期診断・早期対応へとつなげる必要があります。 ○居場所づくり・就労・社会参加支援など若年性認知症の特性に配慮した支援を行う必要があります。

旧（現　行）

（６）認知症

１　現状と課題

現　状	課　題
○県内における**「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ」以上の認知症の人の数**は、令和７（2025）年**度**には約 79,000 人と推計されます。 （長寿社会課「第７期岡山県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」（**平成 30**（2018）年３月）	○認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らすことができるよう、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和５年法律第 65 号）」の基本理念に基づき、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される体制の構築等を図る必要があります。 ○認知症は早期診断・早期対応により、未治療の場合と比べ、長い期間症状の軽い状態で地域生活を維持することができます。
○認知症の大部分を占めるアルツハイマー病や脳血管性認知症は、生活習慣病（高血圧症、糖尿病、脂質異常症など）との関連があるとされています。	○認知症の発症予防のためには、健康なライフスタイル（運動・栄養）を推進する必要があります。
○若年性認知症の人の数は、日本医療研究開発機構認知症研究開発事業によって実施した調査によると、18～64 歳人口における人口 10 万人当たり 50.9 人と推計されています。 （日本医療研究開発機構認知症研究開発事業による「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多元的データ共有システムの開発」（令和２（2020）年３月））	○若年性認知症に関する普及啓発を行い、早期診断・早期対応へとつなげる必要があります。 ○居場所づくり・就労・社会参加支援など若年性認知症の特性に配慮した支援を行う必要があります。

頁 144

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
○認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医の相談役や、医療機関と地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医を養成しています。（長寿社会課・ 令和４（2022）年度末実績・図表 7-1-5-21）	○認知症サポート医の養成は、地域バランスも考慮する必要があります。	○認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医の相談役や、医療機関と地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医を養成しています。（長寿社会課・ 令和４（2022）年度末実績・図表 7-1-5-21）	○認知症サポート医の養成は、地域バランスも考慮する必要があります。	144 ～ 145
○かかりつけ医による早期診断・早期対応を 推進するため、かかりつけ医に対する研修を実施しています。（長寿社会課・令和４（2022）年度末実績・図表 7-1-5-21）	○かかりつけ医による早期診断・早期対応と日常の健康管理が重要であることから、さらなる受講者の増加を図る必要があります。 ○かかりつけ医等と認知症に関する専門的知識を有する医師との連携を促進する必要があります。	○かかりつけ医による早期診断・早期対応を 推進するため、かかりつけ医に対する研修を実施しています。（長寿社会課・令和４（2022）年度末実績・図表 7-1-5-21）	○かかりつけ医による早期診断・早期対応と日常の健康管理が重要であることから、さらなる受講者の増加を図る必要があります。 ○かかりつけ医等と認知症に関する専門的知識を有する医師との連携を促進する必要があります。	
○歯科医師による口腔機能の管理や薬剤師による服薬指導等を通じた早期発見を推進するため、歯科医師及び薬剤師に対する研修を実施しています。（長寿社会課・令和４（2022）年度末実績・図表 7-1-5-21）	○歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いのある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応できるよう体制を整備する必要があります。	○歯科医師による口腔機能の管理や薬剤師による服薬指導等を通じた早期発見を推進するため、歯科医師及び薬剤師に対する研修を実施しています。（長寿社会課・令和４（2022）年度末実績・図表 7-1-5-21）	○歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いのある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応できるよう体制を整備する必要があります。	
○県内９医療機関を認知症疾患医療センターに指定し、周辺症状や身体合併症を伴う認知症の人の受入体制を整備するとともに、 認知症の鑑別診断や、認知症に関する研修会等を実施しています。	○他の認知症疾患医療センターや医療機関等と連携しながら、地域の拠点としての機能を確保する必要があります。 ○保健医療・介護・福祉関係者と認知症疾患医療センターの連携体制を構築する必要があります。	○県内９医療機関を認知症疾患医療センターに指定し、周辺症状や身体合併症を伴う認知症の人の受入体制を整備するとともに、 認知症の鑑別診断や、認知症に関する研修会等を実施しています。	○他の認知症疾患医療センターや医療機関等と連携しながら、地域の拠点としての機能を確保する必要があります。 ○保健医療・介護・福祉関係者と認知症疾患医療センターの連携体制を構築する必要があります。	
○一般病院において認知症の人が適切な医療を受けることができるよう、病院に勤務する医療従事者や看護職員向けの研修を実施しています。（長寿社会課・令和４（2022）年度末実績・図表 7-1-5-21）	○認知症の人が身体合併症を併発したとき、外来診療や入院治療に対応可能な医療機関を確保する必要があります。	○一般病院において認知症の人が適切な医療を受けることができるよう、病院に勤務する医療従事者や看護職員向けの研修を実施しています。（長寿社会課・令和４（2022）年度末実績・図表 7-1-5-21）	○認知症の人が身体合併症を併発したとき、外来診療や入院治療に対応可能な医療機関を確保する必要があります。	

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
○認知症介護に携わる人材の資質向上を図り、適切なケアが行われるよう、国の研修体系に沿って介護従事者への研修を実施しています。（長寿社会課・令和４（2022）年度末実績・図表 7-1-5-21）	○良質なケアを担う介護人材を質・量ともに確保する必要があります。	○認知症介護に携わる人材の資質向上を図り、適切なケアが行われるよう、国の研修体系に沿って介護従事者への研修を実施しています。（長寿社会課・令和４（2022）年度末実績・図表 7-1-5-21）	○良質なケアを担う介護人材を質・量ともに確保する必要があります。	145 ～ 146
○医療・介護等の連携を推進するため、認知症地域連携パスや認知症ケアパスの作成、運用体制の構築に係る経費への補助を行っています。	○認知症の発症初期から終末期に至るまで、容態に応じた適切な医療・介護・福祉サービスが切れ目なく提供される体制を構築する必要があります。 ○認知症の人が安心して在宅で生活できるよう、在宅療養を支える看護・介護従事者は 認知症ケアの知識・技術を修得する必要があります。	○医療・介護等の連携を推進するため、認知症地域連携パスや認知症ケアパスの作成、運用体制の構築に係る経費への補助を行っています。	○認知症の発症初期から終末期に至るまで、容態に応じた適切な医療・介護・福祉サービスが切れ目なく提供される体制を構築する必要があります。 ○認知症の人が安心して在宅で生活できるよう、在宅療養を支える看護・介護従事者は 認知症ケアの知識・技術を修得する必要があります。	
○認知症を正しく理解し、認知症の人とその家族を温かく見守る認知症サポーターの養成に取り組んでおり、**令和７年度には 12,686** 人が**「新しい認知症観」※を踏まえた**養成講座を受講しています。（長寿社会課・令和**７**（**2025**）年度末実績） **○「新しい認知症観」を理解している県民の割合は、17.0%です。（長寿社会課「第 10 期岡山県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画・第１期岡山県認知症施策推進計画」（令和９（2027）年３月））**	○認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らすことができるよう、**「新しい認知症観」を踏まえた**認知症に関する正しい知識・理解について、引き続き、県民への普及啓発を行う必要があります。	○認知症を正しく理解し、認知症の人とその家族を温かく見守る認知症サポーターの養成に取り組んでおり、**これまで累計 224,978** 人が養成講座を受講しています。（長寿社会課・令和 **4**（**2022**）年度末実績） **（新設）**	○認知症の人が尊厳を保持しつつ、希望を持って暮らすことができるよう、認知症に関する正しい知識・理解について、引き続き、県民への普及啓発を行う必要があります。	
○認知症サポーター養成講座の講師役を担うキャラバン・メイトの養成研修を実施しており、累計 3,249 人が受講しています。（長寿社会課・令和４（2022）年度末実績）	○認知症サポーターの量的な拡大に加え、認知症の人とその家族の支援ニーズとサポーターを中心とした支援をつなぐ仕組み（チームオレンジ）を整備する必要があります。	○認知症サポーター養成講座の講師役を担うキャラバン・メイトの養成研修を実施しており、累計 3,249 人が受講しています。（長寿社会課・令和４（2022）年度末実績）	○認知症サポーターの量的な拡大に加え、認知症の人とその家族の支援ニーズとサポーターを中心とした支援をつなぐ仕組み（チームオレンジ）を整備する必要があります。	

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
○「認知症コールセンター」を運営し、認知症の人とその家族からの相談に応じています。 ○認知症の人とその家族の交流事業を実施しています。 ○認知症の疑いのある人等への訪問支援を行う認知症初期集中支援チームが 25 市町に、医療・介護等の連携を推進する認知症地域支援推進員が 26 市町村に配置されています。（長寿社会課・令和４（2022）年度末実績）	○認知症の人を身近で支える家族への支援を継続する必要があります。 ○認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員による地域の実情に応じた効果的な活動を推進する必要があります。	○「認知症コールセンター」を運営し、認知症の人とその家族からの相談に応じています。 ○認知症の人とその家族の交流事業を実施しています。 ○認知症の疑いのある人等への訪問支援を行う認知症初期集中支援チームが 25 市町に、医療・介護等の連携を推進する認知症地域支援推進員が 26 市町村に配置されています。（長寿社会課・令和４（2022）年度末実績）	○認知症の人を身近で支える家族への支援を継続する必要があります。 ○認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員による地域の実情に応じた効果的な活動を推進する必要があります。	
※「新しい認知症観」 認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人ひとりが個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるという考え方。		（新設）		
図表７－１－５－21　認知症ケアに携わる人材育成について （略）		図表７－１－５－21　認知症ケアに携わる人材育成について （略）		

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
2　施策の方向 項　目：発症予防 早期診断 早期対応 施策の方向： ○運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることから、規則正しくバランスの取れた食生活や運動習慣の定着、適正体重の維持、禁煙の促進、多量飲酒の防止などを通じて、生活習慣病の発症予防、重度化予防に努めます。 ○県民への普及啓発により、自身や身近な人の認知症に早期に気付いて速やかに適切な機関に相談できる意識の醸成を図ります。 ○かかりつけ医が、認知症の疑いがある人を必要に応じて専門医療機関につなぐとともに、診断後の日常の健康管理を適切に行えるよう研修を実施します。 ○若年性認知症の人が適切な支援を受けられるよう、相談窓口となる市町村や地域包括支援センターの職員等への研修を実施します。	**2　施策の方向** 項　目：発症予防 早期診断 早期対応 施策の方向： ○運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることから、規則正しくバランスの取れた食生活や運動習慣の定着、適正体重の維持、禁煙の促進、多量飲酒の防止などを通じて、生活習慣病の発症予防、重度化予防に努めます。 ○県民への普及啓発により、自身や身近な人の認知症に早期に気付いて速やかに適切な機関に相談できる意識の醸成を図ります。 ○かかりつけ医が、認知症の疑いがある人を必要に応じて専門医療機関につなぐとともに、診断後の日常の健康管理を適切に行えるよう研修を実施します。 ○若年性認知症の人が適切な支援を受けられるよう、相談窓口となる市町村や地域包括支援センターの職員等への研修を実施します。	146 ～ 147

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
医療・介護連携体制の整備	○認知症疾患医療センターを中核として、各二次保健医療圏ごとに適切な鑑別診断や、周辺症状と身体合併症への急性期対応ができる体制を整備します。 ○各二次保健医療圏において、認知症疾患医療センターが中心となり、保健医療・介護・福祉関係者に対する研修や連携協議会等を開催し、地域の関係者の資質向上と連携強化を図ります。 ○地域の実情に応じた認知症地域医療体制が構築されるよう、医師会や市町村と連携して、認知症サポート医の養成を進めます。 ○かかりつけ医が、認知症の初期症状や発症後の対応から家族支援の方法まで幅広く学び、認知症への対応力が向上するよう研修を実施します。 ○身体合併症を伴う認知症の人が、入院した時に認知症が悪化することなく、適切な治療とケアを受けることができるよう、一般病院に勤務する医療従事者や看護職員に対する研修を実施します。 ○認知症の人が、本人主体の適切なケアを受けることができるよう、認知症介護従事者に対する研修を実施します。 ○認知症の人の在宅療養を支える看護・介護従事者、歯科医師、薬剤師に対する研修を実施します。 ○認知症地域連携パスの普及や事例検討会の開催等を通じて医療と介護の連携を推進します。	医療・介護連携体制の整備	○認知症疾患医療センターを中核として、各二次保健医療圏ごとに適切な鑑別診断や、周辺症状と身体合併症への急性期対応ができる体制を整備します。 ○各二次保健医療圏において、認知症疾患医療センターが中心となり、保健医療・介護・福祉関係者に対する研修や連携協議会等を開催し、地域の関係者の資質向上と連携強化を図ります。 ○地域の実情に応じた認知症地域医療体制が構築されるよう、医師会や市町村と連携して、認知症サポート医の養成を進めます。 ○かかりつけ医が、認知症の初期症状や発症後の対応から家族支援の方法まで幅広く学び、認知症への対応力が向上するよう研修を実施します。 ○身体合併症を伴う認知症の人が、入院した時に認知症が悪化することなく、適切な治療とケアを受けることができるよう、一般病院に勤務する医療従事者や看護職員に対する研修を実施します。 ○認知症の人が、本人主体の適切なケアを受けることができるよう、認知症介護従事者に対する研修を実施します。 ○認知症の人の在宅療養を支える看護・介護従事者、歯科医師、薬剤師に対する研修を実施します。 ○認知症地域連携パスの普及や事例検討会の開催等を通じて医療と介護の連携を推進します。	147

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
地域生活支援	○認知症サポーターやキャラバン・メイトの養成、県民への普及啓発等により、認知症の人を地域で支えることができる意識の醸成を図るとともに、チームオレンジを整備する市町村の取組を支援します。 ○「認知症コールセンター」の運営や、家族交流会の開催**及びピアサポート活動の促進**などにより、認知症の人やその家族を支援します。 ○「おかやま若年性認知症支援センター」の運営及び若年性認知症支援コーディネーターの配置、当事者及び家族の集いの開催などにより、若年性認知症の人とその家族等を支援します。 ○市町村に配置される認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員が地域の実情に応じて効果的に機能するよう、先進事例の紹介や人材育成等を通じて市町村の取組を支援します。	地域生活支援	○認知症サポーターやキャラバン・メイトの養成、県民への普及啓発等により、認知症の人を地域で支えることができる意識の醸成を図るとともに、チームオレンジを整備する市町村の取組を支援します。 ○「認知症コールセンター」の運営や、家族交流会の開催などにより、認知症の人やその家族を支援します。 ○「おかやま若年性認知症支援センター」の運営及び若年性認知症支援コーディネーターの配置、当事者及び家族の集いの開催などにより、若年性認知症の人とその家族等を支援します。 ○市町村に配置される認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員が地域の実情に応じて効果的に機能するよう、先進事例の紹介や人材育成等を通じて市町村の取組を支援します。	148 ～ 149

図表７－１－５-22　地域包括ケアシステムにおける認知症の人への支援
（略）

３　数値目標

項　目	現　状	令和11年度末目標 (2029)
自殺死亡率（人口10万対）	15.2 R６年（2024）	12.7以下 R12年（2030）
（削除）		
（削除）		
（削除）		

図表７－１－５-22　地域包括ケアシステムにおける認知症の人への支援
（略）

３　数値目標

項　目	現　状	令和11年度末目標 (2029)
自殺死亡率（人口10万対）	15.9 R４年（2022）	13.0以下 R７年（2025）
入院後３か月時点の退院率	67% R元年度（2019）	68.9% R８年度（2026）
入院後６か月時点の退院率	82% R元年度（2019）	84.5% R８年度（2026）
入院後12か月時点の退院率	89% R元年度（2019）	91.0% R８年度（2026）

