

第17回地域医療構想調整会議（和歌山保健医療圏構想区域）議事録

（日時）令和6年8月29日（木）14:00～15:35

（場所）ホテルアバローム紀の国 孔雀の間

<司会（県医務課 庄司班長）>

ただ今から、第17回地域医療構想調整会議を開催する。

開会にあたり、県福祉保健部技監の雑賀より挨拶を申し上げます。

<雑賀技監>

本日は大変お忙しい中ご参加いただき感謝。

また、平素から和歌山県保健行政の推進にご協力賜り、重ねて厚く御礼申し上げます。

今年度から、第八次保健医療計画に基づく取組がスタートしている。計画の策定に関して関係の皆様方に多大なご協力をいただいた。

地域医療構想とあわせて着実に取り組みを進めていきたいと思うので、今後ともご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

地域医療構想は、2025年を目標年次とし、これまで取組を進めてきたことにより、病床の機能分化・連携が一定程度進んだかと思うが、必要病床数と比べ実際の病床数が多いなど、取り組むべき課題もまだまだある。

本日は、病床機能に係る定量的基準の活用、非稼働病床への対応など、現行の地域医療構想の実現に向けた取り組みについて、ご議論いただくとともに、国における新たな地域医療構想の検討状況についてもご報告させていただきたいと考えている。

活発なご議論いただけるよう、よろしくお願い申し上げます

<司会（県医務課 庄司班長）>

本日ご出席の皆様方については、出席者名簿の配付をもって紹介に替えさせていただきます。

本日は、本会議を構成する関係機関・団体等74のうち、55名の委員・代理者が出席。本会議設置要綱第5条第3項で定める会議の定足数半数以上を満たしていることを報告する。

なお、会議全体を通して公開での開催となり、議事録に関しても後日県ホームページに公表を予定している。

以降の議事進行は、設置要綱第4条及び第5条の規定に基づき、県医務課長の石田が議長として進行する。

<石田議長（県医務課長）>

議事進行をさせていただく。議事がスムーズに進行するよう、皆様方のご協力をよろしくお願いする。

まず、議題1「地域医療構想の進め方について」、事務局より説明を求める。

<事務局（県医務課 近田主査）>

資料1－1の地域医療構想の進め方についてご説明する。

1 ページは、令和4年度に実施した地域医療構想の取り組みのおさらいである。

(1) 今後の方針についてアンケートを実施し、今後担う予定の役割、2025年における機能別の病床数などの回答をいただいた。

(2) アンケート結果を受け不足する医療機能への転換、病床の廃止を行った医療機関、又は今後の計画が具体的に決まってい発表できる医療機関方針については令和5年3月の会議で方針を確認した。

(3) (2)で確認済み以外の医療機関については、令和5年7月以降の調整会議で説明していただいたうえで方針を確認するという方針で進めてきたところ。

2 ページは、令和5年度、6年度の取組として、令和5年3月31日の国の通知をまとめたもの。

(1) 年度目標の設定について、構想区域ごとの地域医療構想の推進に係る目標は、2023年度当初に対応方針の策定率が100%に達していない場合は策定率となっている。また、2023年度当初において、すでに対応方針の策定率が100%に達している場合の2023年度の目標、また、2024年度以降の目標は、合意した対応方針の実施率となっている。和歌山保健医療圏構想区域は策定率がまだ100%に達していないので、策定率100%を目指す必要がある。

(2) 地域医療構想の進捗状況の検証について、病床機能報告上の病床数と、将来の病床数の必要量について、データの特性だけでは説明できない差異が生じている構想区域においては、調整会議で要因の分析及び評価を行い、その結果を公表し必要な対応を行ってになっている。ここでいうデータの特性とは、病床機能報告は病棟単位で病床機能の報告を行うため、実際の病床機能の姿を現していない可能性があるということ。

(3) 必要な対応として、データ等に基づく説明を尽くしたうえで、なお生じている差異として非稼働病棟等の影響が考えられるので、今後の見通しについて確認を行い、差異の要因の分析及び評価を行った結果、非稼働病棟などへの対応のみによっては生じている差異への対応が不十分であると認められる場合には、各医療機関の役割分担の方向性等について議論し、各構想区域の今後対応すべき具体的な課題を明確化したうえで、課題を解決するための年度ごとの工程表を策定し公表する。という内容の通知となっている。

3 ページは、令和6年度、7年度の取組として、令和6年3月28日の国の通知をまとめたもので、新たな取り組みとしてモデル推進区域及び推進区域を設定しアウトリーチの伴走支援を実施するというもの。県内では有田構想区域・新宮構想区域が推進区域に設定されたので参考に取り組みを紹介する。

国、都道府県、医療機関それぞれの取組をまとめているが、国は2024年度前半に都道府県当たり1～2か所の推進区域及び全国に10～20か所程度のモデル推進区域を設定したうえで、モデル推進区域についてはアウトリーチの伴走支援を実施。

都道府県は、2024年度に、推進区域の地域医療構想調整会議で協議を行い、医療提供体制上の課題の解決に向けた取組内容を含む推進区域対応方針を策定し、2025年度に方針に基づく取組を実施。

