

第 24 回地域医療構想調整会議（御坊保健医療圏構想区域）議事録

（日時）令和 8 年 9 月 3 日（木）13:27～16:09

（場所）御坊保健所 別館大会議室

<司会（御坊保健所 梅津課長）>

みなさまこんにちは。定刻より少し早いですが、みなさんお揃いになりましたので、ただいまから、第 24 回地域医療構想調整会議を開催します。本日司会を務めさせていただきます御坊保健所保健課長の梅津です。どうぞよろしくお願いいたします。

本日の会議につきましては、会議全体を通して公開での開催となっており、議事録に関してもいつもどおり、県ホームページにおいて公表を予定しておりますのでご了承ください。

それでは開会にあたりまして、御坊保健所長の平岡よりご挨拶を申し上げます。

<御坊保健所 平岡所長>

皆さんこんにちは。事務局から説明があるかもしれませんが、今日は地域医療構想の会議ですが、同時に医療計画も裏で走っているという状況がありまして、3月の会議でもご報告したかもしれませんが、医療計画が新たな地域医療構想の下に入ってくることがありまして、出席メンバーが少し増えたような状況になります。話し合う課題についてですね、それぞれの立場でご意見をいただけたらというふうに思っております。

委員の皆様方にはご多忙にも関わらず、多数のご出席いただきありがとうございます。

また、日頃から地域における医療提供体制の確保にご尽力いただき感謝申し上げます。調整会議、今回で 24 回目の開催ですね。これまで皆様のご協力のもと取り組みを重ねてきたことで、病床の機能分化、連携は着実に進んできたと認識しております。現行の医療構想は 2025 年、昨年度ですけれども、目標年次としてきたところですが、昨年的一年延長されて本年が最終年、ここまで伸ばしたという形になっています。また今後ですね。予定されている新たな地域医療構想、新たなというのがよく前につきますけれども、令和 10 年度中までに策定することとなっておりますが、県としましては、新たな地域医療構想策定までの間に取り組みが途切れてしまわないよう、少しでも早く策定できればと考えており、令和 10 年まで待たずに、令和 8 年度から令和 9 年度にかけて策定作業に取り組んで、10 年度から取り組み開始を考えておりますので、ご協力いただけたらと思います。本日の議題ではですね、病床数適正化に対する支援、それから現行の地域医療構想の評価、そして本丸ですけれども、新たな地域医療構想のガイドライン、こちらも大きい話題ではあるのですけれども、令和 7 年度から開始されました医療法に基づく、かかりつけ医機能報告など、多数の議題を用意しております。

加えて、先ほど少し申し上げましたが、県保健医療計画の中間見直しに関しまして、現行の第八次計画は一昨年度ですね、2024 年度から 6 年間の計画期間となって、今年度が 3 年目ですので、中間見直しをご協議いただくということになっております。

したがって、医療計画に内包されている外来医療計画についても同時見直しとして、国

から支持されたガイドライン内容等についてご説明をさせていただきます。今回の新たな地域医療構想ガイドラインの中ではですね、これまでずっと取り組んでいただきました病床機能報告に加えて、医療機関にも機能を設定するという話が入ってくると思います。そのあたりも説明があると思いますのでご意見いただけたらと思います。

委員の皆様方には忌憚のないご意見をいただき、活発な議論をいただきますよう、どうぞよろしくお願いいたします。

<司会（御坊保健所 梅津課長）>

ありがとうございました。

では、本日御出席の皆様の御紹介につきましては、お手元にお配りしております出席者名簿をもって代えさせていただきますのでご了承ください。

なお、本日は、県病院協会から会長で、地域医療構想推進アドバイザーの中井國雄様、また、和歌山県医師会から理事の島欽也様に御臨席いただいております。

どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、本会議設置要綱第5条第3項で定める会議の定足数を満たしていることを報告させていただきます。

それでは、本日の会議資料について確認させていただきます。

上から順番に、会議の次第、出席者名簿、座席表、その後が資料となっております。資料が1から8まで、それぞれA4の横長のもので、ホチキス留めしているものになります。一部1枚だけのものもありますが、A4の横長の資料になります。最後に参考資料としまして、本調整会議の設置要綱となっております。足りない資料等ございませんでしょうか。もし資料の不足等ございましたら、事務局の方にお声がけください。

なお、本日は会場と県医務課をウェブ会議で接続しておりますので、ご発言される場合にはマイクを使用させていただきますようお願いいたします。

それでは早速議題に移らせていただきます。会議につきましては、本会議設置要綱第4条第2項の規定により、御坊保健所長の平岡が議長として進行いたします。

<平岡議長（御坊保健所長）>

本日の議長を務めさせていただきます。

スムーズな議事進行につきまして、ご協力をよろしくお願いいたします。

早速ですが、議題1「病床数の適正化に対する支援」について事務局から説明をお願いします。

<事務局（御坊保健所 音無主査）>

事務局の音無です。資料1について、着席の上説明させていただきます。

資料の1ページ目をご覧ください。病床数適正化緊急支援事業の概要となっております。

本事業は令和7年度の国補正予算により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す。具体的には、一般病床、療養病床、精神病床の削減を行った医療機関に対して、1床あたり410万4千円を支給するものとなっております。

す。ただし、休床病床の場合は、1床あたり半額の205万2千円となります。

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ります。昨年度にも同様の事業がありましたが、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となっております。

