

令和7年度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2月26日（木）午後3時00分～午後4時30分
- 2 場 所 東山梨合同庁舎 101会議室
- 3 出席者：出席者 44名
医務課 2名
当 所 9名
傍聴者 3名

【開会】

（司会）

ただいまから令和7年度山梨県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、誠にご多用のところご出席いただきまして、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飯島と申します。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く前に、本日の資料の方を確認させていただきます。お手元ご覧ください。

まず、次第、出席者名簿、座席表がありますので出席者の確認をお願いします。資料の方は、資料1～3、参考資料1～3となっております。お手元がない資料がございましたら、お申し出いただければお持ちいたします。よろしいでしょうか。

なお、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、資料や議事録は公開されますので、あらかじめご了承ください。

それでは、次第に従いまして、会議の方、進めさせていただきます。

まず初めに、峡東保健福祉事務所、櫻井保健所長よりご挨拶申し上げます。

【あいさつ】

（保健所長）

本日は、お忙しい中、峡東構想区域の地域医療構想調整会議にご出席いただきましてありがとうございます。構成員の皆様には、日ごろから、保健福祉事務所の担う保健・医療・看護・介護・福祉行政に御協力いただき感謝いたします。

さて、昨年12月に改正医療法が可決・成立し、2025年に期限を迎えた地域医療構想の目標を2040年に延長するといったものが盛り込まれ、都道府県における新たな地域医療構想の検討、これを基にした協議が、段階的に進められることが想定されています。

本日の会議では、現行の地域医療構想の評価・課題と、新たな地域医療構想について、議題としています。

現行の地域医療構想に関しては、峡東地域・全国ともに、トータルの病床数は大体その必要量と同じ水準くらいまできております。ただ、地域医療構想の政策の目的の一つである切れ目のない提供体制の構築のための、機能毎の病床数の乖離の是正、在宅医療の充実、医療介護連携

推進といった点では、課題が残っています。

新たな地域医療構想に関しては、2024年12月に厚生労働省が発表した「新たな地域医療構想に関する取りまとめ」という文書では、新たな地域医療構想における基本的な方向性として、増加する高齢者救急への対応、在宅医療の需要増への対応、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療提供の維持が挙げられています。保健福祉事務所でも、これらは現在でも取組として実施しています。増加する高齢者救急への対応に関しては、例えば、高齢者施設における救急搬送の実態調査や救急医療関係者会議の開催、高齢者施設のための救急対応マニュアル活用推進を、在宅医療の需要増への対応に関しては、例えば、在宅医療広域連携会議の開催、ACPについての病院・訪問看護事業所に対するアンケート調査を、実施していますので、後ほどその一部を峡東地区の取組として新たな地域医療構想のところで併せて説明いたします。

本日の会議が自所属の今後の対応や取組を考えるにあたり有意義なものとなることを期待しまして、私の挨拶とさせていただきます。

【議事】

(司会)

ありがとうございました。これより着座にて失礼いたします。

それでは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4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、峡東保健所の櫻井保健所長にお願いします。よろしくお願ひいたします。

(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、皆様のご協力をお願い申し上げます。

それではまず、議題(1)山梨県地域医療構想の振り返りについて、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

本日も説明をさせていただきます、山梨県医務課医療企画担当の清水と申します。

どうぞよろしくお願いいたします。

着座にて失礼いたします。早速ですが資料の説明に入らせていただきます。

本日資料が大変多いため、駆け足での説明になりますことあらかじめご了承ください。

——事務局説明／資料1——

まず資料1をご覧ください。「地域医療構想の振り返り」です。

2ページをご覧ください。復習もかねて、現行の地域医療構想の概要をお示しした資料です。現行の山梨県地域医療構想はH28年度に策定され、2025年を見据えた医療提供体制の方向性を示しており、入院医療、特に病床に焦点を当て、医療機関を中心とした取組を進めて参りました。

3 ページをご覧ください。具体的には、必要病床数という 2025 年時点で必要とされる病床数を推計し、高度急性期・急性期・慢性期という過剰な病床は削減し、不足が明らかな回復期を増やすため、病床削減及び回復期への転換に伴う取組を進めてきたところです。

4 ページをご覧ください。全県における病床機能報告の推移です。右のグラフは、病床機能報告が開始された H26 年度から R6 年度までの推移です。全体の病床数が 8368 床から 7452 床まで減少し、図のグレーの部分は回復期病床で、928 床から 1678 床まで増加したことにより、必要病床数に大きく近づいたことが分かります。

5 ページをご覧ください。こちらは区域毎の病床機能報告と必要病床数の比較です。H26 年度において、峡東地域は急性期病床及び慢性期病床について過剰な状況にありました。しかし、各病院での病床削減や転換の取組が進んだことにより、R6 年度には必要病床数に大きく近づく結果となっています。回復期については、元々、峡東区域は病床数が多かったのですが、R6 年度には更に増加し、必要病床数に近づきました。なお、こちらはあくまで病床機能報告ベースでの比較にとどまるため、実態把握についてはレセプトデータによる分析との比較などを行う必要もあります。医務課では、毎年レセプトデータの分析を委託し行っておりますが、今回は調整会議の場での共有が間に合いませんでしたので、新たな構想の策定時に当該データを活用したいと考えております。