医療機関は、都道府県が策定した推進区域対応方針に基づき各医療機関の対応方針について、必要な検証・見直しを行う。という内容の通知。

下の図は今説明した内容を表にまとめたもの。

4 ページは、推進区域の設定の考え方について、4つ目の○に①～④の設定の基準が示されている。

①は、合計病床数の必要量との差異が特に生じている区域で有田・新宮構想区域はこの基準で推進区域に設定された。

②は、機能別病床数の必要量との差異が特に生じている区域。

③は、再検証対象医療機関における対応状況が検証中または検証未開始の医療機関がある区域で、この再検証対象医療機関とは、令和元年に厚労省から「診療実績が少ない」や「類似の実績を持つ病院が近くにある」と判断された公立・公的病院のこと。

④は、その他医療提供体制上の課題があつて重点的な支援の必要性があると考えられる区域、これは何らかの特別な事情があり設定しなければならない区域というもの。

5 ページはモデル推進区域の設定の考え方や、モデル推進区域への伴走支援内容を記載。

設定の考え方は、2つ目の○に記載があるが、推進区域の中から必要量より多くなっている機能別病床について、2015年と比べて、病床数が増加かつ病床利用率が低下しているや、医療提供体制上の課題の分析や地域医療連携推進法人制度の活用等を行い、将来に向けて地域医療構想を進めようとしているなど、医療提供体制上の課題があつて重点的な支援の必要性があると考えられる構想区域を設定するというもの。

モデル推進区域には、下半分に記載がある、技術的支援、財政的支援もある。

6 ページは全国の推進区域、モデル推進区域の設定状況。和歌山県内では先ほども説明したが有田構想区域と、新宮構想区域が推進区域に設定されモデル推進区域の設定はない。両構想区域では先ほど説明した、推進区域対応方針を作成し、方針に基づいた取組を実施することになる。

7 ページは地域医療構想の進め方の案。

平成28年5月以降、病床の転換・廃止を行っていない医療機関に対して、令和5年7月以降の地域医療構想調整会議で今後の方針を確認している。

現時点で必要病床数に対して616床過剰、非稼働病床が370床、回復期病床が570床不足という課題がある。

そこで、(1)2025年に向けてこれまでの取り組みを継続するのだが、非稼働病床への対応や、定量的基準を参考した病床機能の報告について強化したいと考えている。具体的には、一つ目の点、非稼働病床への対応としては、前回の3月の会議で非稼働病床が多いために対応方針の合意に至らなかった医療機関に改めて、非稼働の理由や今後の見通しについてのヒアリングを実施する。ヒアリング結果については、次回の調整会議で共有させていただき、対応方針として合意できるものについては合意を目指したい。

2つ目の点、病床機能報告については、医大・日赤の高度急性期について、8ページの右上の高度急性期を整理する定量的基準和歌山基準①を参考にした病床機能報告を事務局からお願いさせていただいたところ、医大については次回の報告から定量的基準に基づいた報告をいただけるとの回答をいただいた。日赤については、現時点で結論は出ていないが検討いただいているところ。引き続き検討をよろしくお願いします。

7 ページに戻っていただき、3つ目の点については、合意された対応方針への実施状況を引き続き確認する。

4つ目の点は、急性期病床を急性期(救急拠点型)、急性期(地域密着型)に整理し、回復期需要については急性期(地域密着型)と回復期で対応するという方針で進めてきた。

(2)は新規で、令和6年3月の会議で作成した、急性期を整理するしきい値を、定量的基準の和

歌山基準②として採用することを考えている。

９ページに作成したしきい値を掲載しているが、このしきい値は病床機能報告の報告後に事務局で急性期病床を整理し、回復期需要に対して病床が不足することなく対応することを目的として作成し、前回の会議で了承をいただいたところだが、病床機能報告の際に参考にする急性期を整理する定量的基準も既に存在しておりダブルスタンダードになっている。急性期を整理する定量的基準は８ページの右下の和歌山基準②で、救急搬送件数で整理している。

７ページに戻っていただき、しきい値を作成する際に救急件数だけで整理してしまうと、救急件数は少ないが手術件数が多い医療機関もあるので急性期を整理するにしきい値としては実情と合わないと感じをいただいたので、救急件数に合わせて手術やがん・脳卒中・心筋梗塞等への対応件数でしきい値を作成した。

以上のことから救急件数だけで整理する８ページの現行の定量的基準和歌山基準②より、前回の会議で作成した９ページのしきい値のほうが定量的基準としてふさわしいのではないかと考え今回提案させていただいた。

１０ページは令和５年度病床機能報告の結果を、高度急性期の定量的基準と先ほど提案させていただいた急性期の定量的基準により整理したもの。病床機能報告で報告のあった左の棒グラフの高度急性期１,３２４床に定量的基準に当てはめると、真ん中の棒グラフの６４５床の高度急性期、６７９床の急性期に整理される。また、左の棒グラフの急性期１,９１３床を先ほど提案した定量的基準に当てはめると、真ん中の棒グラフの１,１５１床の急性期、７６２床の回復期に整理される。

真ん中の棒グラフの定量基準により高度急性期から急性期に整理された６７９床と急性期１,１５１床合わせた１,８３０床が急性期、急性期から回復期に整理された７６２床と回復期１,２６６床合わせて２,０２８床が回復期と整理されることになる。

前回の会議でしきい値を作成した際に、病床機能報告としての報告は左の棒グラフの姿で国に報告することになるが、県の整理としてしきい値に照らし合わせて実態としては真ん中の棒グラフになると国には説明することになると説明したが、今回の定量的基準の改正で国への報告について真ん中棒グラフの数字１本で報告ができればと考えている。