新（見直し（案））			旧（現　行）			頁
退院後 1 年以内の地域生活における平均生活日数	314 日 R５年度（2022）	319.3 日 R11 年度（2029）	退院後 1 年以内の地域生活における平均生活日数	320 日 R元年度（2019）	325.3 日 R８年度（2026）	149
精神病床における慢性期（１年以内）入院患者数	<65 歳以上> 1,321 人 <65 歳未満> 517 人 R７年度（2025）	<65 歳以上> 1,127 人以下 <65 歳未満> 427 人以下 R11 年度（2029）	精神病床における慢性期（１年以内）入院患者数	<65 歳以上> 1,441 人 <65 歳未満> 651 人 R４年度（2022）	<65 歳以上> 1,481 人以下 <65 歳未満> 607 人以下 R８年度（2026）	
ピアサポーター登録数	51 人 R8.1 末（2025）	80 人	ピアサポーター登録数	38 人 R5.3 末（2023）	80 人	
認知症サポート医養成研修修了者数（累計）	340 人 R8.3 末（2026）	450 人 R12.3 末（2030）	認知症サポート医養成研修修了者数（累計）	277 人 R5.3 末（2023）	365 人 R9.3 末（2027）	
医療従事者（※）向け認知症対応力向上研修修了者数（累計）	9,906 人 R8.3 末（2026）	13,300 人 R12.3 末（2030）	かかりつけ医認知症対応力向上研修 修了者数（累計）	1,941 人 R5.3 末（2023）	2,200 人以上 R9.3 末（2027）	
			歯科医師認知症対応力向上研修 修了者数（累計）	913 人 R5.3 末（2023）	1,360 人以上 R9.3 末（2027）	
			薬剤師認知症対応力向上研修修了者数（累計）	2,063 人 R5.3 末（2023）	3,030 人以上 R9.3 末（2027）	
			病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修修了者数（累計）	2,234 人 R5.3 末（2023）	2,900 人以上 R9.3 末（2027）	
			看護職員認知症対応力向上研修修了者数（累計）	558 人 R5.3 末（2023）	730 人以上 R9.3 末（2027）	
「新しい認知症観」を踏まえた認知症サポーター養成講座受講者数（令和７年度以降）	12,686 人 R8.3 末（2026）	70,000 人 R12.3 末（2030）	認知症サポーター養成講座受講者数（累計）	224,978 人 R5.3 末（2023）	280,000 人 R9.3 末（2027）	
「新しい認知症観」を理解している県民の割合	17.0% R8 年度（2026）	30.0% R11 年度（2029）	（新設）			
チームオレンジの数	57 チーム R8.3 末（2026）	80 チーム R12.3 末（2030）	（新設）			
認知症疾患医療センター数	９か所 R8.4.1（2026）	二次保健医療圏ごとに１か所以上 R12.3 末（2030）	認知症疾患医療センター数	９か所 R5.4.1（2023）	二次保健医療圏ごとに１か所以上 R9.3 末（2027）	
ピアサポーターによる支援活動を行っている市町村数	３市町村 R8.3 末（2026）	27 市町村 R12.3 末（2030）	（新設）			

（※）かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、病院勤務の医療従事者、看護職員（新設）

新（見直し（案））

第２節　医療法で定める６事業及び在宅医療

７　在宅医療等

１　現状と課題

（３）在宅医療連携体制の構築

現　状	課　題
◎高齢化の進展に伴い、今後、訪問診療及び訪問看護の利用者数の増加が見込まれています。	◎24 時間体制での在宅医療の提供や、多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として位置付ける必要があります。（図表 7-2-7-9）
◎在宅療養支援診療所は286 施設、在宅療養支援病院は62 施設となっています。（令和５（2023）年中国四国厚生局岡山事務所施設基準届出一覧）【再掲】	
◎在宅医療を担当する常勤の医師を確保しており、過去 1 年間に看取りの実績がある機能強化型在宅療養支援病院は 18 施設、機能強化型在宅療養支援診療所は 46 施設となっています。（令和５（2023）年診療報酬施設基準）【再掲】	**◎地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として位置付ける必要があります。その際、市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要になります。（図表 7-2-7-9）**
○訪問薬剤管理指導料届出施設は、令和３（2021）年度が 778 施設であったものが、令和５（2023）年度には 786 施設に増加しています。また、訪問看護事業所も年々増加しています。	
○在宅療養のニーズの多様化により、継続的な医療的処置を必要とする在宅療養者が増加することが見込まれます。	○自然災害発生時や新興感染症発生時においても継続して医療を提供することができるよう、事業継続計画（BCP）策定に取り組む必要があります。

図表７－２－７－９　在宅医療の提供体制

（略）

旧（現　行）

第２節　医療法で定める６事業及び在宅医療

７　在宅医療等

１　現状と課題

（３）在宅医療連携体制の構築

現　状	課　題
◎高齢化の進展に伴い、今後、訪問診療及び訪問看護の利用者数の増加が見込まれています。	◎24 時間体制での在宅医療の提供や、多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として位置付ける必要があります。（図表 7-2-7-9）
◎在宅療養支援診療所は286 施設、在宅療養支援病院は62 施設となっています。（令和５（2023）年中国四国厚生局岡山事務所施設基準届出一覧）【再掲】	
◎在宅医療を担当する常勤の医師を確保しており、過去 1 年間に看取りの実績がある機能強化型在宅療養支援病院は 18 施設、機能強化型在宅療養支援診療所は 46 施設となっています。（令和５（2023）年診療報酬施設基準）【再掲】	**（新設）**
○訪問薬剤管理指導料届出施設は、令和３（2021）年度が 778 施設であったものが、令和５（2023）年度には 786 施設に増加しています。また、訪問看護事業所も年々増加しています。	
○在宅療養のニーズの多様化により、継続的な医療的処置を必要とする在宅療養者が増加することが見込まれます。	○自然災害発生時や新興感染症発生時においても継続して医療を提供することができるよう、事業継続計画（BCP）策定に取り組む必要があります。

図表７－２－７－９　在宅医療の提供体制

（略）

頁

208
～
209

新（見直し（案））

2　施策の方向

項　目	施策の方向
プライマリ・ケア	○県民に対し、かかりつけ医等を持つよう周知を図るとともに、WEB サイト等により、適切な医療機関等の選択を支援します。 ○在宅医療に関する研修や関係機関への支援を通じて、プライマリ・ケアを担う医師の資質向上を図ります。また、地域での研修や会議等を通じて、24 時間体制での在宅医療や症状悪化時の緊急入院、在宅看取りなどを適切に提供できる体制の構築を図ります。
在宅医療の推進	○医療機関、県医師会等、介護関係団体、市町村等関係機関と連携を図りながら、県民への在宅医療の普及啓発を進めます。 ○地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組等について、郡市等医師会や地域の医療機関を支援する県医師会の取組を支援します。 ○県・保健所と職能団体・関係団体等が協働で、多職種連携を推進するための在宅医療に関する研修会等を開催し、関係職能の資質向上と連携を図ります。 ○地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて市町村が開催する会議や研修への参画、先進事例を紹介する研修会の開催等により、市町村の取組を支援します。 ○訪問歯科医療や訪問看護を行う機関を紹介する窓口を設置運営し、在宅医療の普及を図ります。 ○医療と介護に関わる職能団体の代表者等で構成する「岡山県在宅医療推進協議会」において、各職種の役割や多職種連携のあり方、各団体の取組等について協議し、協働に向けた合意形成と医療・介護関係団体間の連携を図ります。 ○県医師会と協働して、医師の在宅医療への対応及び質の向上を図ります。
	○入院から在宅療養・施設入所等への円滑な移行を促進します。また、質の高い在宅医療を行うために、その中核となるかかりつけ医や訪問看護ステーション、在宅療養支援病院、薬局、地域包括支援センター等による退院時カンファレンスや地域ケア会議等の充実を図り、連携体制づくりを進めます。

旧（現　行）

2　施策の方向

項　目	施策の方向
プライマリ・ケア	○県民に対し、かかりつけ医等を持つよう周知を図るとともに、WEB サイト等により、適切な医療機関等の選択を支援します。 ○在宅医療に関する研修や関係機関への支援を通じて、プライマリ・ケアを担う医師の資質向上を図ります。また、地域での研修や会議等を通じて、24 時間体制での在宅医療や症状悪化時の緊急入院、在宅看取りなどを適切に提供できる体制の構築を図ります。
在宅医療の推進	○医療機関、県医師会等、介護関係団体、市町村等関係機関と連携を図りながら、県民への在宅医療の普及啓発を進めます。 ○地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組等について、郡市等医師会や地域の医療機関を支援する県医師会の取組を支援します。 ○県・保健所と職能団体・関係団体等が協働で、多職種連携を推進するための在宅医療に関する研修会等を開催し、関係職能の資質向上と連携を図ります。 ○地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて市町村が開催する会議や研修への参画、先進事例を紹介する研修会の開催等により、市町村の取組を支援します。 ○訪問歯科医療や訪問看護を行う機関を紹介する窓口を設置運営し、在宅医療の普及を図ります。 ○医療と介護に関わる職能団体の代表者等で構成する「岡山県在宅医療推進協議会」において、各職種の役割や多職種連携のあり方、各団体の取組等について協議し、協働に向けた合意形成と医療・介護関係団体間の連携を図ります。 ○県医師会と協働して、医師の在宅医療への対応及び質の向上を図ります。
	○入院から在宅療養・施設入所等への円滑な移行を促進します。また、質の高い在宅医療を行うために、その中核となるかかりつけ医や訪問看護ステーション、在宅療養支援病院、薬局、地域包括支援センター等による退院時カンファレンスや地域ケア会議等の充実を図り、連携体制づくりを進めます。

頁

210

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
○在宅歯科医療は、居宅療養患者に対する義歯作製やむし歯治療等の歯科治療に終わるものではなく、口腔ケアによる継続的な管理が求められるため、県歯科医師会等と協働して、在宅歯科医療に従事する歯科医師、歯科衛生士の資質向上を図ります。 ○地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、地区歯科医師会に働きかけ、地域の在宅歯科医療提供体制の整備に努めます。歯科往診サポートセンターを中心に、県民や医療・介護関係者等への歯科往診制度の周知や往診歯科医師の派遣調整を行います。また、歯科往診サポートセンター登録歯科診療所の増加に努めます。 ○県薬剤師会と協働して、薬剤師に対する研修を実施することにより、在宅訪問による薬剤管理指導や高度で適切な薬学管理ができる人材の育成に努めます。 ○県看護協会と協働で看取りケアを含めた研修会を開催し、訪問看護師等の資質向上を図り、サービス提供体制を強化します。県訪問看護ステーション連絡協議会と協働で設置している訪問看護推進協議会において、訪問看護に関する課題及び対策の検討、研修企画や普及啓発事業の企画・調整等を行い、在宅医療を担う訪問看護職員の人材確保及び質の向上に努めます。 ○県栄養士会と協働して、管理栄養士の資質向上のための研修会の中で、在宅医療における栄養指導の重要性を普及啓発し、岡山栄養ケアステーションの充実を支援します。 ○県リハビリテーション専門職団体連絡会と協働して、地域におけるリハビリテーション活動を支援します。 ○認知症患者の在宅療養を支援するため、県医師会等、県看護協会、訪問看護事業所等と連携し、認知症患者の在宅療養を支える医療従事者・介護従事者が認知症に関する正しい知識と支援技術を修得するための研修を行います。 ○NICU（新生児集中治療室）で長期の療養を要した児を始め、在宅医療を必要とする小児患者、障害児等の医療的ケア児が在宅において、必要なサービスが提供され、地域で安心して療養できるよう、保健・医療・福祉・教育・介護等の関係機関と連携し、地域で在宅療養を支える体制の構築に取り組みます。	○在宅歯科医療は、居宅療養患者に対する義歯作製やむし歯治療等の歯科治療に終わるものではなく、口腔ケアによる継続的な管理が求められるため、県歯科医師会等と協働して、在宅歯科医療に従事する歯科医師、歯科衛生士の資質向上を図ります。 ○地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、地区歯科医師会に働きかけ、地域の在宅歯科医療提供体制の整備に努めます。歯科往診サポートセンターを中心に、県民や医療・介護関係者等への歯科往診制度の周知や往診歯科医師の派遣調整を行います。また、歯科往診サポートセンター登録歯科診療所の増加に努めます。 ○県薬剤師会と協働して、薬剤師に対する研修を実施することにより、在宅訪問による薬剤管理指導や高度で適切な薬学管理ができる人材の育成に努めます。 ○県看護協会と協働で看取りケアを含めた研修会を開催し、訪問看護師等の資質向上を図り、サービス提供体制を強化します。県訪問看護ステーション連絡協議会と協働で設置している訪問看護推進協議会において、訪問看護に関する課題及び対策の検討、研修企画や普及啓発事業の企画・調整等を行い、在宅医療を担う訪問看護職員の人材確保及び質の向上に努めます。 ○県栄養士会と協働して、管理栄養士の資質向上のための研修会の中で、在宅医療における栄養指導の重要性を普及啓発し、岡山栄養ケアステーションの充実を支援します。 ○県リハビリテーション専門職団体連絡会と協働して、地域におけるリハビリテーション活動を支援します。 ○認知症患者の在宅療養を支援するため、県医師会等、県看護協会、訪問看護事業所等と連携し、認知症患者の在宅療養を支える医療従事者・介護従事者が認知症に関する正しい知識と支援技術を修得するための研修を行います。 ○NICU（新生児集中治療室）で長期の療養を要した児を始め、在宅医療を必要とする小児患者、障害児等の医療的ケア児が在宅において、必要なサービスが提供され、地域で安心して療養できるよう、保健・医療・福祉・教育・介護等の関係機関と連携し、地域で在宅療養を支える体制の構築に取り組みます。	210 ～ 211