次に、対象となる医療機関です。対象となるのは、令和7年12月16日から令和8年度末までに病床の削減を行った医療機関です。その他、以下の場合も対象となります。令和6年度国補正予算事業において申請を行った医療機関であり、赤字要件等により支援対象とならなかった令和6年12月17日から令和7年9月30日までに病床を削減した医療機関も対象です。

また、自由民主党、日本維新の会、公明党による3党合意を踏まえて実施した調査において、病床を削減予定と回答した医療機関であって、既に病床を削減した医療機関も対象となります。いずれの場合も今回申請が必要となってきます。

次に、申請要件等についてです。

医療機関の設置主体や経営状況は問いません。昨年度とは異なりまして、赤字要件等は現時点でございません。ただし、休床を残したまま、稼働している病床の削減は認められないこととなっております。病床再編等を行う場合は、各医療圏に設置している地域医療構想会議において、委員相互の協議・理解のもと取組を進めてきたところですので、本事業を活用した病床削減を行う場合についても、調整会議における議論を踏まえたうえで、支給要否の決定を行います。

また、小児周産期の病床は除きます。ただし今後分娩に用いる予定のない病床や、小児医療の提供に支障を来さない病床の削減は可能です。国通知により、当該事業を活用して削減した病床数については、今後基準病床数の削減を行うこととなっております。本件については、後ほど説明いたします。

そして、第1回目の申請期間は、7月14日に終了しました。昨日ですね、県医務課を通じて国から第2回以降の申請時期が来まして、資料には載っていないのですが、第2回の申請の受付期間は、9月1日から9月30日までの1ヶ月間となっております。

また、予算の範囲内ですので、3回目は予定されておりますけれども、場合によってはなくなる場合もあります。申請書類については、県で内容を確認し、調整会議での承認を得たうえで、国へ提出することになりますので、各医療機関への補助金支払い時期については、現時点では未定になっています。

続きまして、2ページ目をご覧ください。

上の段が、御坊医療圏において、第1回の申請期間であった申請であります。ひだか病院様から22床削減の申請がありました。下の段が、令和6年度国補正予算事業の支給状況となります。地域医療構想調整会議における意見聴取に関してですが、医療構想調整会議において、病床の削減の了承が得られた申請については、県医務課を通じて国に申請を行います。地域の医療提供体制に支障が生じる等の影響がある場合は、申請医療機関に再検討を依頼させていただきます。

なお、現時点において、他の医療機関での今年度中の削減予定は伺っておりませんが、第2回以降での申請がありましたら、書面議決を予定しておりますので、その際はご協力の

ほど、よろしくお願いいたします。

次に 3 ページ目をご覧ください。

資料の 1 ページ目で申し上げた、本事業により削減した病床数については、今後、基準病床数から削減することとなる件につきまして、説明いたします。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す。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ます。下の表をご覧ください。基準病床数と既存病床数の比較となっています。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、既存病床数は令和 8 年 6 月 30 日時点の状況です。

御坊医療圏において、基準病床数は 617、既存病床数は 633 となっております。既存病床数が基準病床数を上回っております。国通知におきまして、本事業を活用して削減した病床については、基準病床数から削減することとなっております。

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、今年度の本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、とされています。

したがって、今年度の給付金を活用して削減予定の病床数であるひだか病院の 22 床、及び、昨年度の給付金を活用して削減したひだか病院の病床数 12 床を踏まえ、基準病床の算定を行いますが、御坊医療圏においては引き続き、既存病床数が基準病床数を上回る予定です。表の右の、青い四角で囲んでいる箇所をご覧ください。病床の引下げ時期につきましては、令和 8 年度の本事業の終了後、令和 9 年度上半期までの間で行うことになっております。資料の 4 ページにつきましては、後ほどひだか病院様からご説明いただきます。以上です。

<平岡議長（御坊保健所長）>

ありがとうございました。ただいまの事務局からの説明についてご意見、ご質問ございましたら、順次発言をお願いいたします。

<中井アドバイザー（県病院協会長）>

情報ですが、第 2 回目の申請が 9 月 30 日まであります。11 月まであるそうです。

<平岡議長（御坊保健所長）>

中井先生ありがとうございます。それ以外いかがでしょう。（※発言なし）

それではひだか病院から、今回の病床削減について、資料 1 の 4 ページ目をご説明いただけますでしょうか。西森先生よろしくお願いいたします。

<西森委員（ひだか病院長）>

ひだか病院の西森です。それでは病床機能の転換、病床数の変更などについて、ご説明申し上げます。先ほど事務局からご説明いただいたように、令和7年度に12床の削減はもうすでに終了していますが、今回令和8年度は22床、削減の申請をいたしました。細かいこと言いますと、4階と5階の2病棟に限って13床と9床という形になります。それにより、161床の急性期が139床に変わります。訂正は後でお願いしたいのですが、9月1日付けで急性期一般入院料4から急性期病院Bの資格を取りましたので、訂正をお願いいたします。スリム化して、国の方針に則って病床削減を施行し、病床数をスリム化することによって、限られた医療資源を集中投下するものであります。