一番下の※に記載しているが、定量的基準は病床機能を報告する際の参考の基準という整理は変わらないが、２０２５年の総括に向けて見える形で病床の姿を整理したいと考えているので、是非、定量的基準に基づいた報告をお願いする。

また、前回の会議でも説明し皆さんの認識の通りだと思うが、病床機能報告は診療報酬と紐づくものではないことを申し添える。

最後に、１１ページは工程表である。前回の会議でもお示した工程表だが、先ほどご説明した今回強化する取組の非稼働病への取組、定量的基準を参考にした報告について赤字で強化と記載している。資料１－１の説明は以上。

<石田議長（県医務課長）>

ポイントとなるのは７ページの下のしきい値を、和歌山県の基準として、病床機能報告に反映した上で国に報告すること。今まで病床機能報告上の数値と和歌山県の事務局が独自に整理した数値が２種類あったが、今回の取組で一本の数値にするという提案。ご意見やご質問があればお願いする。

<山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

高度急性期から慢性期までの4つのカテゴリーをどう分けるのか、国がはっきりと考えを出してくれない。

ここで議論するのは、4つのカテゴリーを県としてどのように病棟単位で分けていくかということだと思うが、そもそもの定義がはっきりしない中で、分けないといけないので延々と時間がかかっているのだと思う。それをもっとクリアにするために定量的な基準を導入したらいいのではないかという提案と理解した。

結局、今までなかなかうまく進まなかった理由の一つが保険とリンクしていないということだと思う。これは気にしないとして、最終的な病床の目標数値への数合わせではないと何回も言われたが、結局今行われていることが、数合わせだと思う。

最終的に国に出した数字を見て、目標病床数により近い数にするために、こういう分類をしたら結局うまくいった、なのでこの整理で行きたいということ。数合わせじゃないと言うからわかりづらい。最初から数合わせと言ってもらえると非常にわかりやすいと思う。

こういう分類で病棟を4つに分けたい、数合わせをしたい、これは数合わせなので流動的なものであって将来を拘束するものではないと言ったらあまりこだわる必要がないと思う。

将来にわたってこの数字で固定されるとか、保険と関係するのではないかとか国に対する疑いがあるから、なかなか乗ってこないところがあると思う。

なので、はっきり明言されるといいのではないかと思う。例えば定量的基準にはABC等いくつか基準があるが、一つでも満たしたら高度急性期というのはおかしい。元々の定義としては、高度急性期というのは高度急性期の疾患があってそれを診ている病棟。ここで必要なのは、高度急性期の疾患はどれであって、それがその病棟の過半数を占めるという定義であればわかるが、全然違うので数合わせとしか思えない。前から言っているが、数合わせだと言ってくれたら、誰も何も言わないのではないかと思う。

これが数合わせではなく、しかも将来を拘束するものであるとしたら、この場合には反対。

最低限、病棟の過半数を超える患者が占めるなど、国が示している定義にも従う必要があると思うので、これでは駄目だと思う。

<石田議長（県医務課長）>

数合わせですという回答はできないが、現状を踏まえると何らかの基準に基づいて整理しないと、病床機能報告では現実とかけ離れた数字になってしまい、数合わせではないが、それに近い方向で現状を表したいと考えている。

<山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

県は間に挟まれた立場で、国から言われて報告しなければならない、しかも国が言ってきた数字に近いものを出さないと県としての面目立がたない、それには協力したいと思う。そういう意味では表には出せないにしても、みんなで数合わせを考えましようとした方が素直に進むのではないかと思う。

<事務局（県医務課 庄司班長）>

基準自体は好ましい数値になるように逆算して設定したわけではなく、他府県の例なども参考にしながら一番ふさわしい基準を設定した。

国は、病床機能報告の数値を見るので、和歌山県の定量的基準を適用して、病床機能を報告としても見える形で今の実態を示したいと思う。それが国に向けての数合わせ的作業ではないか言われるとその通りかもしれないが、基準自体は目標数値に合わせたいから逆算して計算をしたものではない。

<山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

その点は理解している。埼玉の基準を参考にしているが、埼玉と和歌山の状況は全然違うので、本来は和歌山独自のものを作るべきだと思う。

たまたま参考にした基準で計算すると国の数値に近いということ。

先ほども言ったが、高度急性期病棟にはそういう患者が少なくとも過半数いないといけないと思うがその点が抜けている。だから病床機能報告で定める条件を外れているということ。結果的にたまたま国の目標数値に近かっただけで、高度急性期疾患、あるいは処置を並べて、過半数の患者がそれに該当した場合は高度急性期病棟や急性期病棟とするのであればわかるが、そういう形ではないので、たまたまあったとしか思えない。しかも数が丁度よかったのでこれで出そうとしているとしか思えない。

あまり話し合っても時間も限られていると思うので、そういう形で心に止めてもらえればいいのではと思う。

<石田議長（県医務課長）>

山下委員が言われたことは一理あると思う。高度急性期の定量的基準は平成30年に作成し進めてきたのでこの基準で引き続き進めたいと思うが、見直せということであれば検討する。

<山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

数合わせであれば、これでいいと言っている。

<石田議長（県医務課長）>

先ほど班長が言ったように逆算したわけではない。

<山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

全部理解している。たまたま数字があつたのでこれを使うということなので、さっき言ったように国の定義では過半数というのがあるのに全然見直さないで、その条件がないというのは問題だと思う。何らかの形で国の定義を入れるとなると計算なども結構大変だと思うが、数合わせではないとこだわった場合は多分そうなるでしょうということ。聞き流されると困るが時間も限られているので、先に進めていただきたいと思う。

