

令和8年度第1回地域医療構想調整会議（峡東構想区域）議事録

- 1 日 時 令和8年7月14日（火）午後7時00分～午後8時30分
- 2 場 所 東山梨合同庁舎 101会議室
- 3 出席者：委員（代理含む） 21名（欠席2名）
随行者 17名
県アドバイザー 1名
事務局（医務課） 3名
（峡東保健福祉事務所） 9名
傍聴者 2名 出席者計：53名

■ 1 開会

（司会）

それでは定刻となりましたので、只今から令和8年度第1回地域医療構想調整会議（峡東構想区域）を開催いたします。本日はご多用のところ、夜間の開催にもかかわらずご出席をいただきまして誠にありがとうございます。私は司会を務めさせていただきます、峡東保健福祉事務所の松井と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

会議を進めさせていただきます前に本日の資料のご確認をお願いいたします。まず、次第、それから出席者名簿、入り口のところでお渡しさせていただいていた座席表、それから、地域医療構想調整会議設置要綱、資料1：新たな地域医療構想の策定について、資料2：地域医療提供体制に係るデータ分析について、資料3：医療機関アンケートの実施について、資料4：構想区域の見直しについて、資料5：病床数適正化緊急支援事業の実施について、その後ろに、山梨厚生病院病床再編計画、最後に資料6：協力医療機関との連携体制の構築となっております。資料がお手元のない方いらっしゃいますか。

それでは、本日の会議につきましては、一般の方にも公開されており、資料や議事録は会議終了後に公開されますので、あらかじめご了承ください。

では、次第にそって会議をすすめさせていただきます。

開会に先立ちまして、峡東保健福祉事務所・櫻井保健師長よりご挨拶を申しあげます。

■ 2 峡東保健所長あいさつ

（峡東保健所長）

この会議の議長であります県峡東保健福祉事務所・保健所長の櫻井です。

本日は御参集いただきありがとうございます。今週13日から16日までは、日本の地域・お寺によっては、いわゆる7月盆、お盆期間です。ですので、帰省を考えておられた構成員の方がもしやおられるかもしれませんが、お盆さなかの本日の開催になりましたこと、御容赦下さい。

また、集団食中毒の一報から拡大防止・原因調査に迅速につながった先月の事例をはじめ、構成員の皆様には、保健福祉事務所の実施する保健・医療・看護・介護・福祉の行政に御理解・御協力いただき

感謝いたします。

本日は、新たな地域医療構想策定検討に向け、先月開催された策定検討会の状況の報告を受け、皆様の御意見をいただくとともに、国の2025年度補正予算で計上された「病床数適正化緊急支援事業」に係る協議がございました。

県の新たな地域医療構想策定検討会の委員のうち3名、加納岩総合病院、甲州リハビリテーション病院、県市長会の笛吹市は、この会議の構成員と重複しており、それらの方におかれては、会議出席でお手数をおかけしています。事務局の説明も重複して受けられることにはなりますが、本日の会議では他の構成員の意見や峡東地域の話題を得るために本会議を活用していただきたいと思います。

前回、2月の本会議の資料では、新たな地域医療構想は令和9年3月に策定とありましたが、後ほど説明がありますように、現時点では違った予定になっています。国の地域医療構想策定ガイドラインが予定より遅れ今月出されたというように、予定は揺れ動いています。最新の資料を参照するよう注意する必要があります。

最後に検討プロセスについて述べさせていただきます。これから、新たな地域医療構想の策定に向け、事務局が多大な労力を費やすのはもちろんですが、皆さんにとっても、書面会議も含め何回もの会議・手続きがなされます。医療計画作成の時になされたような、既存の他の会議において、新たな地域医療構想にもりこむ個別テーマの事項や、個別具体的な取組を協議するといったこともなされます。また、新たな地域医療構想策定にあたっては、住民等地域の理解が謳われています。後ほど意見を述べられる際、政策論以外に、いわゆる手続き論の点でもし御意見がありましたら、併せておっしゃっていただければと思います。

本日の会議が有意義なものとなりますことを期待しまして、私の挨拶とさせていただきます。

■ 3 議事

(1) 新たな地域医療構想の策定について（資料1）

（司会）

それでは、これより議事に入らせていただきます。

これから先の進行につきましては、地域医療構想調整会議設置要綱第四条により議長は保健所長が務めることとなっておりますので、峡東保健所の櫻井所長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