以上、ご承認をお願いいたします。

<平岡議長（御坊保健所長）>

ありがとうございます。急性期のBですね、資料は変更させていただきます。

ただいま西森委員から説明いただきましたが、ひだか病院の22床分の病床削減について、ご議論ないでしょうか。（※異論等なし）

なければ、皆様方のご了承を得られたものといたします。

<西森委員（ひだか病院長）>

ありがとうございます。

<平岡議長（御坊保健所長）>

では続きまして、議題2「新たな地域医療構想策定に向けた現行の地域医療構想の評価」について、事務局から説明をお願いします。

<事務局（御坊保健所 音無主査）>

続きまして、資料2「新たな地域医療構想の策定に向けた現行の地域医療構想の評価」について説明させていただきます。

資料1ページ目をご覧ください。

このスライドは今年の3月の調整会議でもお示しさせていただいたところですが、委員の方も新しくなりましたので、再度ご説明させていただきます。

まず、総括としまして、過剰となっている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が見られます。具体的には、構想策定時である2015年の総病床数867床から59床減少し、2025年7月1日時点では808床となっております。機能別では急性期がマイナス122床、回復期ではプラス74床ということで、過剰となっている急性期を減らし、不足している回復期病床を増やすなど、機能転換を図ってまいりました。

なお、2025年の確定値と必要病床数との比較では、急性期が160床の過剰、回復期が20床の不足という現状になっています。

2ページ目をご覧ください。

右下の赤字の所を見ていただきたいのですが、特に下の丸2つが新たな地域医療構想策定に向けて検討すべき課題と考えております。

一つ目の丸として、管内では2040年頃にかけて、生産年齢人口が約3割減少することが見込まれており、これまで以上に医療・介護人材の確保が困難になることが推測されるなか、2040年以降の人口構造を念頭に置きつつ、医療提供体制を含む地域包括ケアシステムの構築の観点から、新たな地域医療構想策定に向けて検討すべき課題と考えられます。

また、在宅医療については、訪問診療や往診などを実施している開業医が一部の診療所に偏っていることや、開業医自身が高齢のため、継続性の観点から在宅療養患者がピークを迎える2040年頃に向けた体制整備が必要と考えられます。

続いて3ページ目をご覧ください。当圏域の現状や課題を医療機能別にまとめたものです。これにつきましても3月の調整会議でお示しさせていただきましたが、再度ご説明させていただきます。昨年度本県ではデータ分析事業を株式会社日本経営に委託しておりました。日本経営からは和歌山県全体版のシートを提示されましたが、圏域版については、各担当で圏域の課題等を整理するために利用してほしいとのことで、昨年度作成したものとなります。

なお、シートの左の列の「提供体制と課題」に記載の各データにつきましては、日本経営からいただいたデータになります。今回多岐に渡りますので、資料は添付しておりますがご了承ください。

次に、シートの右の列の「将来需要と想定されるリスク」をご覧ください。上から順に読み上げていきます。

まず、高度急性期から急性期では、急性期症例は2025年をピークに減少、手術件数は既にピークを過ぎて減少傾向となっている。救急搬送、特に中等症以上の搬送は2035年まで伸びる。手術等の急性期医療の縮小と、高齢者救急の需要の増加に同時に対応する必要があります。この青字で記載の箇所が、キーワードとなってくる箇所になります。議題3でも説明させていただきますが、新たな地域医療構想で新設される、先ほど所長からも説明のありました「医療機関機能報告」という中で、各病院の機能を「急性期拠点」や「高齢者救急・地域急性期機能」に分類しまして、どの病院がどの機能を担うかといった役割分担的な意味合いとなります。

続いて、急性期～回復期の欄を見ますと、後期高齢者は2030年まで増加傾向にあり、入院患者全体は2020年をピークに減少傾向にある。治療よりも後期高齢者の「治し、支える医療」が引き続き求められます。

それから、慢性期、介護施設、高齢者住宅の欄ですが、後期高齢者は2030年まで増加傾向にあり、入院患者全体は2020年をピークに減少傾向にあります。そして、訪問診療や介護需要は2035年～2040年まで増加するというようになっております。

そして、外来医療、在宅医療では、外来医療は既にピークを迎えており、急速に需要が減少する。在宅医療は2040年まで増加する見込みとなっています。

最後に、総合的な課題として、御坊圏域では施設数や病床数が多く、資源が充実しているように見えますが、一方で、資源が分散していることで相対的な不足感が生じている可能性があります。需要の減少と働き手の減少により、さらなるマンパワー不足となる可能

性があります。高齢者救急への対応、さらなる回復期（包括期）への対応強化が求められます。

以上が当圏域での「将来需要と想定されるリスク」となりますが、圏域単独のみというより、これは全県的な課題であると考えられることから、引き続き皆様方と協議、連携してまいりたいと考えておりますのでよろしくお願い申し上げます。

資料2は以上となります。

<平岡議長（御坊保健所長）>

事務局から現行の地域医療構想の評価についての説明ありがとうございました。事務局の説明を受けて、ご質問、ご意見ありましたら順次発言をお願いいたします。いかがでしょうか。よろしいですか。資料の最後のページの左側が、コンサルの方で解析してもらった当圏域の課題ですので、説明ありましたようにご確認くださいと思っています。ご意見ないので、次の議題に参ります。

次に議題3「新たな地域医療構想に係るガイドラインおよび策定に向けたスケジュール」について、事務局よりご説明をお願いします。

<事務局（御坊保健所 音無主査）>

それでは資料3「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、説明させていただきます。

資料1ページ。新たな地域医療構想の概要についてです。

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ます。それに伴いまして、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ます。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、今年度から開始しております。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きます。

