第２４回有田保健医療圏構想区域調整会議　議事録

開催日時　令和８年９月１０日（木）１４：００～１５：０５
開催場所　湯浅保健所　２階大会議室

【開会･挨拶】

≪司会（橋本課長）≫
ただいまから、第 24 回有田保健医療圏構想区域調整会議を開催する。
開会にあたり、湯浅保健所の形部所長より御挨拶申し上げる。

≪形部所長≫
本日はお忙しいところ参加いただき感謝申し上げる。
さて、和歌山県では、将来の医療需要を見据え、患者の病状に合った質の高い医療提供体制を構築するため、2016 年に地域医療構想を策定した。
地域医療構想の実現に向けて必要な協議を行う場が、この調整会議となるが、有田圏域では、本日で 24 回目となる。これまで熱心な議論が行われ、医療機関においても自主的な取り組みを進めていただいているものと考えている。
現行の地域医療構想は、目標となる 2025 年を既に迎えているが、今後は 85 歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む 2040 年とその先を見据えた新たな地域医療構想に向けて取り組むこととなっており、7 月 3 日に国のガイドラインが公表されたところである。
本日の会議では、現行の地域医療構想に基づく取り組みの評価、新たな地域医療構想の策定のガイドライン、外来医療計画に基づく取り組み等について皆様方に情報共有およびご協議をいただく形となっている。
有意義な会議となるようお願い申し上げ、簡単だが挨拶とさせていただく。

≪司会（橋本課長）≫
本日ご出席いただいている委員の皆様のご紹介については、お手元の出席名簿の配布をもって変えさせていただく。
また本日は、和歌山県病院協会から、会長で地域医療構想アドバイザーの中井國雄様、和歌山県医師会からは理事の加藤正哉様にご臨席いただいている。お願い申し上げる。
本日、本会議を構成する委員 19 名のうち、代理出席を含め 19 名全員の出席をいただいており、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。
本日の会議については全ての議題について公開とさせていただく。また、会議録作成のため、録音をさせていただくこと了承お願い申し上げる。なお、会議資料、議事録を含め後日公表を予定しており、改めて議事録を送付させていただくので、よろしくお願い申し上げる。
会議の議長については、本調整会議設置要綱第 4 条第 2 項の規定により、湯浅保健所長が当たることとなっているので、形部所長が議長として進行する。

【議題１「現行の地域医療構想の取組・評価」、議題２「令和７年度病床機能報告（確定値）」】

≪形部議長（湯浅保健所）≫
議題１「現行の地域医療構想に係る取組について」、議題２「令和７年度病床機能報告（速報値）」については、一括して扱う。それでは、事務局より説明をお願いする。

≪事務局（湯浅保健所　江川主査）≫

議題１の現行の地域医療構想の取組・評価について説明させていただく。

それでは、資料１の１ページ、地域医療構想とは、中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質･量の変化を見据え、医療機関の機能分化･連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするものであり、みなさまには医療構想の実現に向けた協議の場である調整会議にご参加いただいており、有田保健医療圏は、本日で24回目となる。

資料２ページ、現行の地域医療構想の評価に係る概要について、現行の地域医療構想については、団塊の世代が75歳以上となる2025年における医療需要を推計して病床の機能区分ごとの必要病床数の算出を行い、病床の機能分化・連携に係る施策等をまとめたもので、10年前の2016年に策定した。目標となる2025年を迎えたことから、これまでの取組みを振り返り、現状を把握することで現行の地域医療構想の評価を行い、新たな地域医療構想の策定につなげていきたいと考えている。

次に３ページ、地域医療構想の実現に向けて必要となる施策について、現行の地域医療構想では、「病床機能の分化及び連携の推進」「在宅医療の充実」「医療従事者の確保・養成」と大きく３つに分けて掲げており、関係者の理解・協力を得ながら、順次、施策展開を行ってきた。各施策の取組内容・実績等について、次のページ以降で、順に説明させていただく。

４ページ、病床機能の分化及び連携の推進に係る施策のうち、高度急性期機能について、高度急性期のあり方として、資料上段、現行の構想では、重症患者に対応する病院には総合的な医療提供能力が求められ、医療従事者を手厚く配置する等の体制が必要であることや、高度急性期機能病床については、各圏域単位ではなく全県的に考える必要があり、和歌山・田辺圏域に集約化することも含めた検討を行った結果、対応として、HCUやNICUなどの高度急性期機能病床を有する医療機関については、保有状況等を考慮しつつ、将来における病床機能のあり方等をよく検証する必要がある、としていた。

病床について、県全体で見ると、高度急性期病床は必要病床数に対して不足しているが、和歌山医療圏では、高度急性期病床は超過しており、患者の流出入の状況からも、和歌山医療圏は県内の周辺圏域だけではなく、県外も含めた受け皿としての役割を果たしていると考える。

新たな地域医療構想の策定に向けて、高度急性期病床は、手厚い医療従事者の体制が必要であり、今後、医師や看護師等の確保が困難となってくることも想定されるため、医療資源が集中している和歌山医療圏への一定の集約化を図るなど、県全体を俯瞰した転院の受入体制等の構築も検討する必要があると考える。

５ページ、急性期機能について、急性期機能のあり方として、想定される医療需要に対して、病床数は過剰となっていることから、回復期機能へ転換する等、機能分化・連携を進めていく必要があることや、再編にあたってはがんや脳卒中、心筋梗塞等に対する対応や、救急医療や災害医療などに係る医療提供体制の確保に十分配慮して、検討を進めていく必要があることとしており、対応として、主要疾病・主要事業に係る医療提供体制の確保や救急受入実績、手術件数実績等を一定考慮しながら対応していくことなどを掲げていた。

取組内容・実績としては、実態に合った病床機能への整理を図るため、手術やがん・脳卒中・心筋梗塞等への対応件数で病床機能報告における定量的基準を整備した。

また、各医療圏の医療機関や関係市町による連絡会議等を立ち上げ、地域の中核を担う公立・公的病院において、再編・統合を視野に入れた病院間の機能分化と連携について、議論を行ってきた。