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
	○地域での研修や会議等を通じて、24時間体制での在宅医療や症状悪化時の緊急入院、在宅看取りなどを適切に提供できる体制の構築を図ります。【再掲】		○地域での研修や会議等を通じて、24時間体制での在宅医療や症状悪化時の緊急入院、在宅看取りなどを適切に提供できる体制の構築を図ります。【再掲】	211 ～ 212
	○医療機関、県医師会等、介護関係団体、市町村等関係機関と連携を図りながら、県民が自分らしい療養生活を人生の最終段階まで含めて考え、家族等と話し合い、家族・関係者に希望を伝え、これをかなえる環境を整えます。そのために、医療・介護関係者と連携し、県民が自分らしい生活や人生の最終段階における生き方、生命の尊厳について考えるよう普及啓発を進めます。 ○医療機関・在宅・施設など県民が希望する場所で自分らしい療養生活を送り、人生の最期を迎えることができるよう、県医師会等や県看護協会等と協働して、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に基づいた支援を進めるため、ACPの知識技術の普及及び連携のあり方等に関する研修を行い、質の向上を図るとともに、支援体制の構築に取り組みます。 ○県看護協会等と協働で看取りケアを含めた研修会を開催し、訪問看護師等の資質向上を図り、サービス提供体制を強化します。県訪問看護ステーション連絡協議会と協働で設置している訪問看護推進協議会において、訪問看護に関する課題及び対策の検討、研修企画や普及啓発事業の企画・調整等を行い、在宅医療を担う訪問看護職員の人材確保及び質の向上に努めます。【再掲】 ○独居高齢者の増加や在宅看取りの増加等に伴い、地域医療を担う医師等が適切に在宅死に対応できるように、研修等を通じて対応力の向上を図ります。		○医療機関、県医師会等、介護関係団体、市町村等関係機関と連携を図りながら、県民が自分らしい療養生活を人生の最終段階まで含めて考え、家族等と話し合い、家族・関係者に希望を伝え、これをかなえる環境を整えます。そのために、医療・介護関係者と連携し、県民が自分らしい生活や人生の最終段階における生き方、生命の尊厳について考えるよう普及啓発を進めます。 ○医療機関・在宅・施設など県民が希望する場所で自分らしい療養生活を送り、人生の最期を迎えることができるよう、県医師会等や県看護協会等と協働して、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に基づいた支援を進めるため、ACPの知識技術の普及及び連携のあり方等に関する研修を行い、質の向上を図るとともに、支援体制の構築に取り組みます。 ○県看護協会等と協働で看取りケアを含めた研修会を開催し、訪問看護師等の資質向上を図り、サービス提供体制を強化します。県訪問看護ステーション連絡協議会と協働で設置している訪問看護推進協議会において、訪問看護に関する課題及び対策の検討、研修企画や普及啓発事業の企画・調整等を行い、在宅医療を担う訪問看護職員の人材確保及び質の向上に努めます。【再掲】 ○独居高齢者の増加や在宅看取りの増加等に伴い、地域医療を担う医師等が適切に在宅死に対応できるように、研修等を通じて対応力の向上を図ります。	
在宅医療連携体制の構築	**◎在宅医療の圏域は原則市町村単位とします。ただし、人口構成、医療・介護資源等の整備状況、多職種の連携状況等の実情に応じて弾力的に設定することとします。** ◎**市町村、県医師会、岡山県在宅医療推進協議会など関係機関の意見を聞きながら、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を圏域ごとに位置付け、**多職種連携による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ります。	在宅医療連携体制の構築	**（新設）** ◎**在宅医療において、積極的な役割を担う医療機関を位置づけ**多職種連携による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ります。	

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
○災害発生時や新興感染症発生時にも継続して医療が提供できるよう、事業継続計画（BCP）の策定に向けた取組を支援します。	○災害発生時や新興感染症発生時にも継続して医療が提供できるよう、事業継続計画（BCP）の策定に向けた取組を支援します。	212～213

3　数値目標

項　目	現状	令和11年度末目標(2029)
内科診療所のうち在宅療養支援診療所の数の割合	27.9% R2.4.1（2020）	35.0%
病院（精神科病院を除く）のうち在宅療養支援病院の数の割合	28.9% R2.4.1（2020）	37.0%
内科診療所のうち機能強化型在宅療養支援診療所の占める割合	3.3% R2.4.1（2020）	4.0%
病院（精神科病院を除く）のうち機能強化型在宅療養支援病院の占める割合	9.7% R2.4.1（2020）	14.0%
訪問診療を実施している診療所・病院数	515施設 R２年（2020）	現状維持
退院支援担当者を配置している医療機関数	110施設 R２年（2020）	132施設
（削除）		
24時間体制をとっている訪問看護ステーション数	160施設 R３年（2021）	180施設
人生の最終段階で受けたい医療について 家族と話し合ったことがある県民　(60歳以上）の割合	47.6% R５年度（2023）	50.0%

3　数値目標

項　目	現状	令和11年度末目標(2029)
内科診療所のうち在宅療養支援診療所の数の割合	27.9% R2.4.1（2020）	35.0%
病院（精神科病院を除く）のうち在宅療養支援病院の数の割合	28.9% R2.4.1（2020）	37.0%
内科診療所のうち機能強化型在宅療養支援診療所の占める割合	3.3% R2.4.1（2020）	4.0%
病院（精神科病院を除く）のうち機能強化型在宅療養支援病院の占める割合	9.7% R2.4.1（2020）	14.0%
訪問診療を実施している診療所・病院数	515施設 R２年（2020）	現状維持
退院支援担当者を配置している医療機関数	110施設 R２年（2020）	132施設
訪問看護（介護給付におけるサービス利用見込み）回/月	71,840 R４年度（2022）	89,745 R８年度（2026）
24時間体制をとっている訪問看護ステーション数	160施設 R３年（2021）	180施設
人生の最終段階で受けたい医療について 家族と話し合ったことがある県民　(60歳以上）の割合	47.6% R５年度（2023）	50.0%

新（見直し（案））

第９章　保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組の推進
第５節　高齢者支援
１　地域包括ケアシステムの深化・推進
１　現状と課題

現　状	課　題
○高齢者人口は、令和２（2020）年から令和12（2030）年までの10年間で、65歳以上74歳以下の人口が５万９千人減少する一方、75歳以上の人口が５万５千人増加し、高齢者全体の約６割になると推計されています。 老人福祉圏域別に見ると、県南東部圏域と県南西部圏域では、団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる令和22（2040）年に向けて増加傾向又は横ばいで推移すると推計されています。一方、これ以外の３老人 福祉圏域では、高齢者人口は既にピークを過ぎ、令和22（2040）年に向けて減少すると推計されています。（図表9-5-1-1） ○高齢夫婦世帯の数は、令和２（2020）年に10万６千世帯（一般世帯総数に占める割合13.2%）となり、平成22（2010）年からの 10 年間で１万８千世帯増加しています。 さらに、65歳以上の高齢単身世帯の数は、令和２（2020）年に９万４千世帯（同11.8%）となり、平成22（2010）年 からの10年間で２万２千世帯増加しています。	○高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自分らしく暮らし続けるためには、在宅での医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えられるよう、在宅医療と介護の連携を図る必要があります。 ○中重度の要介護状態の高齢者を在宅で介護する場合には、介護サービスの利用状況にかかわらず、家族の多くは何らかの心理的な負担や孤立を感じています。また、家族 の介護のために離職せざるを得ない状況も見受けられ、希望する者が働き続けられるよう、介護サービス基盤を整備する必要があります。 ○また、地域での支え合いや多様な主体による生活支援・介護予防サービス提供体制の充実を図る必要があります。 ○さらに、高齢者が、安心して住み続けられる住まいを確保する必要があります。 ○今後、後期高齢者人口が増加する一方、生産年齢人口の急減が見込まれていることから、介護サービスに従事する介護職員や訪問看護職員の確保に加え、介護現場の生産性向上を図る必要があります。

旧（現　行）

第９章　保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組の推進
第５節　高齢者支援
１　地域包括ケアシステムの深化・推進
１　現状と課題

現　状	課　題
○高齢者人口は、令和２（2020）年から令和12（2030）年までの10年間で、65歳以上74歳以下の人口が５万９千人減少する一方、75歳以上の人口が５万５千人増加し、高齢者全体の約６割になると推計されています。 老人福祉圏域別に見ると、県南東部圏域と県南西部圏域では、団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる令和22（2040）年に向けて増加傾向又は横ばいで推移すると推計されています。一方、これ以外の３老人 福祉圏域では、高齢者人口は既にピークを過ぎ、令和22（2040）年に向けて減少すると推計されています。（図表9-5-1-1） ○高齢夫婦世帯の数は、令和２（2020）年に10万６千世帯（一般世帯総数に占める割合13.2%）となり、平成22（2010）年からの 10 年間で１万８千世帯増加しています。 さらに、65歳以上の高齢単身世帯の数は、令和２（2020）年に９万４千世帯（同11.8%）となり、平成22（2010）年 からの10年間で２万２千世帯増加しています。	○高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自分らしく暮らし続けるためには、在宅での医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えられるよう、在宅医療と介護の連携を図る必要があります。 ○中重度の要介護状態の高齢者を在宅で介護する場合には、介護サービスの利用状況にかかわらず、家族の多くは何らかの心理的な負担や孤立を感じています。また、家族 の介護のために離職せざるを得ない状況も見受けられ、希望する者が働き続けられるよう、介護サービス基盤を整備する必要があります。 ○また、地域での支え合いや多様な主体による生活支援・介護予防サービス提供体制の充実を図る必要があります。 ○さらに、高齢者が、安心して住み続けられる住まいを確保する必要があります。 ○今後、後期高齢者人口が増加する一方、生産年齢人口の急減が見込まれていることから、介護サービスに従事する介護職員や訪問看護職員の確保に加え、介護現場の生産性向上を図る必要があります。

頁
321

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
○本県の介護給付及び予防給付対象サービスの利用者数は、平成28（2016）年度に10万人を超え、以降は、10 万人前後が続いています。 ○福祉・介護職員の県内有効求人倍率（令和４（2022）年度平均）は4.19倍と全職種の1.55倍を大きく上回っており、介護職員等の確保が困難な状況です。	○本県の介護給付及び予防給付対象サービスの利用者数は、平成28（2016）年度に10万人を超え、以降は、10 万人前後が続いています。 ○福祉・介護職員の県内有効求人倍率（令和４（2022）年度平均）は4.19倍と全職種の1.55倍を大きく上回っており、介護職員等の確保が困難な状況です。	321 ～ 323

図表９－５－１－１　岡山県の人口構成の変化（推計）

（略）

２　施策の方向

現　状	施策の方向
地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組	○高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい、自立した日常生活の支援（生活支援）が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を地域の実情に応じて構築してきました。この地域包括ケアシステムを中核的な基盤として、人と人、人と社会がつながり、一人ひとり生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる地域共生社会の実現を目指します。（図表9-5-1-2） ○高齢者が必要な医療と介護を受けられるよう、医療・介護の関係団体の協働に向けた合意形成や連携を促進するとともに、市町村の取組を支援します。 ○中重度の要介護者、認知症の高齢者など医療ニーズのある要介護者の増加が見込まれていることを踏まえ、看護を含めたサービス提供体制を強化します。

図表９－５－１－１　岡山県の人口構成の変化（推計）

（略）

２　施策の方向

現　状	施策の方向
地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組	○高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい、自立した日常生活の支援（生活支援）が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」を地域の実情に応じて構築してきました。この地域包括ケアシステムを中核的な基盤として、人と人、人と社会がつながり、一人ひとり生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる地域共生社会の実現を目指します。（図表9-5-1-2） ○高齢者が必要な医療と介護を受けられるよう、医療・介護の関係団体の協働に向けた合意形成や連携を促進するとともに、市町村の取組を支援します。 ○中重度の要介護者、認知症の高齢者など医療ニーズのある要介護者の増加が見込まれていることを踏まえ、看護を含めたサービス提供体制を強化します。

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
	○住民運営の様々な通いの場が誕生しており、高齢者の居場所と活躍の場の創出を通じた介護予防の取組を進める市町村を支援します。 ○高齢者の見守りや家事、外出等の日常生活を支えるため、生活支援の担い手の養成や関係者のネットワークづくり等を行う生活支援コーディネーターの配置、通いの場等に自力での参加が困難な高齢者に地域資源を活用した付添機能サービスの提供等を行う市町村を支援します。 ○高齢者が状態の変化に応じて住まい方を選択でき、要介護状態となっても、必要な医療・介護・生活支援サービスを利用して、住み慣れた地域での生活を継続できるよう、高齢者の住まいの安定確保に向けた取組を支援します。 ○市町村が開催する地域ケア会議は、地域包括ケアシステムの深化・ 推進に向けたネットワークづくりの有効な手段であることから、地域ケア会議において個別ケースへの対応や地域課題の検討が行われるよう、市町村の取組を支援します。		○住民運営の様々な通いの場が誕生しており、高齢者の居場所と活躍の場の創出を通じた介護予防の取組を進める市町村を支援します。 ○高齢者の見守りや家事、外出等の日常生活を支えるため、生活支援の担い手の養成や関係者のネットワークづくり等を行う生活支援コーディネーターの配置、通いの場等に自力での参加が困難な高齢者に地域資源を活用した付添機能サービスの提供等を行う市町村を支援します。 ○高齢者が状態の変化に応じて住まい方を選択でき、要介護状態となっても、必要な医療・介護・生活支援サービスを利用して、住み慣れた地域での生活を継続できるよう、高齢者の住まいの安定確保に向けた取組を支援します。 ○市町村が開催する地域ケア会議は、地域包括ケアシステムの深化・ 推進に向けたネットワークづくりの有効な手段であることから、地域ケア会議において個別ケースへの対応や地域課題の検討が行われるよう、市町村の取組を支援します。	323 ～ 324
介護サービス基盤の整備	○第10期岡山県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画（第10期計画）で見込む介護給付等対象サービスの種類ごとの量に基づき、市町村と連携し、必要なサービス量の充足に向け、事業者に参入を働きかけるなどの取組を行うとともに、サービスの質の向上を図ります。 ○第10期計画の介護保険施設等の必要入所（利用）定員総数に基づき、地域医療介護総合確保基金を有効に活用し、介護サービス基盤の計画的な整備を推進します。	介護サービス基盤の整備	○第９期岡山県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画（第９期計画）で見込む介護給付等対象サービスの種類ごとの量に基づき、市町村と連携し、必要なサービス量の充足に向け、事業者に参入を働きかけるなどの取組を行うとともに、サービスの質の向上を図ります。 ○第９期計画の介護保険施設等の必要入所（利用）定員総数に基づき、地域医療介護総合確保基金を有効に活用し、介護サービス基盤の計画的な整備を推進します。	
人材の確保及び生産性向上	○「入職者を増やす」「離職者の再就職を促す」「離職者を減らす」「働きやすい職場づくり」の観点から取組を進め、多様な人材の参入を促し、職員が生き活きと働き続けることができる環境づくりと資質向上に取り組むとともに、介護現場の生産性向上を推進します。	人材の確保及び生産性向上	○「入職者を増やす」「離職者の再就職を促す」「離職者を減らす」「働きやすい職場づくり」の観点から取組を進め、多様な人材の参入を促し、職員が生き活きと働き続けることができる環境づくりと資質向上に取り組むとともに、介護現場の生産性向上を推進します。	

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
図表９－５－１－２　地域包括ケアシステム （略） ３　数値目標	図表９－５－１－２　地域包括ケアシステム （略） ３　数値目標	324

項　目	現　状	令和 11 年度末目標 (2029)
（削除）		
看護小規模多機能型居宅介護の利用者数（１月当たり）人／月	463 R7 年度 (2025)	567 R11 年度 (2029)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用者数（１月当たり）人／月	611 R7 年度 (2025)	903 R11 年度 (2029)

目標値については、基礎となる各市町村の介護保険事業計画が策定途中であり、今後変更することがあります。

項　目	現　状	令和 11 年度末目標 (2029)
訪問看護 （介護給付におけるサービス利用見込み） 回／月	71,840 R4 年度 (2022)	89,745 R8 年度 (2026)
看護小規模多機能型居宅介護の利用者数（１月当たり）人／月	351 R4 年度 (2022)	526 R8 年度 (2026)
定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用者数（１月当たり）人／月	415 R4 年度 (2022)	574 R8 年度 (2026)

<table>
<tr><th>新（見直し（案））</th><th>旧（現　行）</th><th>頁</th></tr>
<tr><td>第 10 章　保健医療従事者の確保と資質の向上
第１節　医師

この第 10 章第１節を第２期医師確保計画（後期）として位置付ける。
なお、計画期間は令和９（2027）年度から令和 11（2029）年度とする。

１　現状と課題
（１）医師の状況
<table><tr><th>現　状</th><th>課　題</th></tr><tr><td>○令和６(2024)年末の本県の医療施設従事医師数は5,873人で、人口 10 万人当たり 320.8 人となっており、全国平均の 267.4 人を上回っていますが、岡山市、倉敷市及び津山市を除く市町村では全国平均を下回っています。（図表 10-1-1-1、図表 10-1-1-2）