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、そして高齢者救急の受入体制の整備に向けた協議を行います。

その他、外来医療提供体制や在宅医療の受け皿整備、介護との連携、地域における医療人材の確保に取り組んで参ります。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っていきます。

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ました。

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もに、2040年に向けた必要病床数の推計を行います。

資料2ページをご覧ください。

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です。

当初の想定より遅くなっていますが、7月3日に国からガイドラインが発出されました。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おりますが、県としましては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、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まして、令和10年度から新構想の取組を開始出来ればと考えております。

具体的なスケジュールにつきまして、今年度、構想区域の見直しを行います。

構想区域が決まりましたら、その区域毎に必要な病床数の算出を行います。

また、今年度の秋頃の予定となりますが、病床機能報告と併せて、医療機関機能報告が新たに開始されます。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きます。そして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します。

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まいります。新たな地域医療構想の医療計画への反映につきましては、次の第9次医療計画策定時、令和12年になりますが、適切に反映してまいります。

続きまして資料3ページ。構想区域の役割について説明させていただきます。

ガイドラインでは2つの役割が示されております。

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・集約化の協議や取組を行う単位として、設定するよう示されております。今後、人口減少等が進み、医療需要が減少してくる事も想定されますので、一定の急性期需要が生じる単位で急性期拠点機能を担う病院を確保・維持できるように設定する必要があるといった点で、2040年時点の人口規模として、20万人以上を目安としながら検討するよう言われております。

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まして、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おります。人口減少や医療機関数、流出入などを踏まえて、適切な規模で設定するよう言われております。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のデータ分析を行っているところであり、現状を確認したうえで、構想区域については今後協議させていただいたうえで、適切な区域設定を行いたいと考えております。

続いて資料4ページです。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きます。まず、概要についてですが、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おります。医療機関の皆様には、担っている医療機能や診療実績を報告いただき、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まして協議を行い、役割分担の明確化を図る形となります。

2040年において担う医療機能につきましては、ガイドラインでは、2028年度（令和10年度）までに決定することとされており、和歌山県としては、スケジュールのところでもご説明したとおり、来年度2027年（令和9年度）を目途に決定出来るよう協議を進めてまいります。

次に資料5ページ。医療機関機能についてです。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、高齢者等の救急搬送受入れや、入院早期からのリハビリや退院調整などを行う「高齢者救急・地域急性期機能」、2つ目が、手術や救急医療等の医療資源投入量の多い症例を集約化した医療を提供する「急性期拠点機能」、急性期拠点機能につきましては、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ります。こちらにつきましては、構想区域の見直し後、構想区域毎に拠点数を設定してまいります。

また、4ページにも書いてあったのですが、高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能については、医療資源を多く要する医療や高齢者救急の役割分担を明確化するため、両機能を兼ねることは出来ないとされています。

3つ目が、在宅医療や介護施設等と連携した24時間の対応や、入院対応を行う「在宅医療等連携機能」となっており、こちらにつきましては、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おります。

4つ目が、集中的なリハビリを提供する医療機関や、一部の診療科に特化した地域ニーズに応じた診療を行う「専門等機能」となりまして、地域に根ざした診療を行う診療所などが該当してきますが、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きます。

この他、大学病院本院は、地域毎に確保する医療機能を報告するのではなく、広域的な観点としての医療機関機能として、医育及び広域診療機能を報告いただく形となり、県と必要な連携を行っていくこととなります。

続きまして資料6ページです。医療機関機能報告の報告項目についてですが、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ります。秋頃に調査の依頼が国から届くと思いますが、詳細につきましては、マニュアルや手引き等に沿って報告いただく形となります。

続きまして資料の7ページです。医療機関機能の確保に向けた協議の進め方についてです。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入、診療実績などから、構想区域内の急性期拠点数を設定します。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、協議し決定します。決定後に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っています。

続いて資料8ページです。急性期拠点機能を担う医療機関についてですが、急性期拠点機能を担う医療機関の数は、先ほど説明したとおり、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」が目安となります。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りますので、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ます。今後、構想区域の見直しを行い、急性期拠点数を決定した後、急性期拠点病院の決定を行うこととなりますが、協議が調わない場合の考え方もガイドラインで示されており、病院間での意見交換の場の設定や、医師派遣等を行う大学病院本院も交え、人材確保の見通しを踏まえたうえで、協議を行うこととされております。それでもなお、調わない

場合には、各データや大学病院本院の協力も得ながら、都道府県が方向性を決定する事とされております。

資料 9 ページ、高齢者救急についてです。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おります。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ます。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ります。

資料の 10 ページですが、慢性期の医療提供体制の一体的な確保についてです。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ります。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を行ったうえで、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おります。

資料の 11 ページです。在宅医療等連携機能を担う医療機関の役割についてです。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おります。

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ります。

資料 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です。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います。

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います。慢性期の医療需要に対しまして、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角性を検討します。方向性が決まりましたら、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ります。

資料 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おります。今後、人材の確保がますます困難となることや、症例数の減少が見込まれる中、医療提供体制の維持や医師の育成の観点からも、都道府県と大学病院本院で密な連携が必要となることが言われております。今後は、県内全体の取組状況を整理し、共有を行い、地域医療構想に沿った医師派遣が可能となるような取組を進めていく必要もあります。