地域医療提供体制には多くの課題が残されていると認識しております。来年度、各都道府県で新たな地域医療構想を策定するにあたり、皆さまから頂く定性的な課題の整理と、定量的なデータ分析を進め、構想の具体化に取り組んでまいりたいと考えております。

新たな構想の策定については、次の議題にてご説明いたします。一旦、医務課からは以上となります。

——事務局説明／参考資料 1 ——

ここからは、1 月に実施しました「山梨県地域医療構想の振り返り調査」について、峡東保健所管内の結果をご説明いたします。

参考資料 1 をご覧ください。A3 の横版のものとなります。

峡東保健所地域保健課の大船と申します。着座にて失礼いたします。

今回の調査は、県全体を対象に実施したのですが、

本日は峡東保健所管内 13 病院と 3 つの有床診療所、計 16 機関の回答結果についてご説明させていただきます。

まず、病床機能報告における病床の状況について、左上をご覧ください。

許可病床数、最大使用病床数、保有する病床機能については、表のとおりです。

これは、各医療機関からの回答をそのまま集計したものです。

このうち、休棟と回答した病院が 2 カ所休棟を検討中の有床診療所が 1 カ所となりました。

いずれも 職員不足を理由に挙げており、2 つの病院については、今後の方針は廃止とされています。

続きまして、地域医療構想に係る取組の達成度について、左下をご覧ください。

ほぼ達成：6 カ所、半分程度：2 カ所、一部達成：3 カ所、全く達成できていない：1 カ所とい

う結果でした。

達成が難しかった理由として多かったのは、医師・看護師などの医療従事者の確保が困難
入院患者の減少、対象者が限定されている、在宅医療の体制強化が必要、といった点が挙げられ
ています。

次に地域医療構想に係る具体的な取組状況について、右上をご覧ください。

回答の内訳は、病床削減：4カ所、病床転換：3カ所、在宅医療の強化：4カ所、その他：2カ
所となっております、詳細は表に記載のとおりです。

続きまして、地域医療介護総合確保基金の活用状況についてです。地域医療構想推進事業費補
助金の活用が1カ所で、地域包括ケア病棟への転換が理由として挙げられていました。

病床機能再編支援事業給付金の活用が2カ所でいずれも病床削減が理由 となっています。

最後に、地域医療構想における主な課題について、自由記載をカテゴリーごとに整理した結果
をご説明します。

1. 医師不足（特に常勤医）

医療需要が増える一方で確保が難しい

地域偏在・診療科偏在の影響も大きい

2. 病床機能の転換・再編の必要性

入院患者数の減少に伴う病床の見直し

回復期病床は充足しており、転換が難しい

施設の老朽化に伴う再整備が必要だが投資判断が難しい

3. 財政基盤の弱さ・補助金の不足

機能転換や施設整備に必要な財源不足

やりたい医療と、やれる医療との差が広がっている

4. 医療と介護の連携不足

外来患者の減少や通院困難の増加により在宅シフトが進む一方、

情報共有や連携体制にばらつきがある

多職種連携の難しさも指摘されている

5. 地域医療機関のビジョンと現実のギャップ

高度医療の提供には人材や設備投資が必要

経営資源が限られ、ロードマップを描きづらい

といった声が寄せられています。

以上が、峡東地域の振り返り調査の概要となります。

(議長)

ただいまの説明につきましてご質問、ご意見等ありましたらお願いします。

〈質問・意見なし〉

ないようでしたら、議題1は峡東地域の地域医療構想の振り返りが含まれていたと思います。

各医療機関が抱える課題は多岐にわたりますが、今後の新たな地域医療構想の策定に向け、必要

な視点として整理していくと良いかと存じます。

続きまして議題（2）新たな地域医療構想の策定についてです。

事務局から説明をお願いします。

（事務局）

——事務局説明／資料2——

続きまして、資料2をご覧ください。新たな地域医療構想の策定についてご説明いたします。

国では2040年を見据えた新たな地域医療構想のガイドラインを策定中でございます。ガイドラインは来月3月中に発出される予定ですが、現時点では確定した内容をお伝えすることはできません。本日は国の検討会での議論の状況について皆様と情報を共有するため、公開されている資料の一部を抜粋して皆様にお伝えいたします。併せて県でも新たな地域医療構想の策定に向けて、準備を進めておりますので、その内容についてもお伝えさせていただきます。

2ページをご覧ください。地域における協議の進め方です。改正医療法では、新たな地域医療構想の策定は、2028年度末、令和10年度までに行うこととされました。協議の進め方としては、ガイドラインにて示されますが、協議事項、調整会議のあり方、スケジュールが整理をされます。協議事項につきましては左下の通りでありまして、計画策定の基本的な流れとなっております。