６ページ。回復期機能のあり方について、構想策定時は大きく病床が不足している状況にあり、急性期病床からの転換や基金も活用しながら、不足する回復期病床に関する対応を図る必要があることとしており、対応として過剰となっている急性期病床からの転換や、施設改修費用やリハビリ機材等の購入補助、リハビリ人材確保対策、地域密着型協力病院の創設などを掲

げていた。
取組内容・実績としては、急性期から回復期への機能転換や回復期機能強化等については、基金を活用した各種補助金をご案内させていただき、支援を行ってきた。基金の実績については、後ほど説明させて頂く。
新たな地域医療構想の策定に向けて、これまでの取組みの結果、過剰であった急性期病床からの転換等により、一定数増加したが、必要病床数と比べると未だ不足しており、更なる機能分化に取り組む必要があると考える。
７ページ、慢性期機能のあり方については、構想策定時から今後の高齢化等の状況や、国の制度改正の動向等を注視していくとともに、在宅医療で対応可能な慢性期患者については、在宅医療で対応できるよう在宅医療の充実を全県的に図っていく必要があるとしており、対応として、在宅医療の充実や有床診療所の病床活用、重症心身病床の取扱いなどを掲げていた。
取組内容・実績として、在宅医療に対応する担い手の育成や在宅療養患者が急変した際の体制整備として、「在宅医療・救急医療連携担当者会議」を H30 年度から開始しており、在宅医療と救急医療の連携ルールは４圏域で策定済となっている。
「重症心身障害児施設の病床」の取扱いについては、現状の病床数より控除する特別扱いとする旨、国と合意している。
新たな地域医療構想の策定に向けて、和歌山県では、今後高齢化等が進む 2040 年に向けてさらに在宅患者数が増加することが想定されるため、より一層、在宅医療を担う体制の強化が必要であると考える。
８ページ、在宅医療のあり方について、現行構想では、在宅患者の増加が見込まれるため、関係機関が協力し、24 時間のサポート体制の構築を目指して取り組むこと等を目指すこととしており、対応として「わかやま在宅医療推進安心ネットワーク」の推進などを掲げていた。
取組内容・実績として、補助金を活用して、在宅医療サポートセンターの設置・運営の支援を行うなど、「わかやま在宅医療推進安心ネットワーク」を推進していたが、在宅医療・介護連携事業への移行に伴い、H30 年度より主体が市町村に変わっている。
新たな地域医療構想の策定に向けて、各病院の地域医療連携室の役割が強化されるなど、在宅医療提供体制が変化していることなどから、「わかやま在宅医療推進安心ネットワーク」のあり方等を検討する必要があると考えている。
９ページ、その他のところで、現行の地域医療構想では、「休床病床等に関する対応」と「医療従事者の確保・養成に関する対応」を掲げていた。
取組内容・実績について、「2025 年における役割・医療機能ごとの病床について」、各医療機関毎に具体的対応方針を策定いただいており、県全体で病床数では 96.4%、医療機関数について 92.7%の合意が得られている状況となっている。
人材確保については、大学の誘致や養成所等への運営費補助をおこなっている。
新たな地域医療構想の策定に向けて、非稼働病床については、医療需要の動向を踏まえ、基金等を活用しながら機能転換などについて引き続き対応を行っていく必要があると考えている。また、人材確保についても引き続き取り組む必要がある。
１０ページ、地域医療構想の取組を財政的に支援する制度として、都道府県に「地域医療介護総合確保基金」が設置されている。区分や実績については、資料を参照いただきたい。
新たな地域医療構想の取組推進についても、基本基金を活用しながら皆様の取組支援を図っていければと考えており、来年度以降の取組支援については、国の予算にも留意しながら皆様に随時周知させていただくので、よろしくお願い申し上げる。
次に、有田医療圏について説明する。
資料１２ページ、医療機関の皆様のご協力もあり、有田医療圏では 698 床を 623 床まで削減することができており、病床の削減や不足している病床機能への転換など、構想策定時から一定の進捗をしている。

１３ページ、有田医療圏における、構想策定時と現状の比較について、有田医療圏の人口は、2010 年の 78,000 人から 2025 年には 67,000 人に減少しているが、65 歳以上高齢者人口に関しては、増加している。

医療機関等については、病院・有床診療所を合わせ、全体で 85 床減少している。

次に、医療需要については、右下枠内に記載のとおり、構想策定時に見込んだ医療需要、1 日あたり 432 人と、入院実績 457 人を比較すると、差は 25 人と僅差であった。

１４ページ、現状としては、右の表のとおり、圏域内完結率が一般入院料 56.1％、政策医療にかかる圏域内完結率についても、がん 46.6％、2 次救急 48.4％という結果であり、隣接する和歌山圏域等へのアクセスも比較的容易であることから、有田圏域の自己完結率は総じて低く患者流出が多くみられる現状となっている。

また、有田保健医療圏構想区域は、推進区域に指定され、令和 6 年 9 月に、参考資料１として添付している「有田構想区域 区域対応方針」を策定、対応方針に沿って、公立・公的 2 病院の機能分化・連携などについて協議を重ねてきたところである。2 公立連絡会の協議は一旦終了となっているところであり、今後は、新たな地域医療構想の策定を通して、有田地域における各病院の機能や連携のあり方について検討していきたいと考えている。

１５ページ、他圏域への患者流出がみられ、圏域内の自己完結率が総じて低いことが有田圏域の課題であり、人口減少及び医療従事者の減少により、有田圏域における現状の医療体制を維持することも困難であることから、今後も和歌山医療圏と連携を図りながら、医療機能の分化・連携を進めつつ、圏域内で提供し完結すべき医療を適切に提供できる体制の構築を目指す。

なお、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者は増加することが想定されるため、かかりつけ医機能報告に基づく協議を活用し、外来・在宅医療、介護との連携等に係る更なる充実について、引き続き進めていく必要があると考えている。