資料 14 ページの病床機能報告についてです。これまでの 4 つの機能区分のうち、回復期機能につきましては、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ました。病床機能の報告につきましてはこれまで同様、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りますが、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、報告をお願い致します。留意点としまして、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、ご報告お願いいたします。

資料 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おりますので、ご確認いただければと思います。

資料 17 ページ。2040 年の必要病床数についてです。構想区域が決まりましたら、構想区域毎に必要な病床数の算出を行います。算出式の考え方としまして、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します。改革モデルにつきましては、後ほどご説明します。算出後に協議を行っていく留意点として、高度急性期及び急性期の病床については、同じような急性期病床であっても、高度急性期としてカウントする割合に、都道府県や病院ごとの解釈の差が大きいことや、高度急性期と急性期を切り分けて報告、運用基準を厳密に適用する事が医療機関にとって大きな負担となっていることから、協議を行う際は、高度急性期と急性期の病床数を一体として取り扱うこととされています。

また、今後の人口推計や受療率の変化を反映させるため、医療計画の見直しのタイミングにあわせ、2030 年と 2036 年に必要病床数の見直しを行います。

資料 18 ページです。2040 年の必要病床数の算出についてです。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ります。今年度実施しています病床数適正化支援事業につきましては、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います。

次に、改革モデルの効果ですが、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まして、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ただきます。改革モデルを踏まえた病床稼働率につきましては、全国の病床稼働率から、低い病床稼働率を除いた中央値より算出した高度急性期 78%、急性期 83%、包括期 87%、慢性期 92%となります。この稼働率に、医療 DX 等の取組による効率化分として、高度急性期と急性期がプラス 1 %、包括期がプラス 2 %、慢性期がプラス 0.5%をそれぞれ加えた稼働率で必要病床数が算出されます。

資料 19 ページ。病床整備の考え方についてです。病床整備の方向性としましては、入院医療の需要が長期的に減少していくことが見込まれますので、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ります。

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ります。今後の病床整備の留意点としまして、病床機

能報告と必要病床数の算出方法は異なる点に留意するとともに、今までの取組と同様、増床しなくても既存の病床を有効活用することで対応できないかの検討や、また構想区域の統合により広域化を行った場合、構想区域内で地域差が見られることもあるため、構想区域全体で一体的に判断するのではなく、構想区域の中でも特に必要性が見られる地域において増床等の病床整備を行うといった対応を検討することが重要となってきます。

最後に資料 20 ページ。関係者に期待される役割等についてです。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まいりましたが、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まいります。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りますので、引き続きどうぞよろしくお願い致します。

長くなりましたが、資料 3 の説明は以上となります。

<平岡議長（御坊保健所長）>

ありがとうございました。ガイドラインのボリュームがたくさんですけど、エッセンスを中心にまとめたものがこの資料という形になるかと思います。いろいろ盛りだくさんなところもありますし、冒頭申し上げました医療機関機能報告が新設されたというところでは、医療機関の皆様が報告のご負担をおかけすることになると思いますので、検討と協力をお願いできればと思います。

また、在宅医療のニーズも増える、それに基づいて、慢性期の医療提供体制の一体的な確保というところで、療養病床、在宅医療、介護保険施設の 3 つの居場所については、定期的に機能を勘案して患者さんを配分していくというようなことを地域で考えていくのかなというふうに思います。

この事務局の説明を受けまして、ご質問、ご意見ございましたら順次発言をお願いしたいと思います。

<岩崎委員（印南町住民福祉課長）>

座ったままですいません。印南町の岩崎です。いつもありがとうございます。少しイメージが付き辛く、できましたら具体的な形で教えていただけたらと思います。

例えば 5 ページにありますように、構想区域ごとの医療機関機能というところで、今までの感じとは少し違ってきていると思いますが、そのイメージとして、今の急性期の区分で、急性期の拠点機能と在宅医療の連携機能というのが回復期と合わせてあるのかというところと、例えば 20 万から 30 万人ということが何回か出されていたかと思うのですけれども、そうなると、この圏域に急性期の病院というよりは、30 万人となれば県内でも 3 つか 4 つぐらいにしかないと思うのですけれども。例えば御坊圏域で急性期の治療が受けにくくなるという想定でしょうか。この急性期拠点機能について、具体的なイメージというのがあれば、教えていただけたらありがたいと思っております。

<平岡議長（御坊保健所長）>

これはどうしますか。事務局から説明しますか。

<事務局（御坊保健所 音無主査）>

そうですね。何かこうガラッと変わるわけではなく、人口 20 万から 30 万というのも、今国の方で言われている数字でして、仮にこの圏域の構想区域がどこの区域とも合併しなかったとしたら、5 万人ぐらいとなるわけですけども、地域の実情に応じてそこを小さくして 1 箇所、拠点機能を作るなどの話は出ていません。20 万から 30 万という数字が出ているだけですが、急性期医療を受けることができなくなるような話ではないので、今担っている役割、ひだか病院や北出病院がありますが、それらがたちまちなくなるなど、そういうわけではありません。今決まっているのはそれぐらいです。以上です。