<石田議長（県医務課長）>

この場でこうしますと回答するのは難しいし、見直すのも難しいと思うので対応を考える。

<雑賀技監>

地域医療構想をスタートして、9年が経ち和歌山構想区域だけでなく全ての区域で保健所を中心に取組を進めてきた。

必要病床数へ数字合わせではないが、目標数値ということになっている。地域の実情も考慮し、目標数値が正しい数字かどうかは、この9年の間に医療機関の先生方と行政で話し合っただけで今に至っている。

和歌山県の定量的基準についても、他府県の事例を参考にしたり、関係の先生の意見を聞きながら基準を作成し進めてきた。これをもとに各医療機関の協力もあり、ここまで取り組んできた。

地域の先生方と喧々諤々意見交換をしながら、効率よく安心安全な医療を提供できる体制を目指そうということで9年間取り進めてきた中で、国が示す数字は無視できないので、本当にこんなに乖離があるのか検証するために、他府県の事例も参考にしながら定量的基準を作成し、あてはめたことで、和歌山構想区域の病床はここまで整理が進んだという実態がわかったと考えている。数合わせであれば認めるけれども数合わせでないなら認めないというご意見をいただいたが、数合わせではないということで、ご理解いただきたい。定量的基準を1から決めなおすとなると時間的にも厳しいという思いもある。

<山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

埼玉方式ができたのが数年前で、埼玉方式を参考に計算し採用した。当時、例えば奈良方式等いくつか方式があったが、埼玉方式が一番目細かいので採用した。だが、その後数年経っており各都道府県いろんな案を出している。その間、和歌山県としても各都道府県の案を参考にして考えていたはず。しかし6年前に作成した定量的基準を変更せずに来ている。先ほど喧々諤々議論したと言われたが、そういうのが全然なかった。コロナで会議が開催されなかった時期もあったが、議論なくそのまま来ている。本来であれば他の都道府県がどのような状況なのか、和歌山の状況に合うより良いものは無いのか考えてやるべきだった。

<雑賀技監>

和歌山県でこう決めたからこれでいきます、と地域の医療機関の方に押し付けているわけではない。

<山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

今の発言はそう聞こえた。ものすごく反対しているわけではないが、不十分な定量的基準に見える。それでも、絶対駄目と言っているわけではなく、最終的に県に義務があるし、数字を報告しないといけないし、時間的なこともあるので、2025に向けての話であれば、時間のないところで今すぐ何かしろと言っているわけではない。未来永劫続く形ではないことが確認できたらそれ良い。

<雑賀技監>

2040年に向けては新たな地域医療構想がスタートするので、これは2025年までの話。これでの最

終決定というわけではないので、そういう意味でも幅を持たせていただきたいと思います。

<山下委員（日本赤十字社和歌山医療センター）>

この会議は国に対して、和歌山県はこういう状況にあるのということを報告するという会議であり、今の状況はどのような状況であるということを決めるのは和歌山県、この地域。だからどのような定量的基準を使っても、和歌山県はこのように考えて、このように報告しましたという国に対する義務は果たされるのでそれはよい。また、それが固定ではない、流動的なものであるということが確認できればそれでよい。

<雑賀技監>

2040年に向けては、新たな地域医療構想がスタートするので、これはあくまで一時的なものである。和歌山県の定量的基準を作成する際には、当時の担当が地域の状況も勉強しながら和歌山県に一番合うものはどれかと、悩みながら作ってきたものだと思うし、それをもとに各圏域の調整会議でご説明してきたかと思うので、勝手に作って押し付けたわけではないということだけをご理解いただきたい。

本日、提案させていただいた定量的基準を採用したうえで、高度急性期の定量的基準については一度、事務局で研究するという事でいかがか。他の委員からも何か意見はないか。

<上野委員（誠佑記念病院）>

定量的基準を使って4つに分類する話だが、地域医療構想策定当時、点数を元に計算して必要病床数を出し、10年が経ちほぼ当たっていると思うが、当たっていない部分もある。そういうことで皆さんに不満や不信があるのはやむを得ないと思う。元々の立っている土台がはっきりしないものなので、仕方がないと思うのだが、違う観点からお伺いしたい。

国に要請していただきたいと思っているのは、病棟ごとに例えば高度急性期や急性期等の名前に区分けをするわけであるが、この区分けを広告するとなると、うちの病院は高度急性期がない急性期の病院とレッテルを貼られることになるので困る。自分では高度だと思っている、基準で区分けをすると急性期になってしまう。あるいは急性期と思っている、区分けをすると回復期になってしまうとそれは困るから、急性期と名乗らせるけども地域密着という曖昧な枠を使って回復期と国に報告するのは、言葉は悪いが数合わせ、言葉合わせという部分もなきにしもあらずだと思う。それも仕方ないと皆さん思っている。要するに外に向かって看板に標榜科と同じように、うちは高度急性期の病院ですとか、回復期の病院ですと書かないといけない、あるいは各書くことが許される、ということであればうちの病院は急性期ですと言いたくなる。回復期だと決めつけられてレッテルを貼られるのは困るというのが根底にあると思う。