１６ページ、有田医療圏における病床数の増減を表したスライドである。この表は、2026 年 7 月 1 日時点の病床数だが、有田市立病院は令和 7 年 9 月末に 12 床減となっており、現在 141 床となっている。

続いて、議題２の令和７年度病床機能報告（確定値）について説明する。

資料２、令和７年度の病床機能報告の確定値であり、前回の速報値から変更はない。

≪形部議長（湯浅保健所）≫

議題１と議題２について報告させていただいた。

ただいまの説明に関して質問や意見をお受けしたいが、まず質問等あれば挙手いただき、マイクを通して発言いただくようお願い申し上げる。

質問や意見等ないか。あれば挙手をお願いする。

≪川本委員（全国健康保険協会和歌山支部）≫

私どもはどうしても人事異動等があり、私は第 22 回、第 23 回に参加している。そのため、過去の経緯等知らないこともあり、教えていただきたいのだが、先ほどの資料 1 の 12 ページで、この圏域の病床数の変化のことをご説明いただき、当初 698 床あったのが 623 床になったということで、1 割程度減少したという評価をされたと思うが、一方で、目標というか必要病床数は 495 床ということで、依然 2 割程度が多い状況にある。

そういった中で、私どもは各圏域にも参加しているため、和歌山県内の 7 圏域の中では、あまり減らなかった圏域ということで認識しているが、その圏域ならではの事情や、もう少しこうだったのかというようなことがもしあれば、教えていただきたい。

≪形部議長（湯浅保健所）≫

なかなかこれは難しいところだが、病床がどれだけ動いているかといったところを保健所の

方でも各病院、有床診療所にヒアリングさせていただく中で、それなりに病床を活用されているというところがあり、ある程度減らせるところは減らしているというイメージがあるので、難しい部分があると考えている。
あともう一点、策定当初の議論の中であったものだが、この必要病床数は確か平成25年の診療実績をもとにして、必要病床数を割り出しているが、その時に有田市立病院で医師不足があり診療実績が下がっていた時期だったので、必要病床数は少ないかもしれないという議論もあった。今の実態を見ると、ある程度できる努力はしていただいて、この数字ではないかと考えているが、いかがか。

≪川本委員（全国健康保険協会和歌山支部）≫
ありがとうございます。確かに、この病床数のみで判断することはよくないし、今後の新たな地域医療構想において、一方で人口が減って、人口年齢構成が変わるというのは、ほぼ確定していることであるため、そういったデータをもとに、先回りして、地域が行き止まりの状態にならないような取り組みを引き続きお願いしたい。

≪瀧藤委員（済生会有田病院）≫
冒頭の説明の中で、回復期がまだまだ少ないという説明があったが、必要病床数は、本当はもっと少ないという説明があった。この感覚の違いはどこから来ているのか。
それから、人口の今後の推移、高齢者はますます増えるという説明だったと思うが、確かに大きく2010年と2025年を見て、まだまだ増えていくというのは良い。それは言えるかもしれないが、本当は違っていて、例えばここの市町村の毎年の人口を出している資料があり、去年と今年を比べた時に、高齢者人口すら、この地域では自然減で3.2%、65歳以上の人口が減っていくということである。
したがって、これからこの地域の高齢者人口は、かなり激しく減っていくという認識のもとで会議をしないといけない。これから高齢者人口が増えていくという冒頭説明があったが、これは、2010年と2025年を比べて増えていると。だからますます増えるのだという認識はやめておいた方がいいと考える。

≪形部議長（湯浅保健所）≫
まず1点目の回復期の話について、これは和歌山県全体の説明の中で、和歌山県全体では回復期が不足しているという説明をさせていただいたが、有田圏域に関しては、回復期病床が既に必要病床数よりも多い状態となっているため、和歌山県全体の説明と、有田医療圏の説明で乖離がある部分があるが、ご了承いただきたい。
もう一点、高齢者人口についてもご発言いただいたが、これもやはり地域医療構想の議論をする際、全国の理屈と和歌山県の理屈、それから有田の事情と、地域によって変わってくるため、有田の場合は有田の高齢者はこれくらいになるので、医療需要はこれくらいになるだろう、医療従事者の確保はこれくらいで少し難しい部分があるなど、そういった色々な前提を踏まえた新たな地域医療構想というものを考えていくものであり、引き続きそういった形で進めていきたいのでよろしくお願い申し上げる。
他に質問や意見等がないようであれば、次の議題に進む。

【議題３「病床数適正化緊急支援事業について」】

≪形部議長（湯浅保健所）≫
議題３「病床数適正化緊急支援事業について」事務局より説明をお願いする。

≪事務局（湯浅保健所　江川主査）≫

続いて、議題３の病床数適正化緊急支援事業について説明させていただく。

資料３の１ページ、本事業は、令和７年度の国補正予算において措置された事業であり、病床数の適正化を進める医療機関に対して支援を行うものである。

具体的には、一般、療養、精神の病床削減の届け出を行った医療機関に対して、１床あたり 4,104 千円を支給する。ただし、休床病床の場合は、１床あたり 2,052 千円となる。また、別途「単独支援給付金」により補助金を受けている場合は、今回の基準額との差額が支給額となる。

昨年度にも同様の事業があったが、昨年度の事業は令和６年度国補正予算により措置された事業である。次に、対象となる医療機関、申請要件等は記載のとおりだが、申請要件の一番下の項目について、医療法等改正法により、当該事業により削減した病床数に応じて、医療計画における基準病床数の削減が行われる。

申請方法について、第１回目の申請期間は、７月１４日に終了した。第２回の申請については、先日通知をお送りさせていただいたところである。

次に２ページ、有田医療圏での申請状況となるが、有田市立病院、済生会有田病院、２医療機関が申請しており、病床の削減について既に調整会議にて承認は得ている状況である。