<平岡議長（御坊保健所長）>

この 20 万という言葉ですね、独り歩きというか、分かりやすいですから昨年来ずっとこの数字は皆さんも目にされていると思いますけれども、よく文章を読むと、人口規模のみに関わらず、という形での部分の記載はあるのかなというふうに思います。構想区域の再検討というのを県庁の方でも進めているようですので、その情報が入ればそれに準じて、圏域内でも考えていくという形かと思います。

後は高齢者救急の考え方というところですね。先の現行の医療構想の評価の中でも、2030 年までは後期高齢者が増加するというお話あったかと思いますが、後期の中でもさらに 85 歳以上という、2060 年ぐらいまで全国的に増えるのではないかという指摘もあつたりします。消防にちょっとお聞きしてもいいですか。実際は高齢者の救急の数というのは増えているというようなことは感じられますか。

<杉谷主幹（日高広域消防）>

日高広域消防の杉谷といいます。

高齢者救急は確かに増えているというのはそのとおりだと思うのですが、以前から救急自体は高齢者が多いと考えています。今、全体的に救急件数が年々増えている状況で、昨年は少し理由がわかりませんが、いつもよりも若干減少はしています。今年はどうかと言いますと、今のところ横ばいというところですけど、今年が終わるまではわからない状況ですが、その中でもやはり高齢者は多いという認識です。また CPA 患者ですけども、高齢者が増えている。数字的なものがまだ出せないですが、そのように感じています。

<平岡議長（御坊保健所長）>

ありがとうございます。御坊市消防もお願いします。

<黒田課長（御坊市消防本部救急救助課）>

御坊市消防の黒田といいます。いつもお世話になっています。御坊市も日高広域さんと同様に高齢者救急が増えている感じを私は持っています。年々救急件数は増えていたのですが、昨年は日高広域さんとも言われていたとおり、御坊も減っている状況でして、ただ年々増えているというのが正直な感想です。以上です。

<平岡議長（御坊保健所長）>

ありがとうございました。印南町からご質問ありました医療機関機能についてですが、資料5ページになろうかと思えます。これについて、専門等機能で一番下にある項目については、これは基本的には有床診療所で事務局よかったですか。

<事務局（御坊保健所 音無主査）>

有床診療所だけに特化した話ではなく、病院も含まれます。

<平岡議長（御坊保健所長）>

（上記2つの医療機関機能に当てはまらない、一般病院）主にというところかもしれません。それから大きく今回の医療構想の中でテーマになっているのが、上2つの高齢者救急・地域急性期機能と急性期拠点機能というところですが、その二つは両方とも標榜することはできないという一方で、在宅医療等連携機能については併せて報告できることが可能だということを留意いただけたらと思います。

それ以外ご質問等いかがでしょうか。よろしいでしょうか。他にご意見等ないようですので、次の議題に参ります。

では、議題4「令和7年度かかりつけ医機能報告」について、事務局より説明をお願いします。

<事務局（御坊保健所 音無主査）>

それでは、資料4「令和7年度かかりつけ医機能報告」について説明させていただきます。

資料1ページをご覧ください。令和5年5月に、「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」、いわゆる全社法という法律が成立し、かかりつけ医機能報告制度が創設されました。この法律により、ここに書いてありますとおり、かかりつけ医機能について国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築しまして、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映することが定められました。

2ページをご覧ください。この報告制度の流れを説明します。

まず、毎年1～3月にかかりつけ医機能報告の対象医療機関である歯科診療所及び特定機能病院を除く全医療機関が、厚労省のG-MISというシステムで報告事項を入力します。報告事項には、法律の条文の番号をとりまして、1号機能と2号機能というものがあります。報告内容の詳細については、資料の後ろのほう19～28ページに載せておりますので適宜確

認してください。本日は時間の都合上、1号機能と2号機能の詳細については説明できませんが、ご了承ください。この報告内容は全国民が医療情報ネット（ナビイ）というインターネットのサイトで見ることができます。もうすでに実際にナビイを開くと、かかりつけ医機能報告の内容が反映されています。

その一方で、行政サイドとしては、かかりつけ医機能報告の結果にもとづいて、協議の場を開催する必要があります。これは医療法で定められた協議なので、必ず開催する必要があります。ありまして、協議結果を公表する必要があります。本日この後、短い時間ではありますが、協議の場を開催しまして、ご意見をいただく機会を設けさせていただきますので、よろしく願いいたします。

3ページ目をご覧ください。これは令和8年度のスケジュールになっております。まず4月に県医務課から保健所向けの説明会がありまして、そして5月には医務課と御坊保健所による管内市町向けの説明会を開催しました。その際、市町の皆様方から6月10日を目的に、地域の具体的な課題を保健所へ提出していただくよう依頼しました。その具体的な課題とかかりつけ医機能報告のデータをもとに、保健所のほうで協議の議題や会議体の調整を行い、7月9日に開催されました日高在宅医療サポートセンター運営会議にて、2号機能に係る実務者協議を行っております。会議体のメンバーは、主に市町の介護保険担当課職員と日高在宅医療サポートセンター、そして御坊保健所です。これを2号機能に係る協議の場として位置付けさせていただきました。そして本日ですが、本調整会議にて、1号機能と2号機能の協議の場を設定させていただきましたが、7月9日の実務者協議には、医療関係者が入っていないため、医療関係者の入った本調整会議において、2号機能を協議させていただくこととさせていただきました。この後のスケジュールですが、県医務課に保健所のほうから協議結果を報告し、12月には県HPで協議結果が公表される予定となっております。そして、医療法に基づきこの流れを毎年繰り返すことになります。