（削除）

（削除）

○令和８(2026)年４月に国が公表した本県の医師偏在指標※1は 302.7 であり、全国第４位で医師多数県※2となっています。二次保健医療圏ごとの医師偏在指標で</td><td>（削除）

（削除）

○本県は県全体としては医師多数県ですが、二次保健医療圏ごとや市町村ごとで見ると医師偏在が生じており、将来の医療需要も見据えながら、地域の実情に応じた</td></tr></table></td><td>第 10 章　保健医療従事者の確保と資質の向上
第１節　医師

この第 10 章第１節を第２期医師確保計画（前期）として位置付ける。
なお、計画期間は令和６（2024）年度から令和８（2026）年度とする。

１　現状と課題
（新設）
<table><tr><th>現　状</th><th>課　題</th></tr><tr><td>○本県の医療施設従事医師数は6,045人であり、平成 28(2016)年度の 5,752 人から、293 人増加しています。（図表 10-1-1-1）

○県南西部及び津山・英田保健医療圏以外の保健医療圏において非常勤医師の割合が県平均を上回っています。（図表 10-1-1-2）

○本県の人口 10 万人当たりの医師数は、320.1 人で全国平均の 256.6 人を上回っています。岡山市、倉敷市、津山市及び早島町を除く市町村で人口 10 万人当たりの医師数が全国平均を下回り、地域偏在が見られます。（図表 10-1-1-3）

○厚生労働省は、人口 10 万人対医師数をもとに、医師の性年齢階級別の労働時間や人口の性年齢階級別の受療率及び地域の患者流出入率を考慮した医師偏在指標</td><td>○高齢化の進展に伴い、主傷病だけでなく、多くの合併症を有する高齢者への医療の提供や生活を支えるための介護職との連携などのニーズも高まっていることから、地域枠卒業医師や自治医科大学卒業医師だけでなく、より多くの医師や医学生が、こうした幅広い能力を身につける必要があります。

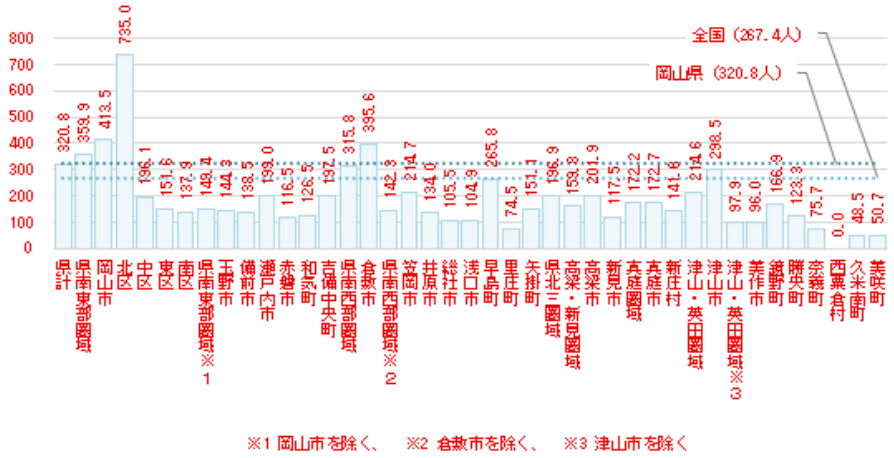
○今後のさらなる高齢化の進展や人口減少に対応するため、将来の医療需要を見据えながら、必要な医師確保について検討し、地域の実情に応じた医師の確保が必要です。

○本県は医師偏在指標による県全体では医師多数県ですが、二次保健医療圏でみると中山間地域等での医師偏在の課題があり、各二次保健医療圏の現状を踏まえた</td></tr></table></td><td>349</td></tr>
</table>

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
は、県南東部保健医療圏及び県南西部保健医療圏が上位３分の１に該当して医師多数区域※3、高梁・新見保健医療圏及び真庭保健医療圏が下位３分の１に該当して医師少数区域※4となります。なお、津山・英田保健医療圏はどちらにも該当していません。（図表 10-1-1-3、図表 10-1-1-4）	医師偏在対策に取り組む必要があります。	を定めています。本県の医師偏在指標は 299.6 であり、全国第４位で医師多数県になります。（図表 10-1-1-4）	取組が求められます。	349 ～ 350
（削除）	（削除）	○二次保健医療圏ごとの医師偏在指標における相対的位置については、県南東部保健医療圏及び県南西部保健医療圏は上位 1/3 に該当し、高梁・新見保健医療圏及び真庭保健医療圏は下位 1/3 に該当します。なお、津山・英田保健医療圏はどちらにも該当しない区域となります。（図表 10-1-1-5）	○高梁・新見保健医療圏及び真庭保健医療圏においては、人口減少とともに医療施設の閉院が進む中、医療機関の医療提供体制維持のため、引き続き、医師の確保が必要です。	
（削除）	（削除）	○大学病院や規模の大きい病院が多数所在する岡山市及び倉敷市では、医師の平均年齢、高齢化率（65 歳以上）ともに低くなっています。また、両市を合わせた医師数（4,948 人）が県全体の医師数（6,045 人）の 80%を占めるため、県全体の平均年齢・高齢化率についても同様となっています。一方、県北３保健医療圏及び岡山市・倉敷市を除く県南２保健医療圏では、平均年齢、高齢化率ともに高くなっています。（図表 10-1-1-6、図表 10-1-1-7）	○医師の平均年齢、高齢化率が高くなっており、特に、65 歳以上の割合が多い保健医療圏等では、急激な医師数の減少が見込まれます。医師の高齢化等により、県北を中心に医療機関の閉院が進んでおり、医療提供体制の維持が困難となりつつあります。各地域での年齢構成を見通した編在対策が求められています。	

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
○令和６(2024)年末時点において、県北３保健医療圏では３分の１が65 歳以上の医師となっています。(図表 10-1-1-5)	○65 歳以上の医師の占める割合が大きい県北３保健医療圏では、急激に医師数が減少するおそれがあり、医師偏在対策に当たっては、各保健医療圏の医師の年齢構成も踏まえる必要があります。	（新設）	（新設）	350
○近年、県内の医師に占める女性医師の割合が大きくなっており、令和６(2024)年末には約４分の１を女性医師が占めています。特に、20～30 歳代において、女性医師の占める割合が大きい傾向にあります。(図表 10-1-1-6、図表 10-1-1-7)	○特に女性医師は、妊娠・出産、育児により、休業する場合が多いことから、医療機関、大学等と連携してキャリア支援を行い、職場復帰しやすく、安心して働き続けることができる環境づくりを推進する必要があります。	○近年、若年層において女性医師の割合が高くなっており、平成30(2018)年と令和２(2020)年を比較すると県全体で１％（97 人）増加しています。特に 20～30 歳代の割合が多くなっています。(図表 10-1-1-8、図表 10-1-1-9)	○女性医師は、妊娠、出産等のライフイベントが重なると、就労の継続が困難となる場合があることから、医療機関、大学等と連携して子育て中においてもキャリア支援を行い、職場復帰しやすく、安心して働き続けることができる環境づくりを推進する必要があります。	
○長時間労働や当直、夜勤・交代勤務など厳しい勤務環境にある医師等が健康で安心して働くことができる環境を整備するため、医師に対する時間外・休日労働時間の上限規制が令和６(2024)年に開始されました。	○医療人材の確保が困難な中、質の高い医療を将来にわたり維持するためには、医療機関が勤務環境の改善に継続的に取り組むことができるよう、支援する必要があります。	（新設）	（新設）	

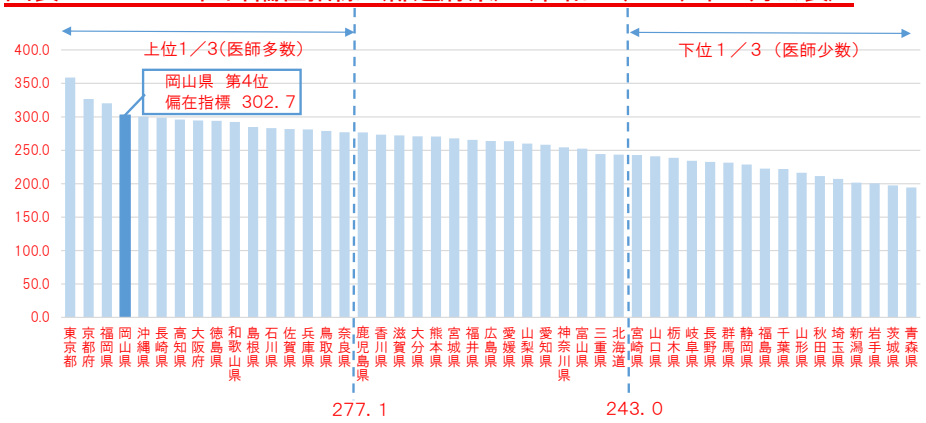
新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
※１　医師偏在指標 全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、次の「５要素」を考慮し国が定めたものです。 ・医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化 ・患者の流出入等 ・へき地等の地理的条件 ・医師の性別・年齢分布 ・医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来） ＜医師偏在指標の算出式＞ 医師偏在指標 ＝ 標準化医師数 ／ 地域の人口÷10万 × 地域の標準化受療率比 標準化医師数 ＝ Σ性年齢階級別医師数 × 性年齢階級別平均労働時間 ／ 全医師の平均労働時間 地域の標準化受療率比 ＝ 地域の期待受療率 ÷ 全国の期待受療率 地域の期待受療率 ＝ Σ（全国の性年齢階級別調整受療率×地域の性年齢階級別人口） ／ 地域の人口 ※２　医師多数県 国は、医師偏在指標の上位３分の１の都道府県を医師多数都道府県、下位３分の１の都道府県を医師少数都道府県に区分しています。 ※３　医師多数区域、※４　医師少数区域 国は、医師偏在指標の上位３分の１の二次保健医療圏を医師多数区域、下位３分の１の二次保健医療圏を医師少数区域に区分しています。	（新設）	

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
図表 10-1-1-1　医療施設従事医師数　（単位：人） （資料：厚生労働省　令和２(2020)年から令和６(2024)年医師・歯科医師・薬剤師統計） 図表 10-1-1-2　人口１０万人当たりの市町村別医療施設従事医師数 （単位：人）  （資料：厚生労働省　令和６（2024）年医師・歯科医師・薬剤師統計）	（新設） （新設）	

	R２(2020)年末	R４(2022)年末	R６(2024)年末	R２(2020)年末 R６(2024)年末 比較
医師数（全県）	6,045	6,032	5,873	▲172（▲2.8%）
県南東部	3,403	3,361	3,218	▲185（▲5.4%）
岡山市	3,129	3,090	2,947	▲182（▲5.8%）
岡山市以外	274	271	271	▲３（▲1.1%）
県南西部	2,131	2,149	2,153	22（1.0%）
倉敷市	1,819	1,856	1,847	28（1.5%）
倉敷市以外	312	293	306	▲６（▲1.9%）
高梁・新見	85	83	82	▲３（▲3.5%）
真庭	77	75	69	▲８（▲10.4%）
津山・英田	349	364	351	２（0.6%）
津山市	273	291	284	11（4.0%）
津山市以外	76	73	67	▲９（▲11.8%）

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁

図表 10-1-1-3　医師偏在指標（都道府県）（令和８(2026)年４月公表）



（資料：厚生労働省提供データ）

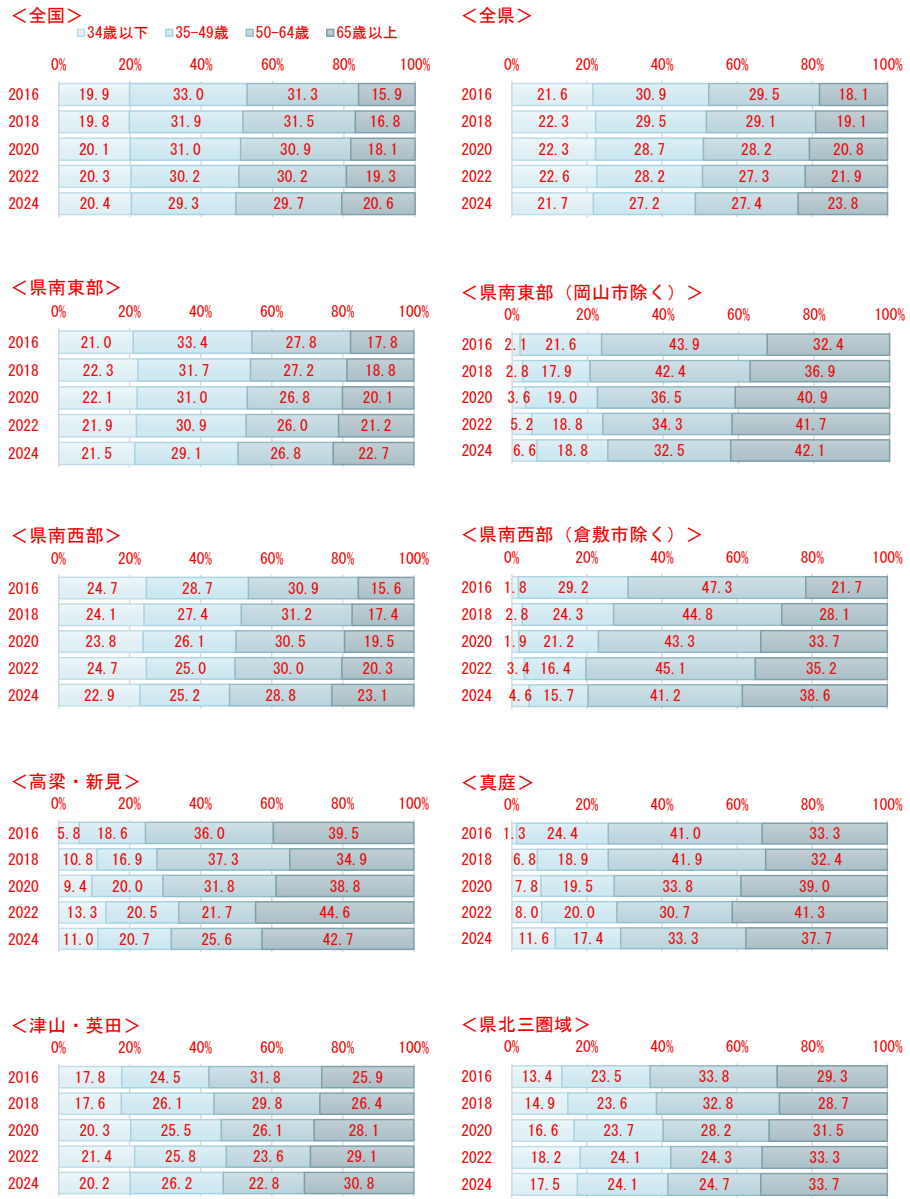
（新設）

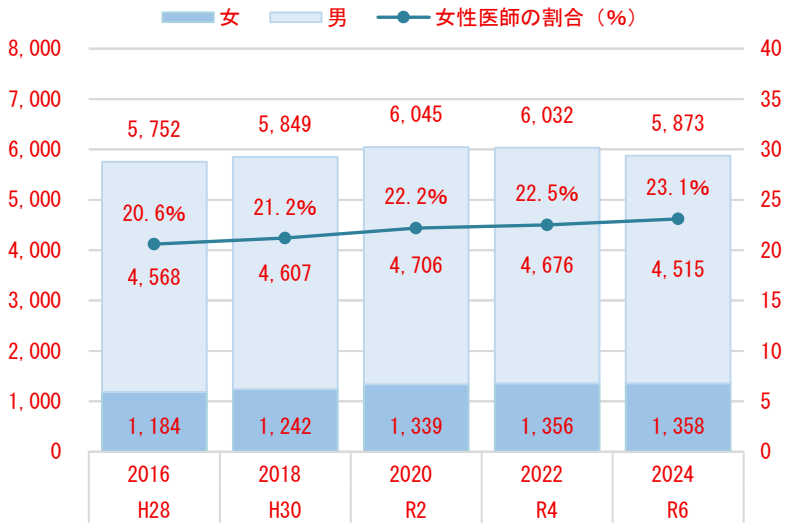
図表 10-1-1-4　医師偏在指標（二次保健医療圏）（令和８(2026)年４月公表）