（議長）

それでは次第により議事を進めさせていただきます。

本日の会議が有意義なものとなりますようご協力をお願いします。それでは、議題（1）新たな地域医療構想の策定について、事務局から説明をお願いします。

（事務局）

〈資料1の説明〉

（議長）

今の説明につきまして、ご質問等ございましたらお願いします。

(甲州リハビリテーション病院)

普段は県のアドバイザーでの出席のため、県に質問できる機会がなかったので、少し質問させていただけだと思います。

2016年にいわゆる地域医療構想が始まり（資料3ページの図）、急性期が多く、回復期が少ないので、急性期を減らして回復期に移行してくださいという話を約十年弱くらいかけて進めてきました。

峡東地域の特性として、石和温泉が湧いて、温泉病院やリハビリテーション病院が多いので、実際には回復期リハビリテーション病棟は、全国有数でなくともトップクラスの過密地域であった。

足りないのは地域包括ケア病棟であるという話を、この会議でも何度かさせていただきました。それに対して、県の方針は何も変わらず、10年間過ごした結果、今おそらく全国で一番、過密な回復期地域になってしまっている。この地域の課題は、逆に高齢者救急がうまく回らないという実態になっている。急性期を減らしておいて、今後の課題は高齢者救急が回らないという本末転倒な政策を打ち出していたと思います。

それで、今度の地域医療構想の中で、資料6ページの中で見えてくるのが、病床機能報告と必要病床数の見直しというが、今度は、回復期から包括期に名前を変えたのはいいけれど、包括期の場合は、この上に書いてある医療機関機能の新設というところではいいけれど、地域包括ケア病棟は、在宅医療等連携機能であって、地域包括医療病棟は、高齢者救急・地域急性期機能であって、回復期病棟は専門等機能である、この機能が違う3つの病棟をひとくくりに包括で病床数を数えられてしまうと、また包括期が足りない、回復期を増やすことになってしまうのではないのでしょうか。回復期は足りているのだから、高齢者救急・地域急性期機能が足りていないことをしっかり打ち出していないと、今後のこの地域の課題は解決しないと思うがいかがでしょうか。

(事務局)

先生がおっしゃるように、今までの地域医療構想というのは、病床機能の議論に特化しているので、回復期といいましてもその（詳細な）機能までは言及されていなかったと思います。今後、新たな地域医療構想のガイドラインにおける病床機能というところ、もちろん必要病床数の設定はこれまで同様にされるのですが、そこまで数字を厳格に目標として定めて、病床等の配置を行うということは、強いられないと認識しております。どちらかというと、医療機関機能の確保を全面に打ち出している印象でした。

来年度以降、具体的な協議になりますが、皆様のご意見をいただきながら、地域の医療機関機能、病床機能をふまえ、地域に必要な医療提供体制について検討していく必要があると考えています。

(甲州リハビリテーション病院)

ありがとうございます。実際に全国レベルで考えますと、実は回復期病棟よりも地域包括ケア病棟の病床数の方が多い自治体があります。

それはなぜかという、この10年の地域医療構想の中で、しっかりと行政の方で病棟の役割を見ながらベッド調整をしてきた結果だと思います。それをこの山梨県では少し怠っていた・・・と言ったら失

礼かもしれませんが。全体で何床という数を見ていたのかもしれませんが、やはり機能を見ていかないとならないと思います。

具体的には今、回復期病棟というと全国で8万床だったという話があり、おそらく地域包括ケア病床だと10万床となります。それで、10年前というのは、おそらく回復期は10分の1もなかったような時代だったと思います。だから政策的に、この病棟は足りているけど、この病棟は足りてないという意識を持って誘導していただかないと。この調子でいったらまた回復期が増える状態となる。

実際に回復期をやっている先生方に聞いてみればわかりますが、山梨県の場合はかなり患者さんを集めることに苦労しています。空きベッドも目立つようになっていきます。ベッドというのは地域の資源なので、地域の資源をどう活用して、どのようにこの地域でもってのが一番いいかということを話し合うのがこの場だと思うので、ぜひそのように議論していただきたいと思います。以上です。