次に4ページ目をご覧ください。1号機能の結果を説明させていただきます。

次に5ページをご覧ください。時間の都合上、1号機能の有無についてのみ紹介させていただきます。1号機能はほぼ一般診療を指すという認識をいただければと思います。黒囲みの箇所が御坊圏域ですが、グラフを見ていただきますと御坊圏域が県内で一番高い結果となりました。

なお、1号機能が有りになる要件は資料右上に記載しておりますように、星印3つ全てを満たす場合に1号機能が有りというふうにG-MISで自動的に判定されます。星印1つ目の院内掲示による公表は、報告時点で掲載していなくても、報告後すみやかに掲示する場合は、実施しているものとして報告できることが国から示されておりますので、日高医師会様におかれましては、会員の皆様への周知につきましてご協力いただけますと幸いです。

資料6ページ目をご覧ください。1号機能のうち、電子処方箋の発行体制についての結果を掲載しております。発行体制有りが11医療機関で16%、発行体制無しで意向ありが18医療機関、これが26%です。なお薬局についても記載していますが、これはかかりつけ医機能報告ではなく、厚労省のホームページからの数字となりますが、32機関中29機関が体制有りで90%ございました。

なお、一部の医療機関や薬局から活用実績を聞き取りさせていただきましたところ、電

子処方箋の発行実績や薬局での取扱実績はほぼないことが判明したことから、今年の1号機能に係る議題は、電子処方箋について取り上げさせていただくこととしました。

続いて7ページです。電子処方箋の施設別導入状況を表しておりますが、赤字の箇所が御坊管内の数字となります。これを見ますと、導入率は薬局以外において、黒字で記載の県平均をそれぞれ上回っておりますが、それでも1割台～2割台と低調であることが分かります。この数字は資料の下の方に米印でも記載しておりますが、あくまで導入状況であり活用実績ではございません。

また、社会保険診療報酬支払基金が運営する医療機関等総合ポータルサイトから利用申請済（オンライン資格確認、電子処方箋）の医療機関であるため、オンライン資格確認や電子処方箋の体制はあるものの、ポータルサイトからオンライン資格確認や電子処方箋の利用開始申請をしていない医療機関は含まれていないのでご注意ください。

資料8ページをご覧ください。電子処方箋についての概要を説明させていただきます。電子処方箋は厚生労働省が推進している「医療DX令和ビジョン2030」の取組みのひとつで、2023年1月26日から本稼働されております。資料上部の赤枠の箇所を御覧ください。電子処方箋はオンライン資格確認の仕組み（オンライン資格確認等システム）を基盤とした電子処方箋管理サービスを通して、医師・歯科医師、薬剤師間で処方箋をやり取りする仕組みです。医師・歯科医師が処方箋を電子処方箋管理サービスに送信し、薬剤師がその処方箋を薬局のシステムに取り込み、お薬を調剤します。お薬を調剤した後、薬局は調剤結果を電子処方箋管理サービスに送信します。調剤結果は重複投薬や併用禁忌がないかのチェックなどに活用されます。

資料9ページをご覧ください。電子処方箋・引換番号付き紙処方箋・通常の紙処方箋の違いについて、説明させていただきます。電子処方箋に対応している医療機関では、処方箋の発行形態として、電子処方箋または紙の処方箋を選択することができます。なお、紙の処方箋を選択した場合には、真ん中の引換番号付き紙処方箋または右端の通常の紙処方箋が発行されます。電子処方箋管理サービスに処方情報が登録されるのは、電子処方箋と引換番号付き紙処方箋を発行した場合です。なお、左は電子処方箋が発行された際に患者に渡される処方内容（控え）ですが、これ自体は処方箋原本ではありません。電子処方箋を発行された患者さんがマイナポータルから処方内容を確認できるため、処方内容（控え）が不要な場合、医療機関は処方内容（控え）を渡さない場合もあります。そして、薬局でマイナンバーカードで受付する場合、処方内容（控え）は使用しません。医療機関で電子処方せんを選択した後、薬局で資格確認書により受付する場合、調剤を受けるために処方内容（控え）に記載された6桁の引換番号が必要になります。

次に資料10ページをご覧ください。電子処方箋の導入・運用には、初期費用、既存システムへの変更費用、保守費用、運用変更等に伴う負担が発生することから、補助金制度や税制措置を活用することで導入費用の負担軽減を図ることが可能です。

また、令和8年度診療報酬改定におきまして、電子処方箋を含む医療DX推進などに関する評価が設けられており、以下の3つの加算を掲載しております。近畿厚生局への届出状況によりますと、電子的診療情報連携体制整備加算については、管内2病院と35診療所、電子的歯科診療情報連携体制整備加算は管内9つの歯科診療所、そして遠隔電子処方箋活