	医師偏在指標	区分
全　　国	266.8	
岡　山　県	302.7	医師多数県
県南東部	331.3	医師多数区域
県南西部	301.8	医師多数区域
高梁・新見	172.9	医師少数区域
真　　庭	182.2	医師少数区域
津山・英田	212.0	ー

（資料：厚生労働省提供データ）

（新設）

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
図表 10-1-1-5　医療施設従事医師の年齢別の割合の推移  （資料：厚生労働省　平成 28(2016)年から令和６(2024)年医師・歯科医師・薬剤師統計）	（新設）	

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
図表 10-1-1-6　男女別医師数・割合の推移（各年 12 月 31 日現在） （単位：人）  （資料：厚生労働省　平成 28(2016)年から令和６(2024)年医師・歯科医師・薬剤師統計）	（新設）	
図表 10-1-1-7　各年齢層の女性医師の割合（令和６(2024)年 12 月 31 日現在） （単位：人） （資料：厚生労働省　令和６(2024)年医師・歯科医師・薬剤師統計）	（新設）	

	20―30 歳代		40―50 歳代		60 歳以上		計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男	1,224	67.7%	1,598	74.7%	1,693	87.9%	4,515	76.9%
女	584	32.3%	542	25.3%	232	12.1%	1,358	23.1%
計	1,808	100.0%	2,140	100.0%	1,925	100.0%	5,873	100.0%

<table>
<tr><th>新（見直し（案））</th><th>旧（現　行）</th><th>頁</th></tr>
<tr><td>（２）産科・小児科の状況
<table><tr><th>項　目</th><th>施策の方向</th></tr><tr><td>○本県の令和６(2024)年末の産科・産婦人科医師数は172人で、15～49歳女性人口１万人当たり5.3人であり、全国平均を上回っていますが、県南東部保健医療圏以外の二次保健医療圏では全国平均を下回っています。(図表10-1-1-8、図表10-1-1-9)
○本県の分娩取扱医師偏在指標（令和８(2026)年４月に国が公表した分娩取扱医師偏在指標※5を本県調査に基づき補正）は12.69であり、全国第28位で相対的医師少数県※6以外の県になります。二次保健医療圏ごとの分娩取扱医師偏在指標では、津山・英田保健医療圏が下位３分の１に該当し、相対的医師少数区域※7となります。(図表10-1-1-10、10-1-1-11)
（削除）

（削除）</td><td>○県内、特に県北３保健医療圏の分娩件数は大きく減少しており、女性の将来推計人口等を踏まえると、今後も減少が見込まれますが、地域で必要な周産期医療提供体制を維持していくための産科・産婦人科医師の確保が求められています。</td></tr></table></td><td>（新設）
<table><tr><td>（新設）

○本県の分娩取扱医師偏在指標は10.3、全国第19位で相対的医師少数県以外の県になります。(図表10-1-1-10)

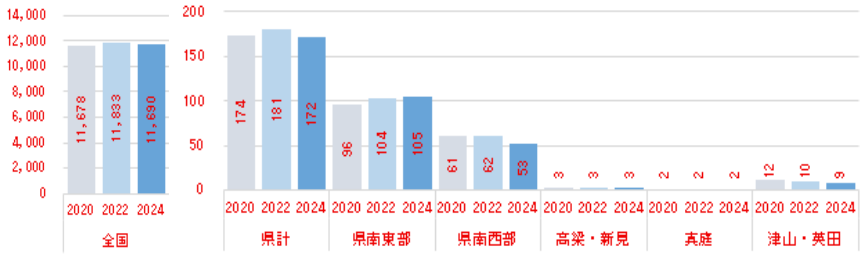
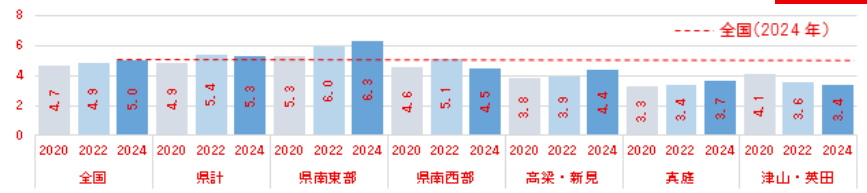
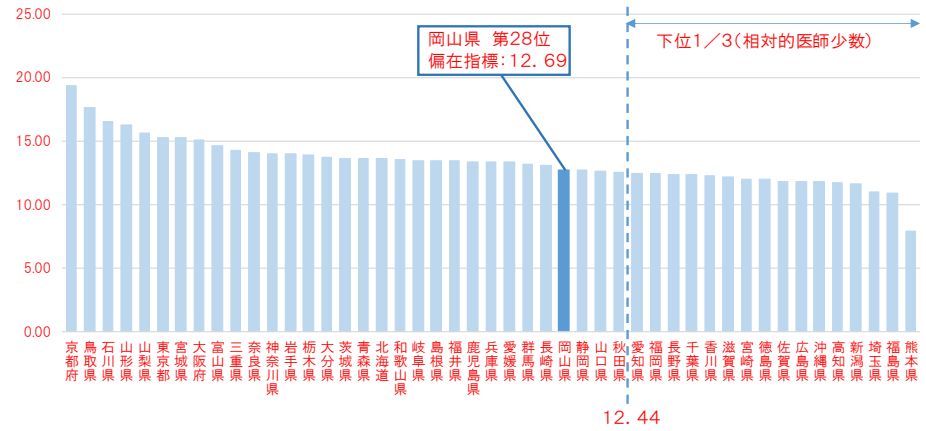
○二次保健医療圏単位では、津山・英田保健医療圏が、全国の二次保健医療圏と比較して下位1/3に該当します。(図表10-1-1-11)
○産婦人科医師数の推移は、全国では微増傾向ですが、二次保健医療圏ごとでは、県南東部保健医療圏は減少傾向、その他の保健医療圏はほぼ横ばいです。ただし、高梁・新見保健医療圏及び真庭保健医療圏の医師数はそれぞれ３人、２人となっており、産婦人科医師がいなくなるおそれがあります。(図表10-1-1-12)</td><td>○真庭、高梁・新見、津山・英田保健医療圏においては、生産年齢人口の減少とともに、分娩件数は減少するものの、引き続き産婦人科医師、とりわけ分娩取扱医師の確保が求められます。</td></tr></table></td><td>350</td></tr>
</table>

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
（削除）		○二次保健医療圏ごとの対出産年齢人口に対する産科医及び産婦人科医の推移は、津山・英田保健医療圏は増加傾向、県南東部保健医療圏は減少傾向、その他はほぼ横ばいとなっています。ただし、高梁・新見、真庭及び津山・英田保健医療圏で全国平均及び県平均を下回っています。（図表 10-1-1-13）		350 ～ 351
（削除）		○平成 27（2015）年を基準として、令和８（2036）年の生産年齢人口（15 歳以上 65 歳未満）の女性を比較すると、約８％減となり、県北３保健医療圏（高梁・新見、真庭、津山・英田保健医療圏）では約 20%減となっています。（図表 10-1-1-14）		
○令和６（2024）年の本県の分娩件数は 11,098 件で、令和２（2020）年と比較すると約 20%減少、県北３保健医療圏では約 32%減少しています。（図表 10-1-1-12）		○分娩件数は、令和４（2022）年度は 13,395 件となっており、令和元（2019）年度と比較すると約 10%減となります。県北３保健医療圏（高梁・新見、真庭、津山・英田圏）の分娩件数は令和４（2022）年度は 1,494 件となっており、令和元（2019）年度と比較すると約 16%減となります。（図表 10-1-1-15）		
（削除）		○県内の分娩施設数は横ばいとなっていますが、高梁・新見及び真庭保健医療圏では、令和４（2022）年度において、それぞれ１施設のみであり、保健医療圏内の分娩施設がなくなるおそれがあります。（図表 10-1-1-16）		

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
○県北３保健医療圏では、分娩取扱施設が真庭保健医療圏の１施設及び津山・英田保健医療圏の２施設のみとなっています。（図表 10-1-1-13）		（新設）		351
○本県の 15～49 歳女性人口について、令和 11（2029）年の将来推計人口と令和２（2020）年の人口を比較すると約９%の減少、県北３保健医療圏では約 20%の減少となっています。（図表 10-1-1-14）		（新設）		
○本県の令和６（2024）年末の小児科医師数は 305 人で、年少人口※8 １万人当たり 14.4 人であり、全国平均を上回っていますが、真庭保健医療圏及び津山・英田保健医療圏では全国平均を下回っています。（図表 10-1-1-15、図表 10-1-1-16）	○地域で必要な小児医療を提供できる体制を維持・確保するため、小児科医師数が少ない県北３保健医療圏を中心として、小児医療の提供が可能な内科医を含む医師の確保が必要です。	（新設）	○小児科医師数は減少しており、関係機関の緊密な連携と適切な機能分担を図りながら、内科医による診療での対応を含めた医師の確保が必要です。	
○令和８（2026）年４月に国が公表した本県の小児科医師偏在指標※9 は 129.3 であり、全国第 20 位で相対的医師少数県※6 以外の県になります。二次保健医療圏ごとの小児科医師偏在指標では、真庭保健医療圏及び津山・英田保健医療圏が下位３分の１（相対的医師少数区域※7）に該当します。（図表 10-1-1-17、図表 10-1-1-18）		○本県の小児科医師偏在指標は 124.3 人、全国第 13 位で相対的医師少数県以外の県になります。（図表 10-1-1-17）		
（削除）		○二次保健医療圏における小児科医師偏在指標については、真庭保健医療圏が、全国の二次保健医療圏と比較して下位 1/3 に該当します。（図表 10-1-1-18）		

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
（削除）		○小児科医師数の推移は、全国では微増傾向ですが、二次保健医療圏ごとでは、全ての保健医療圏においてほぼ横ばいです。ただし、高梁・新見及び真庭保健医療圏の小児科医師数はそれぞれ令和２(2020)年度において、６人、２人となっており、小児科医師がいなくなるおそれがあります。(図表 10-1-1-19)		351
（削除）		○二次保健医療圏ごとの小児人口に対する小児科医師数の推移は、全ての保健医療圏において増加傾向にありますが、全国平均及び県平均と比較すると真庭保健医療圏が大きく下回っています。(図表 10-1-1-20)		
○本県の年少人口について、令和11(2029)年の将来推計人口と令和２(2020)年の人口を比較すると約15%の減少、県北３保健医療圏では約 25%の減少となっています。(図表 10-1-1-19)		○平成27(2015)年を基準として、令和８(2026)年の年少人口(15歳未満)を比較すると、約12%減となります。年少人口の減少と同様に医療需要も減少していきます。真庭保健医療圏では、約20%の減少が見込まれています。(図表 10-1-1-21)		

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
※５　分娩取扱医師偏在指標 国から、産科における医師の偏在状況を示す指標として示されたものです。 ＜分娩医師取扱医師偏在指標の算出式＞ 分娩取扱医師偏在指標 ＝ 標準化分娩取扱医師数 ／ 分娩件数÷1000 件 標準化分娩取扱医師数 ＝ Σ性年齢階級別医師数 × 性年齢階級別平均労働時間 ／ 全医師の平均労働時間 ※６　相対的医師少数県 国は、分娩取扱医師偏在指標及び小児科医師偏在指標の下位３分の１の都道府県を相対的医師少数県に区分しています。 ※７　相対的医師少数区域 国は、分娩取扱医師偏在指標及び小児科医師偏在指標の下位３分の１の保健医療圏を相対的医師少数区域に区分しています。 ※８　年少人口 ０歳から 14 歳までの人口をいいます。 ※９　小児科医師偏在指標 国から、小児科における医師の偏在状況を示す指標として示されたものです。 ＜小児科医師偏在指標の算出式＞ 小児科医師偏在指標 ＝ 標準化小児科医師数 ／ 地域の年少人口÷10 万×地域の標準化受療率比 標準化小児科医師数 ＝ Σ性年齢階級別医師数 × 性年齢階級別平均労働時間 ／ 全医師の平均労働時間 地域の標準化受療率比 ＝ 地域の期待受療率 ÷ 全国の期待受療率 地域の期待受療率 ＝ Σ（全国の性年齢階級別調整受療率×地域の性年齢階級別年少人口） ／ 地域の年少人口	（新設）	

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
図表 10-1-1-8　産科・産婦人科医師数の推移　（単位：人）  （資料：厚生労働省　令和２(2020)年から令和６(2024)年医師・歯科医師・薬剤師統計）	（新設）	
図表 10-1-1-9　15～49 歳女性人口１万人当たりの産科・産婦人科医師数の推移 （単位：人）  （資料：厚生労働省　令和２(2020)から令和６(2024)年医師・歯科医師・薬剤師統計）	（新設）	
図表 10-1-1-10　分娩取扱医師偏在指標（都道府県）（令和８(2026)年４月公表）  ※本県調査による令和５(2023)年の病院・診療所における分娩件数に基づき補正 （資料：厚生労働省提供データ、岡山県地域医療推進課「周産期医療体制に係る調査」）	（新設）	

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁

図表 10-1-1-11　分娩取扱医師偏在指標（二次保健医療圏）（令和８(2026)年４月公表）　（新設）

	医師偏在指標	区　　分
全　　国	13.39	
岡　山　県	12.69　※	
県南東部	12.61	
県南西部	14.02	
高梁・新見	63.59	
真　　庭	11.79	
津山・英田	7.34　※	相対的医師少数区域