3ページをご覧ください。昨年度も共有した資料で、新たな構想の進め方を示したものになります。今年度、国でガイドラインを策定しまして、来年度に県で全体の方向性や必要病床数等を策定、令和9及び10年度に地域での協議などの具体的な検討を行うことが示されております。

4ページをご覧ください。構想区域についてです。昨年度の国の検討会のとりまとめでは、人口20万人未満の構想区域について、必要に応じて見直しを検討することが求められております。県といたしましても、この点について見直しが必要であると認識しております。

峡東区域についても、医療資源の減少に加えまして、人口減少や高齢化に伴う医療需要の縮小が進んでおります。このため、今後も医療提供体制を安定的に維持していくためには、区域の在り方そのものについて見直しが必要であると県では考えております。一方で、富士・東部地域につきましても、地理的な条件から区域の統合は非常に難しい状況にございます。そのため、区域の扱いについては慎重に判断していきたいと考えております。

また、「論点」、ピンク色の部分に示されているとおり、県境をまたいで患者の流出入がある場合の対応についても検討が進められております。全国的にも多くの都道府県で課題となっており、本県も例外ではございません。都道府県を越えて区域を一体化することは難しいものの、区域の統合は行わず、実質的に調整会議を一体的に運用して、両県が連携して取り組むといった、都道府県をまたぐ連携のあり方が議論されております。本県では、富士・東部の上野原市、峡南の南部町、中北の北杜市が該当する地域と認識しております。今後示される国のガイドラインを踏まえまして、構想区域にとらわれない連携の形を検討していきたいと考えております。

5ページをご覧ください。昨年度も共有した資料でございます。こちらは病床機能区分について示されたものです。回復期機能が、高齢者救急等の受け皿として急性期及び回復期の機能を

併せ持つことが重要となることを踏まえまして、「包括期機能」として位置づけられます。また、必要病床数については、定期的に見直しを行うとされております。

6 ページをご覧ください。急性期から在宅、介護へとつながる一連の流れを踏まえまして、必要な医療機能を構想区域ごとで確保することができるよう、4つの医療機関機能に分け、区域の人口規模等に応じた役割について検討することが求められます。なお、こちらの機能以外に、広域な観点の医療機関機能としまして「医育及び広域診療機能」という名称で大学病院が位置づけられます。山梨県では山梨大学医学部附属病院が該当いたします。

また先日、厚生労働省主催の都道府県意見交換会が行われました。現在の病床機能報告や、皆様にご覧いただいておりますが、かかりつけ医機能報告に加え、医療機関機能報告という新たな報告が必要となりますので、各都道府県からは、医療機関の負担をできるだけ増やさないよう、報告の簡素化を求める意見が出されております。また、報告内容についても、医療機関が判断しやすいよう整理してほしいという要望が出ておりました。

7 ページをご覧ください。医療機関機能の中でも軸となる、急性期拠点機能に係る議論の進め方でございます。来年度は、新たな構想の全体的な方向性を示すものを策定しますが、医療機関機能については、来年度、区域内での必要量等を主に検討するのではないかと想定しております。新たな構想のいわゆる本編への記載は間に合いませんが、R9年度に具体的な協議を行いまして、令和10年、2028年までに急性期拠点機能の医療機関を決定する必要が出て参ります。

8 ページをご覧ください。医療機関機能については、複数の機能を報告することが可能とされております。また、有床診における報告の方向性についても協議されておりますので、下線部をご確認ください。

駆け足で申し訳ございませんが、9 ページをご覧ください。調整会議の進め方についてでございます。新たな地域医療構想の策定にあたっては、まず、広く関係者が現状と課題を共有することが重要とされております。そのため、構想区域ごとに、現状把握と今後取り組むべき課題を整理しまして、必要に応じて区域の見直しを行うことが示されております。また、二つ目のポイントとしまして、取組の方向性を「2028年度までに決定する」との記載がございますが、県としては、全体の方向性をできれば来年度中に示したいと考えております。したがって、この点につきましては、ガイドラインの最終的な内容を踏まえて判断してまいりたいと考えております。

10 ページをご覧ください。新たな地域医療構想の協議の場については、都道府県の体制に応じて柔軟に設定できるとされております。

既存の協議体と一体的に進める方法や、既存協議体での議論を調整会議へ報告する形でも構わない、という考え方です。後ほど詳しくご説明いたしますが、県では、現行の地域医療構想の策定時と同様に、新たな構想の協議の場として、専門家や関係団体の方々を構成員とする検討会を新たに設置する予定でございます。規模としては、おおむね20名程度を想定しております。その検討会では、調整会議へ適宜諮りつつ、県全体としての方向性を議論・整理していく形を考えております。また、在宅医療や訪問看護など、各分野ではすでに個別の会議体が設置されていますが、これらの協議内容を適切に検討会へ報告・共有できるような運用としまして、全体の議論につなげていきたいと考えております。