もう一つ、国に要望していただきたいのは、いつか診療報酬上の点数として跳ね返ってくるのではないかと懸念している。例えば高度急性期病棟については非常に高い点数を与えるというようなことがもしあるとすれば、何が何でも高度急性期を死守したいと思ってしまう。急性期、回復期も同じで、急性期の方が点数が高い。しかし現実には、急性期の中にも1から6まであり、看護基準等による診療報酬としての体系があるので、その分類だけでレッテルを貼られて、なおかつ点数に反映されるということであれば極めてつらい。

このようなことは今は一言も言われていないと思うが、皆さんが危惧している1つの点だと思うので、国の会議にも出ているだろうから、要請していただきたいと思う。

<石田議長（県医務課長）>

国に確認した上で、今回の定量的基準による分類が診療報酬とは連動しないと聞いている。ただ、今はそう言っても上野委員が言われるように、今後、国がルールを変更する可能性が無いとは言えないので、国に対して要望していきたい。

<上野委員（誠佑記念病院）>

世の中に向けて看板に高度急性期何床です、回復期何床ですと書くことを認めるのであれば難しい話である。内部の資料あるいは県の医療計画上に記載しているものは、誰もほとんど見ないのでいいのだが、外に向けて広告宣伝ができることになると話はちょっとややこしいと思う。(定量的基準による区分けの)概念はわかるが、それがどれだけ実質的な意味を持っているのか聞きたい。

<事務局（県医務課 庄司班長）>

毎年の病床機能報告について、現状では医療機関の診療科を表記する看板等に病床機能を記載することになっていないし、診療報酬にも紐づけがないが、今後そのようなことをせよという動きにならないように、国に働きかけるという要望だと理解した。

<上野委員（誠佑記念病院）>

こういう意見は、和歌山県だけではなくて、他の都道府県全てであると思う。やはりレッテルを貼られるとすごく困る。診療報酬という別体系があり、看護師が少ないし、重症度も少ないし、やむを得ないと皆受け入れる。だが、これが看板での表記になると困るので、国に要請したいと思う。

<事務局（県医務課 庄司班長）>

県として意見を申し上げる機会や、個別に毎年要望活動を行っているので、しっかりと伝えていきたい。

<石田議長（県医務課長）>

南條委員は高度急性期の基準についていかがか。

<南條委員（和歌山労災病院）>

山下委員や皆さんが仰っていたとおり絶対的な数字ではないということは確かだし、この時代に10年経つと医療の情勢が変わってきていることは我々も実感している。

一度これで決めておいて、その時々により医療機関の姿も変わり情勢も変わるので、その際には変更する必要があると思う。

<石田議長（県医務課長）>

西村委員はいかがか。

<西村委員（和歌山県立医科大学附属病院）>

当院は、定量的基準に当てはめると高度急性期病床が減るのだが、診療報酬に紐づかないと説明があったので、特に意見は言わなかったが、将来的に診療報酬に紐づく可能性があるのであれば非常に危惧する。

<中井 地域医療構想アドバイザー>

10年前に地域医療構想が始まったときには病院側にいたが、おそらく発信元は財務省で、急性期病床が多すぎるから医療費が増えていくと、単純に表面的なところだけを見た人が、急性期病床を見直さないといけないといって始まった。それが今、結果の数字出すと、財務省としてはあまり効果がなかったことがわかった。2040年に向けての地域医療構想の検討が始まっているということは、医療費を抑えようとしたが、調整会議ではうまくいかなかったという評価を既に行っているから、次の地域医療構想の検討が始まっている。数合わせということでもいいと思うが、とりあえずこの基準で数を出しておいて、結局国は別のことを考えているので、この会議の時間が少しもったいない気がする。

<石田議長（県医務課長）>

（数合わせとは言い難いので、）数合わせではないがそれに近いようなこの取組をお願いしたいと思うが、先ほどの上野委員の話もあるので、それぞれ皆さんご検討いただけたらと思う。

<上林 地域医療構想アドバイザー>

人口が減少しつつあり、和歌山県の最終的な人口減少がどれくらいで止まるのか、そういうことをイメージしておかないと、この問題のベースを忘れてしまうのではないかと思う。なので、今年度県でデータ分析を行うとのことなので、まず日本の人口、特に和歌山県の人口がどのように動いていくのかを明らかにすることも重要だと思うので、それを踏まえて基準を研究することが必要だと思う。

<石田議長（県医務課長）>

アドバイザーの意見や事務局の説明を踏まえて、今回お願いした取組について検討いただければと思う。

時間の都合もあるので、次の議題の方に進む。資料1－2について事務局から説明を求める。

<事務局（県医務課 近田主査）>

資料1－2について説明する。資料の上段だが、これまでの取組として、令和4年度に実施したアンケートでは、平成28年5月以降、病床の転換・廃止を行っていない医療機関のうち、今後病床を再編すると回答した医療機関はなかったので、資料1－1でもお示しした2025年に向けての課題は残っている。

そこで、令和5年7月の会議では、回復期のみと回答している医療機関、分娩を取り扱う医療機

関などの地域として合意すべきと判断した医療機関、令和6年3月の会議では、非稼働病床が突出して多い医療機関以外について合意した。

今後の取組として、具体的対応方針の確認ができていない医療機関は非稼働病床が多い医療機関ということになるが、先ほども説明したが年内に今後の病床の方針についてヒアリングを実施し、令和6年度の冬の調整会議でヒアリング結果を共有したうえで具体的対応方針の合意を目指したいと思う。