３ページをご覧いただき、１ページでお伝えしたとおり、本事業により削減した病床数については、今後、基準病床数を削減することとなっている。

基準病床制度の目的は、「病床の整備について、病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域偏在を是正し、全国的に一定水準の医療を確保する」というものであり、各地域・医療圏における病床整備の上限を定めるものである。

既存病床数が基準病床数を超える地域、つまり病床過剰地域では、公的医療機関に対しては、医療審議会の意見を聞いた上で病床設置を許可しないことができ、その他の民間医療機関等に対しては、医療審議会の意見を聞いた上で病床設置に関して勧告を行うことができることとなっている。

下段の表、①基準病床数と②既存病床数の比較となっている。①基準病床数は令和５年度に策定した第８次医療計画で定めており、②既存病床数は令和８年６月３０日現在の状況。

有田医療圏において、基準病床数は 528 床に対し、既存病床数は 608 床となっており、基準病床数を既存病床数が上回っている。

国通知において、本事業を活用して削減した病床については、基準病床数を削減することとなっている。また、令和６年度国補正事業により削減した病床についても、令和７年度国補正事業と同様に基準病床を削減する等の適切な対応を行う、とされている。

したがって、本補助金を活用して削減した病床数、及び、昨年度補助金を活用して削減した病床数を踏まえ、基準病床の算定を行うため、当圏域では、基準病床数の引き下げにより、更に病床過剰となる可能性がある。

表の右の、青い四角で囲んでいる箇所をご覧いただきたい。病床の引下げ時期については、令和８年度の本事業終了後、令和９年度上半期までの間で行う予定となっている。

≪形部議長（湯浅保健所）≫

議題３「病床数適正化緊急支援事業について」説明があったが、ただいまの説明に関して質問や意見等はないか。

≪瀧藤委員（済生会有田病院）≫

病床数についてとやかく言うつもりはないが、今の説明の中で、基準病床数があって今の既存病床数が基準に近づくと、また基準が少なくなるといった説明があったかと思うが、どういった意味か。

≪形部議長（湯浅保健所）≫
ありがとうございます。既存病床数も減る部分はあるが、今回の病床数適正化緊急支援事業の場合は、国の政策の中で、基準病床数も合わせて減らそうという事業である。そのため、基準病床数も既存病床数も減る部分があるため、病床数が過剰になるというところ。

≪瀧藤委員（済生会有田病院）≫
そうであれば、基準病床数の理想値というのを示していただく。減らしてまた減らす、減らしてまた減らす、ではなく、先に目標値を、将来 15 年とか 10 年、更には 20 年先を見据えて、10 年後はこうだ、20 年後はこうなるぞというところを先に示していただき、この会議で決める方がよほど合理的ではないか。

≪形部議長（湯浅保健所）≫
まず、混乱する部分があると思うが、地域医療構想の中では必要病床数というのを決めて、2025 年にはこれくらいの病床数、というものがあり、それに向かって皆さんで取り組みを進めてきた。今度は 2040 年に向けて、また必要病床数というのを作り、それに向けて取り組みを進めていくということになる。
既存病床数や基準病床数というのは、また別の概念であり、医療計画の中で定めていくもので、医療計画を改訂していく度に基準病床数を作って、その基準病床数の枠の中で病床を整備していこうという考え方なので、基本的には医療計画の改訂のタイミングで基準病床数は変わっていくものではあるが、今回少し特別な、病床数適正化緊急支援事業というものがあり、その事業によって削減された病床に関しては、その病床数に応じて基準病床数もまず減らしていく、とそういった事業になっている。少しわかりにくいが、基準病床数が動いているように見えると。動いているが、ちょっと増減するということが起こってしまっているということなので、ご理解いただきたい。少し説明わかりにくかったら申し訳ないが、先生いかがか。

≪瀧藤委員（済生会有田病院）≫
では、この差というのは、延々と続いていく。別に、病床をとやかく言うつもりは全くないが、医療計画と地域医療構想とが、ある程度リンクしながら進んでいくと思うが、この既存病床数が有田医療圏で、例えば 608 床が 528 床になってきたら、この減らした 80 床、80 床がまた減って 448 床になるという、こういうことなのか。

≪形部議長（湯浅保健所）≫
ありがとうございます。どのくらい数が減るかについては、まだ色々複雑な式があり、具体的にどのくらい減るというのが、言えない状況。

≪瀧藤委員（済生会有田病院）≫
言えないが、理想に向けて、どうせ人口も減っているから、実際に向けて少しずつ減っていくぞという考え方ということか。

≪形部議長（湯浅保健所）≫
今回に関して言うと、この病床数適正化支援事業を用いて減らした病床、それに色々な係数というか、稼働率など様々なものを合わせて、病床数適正化緊急支援事業でこれだけ減らしたのだから、それを反映させて、基準病床数をこのくらい割引いてくださいねということを、また来年度以降にしていくということである。

≪瀧藤委員（済生会有田病院）≫
結局、医療保険としては絶対増えることはなく、全部減っていくため、延々と減っていきますよということで、それはしなければならないということである。