※本県調査による令和５(2023)年の病院・診療所における分娩件数に基づき補正
（資料：厚生労働省提供データ、岡山県地域医療推進課「周産期医療体制に係る調査」）

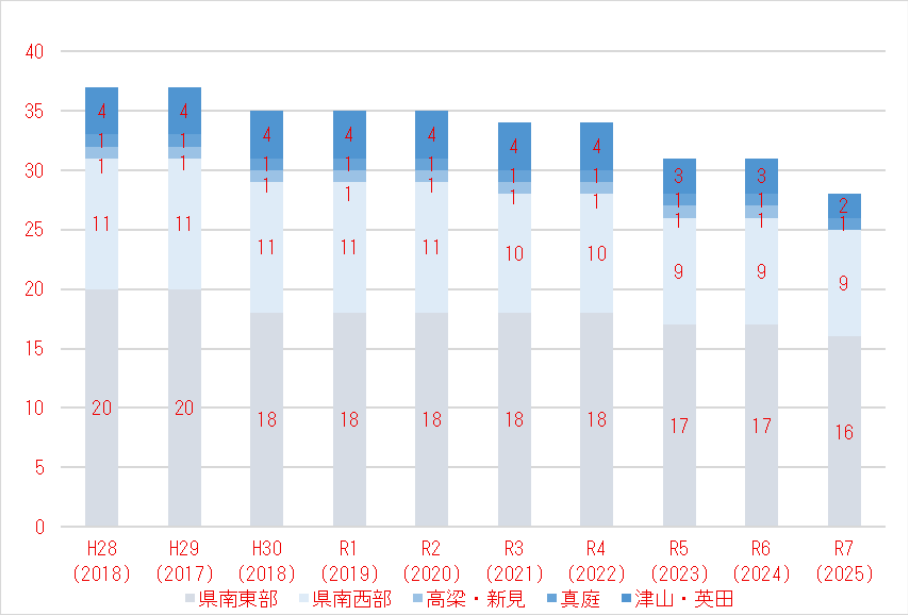
図表 10-1-1-12　分娩取扱件数　（単位：件）　（新設）

	県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	県計	県北３圏域
Ｒ２(2020)	7,066	5,075	63	146	1,326	13,676	1,535
Ｒ３(2021)	6,856	5,045	51	163	1,280	13,395	1,494
Ｒ４(2022)	6,435	4,816	48	160	1,185	12,644	1,393
Ｒ５(2023)	6,171	4,290	46	166	994	11,667	1,206
Ｒ６(2024)	5,762	4,292	28	148	868	11,098	1,044
増減率（2020と2024を比較）	▲18.5%	▲15.4%	▲55.6%	1.4%	▲34.5%	▲18.9%	▲32.0%

※令和２(2020)年から令和６(2024)年の１月１日から12月31日の病院・診療所における分娩件数を集計したもの
（資料：岡山県地域医療推進課「周産期医療体制に係る調査」）

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁

図表 10-1-1-13　県内の分娩取扱施設推移　（単位：施設）



※助産所を除く

（資料：岡山県地域医療推進課　分娩取扱施設一覧）

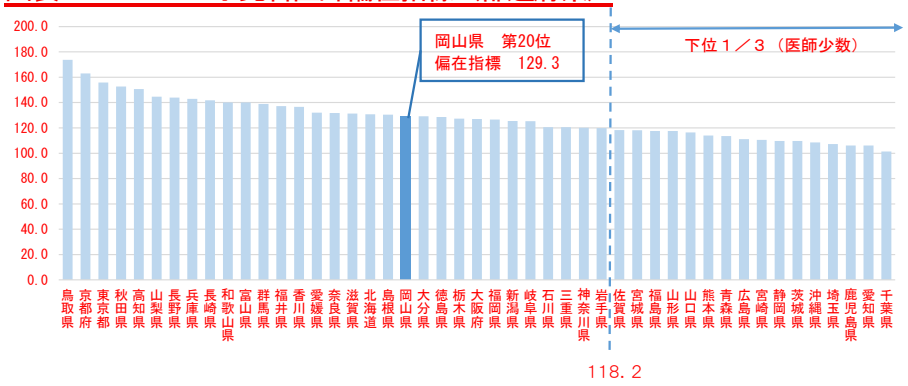
（新設）

図表 10-1-1-14　女性（15 歳以上 49 歳未満）の将来推計人口　（単位：人）

	県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	県計	県北３圏域
R２(2020)	180,282	126,706	8,146	6,244	29,139	350,517	43,529
R11(2029)	163,992	119,934	6,074	4,762	23,964	318,726	34,800
増減率	▲9.0%	▲5.3%	▲25.4%	▲23.7%	▲17.8%	▲9.1%	▲20.1%

（資料：厚生労働省提供データ）

（新設）

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
図表 10-1-1-15　小児科医師数の推移　（単位：人）  （資料：厚生労働省　令和２(2020)年から令和６(2024)年医師・歯科医師・薬剤師統計）	（新設）	
図表 10-1-1-16　年少人口１万人対小児科医師数　（単位：人）  （資料：厚生労働省　令和２(2020)年から令和６(2024)年医師・歯科医師・薬剤師統計）	（新設）	
図表 10-1-1-17　小児科医師偏在指標（都道府県）  （資料：厚生労働省提供データ）	（新設）	

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
図表 10-1-1-18　小児科医師偏在指標 （資料：厚生労働省提供データ）	（新設）	352
図表 10-1-1-19　将来推計人口（年少人口）　（単位：人） （資料：厚生労働省提供データ）	（新設）	
（３）医師養成過程を通じた取組の状況	（新設）	

新

	医師偏在指標	区分
全　国	126.0	
岡　山　県	129.3	
県南東部	137.3	
県南西部	123.9	
高梁・新見	221.6	
真　庭	59.2	相対的医師少数区域
津山・英田	101.9	相対的医師少数区域

		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	県計	県北３圏域
年少	2020	113,369	84,938	5,222	4,962	20,861	229,352	31,045
	2029	97,139	75,156	3,437	3,620	16,255	195,607	23,312
	増減	▲14.3%	▲11.5%	▲34.2%	▲27.0%	▲22.1%	▲14.7%	▲24.9%
全年齢	2020	916,760	697,598	57,151	43,538	173,385	1,888,432	274,074
	2029	880,817	666,688	46,200	37,005	155,257	1,785,967	238,462
	増減	▲3.9%	▲4.4%	▲19.2%	▲15.0%	▲10.5%	▲5.4%	▲13.0%

現　状	課　題
○令和８(2026)年４月１日時点において、県北の保健医療圏を中心とした県内の医師不足地域の医療機関等へ地域枠※10医師37人、自治医科大学卒業医師18人を配置しています。(図表 10-1-1-20、図表 10-1-1-21) （削除）	（削除） ○医師不足地域に配置できる地域枠医師の人数の減少が見込まれることから、今後増加する義務年限終了後の地域枠医師等の地域への定着を促進する必要があります。

旧

現　状	課　題
○地域枠※卒業医師の配置状況は、令和５(2023)年４月１日時点で、地域枠卒業医師56人のうち24人を医師不足地域の病院へ配置しています。また、自治医科大学卒業医師24人のうち16人をへき地医療拠点病院等に配置しています。(図表 10-1-1-22) ○医師不足が見込まれる県北保健医療圏を中心に地域枠卒業医師を配置しています。特に産婦人科については、不足する保健医療圏	○令和５(2023)年度をもって、初めて地域勤務の義務年限が終了する地域枠卒業医師がおり、自治医科卒業医師と併せて、義務年限終了後は、地域へ定着する取組が求められています。 （新設）

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
		域に産婦人科医師を配置しています。		352
（削除）		○地域枠卒業医師については、地域枠学生の定員４名を前提に今後の地域勤務配置数を予測すると、令和 10（2028）年度まで増加傾向にあります。（図表 10-1-1-23）		
○医師不足地域に配置できる地域枠医師は徐々に減少し、令和 11(2029)年度には 30 人程度となり、令和８年度入学者と同じ４名の入学が今後も継続したとしても、令和 19(2037)年度には 20 人程度になると見込まれます。(図表 10-1-1-22)		（新設）		
○令和８(2026)年４月１日時点で、７人の地域枠医師が義務年限を終了しており、今後も増加していく見込みです。(図表 10-1-1-22)		（新設）		
○産婦人科を志望する地域枠医師については、分娩取扱医師偏在指標における区分が相対的医師少数区域となっている津山・英田保健医療圏内の病院に配置しています。		（新設）		
○地域偏在対策を理由として、臨床研修医の各都道府県の募集定員上限数や、必要医師数に達している都道府県の診療科の専攻医の採用数にシーリング（上限）が設けられています。	○必要な医療が確保されるよう、引き続き、臨床研修医及び専攻医を確保することが必要です。	（新設）	（新設）	
○本県の臨床研修医の定員数及び採用数は、令和３(2021)年度以降、減少傾向にあります。(図表 10-1-1-23)		（新設）		

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
○本県の専攻医においては、一部の診療科がシーリング対象になっています。採用数は、令和４(2022)年度以降、減少傾向にあります。(図表 10-1-1-24)		（新設）		352
（削除）	○へき地医療拠点病院からへき地診療所の半分程度へ医師を派遣しており、引き続き診療所への派遣が必要です。また、医療アクセスに困難を生じている医師不足地域の実情に応じて、必要な対応が求められています。	○県が実施しているへき地診療所派遣は、令和４(2022)年度は23診療所へ1,679日派遣しています。(図表 10-1-1-24)	○へき地医療拠点病院からへき地診療所の半分程度へ医師を派遣しており、引き続き診療所への派遣が必要です。また、医療アクセスに困難を生じている医師不足地域の実情に応じて、必要な対応が求められています。	
○県内に設置されているへき地診療所に対して、へき地医療拠点病院から医師派遣などの支援を行っています。(図表 10-1-1-25)		（新設）		
（削除）	（削除）	○平成 30(2018)年に専門医制度として19の基本領域学会専門医と、より専門性の高い 24 のサブスペシャリティ学会専門医の２段階による専門医制度が創設されました。今後のさらなる高齢化の進展に伴い、急速にニーズが高まることが想定されるところから、総合的な診療能力を有し、健康にかかわる諸問題について適切な初期対応等を行える総合診療専門医師は、基本領域学会専門医として位置付けられています。	○専門医制度の運用について、必要な地域医療が確保されるよう、適切に対応することが求められています。	
（削除）	（削除）	○医療機関等による医療スタッフの確保が困難な中、将来にわたって質の高い医療サービスを維持するためには、医療に携わる人材の定着・育成を図ることが不可欠です。令和６(2024)年から開始する医師に対する時間外・休日労働時間の上限規制と地域医療提供	○各医療機関が、自主的に医師、看護師、薬剤師、事務職員など幅広い医療スタッフの協力のもと、一連の過程を定めて継続的に勤務環境の改善に取り組んでいけるよう、支援していく必要があります。	
	（削除）		○長時間労働や当直、夜勤・交代制	

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
	体制の維持を両立させることが重要です。そのため、地域の医療機関の課題の把握や対策を行う、「医療勤務環境改善支援センター」を設置しています。 勤務など厳しい勤務環境にある医師等が健康で安心して働くことができる環境整備が喫緊の課題となっています。	352 ～ 356
（削除）	図表 10-1-1-1　医療施設従事医師数・内科医数・小児科医数・産婦人科医数（令和２(2020)年 12 月 31 日現在） （略）	
（削除）	図表 10-1-1-2　病院及び診療所に従事する常勤換算医師数（令和３（2021）年３月現在） （略）	
（削除）	図表 10-1-1-3　人口 10 万人当たりの市町村別医療施設従事医師数（令和２(2020)年 12 月 31 日現在） （略）	
（削除）	図表 10-1-1-4　医師偏在指標（都道府県） （略）	
（削除）	図表 10-1-1-5　医師偏在指標（二次保健医療圏） （略）	
（削除）	図表 10-1-1-6　二次保健医療圏ごとの医師数の推移（二次保健医療圏） （略）	
（削除）	図表 10-1-1-7　保健医療圏別医療施設従事医師の年齢別の割合の推移（平成24(2012)年から令和２(2020)年） （略）	
（削除）	図表 10-1-1-8　岡山県内における女性医師の推移 （略）	

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
（削除）	図表 10-1-1-9　岡山県内における各年層の女性医師の割合（令和２（2020）年 12 月 31 日現在） （略）	356 ～ 359
（削除）	図表 10-1-1-10　分娩取扱医師偏在指標（都道府県） （略）	
（削除）	図表 10-1-1-11　分娩取扱医師偏在指標（二次保健医療圏） （略）	
（削除）	図表 10-1-1-12　二次保健医療圏ごとの産婦人科医師数の推移 （略）	
（削除）	図表 10-1-1-13　二次保健医療圏ごとの対出産年齢人口　産科・産婦人科医師数の推移 （略）	
（削除）	図表 10-1-1-14　人口将来推計（15 歳以上 65 歳未満　女性） （略）	
（削除）	図表 10-1-1-15　分娩取扱件数 （略）	
（削除）	図表 10-1-1-16　岡山県分娩取扱施設推移 （略）	
（削除）	図表 10-1-1-17　小児科医師偏在指標（都道府県） （略）	
（削除）	図表 10-1-1-18　小児科医師偏在指標（二次保健医療圏） （略）	
（削除）	図表 10-1-1-19　二次保健医療圏ごとの小児科医師数の推移 （略）	

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
（削除）	図表 10-1-1-20　二次保健医療圏ごとの対小児人口　小児科医師数の推移 （略）	359 ～ 361
（削除）	図表 10-1-1-21　人口将来推計（０歳以上 15 歳未満） （略）	
（削除）	図表 10-1-1-22　地域枠卒業医師及び自治医科大学卒業医師の配置状況（令和５(2023)年度） （略）	
（削除）	図表 10-1-1-23　地域枠卒業医師数推移（令和５(2023)年４月時点の予測） （略）	
※　地域枠 岡山県では、岡山大学及び広島大学の医学部医学科に、県内高等学校卒業者等を対象とする地域枠を設置しています。（広島大学の地域枠入学定員は、令和元(2019)年度入学をもって廃止しました。） 地域枠の学生に対しては、岡山県医師養成確保奨学資金を貸与する制度を設けており、この奨学資金は、卒業後、医師として一定期間（貸付期間の 1.5 倍の期間）、県が指定する医療業務（指定業務）に従事すれば、返還を免除することとしています。 この指定業務は、２年間の臨床研修（県内の大学病院又は県内の基幹型臨床研修病院が行う研修）、県内の医師不足地域の医療機関における勤務、また、２年以内の選択研修（県内の専門研修基幹施設が行う研修及び県内のその他の施設が行う研修で知事が認めたもの）で構成しており、指定業務に従事する中で適切にキャリア形成が図れるよう、キャリア形成プログラム（医師の就業プログラム）を策定しています。 卒業後は、医師としてやりがいを感じながら地域医療に従事できるよう、地域医療支援センターや大学の寄附講座等により顔の見える関係の中で、相談や助言、研修への参加や専門医資格取得等のキャリア形成の支援等を行います。	※　地域枠 岡山県では、岡山大学及び広島大学の医学部医学科に、県内高等学校卒業者等を対象とする地域枠を設置しています。（広島大学の地域枠入学定員は、令和元(2019)年度入学をもって廃止しました。） 地域枠の学生に対しては、岡山県医師養成確保奨学資金を貸与する制度を設けており、この奨学資金は、卒業後、医師として一定期間（貸付期間の 1.5 倍の期間）、県が指定する医療業務（指定業務）に従事すれば、返還を免除することとしています。 この指定業務は、２年間の臨床研修（県内の大学病院又は県内の基幹型臨床研修病院が行う研修）、県内の医師不足地域の医療機関における勤務、また、２年以内の選択研修（県内の専門研修基幹施設が行う研修及び県内のその他の施設が行う研修で知事が認めたもの）で構成しており、指定業務に従事する中で適切にキャリア形成が図れるよう、キャリア形成プログラム（医師の就業プログラム）を策定しています。 卒業後は、医師としてやりがいを感じながら地域医療に従事できるよう、地域医療支援センターや大学の寄附講座等により顔の見える関係の中で、相談や助言、研修への参加や専門医資格取得等のキャリア形成の支援等を行います。	
（削除）	図表 10-1-1-24　県実施のへき地診療所への医師派遣件数の推移 （略）	