(事務局)

ありがとうございました。県のアドバイザーでもございますので、ぜひ今後もアドバイスいただければと思います。

(加納岩総合病院)

佐藤先生のお話はもっともと思うのですが、現実的なところでいくと、今のところ、回復期を増やさずに、地域包括ケアも含めた高齢者救急をみられるような数にしていくという意味ではないかと思います。もし峡東地域でそれを増やせという方向性が出た場合に、果たして本当にこの地域でそれを作れるのかというと、若干疑問があります。

地域医療構想の中では、この間ニュースにもありましたように、広域化して区域が2つになるといったところで、峡東地域の強みは回復期の部分が多いことになるので、回復期の対象患者さんを広域から搬送するという流れにせざるをえないので、2040年はそうなるのだと思います。

近々の課題で行くと、この5年、10年の高齢者救急が非常に不安でしょうがない。それはこれまでの結果とは思っていますが、これからのことを考えると、いくら回復期が多いからといって、高齢者救急が必要だからといって、「この峡東地域で新たに高齢者救急を見られる病院を増やしてください、あなたの病院は今まで回復期でしたが、やはり高齢者救急が必要なので、そのような医療を担ってください」と言われてもそれはなかなか難しいのではないかなと思います。そのあたりをどのように区域化し、どのように集約して特色を出して分担していくかということが重要なのだと感じています。

(事務局)

ご意見ありがとうございました。後ほど、構想区域の見直しについてお話をさせていただきますが、先生がおっしゃる通り、この峡東区域だけで、なかなか満たされない病床機能というのを広域化していくという視点はとても重要だと考えておりまして、それを踏まえて、後ほど提案させていただきます。ありがとうございます。

(議長)

それでは質問意見をいただきましたけれども、事務局が示した新たな地域医療構想の策定について

は、以上といたします。

■（２）地域医療提供体制検討データ分析について・（３）医療機関アンケートの実施について

（議長）

次に、議事２ 地域医療提供体制検討データ分析について、および、議事３ 医療機関アンケートの実施について合わせて、事務局から説明願います。

（事務局）

〈資料２の説明〉

〈資料３の説明〉

（議長）

ただ今の説明につきまして、ご質問等ございましたらお願いします。

（甲州リハビリテーション病院）

このデータの二次利用は絶対にあってはならないものだと思いますので、それだけは県として、徹底したいだと思います。特に銀行や、日本経営が絡んでいると、経営コンサルやお金の融資等に絡んできますので、「この内容じゃ勝てない」とか、「店舗はどこでこういう状況だった」とか、そういったアドバイスはやめていただかないと回答しにくいと思います。

（事務局）

先生がおっしゃる通り、これは法人にかかる重要資料となりますので、この用途以外にはもちろん使用はいたしません。DPC データにつきましては、（各病院からは）DVD などで提供いただきますが、（委託先の）日本経営で分析をした後、（いただいた）DVD 自体を破棄する予定でございますので、県庁でもかなり厳重に管理し破棄をする予定でございます。この旨も通知に記載をし、皆様に発出する予定です。

（議長）

他に何かございますか。特になければ、事務局が示した議事２：地域医療提供体制検討データ分析について、および議事３：医療機関・介護施設アンケートの実施については以上といたします。

■（４）構想区域の見直しについて

（議長）

それでは、議事４：構想区域の見直しについて、事務局からお願いいたします。

（事務局）

〈資料４の説明〉

(議長)

今の説明につきまして、ご意見、ご質問がございましたらお願いします。

(笛吹中央病院)

笛吹中央病院の三枝と申します。医療機関機能の新設ということが、地域医療構想ガイドラインの中で謳われております。けれども、我々のような急性期の病院に対して、DPC データを流用してデータを取っていくということになりますと、診療報酬改定によって、急性期入院医療加算 A、B というものが新設されましたけど、これは地方の病院に対してはハードルが高い算定要件が課されているといわれます。

過去の峡東医療圏のデータを見ても、A 要件を満たすのもかなり大変ですし、B 要件もかなりハードルが高いと認識をしております。この急性期を担う病院、高齢者医療を含め、DPC をとる上で、算定要件の実績というものは、今後の医療機関の選定において参考にされるのか、そういったデータを抽出していくのかどうか少しお伺いしたいと思います。