11 ページをご覧ください。調整会議に参加する市町村と介護関係者の役割についての位置づけでございます。市町村は、地域全体の医療提供を確保する立場から、医療機関との連携や再編・集約化への協力が求められます。また、介護保険の実施主体として、介護側の課題共有や医療・介護連携の推進、さらに他自治体との連携も重要とされています。介護関係者は、高齢者救急や在宅医療の需要増に対応するため、地域の医療課題の把握や医療機関との協力体制づくりに関わることを求められております。また、重症化予防や早期退院につながる取組を進めることも役割とされております。

12 ページをご覧ください。新たな構想では、精神医療と一般医療の連携を一層推進する観点から、精神医療が新たに位置づけられる見込みでございます。ただし、この内容については、来年度に国のワーキンググループで議論が行われる予定ですので、来年度の県の構想には、具体的な記載が難しいと想定しております。今後示される国のガイドラインを踏まえ、適切に判断していきたいと考えております。

13 ページをご覧ください。本県における新たな構想策定に係るスケジュールをお示ししたものでございます。まず、全体スケジュールですが、来年度は基礎データを用い、現状・課題を共有し、区域の見直しや医療機能の確保等を検討、地域医療提供体制全体の方向性と必要病床数等を策定したいと考えております。令和9年度には、新たな構想に基づいた取組と、医療機関機能等の具体的な協議を進めていきたいと考えております。

今年度及び来年度のスケジュールを下のとおり示しております。資料の上段が調整会議、下段が県の作業を示しております。中央にある「データ分析委託業者」は、県が12月補正予算で計上した外部コンサルへの委託部分でございます。データ分析や検討会議の運営を担っていただく予定でございます。医務課の補佐役として、密に連携しながら進めるイメージとなります。詳細は次のページでご説明いたします。

国のガイドラインが3月中に発出いたしますが、それを待たず、現状分析や課題整理など、可能な部分から順次県で着手してまいります。検討会議は、最低3回の開催を予定しております。開催時期は適宜調整して決定いたします。調整会議でいただいたご意見を適宜検討会議へ報告しまして、協議内容をデータ分析や報告書に反映してまいりたいと考えております。調整会議は、来年度中に最低でも2回の開催を予定しております。必要に応じて書面開催なども追加する可能性がありますので、あらかじめご承知いただければと思います。最終的には、来年2月に最終報告書案を調整会議に諮り、その内容を踏まえて検討会議で修正し、パブコメを経た後、医療審議会に諮問し、3月中の策定を目指しております。スケジュールが大変タイトではございますが、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

14 ページをご覧ください。先ほど申し上げた、外部コンサルへの委託部分についてご説明をいたします。業務内容は、データ分析、検討会議の開催、検討報告書の作成の3点でございます。委託期間は来年度末までを予定しておりますが、先日プレゼンテーション審査を行いました。委託候補者が決定いたしました。契約締結となりましたら、改めて県HPにて公表いたします。なお、検討会議についてですが、構成員については県で決定をいたします。右に検討会議の構成員について案を示しておりますのでご覧ください。右下に示しております一覧は、現行の地域医療構想を策定した際の検討委員の構成です。こちらは参考ですが示しております。新たな

構想では、これに加えて、在宅医療や介護分野の専門家も新たに参画いただきたいと考えております。この資料では精神医療分野について追加とかいておりますが、精神医療分野については、国のWGが来年度実施されるので、検討会議の構成員に含めることについては慎重に判断していきたいとおもいます。なお、現在、任命に向けて準備を進めている「地域医療構想アドバイザー」については、本資料では委員として位置付けておりますが、事務局側での参加とする方向も含め、現在検討中でございます。

以上が、新たな地域医療構想の策定に関する説明となります。改めて申し上げますが、来年度中に構想の「完成版」ができあがるわけではありません。県としては、段階を踏んで進める想定であり、来年度はまず本編をまとめ、その翌年度以降に分冊という形で追加していくというイメージを進めたいと考えております。

医務課からの説明は以上です。

――事務局説明／参考資料2、3――

続きまして、峡東地域における保健・医療の現状について、当保健福祉事務所で作成した資料を基にご説明いたします。

参考資料2と参考資料3にもとづいて説明させていただきます。

まず、参考資料2、オレンジ色の横版になりますが、こちらにつきましては、保健医療推進会議でお示した資料を一部修正したものです。既にご覧の先生方もいらっしゃるかと思いますが、新たな地域医療構想の検討に向け、現状認識を共有させていただく目的で説明させていただきます。