2ページ目は、1ページ目で説明した具体的対応方針の合意状況をいつどのような医療機関について合意したかをまとめたものである。合意できていない医療機関は一番下に記載しているが、10医療機関あり今後対応方針の確認が必要となる。

3ページから4ページは前回の会議でもお示ししたが、非稼働病床の状況である。非稼働病床数の割合が3割未満の医療機関については、具体的対応方針を合意した。

5ページ目は具体的対応方針未合意の医療機関の一覧である。先ほどの繰り返しになるが、非稼働病床数が多いということで合意に至っていない。この10医療機関については、すでにヒアリングを実施しているところもあるが、今後の病床の方針をヒアリングさせていただき、冬の会議で合意を目指そうと考えている。資料1－2の説明は以上。

<石田議長（県医務課長）>

ただ今の説明について、ご意見やご質問があればお願いします。

（※特に発言なし）

事務局の説明の通り今後の病床の予定をヒアリングし、次の調整会議で報告いただき具体的対応方針として合意を目指す方向で進めたい。

続いて資料1－3について事務局から説明を求める。

<事務局（県医務課 近田主査）>

資料1－3について説明する。当面の病床機能転換等の一覧である。しこねクリニックから、急性期病床4床すべて廃止し無床診療所になると報告があった。この後しこねクリニックから内容についてお話いただこうと思う。資料1－3の説明は以上。

<石田議長（県医務課長）>

しこねクリニックの重根委員から説明をお願いします。

<重根委員（しこねクリニック）>

急性期の病床を廃止する。廃止後の病床数は0になる。廃止時期は本年10月頃を考えている。産科の有床診療所として分娩を取り扱っていたが、諸般の事情により分娩の取り扱いを中止する。そのため、今後は産科、婦人科、内科、小児科を標榜して無床診療所としての機能を担う予定である。

<石田議長（県医務課長）>

ただ今の説明について、ご意見やご質問があればお願いします。

（※特に発言なし）

皆様方のご了解を得られたものとする。次の議題に進む。

議題2「令和5年度病床機能報告」について、事務局より説明を求める。

<事務局（県医務課 山川主事）>

資料2について説明する。令和5年度の病床機能報告の集計結果。前回3月の会議では速報値として案内したが、今回は確定値の報告。特段変更点なし。

1、2ページは、病床機能報告の概要を掲載。

3、4ページは、県全体と県内各圏域の病床数を機能別に掲載。数値は、前回会議にて提示した速報値から特段変更がないため、詳細の説明は省略する。

5、6ページは、和歌山圏域の病床数やその前年度比較について、医療機関別に掲載。病床数全体としては、和歌山圏域で昨年度より238床の減少。主な要因は、日赤和歌山医療センターや野上厚生総合病院の病棟再編があったため、地域医療構想策定以降で最も大きく動いている状況。

7、8ページは、最大使用病床数や非稼働病床数、入院料別の病床数を医療機関別に掲載。

9、10ページには、入院患者がどこから入棟したかや退棟後の行き先、あと平均在棟日数の集計結果を掲載。こちらの集計は病院のみ。自身の医療機関と類似する医療機関の状況と比較するなど、参考にご活用いただければ。

11ページは、従来より設けている定量的基準の和歌山基準②を用いて、事務局にて整理したので、参考までに掲載。

最後に、今年度の病床機能報告は、例年通りのスケジュールで実施される予定。

<石田議長（県医務課長）>

ただ今の説明について、ご意見やご質問があればお願いします。

（※特に発言なし）

ご意見等がないようなので、次の議題に進む。

議題3「外来医療計画に基づく取組」について、事務局から説明を求める。

<事務局（和歌山市保健所 大井主幹）>

2ページ目。新規開業者の外来医療計画に係る実施予定の診療機能について、令和6年3月から7月末までに、和歌山市内の新規開業者は3件。3件すべての医療機関で在宅医療と公衆衛生機能のいずれかまたは両方を担っていただく予定となっている。

3ページ目。医療機器の共同利用について、和歌山労災病院、和歌山県立医科大学付属病院、嶋病院から医療機器の共同利用に係る計画書が提出された。

和歌山労災病院は、CTの更新を予定。当該医療機関は、多数の外来診療科を有するだけでなく、救急医療や高度急性期および急性期医療を主とした入院医療など多くの役割を担っている。今回は、平成20年に導入したCT装置のサポート終了したため更新を行う予定。

和歌山県立大学附属病院も、CTの更新を予定。当該医療機関は、多数の外来診療科を有するだけでなく、救急医療や高度急性期および急性期医療を主とした入院医療など多くの役割を担っている。今回は、平成23年度に導入したCT装置の老朽化及び診断精度向上のために更新を行う予定。

嶋病院は、CTの更新を予定。当該医療機関は、令和7年4月に移転予定。現在のCT装置は、購入

から10年以上が経過し、老朽化や修理時対応が困難となるため更新を行う予定。

すべての医療機関とも依頼があれば、どの医療機関でも共同利用を行う予定。

<事務局（海南保健所 前地主任）>

海南保健所管内での医療機器の共同利用計画書の提出について。資料4 ページ目。

海南市に所在する谷口病院でCTを更新。使用年数を踏まえ、診断機能の向上を目的に、C Tを入れ替えた。共同利用は、全ての医療機関を対象としている。

<石田議長（県医務課長）>

ただ今の説明について、ご意見やご質問があればお願いします。

（※特に発言なし）

次の議題に進む。

続いて、議題4「地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業」について、事務局から説明を求める。