≪形部議長（湯浅保健所）≫
ご意見ありがとうございます。
他に何か質問や意見等はないか。なければ、次の議題に進む。

【議題４「新たな地域医療構想のガイドラインについて」】

≪形部議長（湯浅保健所）≫
議題４「新たな地域医療構想のガイドラインについて」事務局より説明をお願いする。

≪事務局（湯浅保健所　江川主査）≫
事務局から、新たな地域医療構想に係るガイドライン及び策定に向けたスケジュールについて、説明させていただく。
それでは、資料４をご覧いただきたい。
資料１ページ、新たな地域医療構想の概要について、今後、2040 年頃にかけて、医療・介護ニーズを抱える高齢者の増加や、人口減少に伴う生産年齢人口の減少による人材確保の制約、地域差の拡大が想定されている。それに伴い、増加する高齢者救急・在宅医療の需要への対応や、医療の質や医療従事者の確保、地域における必要な医療機能の維持が求められる。
これらに対応するため、これまでの入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携、人材確保を含めた地域医療全体の医療提供体制の実現に資する地域医療構想の策定作業を、今年度から開始する。新たな地域医療構想では、医療機関の役割分担を明確化し、医療機関機能に着目した医療機関の連携・再編・集約化を推進していく。
分野ごとの取組として、入院医療では、持続可能な急性期医療の確保のため、急性期症例の集約化や手術・救急医療の役割分担等や高齢者救急の受入体制の整備に向けた協議を行う。
具体的な施策として、現在７つある構想区域の見直しを行う。また、医療機関の役割分担を明確化するため、医療機関機能報告が新設された。そして、これまでの病床機能報告により、病床機能の適正化・機能分化を図るととともに、2040 年に向けた必要病床数の推計を行う。
２ページ、地域医療構想策定に係る具体的なスケジュールについて、７月３日に国からガイドラインが発出された。医療法改正の附則において、新たな地域医療構想は、令和 10 年度中までに策定することとなっているが、県としては 2025 年を目標とする現行の構想期間が終了し、新たな地域医療構想策定までの間に取組が途切れてしまわないように少しでも早く策定出来ればと考えており、今年度・来年度策定作業に取組み、令和 10 年度から新構想の取組が開始出来ればと考えている。
策定の具体的なスケジュールについて、今年度、構想区域の見直しを行う。
構想区域が決まると、その区域毎に必要な病床数の算出を行う。また、今年度の秋頃の予定となるが、病床機能報告と併せ、医療機関機能報告が新たに開始される。
医療機関の皆様には、現在担っている機能に近い医療機能、2040 年において担う医療機関機能、診療実績等を報告いただく。
報告いただいた内容をもとに協議を行い、各医療機関が 2040 年において担う医療機関機能を決定する。また、慢性期需要等の共有を行い、介護との連携構築に係る協議を進めていく。新たな地域医療構想の医療計画等への反映については、次の第９次医療計画策定時に適切に反映していく予定である。
３ページ、構想区域の役割について、ガイドラインでは２つの役割が示されている。

１つ目が、医療提供体制の構築の役割で、医療機関機能の確保や、医療機関の連携・再編・集約化等の協議や取組を行う単位として、設定するよう示されている。

２つ目が、必要病床数の運用のところで、入院医療の需要が減少することも踏まえて、必要な病床数を確保するために設定する単位として示されている。

以上、２つの点を踏まえて、現在、県において、各医療圏の人口推計や流出入割合等のデータ分析をおこない、新たな構想区域について協議している。

有田医療圏においては、県の構想区域案をもとに、今年度、調整会議にてみなさまのご意見をいただきたいと考えている。令和８年 12 月 10 日に、保健医療計画の中間見直しの圏域別検討会の開催を予定しており、同日に第 2 回目の調整会議を開催したいと考えているところ。

４ページ、新たに創設された「医療機関機能報告」について説明させていただく。

まず、概要について、この報告は、2040 年やその先に向けた医療機関の役割分担を明確化するために行うものとなっている。医療機関の皆さまには、担っている医療機能や診療実績等を報告いただき、報告いただいた内容をもとに、従来の病床機能報告と合わせ、協議を行い、役割分担の明確化を図る形となる。

５ページ、医療機関機能について、構想区域ごとに設定する医療機関機能について、１つ目が、「高齢者救急・地域急性期機能」、２つ目が、「急性期拠点機能」、急性期拠点機能については、緊急手術等の急性期需要が一定数発生する単位として、人口 20～30 万人に１拠点を目安として、構想区域毎に確保すべき数を設定することとなる。

こちらについては、構想区域の見直し後、各構想区域毎に拠点数を設定する予定である。

３つ目が、「在宅医療等連携機能」となっており、こちらについては、高齢者救急・地域急性期機能や急性期拠点機能と併せて報告することが可能となっている。

４つ目が、「専門等機能」となり、地域に根ざした診療を行う診療所などが該当するが、高齢者救急や在宅医療などを積極的に担っていただいている場合は、それぞれ該当する機能を報告いただく。この他、大学病院本院は、医育及び広域診療機能を報告いただく形となる。

６ページ、医療機関機能報告の報告項目について、報告いただく項目は、現時点で担っている医療機関機能や、構造設備・人員配置、救急医療の提供や、手術に関する実績など、診療実績について報告いただく形となる。秋頃、調査の依頼が国から届くと思うが、詳細については、マニュアルや手引き等に沿って報告いただく形となる。

７ページ、医療機関機能の確保に向けた協議の進め方について、まずは、構想区域の設定を行い、設定した構想区域に基づき、急性期機能を担う医療機関について、人口推計や患者の流出入、診療実績などから、構想区域内の急性期拠点数を設定する。拠点数を整理したうえで、どの医療機関が急性期拠点機能を担うかについて、協議し決定。決定後、それぞれの医療機関が求められる役割や具体的な役割分担の在り方について協議していく形となる。

８ページ、急性期拠点機能を担う医療機関について、急性期拠点機能を担う医療機関の数は、2040 年の人口に基づき「20 万人から 30 万人程度につき１か所程度」が目安となる。急性期拠点機能は、手術等の急性期医療を集約して提供するものであり、医療資源も集まっている形となるため、総合性を確保するとともに、政策医療を含めた関連する役割を総合的に担うことなども求められる。

９ページ、高齢者救急について、今後、増加が見込まれる高齢者救急については、年齢や疾患による一律の区分は困難となっている。しかし、手術や一定の処置等が必要となる割合は高齢化するほど低下し、治療だけでなく、在宅復帰も見据えたリハビリや退院支援等、包括的な入院医療の提供が求められる。

こうしたことから、高齢者救急・地域急性期機能を担う医療機関は、急性期拠点機能を担う医療機関との連携による受入体制や、リハビリテーションの実施体制、在宅医療・介護との連携体制を確保していくことが重要となる。

10 ページ、慢性期の医療提供体制の一体的な確保について、高齢者人口の増加に伴い、医療

と介護ニーズを有する方や、認知症を有する方等が増加することが見込まれており、入院医療、在宅医療、介護保険施設がそれぞれの機能に応じて役割分担しつつ、連携する体制の確保が重要となる。