1. 地域の特徴についてです。

峡東地域は県全体と比べて高齢化率が高いことが特徴です。これに伴い、医療・介護ニーズの増大が見込まれます。

2. 地域の医療資源については、表2のとおりです。

地域災害拠点病院、在宅医療を積極的に担う医療機関、在宅療養支援病院が東山梨・笛吹のそれぞれに配置されています。

また、管内には、在宅療養支援診療所：13カ所、訪問看護ステーション：20カ所、在宅診療を行う歯科診療所：20カ所、訪問指導を実施する薬局：26カ所、と、在宅医療を支える基盤が一定数あります。

次に、裏面をご覧ください。

3. 峡東医療圏アクションプランに関連する現況です。

当保健所では、在宅医療、救急医療、糖尿病重症化予防、の3つを柱に取組を進めています。

特に在宅医療と救急医療について課題が大きく、今年度は高齢者施設における救急搬送の実態調査を実施しました。

調査結果の概要については参考資料3をご覧ください。

背景目的のところですが、当事務所では平成30年3月に「高齢者施設のための救急対応マニュアル」を作成しました。マニュアルの活用は進んできているものの、関係者の聞き取り調査ではDNARの意思確認や医療連携の不十分さが指摘されたため、昨年9月から10月にかけて管

内の高齢者施設を対象に調査を実施しました。

64事業所から回答を得た結果についてご説明させていただきます。

まずは、夜間の勤務体制について、多くの施設で夜間の看護職員は不在、オンコール対応が中心であり、介護職員も1から2名が約8割で、緊急時の対応体制が十分とは言えない現状にあります。

続いて、医療機関との連携について、嘱託医・配置医は約7割、協力医療機関はほぼ全施設で確保されています。

一方で、入院先の確保が難しい、かかりつけ病院でも受け入れが困難な場合があるという課題が挙げられています。

また、年間搬送件数は5件以下が7割弱で、対応に不慣れな面も示唆されます。

次に、DNARの確認については、13施設が確認できていないとしており、理由は「本人や家族の同意取得の難しさ」が最多でした。

看取りの体制については条件付きも含め約7割で受入可能。

課題として、家族の意思決定の難しさ、DNARの理解不足、本人意思の確認困難などが挙げられておりました。

まとめです。

夜間を中心に、搬送先・入院先の確保が難しい現状。医師・医療機関の協力体制にもばらつきがあり、連携が円滑でないケースがある。認知症などにより、本人意思の確認やDNARの説明が困難であることが伺えます。

今後は、施設・病院・救急隊のより強い連携体制づくり、家族・本人の意思決定支援の仕組みづくり、往診医療の更なる拡充が必要であると考えています。

以上で説明を終わります。

(議長)

ただいまの資料2、参考資料2、3の説明に関して、ご質問ご意見等ありましたらお願いいたします。

(加納岩総合病院)

質問させてください。加納岩総合病院の中澤です。今後のスケジュールの中で、地域医療構想の必要病床等を策定していくのですが、決定権はどこにあって、病院側の要望等は通るのか、策定されたらそれに従う形なのか、現時点でわかっていることがあったら教えてください。

(事務局)

決定権という表現が適切かどうかわかりませんが、県が策定するものですので、山梨県が決定する責務を有しています。しかし、県が独断で決定できるものではないので、調整会議や検討会議の専門家による協議を得て策定していくものと考えております。

(加納岩総合病院)

急性期を担っておりますが、地域医療構想の中で、急性期拠点病院はここであるとか、高齢者救急はここであるとか、在宅支援病院はここである、となつて、例えば加納岩総合病院が急性期をやっていたけれども、在宅支援病院という機能をしてくださいと言われた場合には、いやいやまだ救急をやれるので救急をやりたいのですがといつても、基本的には策定どおりに進めていくという認識でよろしいですか。

(事務局)

先生が仰っているのは、医療機関機能についてかと思われませんが、急性期拠点病院は、人口の規模だけではなく、国のガイドラインで救急搬送件数などの数値的な根拠が示される予定です。県としては、峡東も構想区域の見直しが必要と考えているところですが、(中北区域と統合した場合)県立中央病院の規模が急性期拠点病院にあたると考えています。なお、それ以外の病院が救急を担わないということではなく、高齢者救急など地域急性期の機能を担っていただく病院は、その機能、救急を担っていただく必要がある。急性期拠点病院は、区域で一つ。山梨県の規模ですと2〜3カ所程度になるのではないかと想定しています。

(加納岩総合病院)

急性期拠点病院は、峡東地域での設定はおそらく難しいと思っていました。その機能はソフトもハードも重要だと思っていて、その機能を担えといわれてもその診療科の先生がいなければ難しい。やれと言われたらやるしかないが、それはどういうルールか知りたかったので質問させてもらいました。

(事務局)

仰るとおり、急性期拠点病院は峡東での設定はなかなか難しいと考えております。

(東山梨医師会)

東山梨医師会の齋藤です。地域医療圏の再編に当たって、峡東医療圏と中北とあるが、峡東を再編するとして、どこと組むのか、県としてはどのような方向制を考えているのでしょうか。