<事務局（県医務課 谷口主査）>

地域医療提供体制データ分析チーム構築支援事業の説明。

資料1 ページ。事業の内容は、地域医療構想の推進にあたり、レセプトデータなど様々なデータを用いて、和歌山県内の各地域における医療需要の現状把握を実施。本事業実施にあたっては、厚生労働省補助事業を活用。分析項目は、項目案を県が作成し、地域医療構想アドバイザーをはじめとする「分析項目検討チーム」で内容の検討を行い、分析項目の設定を行う。分析項目検討チームで設定した分析項目を「データ分析チーム」の京都大学と和歌山県立医科大学が分析を行う。

資料2 ページ。分析項目の設定にあたり、大きな枠となる分析目標を設定。分析目標は、「2040年にむけて持続可能な和歌山県の医療の姿を明らかにする」である。

また、持続可能な医療の姿を明らかにするために、「目指す姿」も設定。内容は記載の通り、「二次医療圏内で急性期の一部・回復期・慢性期・在宅医療・外来医療が完結できる」と「高度急性期・急性期について、和歌山県内で完結できる」である。

一方で、目指す姿の実現には「課題」もあり、主な課題は「医療の需要と供給にギャップが生じる」ことや「医療・介護スタッフの減少」である。

そこで、二次医療圏ごとの地区診断を実施し、医療圏ごとの現状分析を行うことにした。

資料3 ページ。地区診断の項目例を記載。

記載している項目が、分析項目検討チームで設定した項目。資料の左側が「2040年にむけて目指す姿」であり、それを実現するために把握すべき項目などを右側に記載。なお、診断項目は、分析の状況に応じて変更や追加を行う。

資料4 ページ。活用するデータ例を記載。

レセプト関連データは、協会けんぽなどの保険者が保有しているデータを取得する予定。また、D P C データは、対象病院にデータ提供依頼を医務課から個別に依頼する予定であるため、協力をお願いしたい。他は、消防本部・消防組合の出動内容を記録した救急搬送データや病床機能報告などの調査結果を活用する予定。

次にスケジュールであるが、令和6年と7年度で医療分野と介護分野の現状把握と将来推計を実施し、令和8年度に地域のあるべき姿を検討、令和9年度に次期地域医療構想を策定する予定。

なお、本年度は、医療分野の分析を優先的に実施。介護分野については、現状把握や必要なデータ取得をできる限り実施し、令和7年度に医療分野と併せて分析を実施したい。

また、本年度の分析結果については、3月の会議で報告を予定。

資料5ページ。最後にD P Cデータの提供依頼について説明。

先程、D P Cデータについて、対象病院にデータの提供依頼を医務課から個別にお願いする旨、協力を依頼した。

こちらに記載の病院にD P Cデータの提供依頼を行いたい。データの取得方法は、施設名などの項目を着色している病院と無色にしている病院で取扱いが変わる。

まず、施設名などの項目を着色している病院については、昨年度に健康推進課が循環器疾患に関する事業で既にデータを取得済。取得済のデータを今回の事業で使用したいため、データの使用に係る同意を依頼する。また、昨年度に取得していない期間は、追加でデータの提出を依頼する予定。

次に、施設名などの項目を無色にしている病院は、D P Cデータの提出を依頼。

詳細について、改めて担当の方に説明を実施するため、情報共有をお願いしたい。

業務多忙のところ申し訳ないが、D P Cデータ提供に協力をお願いしたい。

<石田議長（県医務課長）>

ただ今の説明について、ご意見やご質問があればお願いします。

（※特に発言なし）

次の議題に進む。

続いて、議題5「新たな地域医療構想」について、事務局から説明を求める。

<事務局（県医務課 近田主査）>

資料5について説明する。

令和6年3月29日に第1回新たな地域医療構想等に関する検討会が開催され、直近では8月26日開催され、7回検討会が開催された。

1ページの左側から、現行の地域医療構想は主に将来の病床数の必要量を踏まえ、地域の関係者が地域医療構想調整会議で協議し、病床機能の分化・連携を目指すものであったが、主な課題として、必要病床数に近づいてきているが構想区域ごとや機能ごとにみるとまだ乖離があることや外来医療、在宅医療等の医療提供体制の議論が不十分であったり、今後85歳以上人口が増大し在宅医療の強化、介護との連携強化等が必要となるので、新たな地域医療構想では、2040年ごろを見据えて、病床だけでなく、外来や在宅医療、医療介護連携等を含め、地域の医療提供体制全体の地域医療構想として検討が始まった。

2ページの左は現行の地域医療構想の進捗状況の評価や取組の検討を行っているWGの構成員一覧で、右側は新たな地域医療構想等に関する検討会の構成員の一覧。1ページ目で説明したように、病床だけでなく外来や在宅医療、医療介護連携等を含めて検討する必要があるので医療関係者に加えて、介護分野や自治体などからも構成員として参画し、検討が進められている。

3ページは今後のスケジュール。右側が新たな地域医療構想の検討スケジュール。3月29日に第

1 回検討会が開催され 1 巡目の議論があり、まだまとめられていないが、夏から秋に中間まとめというスケジュールとなっている。その後年末の最終まとめに向けて 2 巡目の議論が実施される。