そのため、慢性期の医療提供体制の確保に向け、慢性期の必要病床数や在宅医療需要の見込み、介護保険サービスの見込みを一体的に把握したうえで、在宅医療、介護との連携に係る個別の課題の把握や協議を進めていくこととされている。

１１ページ、在宅医療等連携機能を担う医療機関の役割について、資料に記載のとおり、在宅医療等連携機能を担う医療機関に具体的に求められる役割や範囲は様々であり、地域の実情を踏まえ協議を行うこととされている。

また、具体的に担う役割に応じて、診療所や訪問看護ステーション、薬局、歯科医療機関、介護サービス事業所等の在宅医療を支える関係者や高齢者施設等との連携を図っていくことが重要となる。

１２ページ、在宅医療等連携機能の確保に係る協議の進め方について、先ほど説明したとおり、まずは慢性期の医療需要の一体的な把握を行う。また、医療需要の把握を行うとともに、地域における療養病床数、在宅医療を提供する医療機関数、介護施設の定員数などを把握し、現在の医療・介護資源の状況の確認を行う。

慢性期の医療需要に対し、療養病床や介護保険施設を活用しながら、在宅医療をどの程度提供するかの方向性を検討する。方向性が決まれば、在宅医療等連携機能を担う医療機関が求められる様々な役割のうち、方向性に基づき、具体的に求められる役割や範囲について検討することとなる。

１３ページ、大学病院本院による人的協力の進め方の例について、ガイドラインから載せているため、参照いただきたい。

１４ページ、病床機能報告について、これまでの４つの機能区分のうち、「回復期機能」については、これまでの機能に加え、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能」が追加され、「包括期機能」という区分が新たに設定された。

病床機能の報告については、これまで同様、現状の病床機能等を病棟単位で機能区分を選択し、報告いただく形となるが、一定の客観性をもった報告となるよう各病床機能区分に対応する目安となる診療報酬上の入院料の種類を確認のうえ、報告をお願い申し上げる。

留意点として、入院料の種類だけで機械的に決定するのではなく、各病棟の医療機能や入院患者の状態などを踏まえ、報告をお願いする。

１５ページに報告の目安となる入院料の一覧、１６ページに報告項目を付けているため、ご確認いただきたい。

１７ページ、2040 年の必要病床数について、構想区域が決まれば、構想区域毎に必要病床数の算出を行う。算出式の考え方としては、2024 年の NDB データを用いて、医療資源投入量の多寡により、病床機能区分毎の入院受療率の算出を行い、人口推計を乗じることで、医療需要を算出し、その上で地域医療構想の取組による効果を改革モデルとして反映した医療需要を算出し、病床稼働率で割戻し、2040 年の必要病床数を算出する。

１８ページ、2040 年の必要病床数の算出について、必要病床数の算出にあたり、反映させていく地域医療構想の取組による効果である「改革モデル」等についてまとめたものとなる。

今年度実施している「病床数適正化支援事業」については、新構想の取組開始前に病床数の適正化に取り組むことを目的として実施していることから、当該事業による病床削減を見込んだ推計を行う。次に「改革モデル」の効果であるが、現行構想の効果の反映や、回復期機能が包括期に移行された事に伴い、75 歳以上の急性期の入院患者の 50%を包括期に移行することや、回復期リハの効率化分を推計値に適用させていく。改革モデルを踏まえた病床稼働率等詳細は資料をご参照いただきたい。

１９ページ、病床整備の考え方について、病床整備の方向性としては、入院医療需要が長期的に減少していくことが見込まれるため、全体としてはダウンサイズを進めつつ、高齢者の増加などにより今後需要の増加が見込まれる包括期機能の病床を中心に、必要な機能の病床を整備していくことが重要となる。
また、医療機関機能の確保の方向性も踏まえ、各医療機関が担う役割に応じた形で病床の機能分化・連携を進める必要がある。
２０ページ、関係者に期待される役割等について、これまで、地域医療構想調整会議をはじめ、県・保健所が中心となって運営してきたが、新たな地域医療構想では検討する事項が多岐にわたってくる。ガイドラインでは、市町村をはじめ各関係者の役割が記載されており、2040年に向けた医療提供体制の構築や課題解決のため、関係者がそれぞれの役割を担って協議を行い、推進していくことが必要であるため、引き続きお願い申し上げる。

≪形部議長（湯浅保健所）≫
ただいま事務局から議題 4、新たな地域医療構想のガイドラインについて説明があったが、質問や意見等ないか。

≪瀧藤委員（済生会有田病院）≫
今度のガイドラインについて､以前と比べて非常に現実に即したような内容にもなっている。そういった中で、一般人に参加を求めるとなかったか。地域の代表者に参加していただいてその人の声を、いわゆる要望みたいなものを聞くというようなことを書いていなかったか。この資料の最後、関係者に期待する役割等で出ているが。

≪形部議長（湯浅保健所）≫
先生は、ガイドラインの文章にもおそらく目を通してくださっているかと思うが、その中でそのような記載もあったかと思う。まず、このスライドに関しては、おそらく解説スライドのようなものが、厚生労働省のホームページにも掲載されており、そういったものをもとに資料とさせていただいている。どうしていくかという点については、おそらく県全体でまた検討されるかと思うが、医務課では何か現時点で考えているか。

≪早川主査（県医務課）≫
今、ご指摘いただいた、一般の方からの意見反映の点については、ガイドラインでも、案として、この地域医療構想調整会議等で諮らせていただいて策定した上で、パブリックコメント等の形で、一般の方の意見も集めた上で、構想の方を修正していくなど、一般の方の意見が反映されるような形で策定スケジュールを組んでいきたいと考えている。