(事務局)

まだ具体的な方向性を示すことができない段階です。感覚的なものではなく、データを踏まえて区域の設定は慎重に判断すべきと考えております。ただ、富士東部区域だけは地理的な要素もあり、統合せずに現状維持となるのではないかと想定されます。それ以外の区域は、今後慎重に判断していくことになると思います。

(加納岩総合病院)

地域医療構想の中で病床機能という話がありますが、例えば診療所の状況、事業継承する予定があるらしいなど、そのあたりも踏まえて検討していくということによろしいでしょうか。

(事務局)

現在、コンサルと検討を行っているところですが、病院や有床診療所を対象としたアンケート調査の実施を考えております。無床診療所については検討中です。承継問題は重要な課題と考えております。承継できない診療所が途絶えると、医療資源がなくなる恐れがあるので、無床診も含めてアンケートを実施して、そこまで把握して結果を分析して、医療機関の機能の設定などを検討していくことができるかもしれません。まさに先生のご意見を検討しているところですので、参考にさせていただきます。ありがとうございます。

(加納岩総合病院)

峡東医療圏は全国的にみても、病院の受診率の高い、シェア率の高い地域だと思いますので、さらに診療所の数や、病院の機能に関与する、つまり病院のクリニック的要素が求められるのであれば、スタッフの数などもまた話は変わってくると思う。この地域はそういうところも加味していかないとならないと考えます。

(事務局)

ご意見ありがとうございます。

(甲州リハビリテーション病院)

甲州リハビリテーション病院の佐藤です。地域医療構想、2040年にむけて高齢者がだいたい亡くなってくと予想されるので、いろいろな課題が出ているのはわかりますが、足元をみますと、産科医療ではお産ができる医療機関が峡東圏域では1カ所、今年の春から、笛吹市では小児科が入院できるところがどこにもない。子供を産んで育てるには医療が脆弱。地域医療構想は高齢者だけでなく、小児も加味していくのか教えていただきたいです。

(事務局)

国のとりまとめや月2回開催される検討会議を傍聴しているが、周産期や小児科という個別の診療科にかかる協議はあまり行われていません。もう少し広い範囲での協議がすすめられているところなので、周産期、小児科というところでは承知しておりません。

(事務局)

地域医療構想の国の示す資料ではあまり周産期等は示されていません。一方で、医務課で所管しております周産期の事業の中で、先生方からは分娩、お産が少なくなっている中で各病院が今と同じような体制で維持していくのは将来的に厳しいのではないかというご意見があります。地域医療構想の中で、周産期や小児科を含めた個別の体制もある程度方向制を議論していてもよいかと思います。ただ、県がこうして下さいと一方的にすすめられるものではありませんので、県民サービスの点や各自治体のお考えも踏まえ、現場の皆様のご意見をいただき、集約し一体的に協議しながら環境を整備していく必要があります。

(甲州リハビリテーション病院)

集約というよりも、医療自体がなくなる可能性があるのも、その点についてこの地区としてどう考えていくかということを理解していく必要があります。具体的に笛吹市では小児科は開業する先生が2人で市全体をみています。その先生方も60歳を超えているので、どうしていくのか検討してかないとならない。この場でなくていいので、どの場で検討していくのか教えていただきたい。

(事務局)

個別の診療科をこの地区で必要なもので残すなどという協議は、地域医療構想の中では難しいと考える。ある程度議論しやすい市町村の単位や、圏域の単位で検討することになると思います。へき地医療では、市町村がお金をだして医師を外から呼んできて診療所を維持するという事になると思います。小児科など診療科が必要という話であれば、行政つまり市町村が主導する中で議論していただくことになります。具体的な答えはできませんが、小さい単位での議論が必要と考える。

(加納岩総合病院)

地域医療構想の会議の中で、選択肢として今ある医療機関をどう集約していくか、今ある医療機能をどう分けていくかという話がメインで、クリニックや行政を含め、この地域でこの資源があるべきと新たに設置していくような案も構想に含まれるのか。例えばクリニックの事業継承ができないときに継承者がいない、でもクリニックがないと困ると言った場合に、行政が、例えば山梨市が、新たにクリニックモールを出資してつくるのか、そうやって人を集めますとか、そういう新たなものを作り出すということの選択肢は地域医療構想の議論のなかであるのか。今あるものだけを集約して考えていくのか。いわゆる耐用年数の問題とか、2040年にどの病院がどの程度どうなっているのかとか考えるときに、今あるものだけで考えてやっていくことなのか、そうでない選択肢も行政サイドとして検討しているのか、峡東地域はほとんど民間医療機関ばかりなので、民間でどうにかしてくださいと言われてもすぐに建て替えることもできることではないので、今あるところだけでなく、そうでないところも選択肢もあるのか伺いたい。

(事務局)