(事務局)

資料 2 の 3P で、各医療機関機能の分析を行う指標を示しております。

こちらに記載されているのは、国のガイドラインのとりまとめですが、それらを踏まえ、判断をしていくところです。端的に申し上げますと、急性期拠点機能を担える病院というのは、山梨県なら 2 つか、3 つという状況です。しかもその（診療報酬における入院加算の）数値を完全に満たしているものは、2 つ程度しかない状況で、それらを踏まえ構想区域を想定すると、県内の構想区域は（多くて）2 区域というところです。

先生がおっしゃるように、急性期拠点機能というのは、いわゆる診療報酬でいう急性期一般 A が該当してくると思いますが、急性期一般 A をとっていないから、急性期拠点機能を担えないというわけではなく、地域の実情を踏まえて判断をしていくことになります。

例えば、富士・東部の場合は、おそらく（区域内で）最も急性期を担っているのは富士吉田市立病院であるという認識ですが、なかなか急性期 A をとるのは難しい現状があると思います。数値を満たしているか、いないかということでは判断しませんので、定性的に、地域で急性期拠点機能を担える病院というのを、今後、協議して判断していくということでございます。

そのため、分析指標としては、資料 2 の 3P を参考にいたしますが、あくまで定量的な分析ですの
で、定性的な面からも補足的にとらえて、これらの医療機関機能を判断していきます。

ちなみに、今年度、医療機関機能の報告が始まる予定でございます。現状の医療機関機能がどれに当てはまるのか、また 2040 年（今後）に担いたい機能を報告いただく予定でございます。それらを踏まえて、地域で協議しながら、この構想区域ではどの機能の医療機関がどれくらい必要かという議論を来年度以降、協議していきたいと考えております。

(笛吹中央病院)

このような病院の選定をする時には、そういう加算を取っているのか、取っていないのか、かなり直前になって、加算実績を問われることが多いです。急性期病院に関しては、加算の履歴があるかという

こと、その急性期病院の機能として役割が担えるかが、算定に関わるかということをお伺いしたかったので質問させていただいた。

(甲州リハビリテーション病院)

病院の院長というより、医療構想のアドバイザーとしてお話をいただくと、厚生労働省は、高齢者救急の半分を包括期で受けたいという方向に話をしていますので、今まで急性期で受けていた病院が全て急性期のままでいられることはあり得ないので、やはり国が求めている急性期一般Bであれば、1500件の救急受け入れ、もしくは500件の救急受け入れと全身麻酔の500件の受け入れ、それを生み出していないと、なかなか制度的な中で急性期の括りに加えられることは難しいと思います。そのため、頑張って救急を取っていただければいいかと思います。

(議長)

それでは、特になければ事務局が示しました。構想区域の見直しについては、事務局案の通りといたします。

■ (5) 病床数適正化緊急支援事業の実施について

(議長)

それでは、次に、議事5：病床数適正化緊急支援事業の実施について、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

〈資料5の説明〉

(議長)

ただ今の事務局の説明に加えて、山梨厚生病院から今回の病床削減に関する病院の意向について、ご説明をお願いいたします。

(山梨厚生病院)

〈補足資料の説明〉

(議長)

ただ、今の事務局、山梨厚生病院からの説明につきまして、ご質問等ございましたらお願いをいたします。

— 質問・意見なし —

(議長)

特にないようですので、事務局が示しました山梨厚生病院の病床数適正化緊急支援事業の実施に関する協議は、特に意義がないものといたします。

それではこれで議事を終了させていただきます。皆様方のご協力に感謝を申し上げます。

■ 4 その他

(司会)

はい、ありがとうございました。

それでは次第4その他になります。ご出席者の皆様方から何かございますか。

(東山梨地区医師会)

東山梨医師会の斉藤です。よろしくお願いします。

県の地域医療構想調整会議の中で開業医に関する言及がほぼないということについて、地区医師会長としても、開業医としてはどのように、この地域医療構想に関して関わっていけば良いものか、何かありましたら、ご教示願えたらと思います。

(事務局)