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁

図表 10-1-1-20　地域枠医師の配置状況　（単位：人）

	H29 (2017)	H30 (2018)	R１ (2019)	R２ (2020)	R３ (2021)	R４ (2022)	R５ (2023)	R６ (2024)	R７ (2025)	R８ (2026)
高梁・新見	1	2	2	3	2	2	5	4	6	7
真　　庭	1	3	3	2	3	3	3	3	3	6
津山・英田	0	0	1	3	4	6	7	10	11	13
県南東部（岡山市除く）	0	0	1	1	1	2	4	6	6	6
県南西部（倉敷市除く）	0	0	1	1	2	3	5	5	4	5
計	2	5	8	10	12	16	24	28	30	37

※４月時点で配置先において「中断（育休等）」している者は除外している。
（資料：岡山県地域医療支援センター）

（新設）

図表 10-1-1-21　自治医科大学卒業医師の配置状況　（単位：人）

	H29 (2017)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)	R8 (2026)
高梁・新見	4	5	4	4	4	6	5	5	5	5
真　　庭	2	3	3	3	2	2	2	2	3	4
津山・英田	5	6	5	5	5	7	7	6	4	7
県南東部	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0
県南西部	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2
計	11	14	12	12	11	18	16	14	14	18

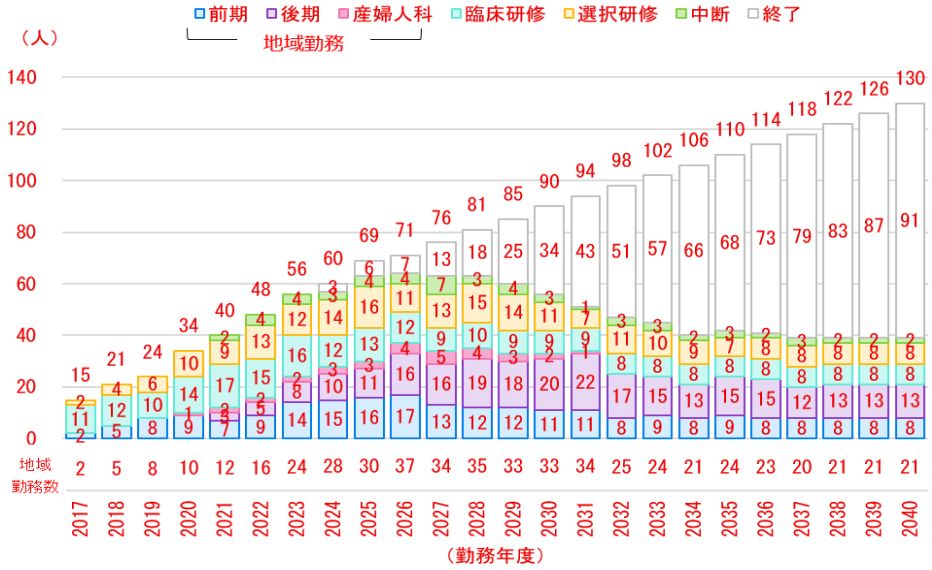
（資料：岡山県医療政策課）

（新設）

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁

図表 10-1-1-22　地域枠医師数の推移予測（令和８(2026)年４月現在）

（新設）



※令和９(2027)年度以降の学生募集定員を４人と想定して予測しています。

（資料：岡山県地域医療支援センター）

図表 10-1-1-23　臨床研修医の定員数・採用数・採用率の推移　（単位：人）

（新設）

	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)
定員数	201	200	201	197	193	186
採用数	171	173	178	172	159	148
採用率	85.0%	86.5%	88.6%	87.3%	82.4%	79.6%

※自治医科大学卒業医師を含まない

（資料：岡山県医療政策課）

図表 10-1-1-24　専攻医採用数の推移　（単位：人）

（新設）

	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)
採用数	221	244	221	207	218	195

（資料：岡山県医療政策課）

新（見直し（案））

図表 10-1-1-25　県実施のへき地診療所への医師派遣件数の推移　（単位：日）

	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	R6 (2024)	R7 (2025)
県南東部	347	414	437	398	394
県南西部	22	23	24	24	24
高梁・新見	274	338	570	584	581
真庭	276	279	242	181	182
津山・英田	684	625	557	608	523
計	1,603	1,679	1,830	1,795	1,704
派遣先のへき地診療所数	23	23	24	25	25

（資料：岡山県地域医療推進課「県へき地支援事業実績」）

2　施策の方向

（1）目標医師数及び医師確保の方針

県全体及び各二次保健医療圏の医師確保の方針並びに医師少数区域である二次保健医療圏の目標医師数※11を次のとおり定めます。

項　目	施策の方向
（削除） 県全体 ［医師多数県］	（削除） （削除）

旧（現　行）

（新設）

2　施策の方向

（新設）

項　目	施策の方向
目標医師数及び医師確保の方針 （新設）	○県全体及び二次保健医療圏ごとの目標医師数並びに医師確保の方針を次のとおり定めます。 ○県全体［医師多数県］ ・現状の医師数 令和２(2020)年12月31日　6,045人 ・目標医師数 令和８(2026)年度末　― 本県は医師多数県に該当するため、新たな医師確保対策は実施しません。県内の医師の配置状況は、医師少数区域はもとより、医師多数区域においても医師不足が深刻な地域が数多く見られます。また、地域の医療は、大学病院等の医師の派遣により支えられている状況を踏まえ、自治医科大学卒業医師や今後増加が見込まれる地域枠卒業医師等を医師少数区域等へ配置することにより、県内の医師偏在対策に取り組みます。

頁

362

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
	○本県は医師多数県に該当するため目標医師数は設定しません。 ○各保健医療圏の状況を見ると、医師少数区域や医師多数区域においても医師不足が深刻な地域が数多く見られることから、地域枠医師や自治医科大学卒業医師の配置、大学病院との連携などにより県内の医師偏在対策に取り組みます。 ・第２期医師確保計画（前期）策定時の医師数 令和２(2020)年12月末時点　6,045人 ・現状の医師数 令和６(2024)年12月末時点　5,873人 ・目標医師数 令和11(2029)年度末時点　―		（新設） （新設）	362
県南東部 ［医師多数区域］	（削除） ○当保健医療圏は医師多数区域に該当するため目標医師数は設定しません。 ○当保健医療圏内の状況を見ると、岡山市以外の市町で、人口10万人当たりの医師数が全国平均を下回っており、医師不足が深刻な地域があることから、当保健医療圏内の医師偏在対策に取り組みます。 ・第２期医師確保計画（前期）策定時の医師数 令和２(2020)年12月末時点　3,403人	（新設）	○県南東部［医師多数区域］ ・現状の医師数 令和２(2020)年12月31日　3,403人 ・目標医師数 令和８(2026)年度末　― 医師確保の方針については、新たな医師確保対策は実施しません。当保健医療圏では、岡山市以外の市町の医師数が全国平均を大幅に下回っており、医師不足が深刻な地域があることから、地域に地域枠卒業医師等を配置するなど、保健医療圏内の医師偏在対策に取り組みます。 （新設） （新設）	

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
	・現状の医師数 令和６(2024)年 12 月末時点　3,218 人 ・目標医師数 令和 11(2029)年度末時点　―			362 ～ 363
県南西部 ［医師多数区域］	（削除） ○当保健医療圏は医師多数区域に該当するため目標医師数は設定しません。 ○当保健医療圏内の状況を見ると、倉敷市以外の市町で、人口 10 万人当たり医師数が全国平均を下回っており、医師不足が深刻な地域があることから、当保健医療圏内の医師偏在対策に取り組みます。 ・第２期医師確保計画（前期）策定時の医師数 令和２(2020)年 12 月末時点　2,131 人 ・現状の医師数 令和６(2024)年 12 月末時点　2,153 人 ・目標医師数 令和 11(2029)年度末時点　―	（新設）	○県南西部［医師多数区域］ ・現状の医師数 令和２(2020)年 12 月 31 日　2,131 人 ・目標医師数 令和８(2026)年度末　― 医師確保の方針については、新たな医師確保対策は実施しません。当保健医療圏では、倉敷市及び早島町以外の市町の医師数が全国平均を大幅に下回っており、医師不足が深刻な地域があることから、地域に地域枠卒業医師等を配置するなど、保健医療圏内の医師偏在対策に取り組みます。 （新設） （新設）	
高梁・新見 ［医師少数区域］	（削除）	（新設）	○高梁・新見［医師少数区域］ ・現状の医師数 令和２(2020)年 12 月 31 日　85 人 ・目標医師数 令和８(2026)年度末　96 人	

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
			当保健医療圏は医師少数区域に該当するため、令和８(2026)年度末にこれを脱するために必要な医師数として、現状の 85 人を 96 人にすることを目標とします。 医師確保の方針については、引き続き医師多数区域等からの医師派遣が継続されるよう関係医療機関に働きかけるとともに、地域枠卒業医師及び自治医科大学卒業医師の配置を増員するなど、重点的に医師の配置を行います。	363
	○当保健医療圏は医師少数区域に該当しており、令和 11(2029)年度末にこれを脱するため、医師数を現状の 82 人から 88 人まで増やすことを目標とします。 ○目標医師数の達成に向け、県内の医師少数区域以外の二次保健医療圏からの医師の確保や、当保健医療圏への医師の重点的な配置等を行います。 ・第２期医師確保計画（前期）策定時の医師数 令和２(2020)年 12 月末時点　85 人 ・現状の医師数 令和６(2024)年 12 月末時点　82 人 ・目標医師数 令和 11(2029)年度末時点　88 人	（新設）	（新設） （新設）	
真庭 ［医師少数区域］	（削除）	（新設）	○真庭［医師少数区域］ ・現状の医師数 令和２(2020)年 12 月 31 日　77 人 ・目標医師数 令和８(2026)年度末　81 人 当保健医療圏は医師少数区域に該当するため、令和８(2026)年度末にこれを脱するために必要な医師数として、現状の 77 人を 81 人にすることを目標とします。 医師確保の方針については、引き続き医師多数区域等からの医師派遣が継続されるよう関係医療	

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
			機関に働きかけるとともに、地域枠卒業医師及び自治医科大学卒業医師の配置を増員するなど、重点的に医師の配置を行います。	363 ～ 364
	○当保健医療圏は医師少数区域に該当しており、令和 11 (2029) 年度末にこれを脱するため、医師数を現状の 69 人から 72 人まで増やすことを目標とします。 ○目標医師数の達成に向け、県内の医師少数区域以外の二次保健医療圏からの医師の確保や、当保健医療圏への医師の重点的な配置等を行います。 ・第２期医師確保計画（前期）策定時の医師数 令和２(2020) 年 12 月末時点　77 人 ・現状の医師数 令和６(2024) 年 12 月末時点　69 人 ・目標医師数 令和 11 (2029) 年度末時点　72 人		（新設） （新設）	
津山・英田	（削除） ○当保健医療圏は医師少数でも多数でもない二次	（新設）	○津山・英田 ・現状の医師数 令和２(2020) 年 12 月 31 日　349 人 ・目標医師数 令和８(2026) 年度末　― 当保健医療圏は医師少数でも多数でもない区域に該当するため、目標医師数の設定は行わないこととします。 医師確保の方針については、当保健医療圏の医師数が全国平均よりも少なく、医師の高齢化も進んでおり、医師不足が深刻な地域があることから、地域に引き続き医師多数区域からの医師派遣が継続されるよう関係医療機関に働きかけるとともに、地域枠卒業医師及び自治医科大学卒業医師を配置するなど、保健医療圏内の医師偏在対策に取り組みます。 （新設）	

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
	保健医療圏であるため、目標医師数は設定しません。 ○当保健医療圏は、人口 10 万人当たりの医師数が全国平均より少なく、医師不足が深刻な地域があり、また 65 歳以上の医師の割合が大きいことから、県内の医師多数区域からの医師の確保や、当保健医療圏内への医師の重点的な配置等により、医師偏在対策に取り組みます。 ・第２期医師確保計画（前期）策定時の医師数 令和２(2020)年 12 月末時点　349 人 ・現状の医師数 令和６(2024)年 12 月末時点　351 人 ・目標医師数 令和 11(2029)年度末時点　―		（新設）	364
産科・産婦人科医、小児科医	（削除） ○医師の確保が困難となっている産科及び小児科について、地域で必要な医療提供体制の維持に向けた確保対策に取り組みます。 ○津山・英田保健医療圏での産科・産婦人科医師数 ・第２期医師確保計画（前期）策定時の医師数 令和２(2020)年 12 月末時点　12 人 ・現状の医師数 令和６(2024)年 12 月末時点　９人 ・目標医師数 令和 11(2029)年度末時点　10 人 ○真庭保健医療圏での小児科医師数 ・第２期医師確保計画（前期）策定時の医師数 令和２(2020)年 12 月末時点　２人 ・現状の医師数 令和６(2024)年 12 月末時点　２人 ・目標医師数 令和 11(2029)年度末時点　３人 ○津山・英田保健医療圏での小児科医師数 ・第２期医師確保計画（前期）策定時の医師数	（新設）	○医師の確保が困難な診療科の対策について、機動的な配置となるよう検討を進めます。 （新設） ○津山・英田保健医療圏での産科・産婦人科医師数 ・現状の医師数 令和２(2020)年 12 月 31 日　12 人 ・目標医師数 令和８(2026)年度末　現状維持 ○真庭保健医療圏での小児科医師数 ・現状の医師数 令和２(2020)年 12 月 31 日　２人 ・目標医師数 令和８(2026)年度末　現状維持 （新設）	

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
令和２(2020)年 12 月末時点　　21 人 ・現状の医師数 令和６(2024)年 12 月末時点　　18 人 ・目標医師数 令和 11(2029)年度末時点　　現状維持 相対的医師少数区域を脱するための医師数は 16 人であり、現状の医師数を下回っていますが、将来にわたり必要な小児医療提供体制を確保するため、現状の医師数を維持することを目標とします。		364
※11　目標医師数 計画期間終了時において、各保健医療圏で確保しておくべき医師の総数を表すものであり、当該保健医療圏の計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の下位３分の１に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数です。 医師偏在是正プラン（２　施策の方向（３）医師偏在是正プラン）においては、計画期間終了時において、各重点医師偏在対策支援区域で確保しておくべき医師の総数を表すものであり、候補区域の基準を脱するために必要な医師の総数です。	（新設）	
（２）目標医師数を達成するための施策	（新設）	
項　目 / 施策の方向		
医師養成課程を通じた医師の確保	大学等と連携した医師の確保・育成	
○岡山大学医学部に地域枠を設置し、県の寄附講座である「地域医療人材育成講座」等と協力しながら地域枠医師を養成します。 （削除） ○地域医療人材育成講座による講義や地域医療実習などを通じ、地域枠学生だけでなく、より多くの医学生等に対し、地域で働く意義や、やりがい	○岡山大学の医学部に地域枠を設置し、卒業後に医師不足地域の医療機関で診療に従事する医師の養成・確保を図ります。 ○地域枠の令和６(2024)年度の入学定員は岡山大学４名とし、令和７(2025)年度以降については、今後の地域への医療ニーズに応じて、検討します。 （広島大学の地域枠入学定員は、令和元(2019)年度入学をもって廃止しました。） ○地域枠卒業医師だけでなく、より多くの医師、医学生が地域で働く意欲を持てるよう、岡山大学の寄附講座「地域医療人材育成講座」による講義	