国のガイドラインが示されていないため、まだ県の考えを示すことはできないが、イメージとしては新しいものというよりは、既存の資源を有効活用しながら機能分化していくという考え方。施設の老朽化については、判断材料になるようなことについては、例えば全面的な建て替えが必要なのか、ダウンサジングし運営していくのかななども含め、国から指針が示されるのではないかと思います。明確にお答えすることができず申し訳ないです。先生のご意見については我々も共感できる場所ですので、ご意見を踏まえて検討していきたいと思っております。

(山梨厚生病院)

山梨厚生病院の有泉です。先ほど建物の老朽化に伴いという話がでたのでお知らせというわけ

ではないが、山梨厚生病院は建物が老朽化している病棟を閉鎖していく予定でいます。閉鎖した後は、病院の中での再編や病院間をまたぐ病床機能の再編を検討しています。その動きの中で、山梨県の地域医療構想になるべく適合する形をつくっていくことが大切だと思っています。計画自体が始まって、これから計画をたてて実施していく段階です。今までの病床機能のあり方、診療の場所が少しずつ変わってまいります。この会議を通じて今日は県の医務課や両市も集まっており、指定管理を担っているの地域医療構想も踏まえすすめていきます。保健所の皆様にもこれから様々な相談しなくてはならないし、当医療圏の病院、医療機関の皆様にはこのことを本日の機会をいただいでご説明させてもらいました。本日は当院で診療体制をはじめ様々なところを受け持ってもらう形で、鈴木章司先生に同席してもらいました。診療体制の統括部長をお願いしています。また、牧丘病院は現院長が3月末で退任となりますので、副院長の小澤先生に新院長となっていただきますので併せてここで紹介させてもらいました。

(山梨厚生病院)

このような場で自己紹介させていただくのが適切かわかりませんが、鈴木と申します。私は山梨県出身で、心臓外科医で山梨大学に勤務しておりました。外では、医療事故調査制度や災害医療コーディネーターの仕事をしておりまして、その後医学教育に移り昨年定年退職いたしました。現在は山梨厚生病院と山梨大学に勤務しております。大学教員としては、これまでおそらく3000人以上の医師を送り出してきたので、その中の何人かは山梨県内で地域医療に活躍してくれていると思います。これから少しでも力になればとおもいますので、何かあればお声かけしてください。これからもよろしくお願い致します。

(牧丘病院)

これから院長を拝命することになりましたが、問題は山積みでございます。先ほど施設の老朽化など話がありましたが、当院も暖房が動かなくなったり、どこかを直すとつぎはまた何かが悪くなってというような状況です。地域医療構想に沿った形で、地域医療に貢献していきたいと思っております。今後ともどうぞよろしくお願い致します。

(議長)

その他ご意見ありますでしょうか。笛吹中央病院さんいかがでしょう

(笛吹中央病院)

鈴木章司先生とは大学で一緒に仕事をしておりましたし、牧丘病院さんにはたくさん患者さんも連携していただいております。特にコメントはありませんが、うちの病院も笛吹市で救急医療を担っております。救急のことでいうと、県立中央病院や大学病院と異なり専門と言える医師が対応していない場合もありますので、その際は周りの先生方にご迷惑おかけすることがあるかもしれませんが、よろしくお願いたします。高齢者で、高齢者施設から救急で病院に搬送される方、先ほどDNARを決めるのが難しいと調査で示されておりました、マニュアルで救急隊がDNARをどうするかという紙を持ってきて対応ということになってはいますが、現場ではなかなか

浸透していない状況です。当院は急性期病棟が98病院間ではDNARの医師表示の紙を持って対応しているがうまく運用できていない。急性期病床が98で、慢性期が52。その52のうち、身障者が7割です。手前味噌ですが神経難病には力をいれているという状況です。医師については高齢化が進んでいて、私自身もそうですが、どうしたらよいか困った問題があります。看護師の採用に関しても今はギリギリで、全体の少子化で県の中の看護学校、大学の看護学部からなかなか入職していただけないような状況。そんなところも、ぜひご支援いただけたらと思う。まとまりなく申し訳ないですが、今思いつくことをお伝えさせていただきました。

(議長)

ありがとうございました。

(石和共立病院)