医務課から回答させていただきます。まず有床診療所の方々につきましては、地域医療構想の中で医療機関機能が新設され、専門医機能として位置づけられます。

有床・無床診療所の方々につきましては、地域医療構想の関わり方について、今後、かかりつけ医機能の議論や、外来・在宅医療の協議、介護との連携という次の段階で、来年度以降、協議を行っていくわけですが、有床・無床診療所のあり方は、この時点で県としてお示しできません。

先ほど申し上げました、入院医療以外の、外来・在宅、介護との連携の中で協議していくことになると思います。大変抽象的な表現で恐縮ですが、現段階で申し上げられるのは以上となります。

(東山梨地区医師会)

ありがとうございます。国のガイドラインでも、同様ということですか。

(事務局)

国のガイドラインでも、(すべて把握しているわけではないですが) 無床診療所・有床診療所のあり方の記載についてはあまり見受けられなかったと思います。

(甲州リハビリテーション病院)

有床診療所のところと、在宅医療介護連携のところと、地域の先生方には地域医療構想に入ってもらいますので、そこでご意見をいただくことになると思います。

(司会)

他に皆様から何かありますか。

(加納岩総合病院)

病床数適正化緊急支援事業の今後について質問があります。今回は、休床や稼働していない病床に対

して返還した形だったため、これに関しては大きな影響はないと思っています。今後、地域医療構想を考えたとき、実際に稼働している病床に対して、機能を明確にした結果、返還を求めるといような形になるのか、また基本的には稼働していたら、そのような指示があったとしても運用していいのか。

こういった質問の理由には、今回、加納岩総合病院でも、病床を返そうか数ヶ月前までは考えていました。理由としては大きく3つあり、1つはマンパワー不足による機能の集約で病床数を減らすことによって、看護配置や効率化しバーンアウトによる離職を防ぎ、今いる人材でやろうというのが1つ。

もう1つは機能の効率化で、少ない数でも400万円という給付金をいただけるので、リノベーション代ということで、効率的に病床を回すため運用面での理由です。

もう一つはやはり経営的な側面です。稼働していない病床で人材を囲い幅のある臨床をしてしまうと、やはり収支的なのも難しいといったところで病床返還を考える。

これが結果的にたまたま今年度は少し病床が上回ったので止まった。経営的な判断も含めて病床を返還することをやめたという決断です。

ということは、経営的な側面で病床を戻す、戻さないという話になってしまうと、地域医療構想という、地域医療を考えるという構想と、経営的判断で病床を返すというところは、少しマッチしないような気もしています。峡東地域というのは民間医療機関ばかりですので、やはり経営的な側面を考えたら、病床を残せと言われても返すしかないとか、病床を返せと言われても病床を返すわけにいかないという判断があると思います。

これは今後、病床数適正化基準というのが、今回は休床等がメインだったのですが、そういった状況ではなかった場合でも、こういったことが起こりえるのかということと、これは議事録に残していただきたいですが、地域医療構想を考えるというのは、医療はインフラですので、そういった面で経営的側面というのを、ある種気にしなくてもいいような形でバックアップしていただけるよう行政を含めた連携というのが、こういった地域的にはすごく必要ではないかと思っています。

最後は意見になってしまいましたが、病床数の適正化というのは、今回はスムーズだったと思いますが、今後は少しリアルな話になっていくのではないかとと思うので、国としてはどう考えているのか、少しご意見を聞かせていただきたいです。

(事務局)

当事業は本県の事業ではなく、昨年度から始まった国の補正予算の経済対策の一環として打ち出された事業でございます。昨年度は地域医療構想で病床を減らしていくという流れから、経営困難な病床を減らしていく、ただし地域医療構想を目的にした削減ではないというところで、議論をさせていただきました。

今年度は、新たな構想策定や医療計画の見直しという観点も踏まえながら、都道府県の裁量で病床を削減する際、協議が必要であれば協議を行うようにとされているところです。

実際、山梨県の場合は病床が過剰であるため、現時点では削減を行っても特に休床などであれば問題ないと考えております。今後、(山梨県では該当しないのですが) 不足している病床がある区域では、おそらく地域医療構想、医療計画を踏まえ、都道府県の判断で病床を削減しないようにという協議も行われることもあると思います。