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
	を伝え、地域医療に意欲を持ち幅広いニーズに対応できる医師を養成します。 （削除） ○臨床研修病院と連携しながら、研修の質の向上を支援するなど、臨床研修医の確保に向け取り組みます。 ○専門研修プログラムを実施する医療機関と連携しながら、地域医療に必要な専門医の確保に向けた取組について、検討を進めます。 ○川崎医科大学の寄附講座「救急総合診療医学講座」の指導医が中山間地域等に赴き、救急総合診療を担う医師等を対象とした研修会の開催等により、救急総合診療の地域への普及を図ります。		や地域医療実習などを通じて、地域で働くことの意義ややりがいを伝えます。 ○岡山大学地域医療人材育成講座を中心に、地域の幅広いニーズに対応できる医師を養成します。 （新設） （新設） ○川崎医科大学の寄附講座「救急総合診療医学講座」の指導医が中山間地域等に赴き、救急総合診療を担う医師等を対象とした研修会の開催等により、救急総合診療の地域への普及を図ります。	364 ～ 365
へき地医療を支える医師の確保等	○へき地医療拠点病院等と連携しながら、医師の少ない県北等における医療提供体制の確保を図ります。 ○自治医科大学卒業医師をへき地医療拠点病院に配置し、へき地診療所に派遣します。また、へき地診療所を運営する市町村等との連携を図りながら、へき地に勤務する医師の確保・定着に努めます。 （削除） （削除） ○へき地医療拠点病院による巡回診療やへき地診療所への医師派遣を継続します。 ○医師の高齢化等を受け、医療施設の閉院が進む中、診療所が担っている在宅当番医などの機能	医師が不足する地域やへき地医療を支える医師の確保	○大学病院や臨床研修病院、へき地医療拠点病院等と連携しながら、医師の少ない県北等における医療提供体制を確保します。 ○自治医科大学卒業医師をへき地医療拠点病院に配置し、へき地診療所に派遣します。また、へき地診療所を運営する市町村等との連携を図りながら、へき地勤務医師の確保・定着に努めます。 ○自治医科大学学生や自治医科大学卒業医師と地域枠の医学生、地域枠卒業医師等との交流を深めます。また、医師本人が描くキャリアと医師不足地域における勤務との両立を支援するとともに、働きやすい環境づくりに努めます。 ○義務年限終了後の自治医科大学卒業医師及び地域枠卒業医師に対して地域の医療ニーズを伝えるなど、県内定着を推進します。 ○へき地医療拠点病院による巡回診療やへき地診療所への医師派遣を継続します。 ○医師の高齢化等を受け、医療施設の閉院が進む中、診療所が担っている在宅当番医などの機能	

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
	を、地域の拠点となる病院が担うことを検討します。 ○遠隔診療などについては、笠岡諸島で実施しているオンライン診療実証事業の横展開を含め、さらなる活用について検討します。		を、地域の拠点となる病院が担うことを検討します。 ○遠隔診療などについては、笠岡諸島で実施しているオンライン診療実証実験の横展開を含め、さらなる活用について検討します。	365
地域医療支援センターを中心とした医師確保対策	○地域医療支援センターを中心として、地域枠医師の配置による県内の医師偏在対策に取り組むとともに、地域で勤務する医師のキャリア形成を継続的に支援するなど、将来に向けた医師確保対策にも取り組みます。 （削除） （削除） （削除） （削除） ○地域枠医師の配置については、県北３保健医療圏の充足状況を勘案した上で、県南２保健医療圏にも可能な範囲で配置します。また、産婦人科を志望する地域枠医師の津山・英田保健医療圏への配置など、地域枠医師の配置による診療科偏在の是正について引き続き検討していきます。 （削除）	地域医療支援センターを中心とした医師確保対策	○地域医療支援センターを核として、地域医療に従事する医師のキャリア形成、県内定着や地域偏在の解消を図ります。 ○岡山大学等の地域枠学生、自治医科大学生を対象に開催する「合同セミナー」を通じ、地域医療へ従事することへの意欲の醸成を図ります。 ○地域枠卒業医師が将来地域でやりがいを持って勤務できるよう、市町村長、病院長等が一堂に会して検討を行うワークショップを継続して開催します。 ○地域のニーズ分析の実施や、県内の中小病院を訪問して地域医療の実態把握に努めるとともに他県の地域医療支援センターとの情報交換を行い、地域医療に関する企画立案を行います。 ○臨床研修病院間の連携を強化し、県全体で初期臨床研修医を確保するための取組を推進します。 ○地域枠卒業医師は、県の指定業務として、県内の医師不足地域の医療機関において勤務する必要があります。今後、県北の３保健医療圏を重点的に、県南の２保健医療圏も視野に入れて、地域枠卒業医師の配置を検討します。 ○地域枠卒業医師等の配置や地域医療支援センターによる医師確保に向けた取組等により、県内の医師の診療科偏在の是正について検討します。	

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
	（削除） （削除） 〇セミナーやワークショップなどを通じて、自治医科大学学生・卒業医師と地域枠学生・卒業医師等との交流を深めるとともに、地域医療に対する意欲を醸成します。 〇自治医科大学卒業医師及び地域枠医師について、本人が描くキャリアと医師不足地域における勤務との両立を支援するとともに、働きやすい環境づくりに努めます。 〇義務年限を終了した自治医科大学卒業医師及び地域枠医師に対して、引き続きキャリア形成等の支援を行うとともに、地域の医療ニーズを伝えるなど、つながりを維持しながら地域定着を促進します。		〇専門医制度の運用について、地域医療確保の観点から、医療対策協議会において検討し、必要な助言等を行います。 〇医師不足地域等において、後継者のいない医師が経営する診療所の継承を支援するため、後継者を探している医療機関と開業を希望する医師を登録してマッチングを行う県医師会の医院継承バンクの取組に協力します。 （新設） （新設） （新設）	365 ～ 366
産科・産婦人科医、小児科医の確保	〇産婦人科を希望する地域枠医師については、臨床研修終了後、速やかに専門医の資格を取得させ、津山・英田保健医療圏内の病院に配置する取組を継続します。 〇医療機関における産科医師に対する分娩取扱手当、研修医手当により医師確保を支援します。 〇研修会等を通じた地域の内科医師等が小児の初期救急医療に対応できる体制整備に取り組みます。	産科医、小児科医の確保	〇産婦人科を希望する地域枠卒業医師については、他の地域枠卒業医師とは別に初期臨床研修終了後、速やかに専門医の資格を取得させ、津山・英田保健医療圏内の病院に配置する取組を継続します。 〇医療機関における産科医師に対する分娩取扱手当、研修医手当により医師確保を支援します。 〇研修会等を通じた地域の内科医師等が小児の初期救急医療に対応できる体制整備に取り組みます。	
（削除）	（削除）	女性医師の勤務環境の整備	〇岡山大学（ダイバーシティ推進センター）と県医師会において、女性医師の離職防止と再就業を推進するために、相談、研修、医療機関への啓発等を行います。	

新（見直し（案））		旧（現　行）		頁
医療従事者の勤務環境の改善	○医療勤務環境改善支援センターを通じ、医療機関に対して、相談対応や専門家派遣、講習会開催などの支援を行います。 （削除） （削除） ○岡山大学（ダイバーシティ推進センター）と県医師会において、女性医師の離職防止と再就業を推進するために、相談、研修、医療機関への啓発等を行います。	医療従事者の勤務環境の改善	○医療勤務改善支援センターを通じて、各医療機関からの相談に応じ、必要な情報の提供、助言、その他の援助を行います。また、医業経営コンサルタント及び社会保険労務士等の専門家を希望する医療機関に派遣し、医療従事者の勤務環境の改善に関する助言を行います。 ○医療勤務環境改善支援センターと地域医療支援センターとの連携により、医療従事者の勤務環境の改善に引き続き取り組みます。 ○講習会を開催し、勤務環境に関する取組事例の報告等、啓発を行います。 （新設）	366

（３）医師偏在是正プラン

県内において重点的に医師の確保を図る必要がある区域、当該区域における目標医師数※11及び目標の達成に向けた施策について、医師偏在是正プランを定めます。

項　目	施策の方向
重点医師偏在対策支援区域	○重点的に医師の確保を図る必要がある区域について、国の提示する候補区域を参考としつつ、地域の実情に応じて、医師偏在指標等を考慮した上で、重点医師偏在対策支援区域に設定することとされています。 ・国の提示する候補区域 ①医師少数都道府県の医師少数区域 ②医師少数区域かつ可住地面積あたりの医師数が少ない二次医療圏 （全国下位1/4） ③各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏 のいずれかに該当する区域

（新設）

新（見直し（案））		旧（現　行）	頁
	○本県では、次の３つの二次保健医療圏を重点医師偏在対策支援区域に設定します。 ・高梁・新見保健医療圏 国の提示する候補区域②及び③に該当 ・真庭保健医療圏 国の提示する候補区域②に該当 ・津山・英田保健医療圏 国の提示する候補区域の要件には該当しないが、医師偏在指標が全国下位２分の１に属し、かつ高齢医師の占める割合が県全体の割合よりも高いため		
支援対象医療機関	○支援区域内にある医療機関のうち、特に支援を行う必要がある医療機関として、岡山県医療対策協議会及び岡山県保険者協議会で合意が得られた医療機関とします。		
目標医師数	○各重点医師偏在対策支援区域において確保する目標医師数として、国が提示する候補区域の要件を脱するために必要な医師数を設定します。 なお、津山・英田保健医療圏については、医師少数区域には該当しないため、目標医師数は設定しませんが、医師の確保のための施策を実施します。 ・高梁・新見保健医療圏 国の候補区域の要件②及び③を脱するために必要な医師数　　88 人 ・真庭保健医療圏 国の候補区域の要件②を脱するために必要な医師数　　72 人 ・津山・英田保健医療圏 必要な医師数　　―		
目標達成に向けた医師の確保のための施策	○国の経済的なインセンティブ事業を活用し、次の支援を行います。 ・診療所の承継・開業に対する支援 ・重点医師偏在対策支援区域の医療機関に医師を派遣する派遣元医療機関への支援		

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
・医師の勤務・生活環境改善のための施設整備に対する支援 ・医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保に対する支援		366 ～ 367

※11　目標医師数（再掲）
　計画期間終了時において、各保健医療圏で確保しておくべき医師の総数を表すものであり、当該保健医療圏の計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の下位３分の１に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数です。
　医師偏在是正プラン（２　施策の方向（３）医師偏在是正プラン）においては、計画期間終了時において、各重点医師偏在対策支援区域で確保しておくべき医師の総数を表すものであり、候補区域の基準を脱するために必要な医師の総数です。

（削除）

（削除）

図表 10-1-1-25　地域医療支援センターを中心とした医師確保対策
（略）

図表 10-1-1-26　オンライン診療実証事業イメージ図
（略）

３　数値目標

項　目	第２期医師確保計画（前期）策定時	現　状	令和 11 年度末目標（2029）
県北の保健医療圏における病院の 10 万人対医師数	186.4 人 R2.12.31 (2020)	196.9 人 R6.12.31 (2024)	現状維持
県内の医師不足地域の医療機関に勤務する地域枠卒業医師の数	24 人 R5.4.1 (2023)	37 人 R8.4.1 (2026)	29 人
復職を果たした女性医師数	183 人 R5.3.31 (2023)	209 人 R8.3.31 (2025)	285 人

３　数値目標

項　目	現　状	（新設）	令和 11 年度末目標（2029）
県北の保健医療圏における病院の 10 万人対医師数	186.4 人 R2.12.31 (2020)		現状維持
県内の医師不足地域の医療機関に勤務する地域枠卒業医師の数	24 人 R5.4.1 (2023)		29 人
復職を果たした女性医師数	183 人 R5.3.31 (2023)		285 人

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
第 11 章　地域保健医療計画（地域医療構想を含む） ３　高梁・新見保健医療圏 ３　医療提供体制の構築 （２）外来に係る医療提供体制の確保 【現状と課題】 ○圏域は、令和６(2024)年の外来医師偏在指標では、外来医師多数区域以外の区域でしたが、令和８(2026)年に新たに国から示された外来医師偏在指標では、外来医師多数区域となりました。 ○過去５年（平成 30(2018)年４月１日～令和５(2023)年３月 31 日）で、診療所の新規開設はなく、４施設が廃止となっています。また、令和５(2023)年４月１日～令和８(2026)年３月 31 日で、診療所の新規開設が１施設で６施設が廃止となっています。医師不足、医師の高齢化により身近な診療所が減少し、外来機能の継続が困難となる懸念があります。 ○人口減少や過疎・高齢化により、医療機能の偏在が進み、専門外来は県南東部・県南西部圏域の医療機関からの医師の派遣や、圏域外の医療機関への患者紹介に頼っています。 ○将来的な外来医療に関する需要を見据えながら、必要な医療にアクセスできない患者が発生しないよう、身近な地域における外来機能の提供体制の整備・圏域外の医療機関との連携を進めていく必要があります。 ○圏域の紹介受診重点医療機関はありません。多くは県南東部および県南西部圏域の紹介受診重点医療機関からの逆紹介により、かかりつけ医機能を担う圏域内の医療機関で医療が継続される仕組みとなっています。独居高齢者等は、市外に住む家族の介護力不足や在宅療養を支える担い手不足から、家族の身近な地域での療養や施設入所等住み慣れた場所に戻れない実情もあります。 ○医療機器設置状況については図表 11-３-３-７のとおりです。今後、高度な医療機器については共同利用できる環境づくりが必要です。	第 11 章　地域保健医療計画（地域医療構想を含む） ３　高梁・新見保健医療圏 ３　医療提供体制の構築 （２）外来に係る医療提供体制の確保 【現状と課題】 ○圏域は、外来医師偏在指数が 107.７であり、外来医師少数区域に転じています。 ○過去５年（平成 30(2018)年４月１日～令和５(2023)年３月 31 日）で、診療所の新規開設はなく、４施設が廃止となっています。医師不足、医師の高齢化により外来機能の継続が困難となる懸念があります。 ○人口減少や過疎・高齢化により、医療機能の偏在が進み、専門外来は県南東部・県南西部圏域の医療機関からの医師の派遣や、圏域外の医療機関への患者紹介に頼っています。 ○将来的な外来医療に関する需要を見据えながら、必要な医療にアクセスできない患者が発生しないよう、身近な地域における外来機能の提供体制の整備・圏域外の医療機関との連携を進めていく必要があります。 ○圏域の紹介受診重点医療機関はありません。多くは県南東部および県南西部圏域の紹介受診重点医療機関からの逆紹介により、かかりつけ医機能を担う圏域内の医療機関で医療が継続される仕組みとなっています。独居高齢者等は、市外に住む家族の介護力不足や在宅療養を支える担い手不足から、家族の身近な地域での療養や施設入所等住み慣れた場所に戻れない実情もあります。 ○医療機器設置状況については図表 11-３-３-７のとおりです。今後、高度な医療機器については共同利用できる環境づくりが必要です。	490

新（見直し（案））	旧（現　行）	頁
図表 11-３-３-７　圏域の医療機器設置状況 （略） 【施策の方向】 項　目：外来における医療提供体制の維持 施策の方向：○圏域の医療機関及び郡市等医師会と外来機能の役割分担について協議の場をもちます。 ○かかりつけ医を持つことや、各医療機関の外来機能、上手な医療機関のかかり方について、郡市等医師会や看護協会高梁支部及び新見支部、行政が連携し住民へ啓発していきます。	**図表 11-３-３-７　圏域の医療機器設置状況** （略） 【施策の方向】 項　目：外来における医療提供体制の維持 施策の方向：○圏域の医療機関及び郡市等医師会と外来機能の役割分担について協議の場をもちます。 ○かかりつけ医を持つことや、各医療機関の外来機能、上手な医療機関のかかり方について、郡市等医師会や看護協会高梁支部及び新見支部、行政が連携し住民へ啓発していきます。	