積極的医療機関として発言させていただきたくお願いします。当院は積極的医療機関に県から指名されております。積極的医療機関というのは、開業医の先生方が施設の嘱託医とか配置医などをされているときに、一人でされていると大変でやりたいことが充分できないとか、入居者の方に十分な医療が提供できないといった時に、手が届かないといけないということで、開業の先生方をバックアップするという役割で指名されているのだと思います。今年度一年間で笛吹市の先生方が嘱託されているところとか、いろいろ対応させていただいているのですが、やはり先生方は大変だなと感じます。日常的なこともあるし、夜中、休日もあるし、いろいろな時間に入居者の具合が悪くなる。発熱や下痢、嘔吐など様々な問題があったときに、嘱託医の先生方がその時間に対応困難なとき、積極的医療機関がどれだけ対応できるかによって。地域の開業医の先生方が介護の現場に力をさいていただけるとよいかということによってやっております。地域医療構想を考えると、障害の方や高齢の方、入居している方が急変したときや具合が悪くなったときに、どんな医療が受けられるかということが大事で、住民が心配になってしまわないように思っています。例えば施設の方が夜中に熱を出したとか、下血したとかいうときに、嘱託医はどんなことをしてくれるのか、私はそういうときにどうしたいのか、ACPですよね。ACPの視点は必要だし、その入居者さんや職員が安心していられるための方針を受け止められる地域の医療体制がないといけないと思います。医療構想のなかで、そのための地域の中の急性期病院とか、包括期病院を整備されているのだと思いますが、そういう視点がほしいなと現場からは思っています。なぜかという、例えば、施設の中で今日熱がでましたというときに、それがすぐに救急車を呼ぶのかどうかと、救急車を呼ばないのであれば、そのときはあらかじめ決められた患者さんの希望に従った対応をすればいいのか、あるいはそれでも急激に具合が悪くなっていくときには、積極的医療機関とか地域の支援病院が引き受けるという体制をつくって、なるべく救急車を呼ばなくてもなるべく日中の時間帯に対応して患者が迷子にならない流れをつくっていくことが必要なのではないかなと思っています。急性期病床が何床、包括期病床が何床ということはもちろん大事なのですが、そこに患者さんが流れていくための施設の中での急変、重傷化したときに遅滞なく患者さんが希望する医療を受けられるということ、それにはもっと重傷でもっと病状が進んでしまっても医療の施しようがないときに、施設の中でできることをするのか、そ

れとも包括期病床にきて治療を受けたい患者さんがいるのか、あらかじめ入居者や地域の高齢者や障害者の方とどんな医療をうけたいのかという ACP の考え方を地域医療構想の会議の中に位置づけていただけると、様々な機能をもった医療機関が整理されとおもいますし、現場では活用したくなるのではないかと思います。牧丘病院もありますが、積極的医療機関をぜひ地域で活用していただければとおもいますし、そういう体制をつくるためにもいろいろとやっていくつもりはありますので、活用してください。

(議長)

それでは、他にご意見等が特にないようでしたら、4 その他、事務局から説明をお願いします。

それでは特にないようでしたら、先ほど資料 2-2 で説明のありましたとおり、この単独病床機能再編計画については、地域医療構想調整会議の議論の内容を踏まえさせていただきますので、よろしく願いいたします。

それでは、次に議題(3) 紹介受診重点医療機関についてです。

事務局から説明をお願いします。

(事務局)

———事務局説明／資料 3 ———

資料 3 をご覧ください。令和 6 年度の国の補正予算において、「病床数適正化支援事業」という経済対策が示されました。本事業は、補正予算成立日から令和 7 年 9 月 30 日までに病床を削減した場合、1 床につき 4,104 千円が支給されるというものです。

国の配分基準に基づき、本県には 136 床分が配分されました。県としては 557 床を要望しておりましたが、経常赤字であることなど一定の基準が設けられた結果、136 床の配分にとどまったものです。峡東区域には 62 床を配分しております。本来であれば、実際に活用いただいた医療機関からご説明いただくところですが、お時間の関係上、私から内訳を申し上げます。一般病床では、石和温泉病院が 6 床、富士温泉病院が 30 床、精神病床では山梨厚生病院が 26 床となっております。

また、今年度の国補正予算においても同様の事業が示されておりますが、現時点で実施要綱など詳細は示されておられません。今後、国の動向を確認しながら、県として予算計上など必要な手続きを進めてまいります。

説明は以上となります。

(議長)

ただいまの事務局からの説明につきましてご質問、ご意見等ありましたらお願いします。

(加納岩総合病院)

次年度も引き続きとのことですが、今の話を伺うと、例えば加納岩総合病院が病床を減らした

いといっても、とおるかわからないということでしょうか。

(事務局)

まだわからない状況です。国から共有されたポンチ絵をみると、今年度は病床削減のうち休床も含めて一床あたり 4,104,000 円でしたが、来年度、休床はすべて半額となりそうです。また、今年度に関しては赤字がある医療機関のみで数に縛りがありましたが、来年度は実施要綱がないため基準がわからない状況です。赤字でない医療機関も対象になる可能性があります。詳細が判明しましたら、皆様に共有していきますので、もうしばらくお待ちください。

(議長)

他にございますか。各市においても医療政策についての会議体が設けられておりますが、この場で何かご発言よろしいでしょうか。

〈質問・意見なし〉

(議長)

それでは、本日の議事はこれまでとさせていただきます。皆様のご協力で無事終了することができました。これをもって議長の任から退かせていただきます。

(司会)

櫻井所長ありがとうございました。

それでは以上をもちまして、山梨県地域医療構想調整会議峡東構想区域を終了させていただきます。

本日は、誠にありがとうございました。お疲れ様でした。

【閉会】