議論のまとめの後、令和 7 年度に国においてガイドラインの検討・発出、令和 8 年度に県において新たな地域医療構想の検討・策定し、令和 9 年度から新たな地域医療構想の取組が開始するということになる。

昨年度まで国が示していたスケジュールでは、令和 7 年度に都道府県が新たな地域医療構想の検討・策定を行うというスケジュールが示されていたが、1 年後ろ倒しになっている。

4 ページは目指すべき医療提供体制の基本的な考え方の案が示されており、例えば、中段の具体的にはと記載以降の一つ目の矢印には、軽症・中等症を中心とした高齢者救急の強化、入院早期からのリハビリの適切な提供や、二つ目の矢印には、増加する在宅医療需要への対応として、現行の構想区域よりも小さい単位での在宅医療提供体制の構築やオンライン診療の活用、介護との連携、などが考え方として示されている。

5 ページには新たな地域医療構想の方向性がまとめられている。

現行の地域医療構想は主に病床の機能分化・連携に取り組んできたが、新たな地域医療構想は入院だけでなく、外来・在宅・介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想として策定するという方向性。

まだ、検討会での検討の段階だが、入院に加えて、外来、在宅、医療・介護連携、人材確保など幅広い分野を調整会議で議論することになりそうなので、この会議が今後より重要になってくると考えている。引き続き、国の動きを注視したいと考えている。資料 5 の説明は以上。

<石田議長（県医務課長）>

ただ今の説明について、ご意見やご質問があればお願いします。

<川上委員（済生会和歌山病院）>

医療 D X の記載があるが、特に災害時には、医療と介護も含めた患者情報の共有が有効である。先進事例として、横浜市での取り組みがある。県として検討を進めてほしい。

<事務局（県医務課 増本班長）>

県内には青洲リンクがあり公的病院で患者情報を共有しているが、診療所等への広がりが少ないという課題がある。

<川上委員（済生会和歌山病院）>

介護も含めた情報連携が重要である。

<事務局（県医務課 増本班長）>

検討を進める。

<石田議長（県医務課長）>

他にご意見等がないようなので、次の議題に進む。

続いて、議題 6「設置要綱の改正」について、事務局から説明を求める。

<事務局（県医務課 近田主査）>

資料 6 について説明する。

和歌山構想区域の地域医療構想調整会議設置要綱の改正について。

先ほどの議題 1 で説明したように、しこねクリニックが10月に無床化されるので、2 ページのよう、この会議の構成員を 1 機関減らすというもの。

改正後の要綱及び別表は 3 ページ以降に掲載している。10月 1 日付けで変更を行いたいと考えている。資料 6 の説明は以上。

<石田議長（県医務課長）>

ただ今の説明について、ご意見やご質問があればお願いします。

（※特に発言なし）

次の議題に進む。

続いて、議題 7「地域密着型協力病院指定要領の改正」について、事務局から説明を求める。

<事務局（県医務課 増本班長）>

地域密着型協力病院については、県独自の制度として、急性期、高度急性期病院と在宅医療とをつなぐ役割を担う医療機関として、指定しているもの。その指定要領について、改正したので、この機会に周知させていただく。改正日は令和 6 年 6 月 6 日付け。

改正理由は、医師の働き方改革に伴い、タスクシフトも含めた医療体制の再構築が必要となるなか、従来、「医師による訪問診療、往診」としていたものを、「訪問看護」も含めようというもの。指定に係る相談等については、管轄地域の県立保健所、和歌山市においては医務課地域医療班へ。現在の指定状況については26病院。これまで未指定であった新宮圏域で那智勝浦町立温泉病院を指定した。

<石田議長（県医務課長）>

ただ今の説明について、ご意見やご質問があればお願いします。

<川上委員（済生会和歌山病院）>

本院は在宅療養後方支援病院になっているが、地域密着型協力病院との関係はどうなるのか。

<事務局（県医務課 増本班長）>

地域密着型協力病院は県独自に指定するものであり、在宅療養後方支援病院は国の制度という違いはあるが、一緒になって、在宅医療の後方支援を行っていただきたいと考えている。

<石田議長（県医務課長）>

他にご意見等がないようなので、事務局より用意した議事は以上。全体を通して、質問・意見等ないか。

(※特に発言なし)

特にないようなので、進行を司会に戻す。

<司会（県医務課 庄司班長）>

本日の会議運営に協力いただき、感謝。

閉会にあたり、県福祉保健部技監の雑賀より挨拶を申し上げる。

<雑賀技監>

長時間にわたり熱心なご議論に感謝申し上げる。重根委員についても長い間分娩を取り扱いいただき重ねて感謝申し上げる。

本日の議論を踏まえ、県としても地域医療構想の実現に向けて引き続き取り組むので、今後ともご指導をお願いする。

また、会議でも説明があったが新たな地域医療構想では、人口構造の変化に伴う医療介護複合ニーズの増加や人口減少に伴う医療需要の減少に対して、入院、外来、在宅医療、介護との連携のあり方や人材確保などかなり幅広い項目を対象とすることが検討されている。

今後これらの幅広い課題について議論を行っていく上で、この調整会議の役割は今まで以上に重要となる。最終目的は、県民が将来にわたり安心して安全な医療を受けることができることなので、県としても最大限の努力をしてまいる所存である。引き続き皆様方のご指導ご鞭撻を賜りたい。

<司会（県医務課 庄司班長）>

以上をもって、第17回地域医療構想調整会議を閉会する。