今後、この事業に関しまして私どもが伺っているのは、今年度限りということですが、国の経済対策

であるため、来年度あるかどうかは、私どもではお答えすることが困難です。

稼働病床を削減する必要があるとき、どのような協議を行うかは、その区域の実情を踏まえて検証しなければいけないと思います。現状は病床過剰ですので、他の機能、精神病床なども踏まえ、削減の方向で良いと考えています。

(加納岩総合病院)

今後、例えば、人材不足であるとか、建物も含めてそうですが、担いたいけれども、担えなくなったときに、こういった会議で協議されて、例えば急性期を減らすということをされるのか、単独の病院の判断で減らせてしまうものなのか、その辺についてはどうでしょうか。

(事務局)

基本的には病床の削減については、この場で協議を行う必要はないです。

ただ、例えば、これから 50 床削減というように医療提供体制に影響が出てしまうおそれがあるような場合は、県が手続きなどの流れで把握し、調整会議に上げるという可能性はございます。

(加納岩総合病院)

万が一、他の病院がそのようなジャッジをした時に、他の病院が影響を受けることは往々にしてあると思っている。小さい地域ですので、例えば救急もそうですし、急性期を 100 床やめたいと言われた時、ではどこが患者をとるのかという話がまとまらないというのは、少し不安と思います。

(事務局)

実は様々な病院から、病床を休床・削減したいという場合には、県（保健所及び医務課）に相談をいただいています。

「この病棟を休棟してもよろしいか」等という伺いを立てていただくことが大変多いです。

例えば、病床を転換・削減する場合は、国の基金を活用した補助金などもございますので、そういった活用も行いたいということでご相談いただければ、その一環で把握することになり、調整会議で諮る必要もあると考えております。補助金活用もなく、影響がないようなものであれば、協議せずそのまま削減いただくということもあります。状況に応じて判断してまいります。

(司会)

他に何かありますでしょうか。

(山梨厚生病院)

先ほど説明をさせていただいた補足資料でございますが、一箇所の誤植がございます。〈再編後〉というところで、山梨厚生病院 3 号館の病床数が 227 床とさせていただきましたが、こちらが誤っており、正しくは 222 床となります。修正をお願いいたします。

(司会)

次は、県の健康長寿推進課及び峡東保健所から情報提供がありますので、資料6：協力医療機関との連携体制の構築について、櫻井所領よりご説明をお願いします。

(峡東保健所)

主に病院の皆様へのアナウンスです。

在宅医療・介護連携の推進は、市町村も行っておりますが、保健福祉事務所も関与しております。それこそ、新たな地域医療構想策定の基本となるデータの一つともなる協力医療機関についてのお話しです。

資料6の、「事務連絡」と書かれた資料の1ページの本文2段落目、令和6年度介護報酬改定では、とあり、3段落目、「介護老人福祉施設、介護老人保健施設、養護老人ホーム等において、入所者の病状が急変した場合等において、①医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること、②診療を行う体制を常時確保していること及び③入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めることを経過措置3年として義務化」されています。また2ページの真ん中ほど、「1年に1回以上、高齢者施設等は協力医療機関の名称等を自治体に報告」することになっています。

特養・老健について協力医療機関を定めているのか、全県の状況を見ると、定めているのか状況が不明な施設、先ほどの①～③の一部のみしか満たさない協力医療機関を定めている施設が、まだございます。そういった施設から協力医療機関になってほしいという依頼がありましたら、協力していただけますようお願いいたします。

また、今年度、この高齢者施設と協力医療機関との連携を実効性のあるものとするため、協力医療機関となっておられる病院に対して、定期の立入検査の際、連携体制の具体をおたずねするチェックリストの記入を、当事務所独自でお願いしています。御協力をお願いします。以上です。

(司会)

以上をもちまして、令和8年度第1回地域医療構想調整会議を終了させていただきます。

なお、資料1のスケジュールでご説明がありましたが、今年度は3回程度の会議を予定しております。次回は11月頃を予定しておりますので、引き続きご協力いただきますようよろしくお願いします。

では、本日は長時間にわたり御協力をいただき、誠にありがとうございました。

これで終了させていただきます。それぞれご退席ください。

— 閉会 —