≪瀧藤委員（済生会有田病院）≫
一般の方が、なぜこの医療の政策がこうなってきているのか等、理解するのは非常に難しいと思うが、要求するのは一般の方であり、一般の方が今この医療体制についてどう考えているのかという意見は、かねがねここで申し上げたと思うが、やはり聞いてみたいと思う。その意見に沿って、この構想を考えていく、1 人の代表者の意見が反映されるとは限らないが、やはりそこは常々気になるところであり、どういうふうに考えているのか、どういうふうに思っているのかというところは、やはり押さえておきたいと思う。

≪形部議長（湯浅保健所）≫
貴重なご意見ありがとうございます。
他に質問や意見等はないか。なければ、次の議題に進む。

【議題５「新有田市立病院について」】

≪形部議長（湯浅保健所）≫

議題５について、有田市経営企画課病院企画室 室長の福永様から説明いただく予定のため、福永様、よろしくお願い申し上げる。

≪福永室長（有田市経営企画課病院企画室）≫

今度また3月に、新有田市立病院として完成するということで、かなり出来上がってきているというところであるが、今回ハード的な面の部分から、どういう病院かということを説明させていただく。

以前、令和６年の３月に、この調整会議で経営強化プランの説明をさせていただいた以来となる。よろしくお願い申し上げる。

新有田市立病院建設事業の概要資料について、1ページ目については、目次、2ページ目については、建物概要についての所在地、病床数、病院建物の概要を記載している。

次の3ページは新病院の外観イメージとなっている。

2 ページの概要にもあったが、病院建物については、鉄筋コンクリート造の免震構造、国道42号からダイレクトに病院に入れる立体駐車場およびロータリーとなっておりこの部分は、耐震構造となっている。

4ページ目には新病院の階層イメージが載っている。

5 ページ目から 8 ページ目は、新病院の平面イメージを記載している。平面イメージの文字の記載していない箇所については、機械室やバックヤードになっている。1 階では、給食調理室や更衣室、2階では医事課、薬剤室、4階では医局会議室が、この何も表示されていないところに入っているという状態である。

新有田市立病院の建設工期は、令和 8 年の 11 月末に本体が完成というところで、病院本体が完成した後、開院準備として、令和９年２月末までに医療機器等、機械備品の搬入、引っ越し作業を行い、令和９年３月１日開院を目指して取り組んでいる。

なお竣工式は令和９年の２月 23 日を予定している。

竣工式の日の午後には、近隣住民への内部の一般公開も考えている。

≪形部議長（湯浅保健所）≫

ただいま福永様から議題５の新有田市立病院について説明があったが、質問や意見等ないか。

特になければ、次の議題に進む。

次の議題６、７は外来医療計画関係の議題となっている。質問はまとめてお受けする。

【議題６「新規開業者の状況と医療機器の共同利用計画」】

≪形部議長（湯浅保健所）≫

それでは、まず議題６「新規開業者の状況と医療機器の共同利用計画」について事務局より説明をお願いする。

≪事務局（湯浅保健所　江川主査）≫

議題６の新規開業者の状況と医療機器の共同利用計画を説明させていただく。

資料６の１ページ、外来医療計画の中で、新規開業される方に、資料に記載があるように、地域で不足する外来医療機能等を担うことについて協力を求めることとなっている。

また、医療機器の効率的な活用のため、医療機器の共同利用を促す取り組みも行っており、ＭＲＩとＣＴが対象となる。ＭＲＩ、ＣＴの更新を含む購入をされる場合は、共同利用計画書の提出が必要となるため、その際は保健所へご提出お願い申し上げる。
２ページ、昨年度３月の第２回調整会議以降、新規開設と医療機器の共同利用計画書ともに提出はなかった。

≪形部議長（湯浅保健所）≫
それでは引き続き、議題７「第八次（後期）和歌山県外来医療計画について」事務局から説明をお願いする。

【議題７「第八次（後期）和歌山県外来医療計画について」】

≪事務局（湯浅保健所　江川主査）≫
第八次（後期）和歌山県外来医療計画について説明させていただく。
資料７の１ページ、現行の第８次（前期）和歌山県外来医療計画の計画期間は令和８年度までであり、令和９年度からの後期計画の策定を今年度中に行う必要がある。
２ページ、参考として、現行の前期計画の概要を記載している。
３ページ、国から示された、後期計画策定ガイドラインの主な変更点であるが、主な変更点は２点。
１つ目は「地域外来医療」の公表である。地域において特に必要とされる外来医療を公表することが明記されたが、和歌山県では現在においても、「地域で不足する医療機能」をＨＰ等において公表しているため、特に新たに公表する内容はない。
２つ目は外来医師過多区域の設定である。今回の見直しにより、外来医師多数区域に加えて、新たに外来医師過多区域が設定されることとなった。過多区域に設定された区域では、開設前の事前届出が必要となる等、一定の対応が求められることとなるが、和歌山県に外来医師過多区域はない。したがって、和歌山県で大きく見直しが必要な内容はなく、現行計画の取組みを基本とし、必要な見直しを行う。
次のページからは見直しの方向性についてである。
４ページ、外来医師偏在指標について、指標値には多少の変動はあるものの、引き続き新宮医療圏を除く６医療圏が多数区域に該当するため、次期計画においてもこの６医療圏が多数区域として設定する。
５ページ、和歌山県では、新宮を含めたすべての圏域で「地域で不足する外来医療機能」を設定し、新規開業者にその機能のいずれかを担っていただくよう求めている。
最後に、スケジュールについて、有田医療圏の圏域別検討会は１２月１０日に開催予定。また、第２回調整会議の開催案内と併せて通知をお送りするため、ご参加よろしくお願い申し上げる。

≪形部議長（湯浅保健所）≫
ただいま事務局から議題７、第八次（後期）和歌山県外来医療計画について説明があったが、質問や意見等ないか。

≪中元委員（有田市医師会）≫
この外来医師の多数区域について、有田市、和歌山市などあり、新宮以外は多数区域になっているが、これは何を以て多いなどどういった基準をもって判断するのか。
例えば、有田でも、松谷先生などがかなり診られている。逆に言うと、有田市は少し密集し

ているところがあるが、有田郡の方はかなり散らばって低いように思うが、何をもってこの多い少ないと判断しているのか、少し教えていただきたい。

≪形部議長（湯浅保健所）≫

ありがとうございます。これには計算式があり、ここに記載はないが、おそらくその人口構成と、勤務している医師の年齢構成、また外来の場合は診療所にいる医師の数等、そういった色々な要素を組み合わせて、数字として出しているという認識である。少し細かい計算式を載せていないので説明が難しいが、一応全国一律の計算式で計算されている。

また後で調べて、情報提供させていただく。（※）

他にないようであれば、全体を通して何か質問や意見等はないか。

それでは、県医師会の加藤先生、何か質問や発言等ないか。

（※参考）外来医師偏在指標：別添「参考資料」参照

≪加藤管理者（有田市立病院）≫

第 8 次後半のまとめということ、それとこれから 2040 年に向けてということで、国からの情報を当圏域に合わせて詳細に説明いただいた。

調整会議の一つの役割は、自分の圏域の状況をきちんと把握して、将来を考えるのももちろんだが、隣接地域との関係をどのように考えて、自分のところに持っていくかということが結構大事で、特に今の発表にもあった、和歌山医療圏なくして有田医療圏はあり得ないので、流出率も半分を超えるという数字がある。人口の推移を見ていくと、流出している多くは、ちょうど働く世代 65 歳以下の世代である。そこが今度減っていくと、おそらくやはり高齢者の数は増えない、もう横ばいではあるが、高齢者の医療に関してはおそらく流出もできない状況はしばらくあるかもしれないという辺りが、少しうちの特殊な事情かなと思う。

あともう一点、外来も含めて、救急では和歌山医療圏の特に高度急性期になるべく負担をかけないように、圏域内で二次の患者は診ていきたいというのが、そもそもの始まりではあったはずだが、実はやはりコロナ以降の医療需要全体が減っているという状況があって、医大も日赤も患者数は減ってきている。

私が勤めていた頃のように、病棟が回らないという状況は、もう昨年、今年、全然ない。

有田からくらい、少々来たって全然大丈夫、くらいの状況に今なっている。そのあたりの推移が、この先どうなるかというと、少しまだ読めないところがあるので、そういったことも含めると、今回非常に詳細に計画の元の話をいただいたが、これを、いかに現実に合わせて考えていくかというのが、今後の調整会議の大きな役割かなと思い、話を伺った。

≪形部議長（湯浅保健所）≫

ありがとうございます。では、地域医療構想アドバイザーの中井先生、コメントをお願いしたい。

≪中井会長（和歌山県病院協会）≫

特にないのですが、今もう加藤先生にまとめていただいた意見と、何ら意見の相違はない。

少しコメントだが、健保協会の方の質問に、色々病床の減少割合が少ないということを言われていたが、これについて、元々この地域の病院を預かっている先生方が、人口動態や診療状況をわかった上で、既に減らしていた状態があったのではないかと思う。全ての圏域を見ても、ここが一番病床数が少ない圏域のため、そういった要素があろうかと思った。

≪松谷委員（有田医師会）≫

少し細かいことだが、資料 1 の 14 ページ、構想策定時と現状の比較という資料の表の二つ目について、脳卒中、脳血管疾患と循環器疾患の急性期は有田医療圏が診られないということで、元々救急も有田には行かずに、和歌山に行くということになっているが、この脳卒中のデータ、レセプトデータと書いており、70.9%を圏域内で診ていて、25.6%が外へ出ていると。循環器に関しては、カテーテルをやっているところがないので、カテーテルだけ取って 100%となっているが、これには何か意図はあるのか。循環器は心不全もあり、急性の弁膜症の悪化もあり、このカテーテルだけということにすると 100%になるのは当たり前で、ここは何故このような取り方をされたのかなと、少し疑問に思った。

≪形部議長（湯浅保健所）≫

おそらく、保健医療計画を作るときは、5 疾病 6 事業、脳卒中と、心疾患ではなく虚血性心疾患という取り方をするため、データを取るときに虚血性心疾患で、それを超急性期ということでデータを取るのでカテーテル治療という形でデータを取って整理するのに、こういうまとめ方をしているのかと思うが、先生が言われるように、循環器疾患というか、心疾患だけでも虚血性心疾患もあれば心不全もあって、高齢者の心不全の診療であったり、そういったものでも見ていただいているかと思うため、議論するときはそのようなことをわかった上で、データを見ていく必要があるのかなと考えている。

≪松谷委員（有田医師会）≫

出して欲しいという意味ではないが、少しおかしいなと感じた。循環器、救急は診られないということで、それはわかる。ただ、そういった中でも、救急は受けられないということになっているが、ここだけは違うようなので、言われていることはわかるのだが、普通そのようなデータの取り方はしないと思ったので。

≪形部議長（湯浅保健所）≫

やはり見る人によって、印象は変わってくる。先生のご指摘はごもっともかと思う。ご意見ありがとうございます。

他に質問や意見等ないか。なければ、用意した議題は以上であり、進行を司会に返す。

【閉会】

≪司会（橋本課長）≫

次回の第 25 回調整会議は令和 8 年 12 月 10 日に開催予定なので、よろしくお願い申し上げる。

それでは全ての議事が終了したので、これをもって第 24 回有田保健医療圏構想区域調整会議を閉会する。

（別添）

（参考）外来医師偏在指標の計算式

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}^{※1}}{(\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}^{※2}) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}^{※4}}$$

（※１）標準化診療所医師数 ＝ Σ（性年齢階級別診療所医師数 × $\frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$ ）

（※２）地域の標準化外来受療率比 ＝ $\frac{\text{地域の外来期待受療率}^{※3}}{\text{全国の外来期待受療率}}$

（※３）地域の外来期待受療率 ＝ $\frac{\Sigma（\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口}）}{\text{地域の人口}}$

（※４）地域の診療所の外来患者対応割合 ＝ $\frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所＋病院の外来延べ患者数}}$