用加算、これはオンライン診療を実施している医療機関向けですが、管内では届出はなく、県内 14 診療所が届出されておりました。

次に補助金の制度ですが、医療情報化支援基金（通称 ICT 基金）による補助もありますが、これについては後ほど説明させていただきます。

また、税制につきましては、本日は時間の都合上説明は省略いたしますが、13 ページに記載しておりますので適宜ご参照ください。

資料 11 ページ目をご覧ください。こちらは薬局において利用可能な制度です。電子的調剤情報連携体制整備加算は 32 の薬局中 26 薬局が届出されておりました。

12 ページです。先ほど説明しました導入補助ですが、国の医療情報化支援基金を活用した補助金は、当初令和 7 年 9 月までの導入を対象に補助されていましたが、導入状況に鑑み、1 年延長され、令和 8 年 9 月末までの導入を対象に初期導入費用の一部が補助されております。令和 8 年 10 月以降の補助の取扱いについては、令和 8 年夏までにとりまとめられる電子カルテ共有サービスの普及計画を踏まえて、電子処方箋と電子カルテ共有サービスが一体的に導入が進むよう、改めて補助の取扱いが検討されます。

なお、薬局における補助対象とする導入期限は、令和 8 年 9 月までの延長が最後となりますのでご注意ください。

また、資料右肩に記載しておりますが、本県の補助金は令和 6 年度、7 年度ありましたが、令和 7 年度で終了しております。

資料 14 ページ目をご覧ください。令和 8 年度診療報酬改定について、電子処方箋の発行や調剤情報の登録等に関する要件が診療報酬上の評価に位置づけられました。電子処方箋の発行体制や調剤結果の登録体制の整備状況は、診療報酬上の評価区分の要件の一つとなっています。資料赤枠の箇所に、近畿厚生局に届出している病院数や診療所数、薬局数を記載しておりますので参照してください。

なお、医科の加算 3 につきましては、電子処方箋に対応していない医療機関が届出できる加算となっております。右のほうに施設基準 1 から 10 まで書かせてもらっているのですが、加算 3 は 1 から 7 まで全て満たせば初診時に月 1 回 4 点加算できるということです。本日は、施設基準の細かい説明はしませんが、多くの通知や Q&A が国から出ておりますので、医療機関、薬局の皆様におかれましては算定にあたり、十分にご留意ください。

それを踏まえまして、前置きが大変長くなりましたが、1 号機能の課題整理シートとなります。資料 15 ページです。（1）地域の具体的な課題から（5）地域で目指すべき姿まで、事務局のほうで協議のためのたたき台を一旦作成しております。これにつきましては、後ほど質疑応答の際に、出席者の皆様の御意見をいただければ幸いです。

資料 16 ページをご覧ください。2 号機能に係る市町から報告のあった地域の具体的な課題とかかりつけ医機能報告データです。今回黄色の箇所になりますが、今回は 2 号機能のロとハに、レスパイト入院のことが挙げられていましたので、これまで日高在宅医療サポートセンター運営会議などでも議題として挙げられなかったレスパイト入院に関するものを議題として設定させていただきました。

資料 17 ページが協議のたたき台の資料で、1 号機能と同じように、こちらでまとめております。7 月 9 日に開催されました日高在宅医療サポートセンター運営会議にて、主に市

町の介護担当者による協議が行われた結果のまとめです。市町や地域の介護支援専門員の声としては、管内病院のレスパイト入院の運用方法（対象や流れ等）が分かりづらいといった声がありました。病院のホームページに、自身の病院でのレスパイト入院に関する詳細を掲載している病院から、一部掲載している病院、全く掲載されていない病院などさまざまであり、市町からは各病院の運用方法が分かれば支援しやすくなるということで、方策1から3までを考えました。これにつきましては、後ほど、出席者の皆様方と協議できればと考えておりますので、御意見をいただきますようお願いいたします。

最後に資料18ページです。これまでのまとめですが、今年度議題とした電子処方箋とレスパイト入院以外の内容についても重要な事項が含まれることから、来年度以降の協議の場で協議をしたいと考えておりますので、引き続きよろしくお願いいたします。

先ほど申しましたように、19ページからは参考資料として、1号機能や2号機能について、そしてかかりつけ医機能報告が創設された背景について、国の資料を元に載せております。以上となります。

<平岡議長（御坊保健所長）>

事務局から令和7年度かかりつけ医機能報告についての説明がありましたが、本調整会議をかかりつけ医機能報告に関わる協議の場と位置づけさせていただいております。

1号機能及び2号機能について、事務局で協議のためのたたき台をお示しさせていただきました。1号についてと2号についての最後にあります1枚で、主に方策の部分について取り組んでいただくという形だろうと思います。

これをもとに協議できたらと考えております。1号機能について、今回は電子処方箋のお話を挙げさせていただいています。電子処方箋については前回の医療構想の会議でも、少し触れたかもしれませんが、事務局から説明ありましたように、導入率とそれから活用のところが少し違うというお話があります。薬局を中心に導入率は非常に高く、医科も歯科も20%ぐらいの導入率はあるのですが、活用実績がないという医療機関の方ですね。ないという形については、資料10ページに管内に遠隔電子処方箋活用加算も届け出がないと、いうところに記載もしております。

こちらについては、オンライン診療と電子処方箋というのは比較的相性がいいのかなというところもありまして、オンライン診療の届出をされている医療機関がないという背景もあろうかと考えております。そのような点を勘案いただきまして、1号機能については、方策として4つ、医療機関・薬局側のメリット強化とシステム構築・利便性の向上、患者側の理解と意識向上、運用フローの最適化というところの方策を考えておりますが、いかがでしょう、ご意見ございませんか。別の取組みで同じような形が進んだという側面もありまして、薬局の導入率は全国的にも9割近くになっているのではないかと思います。そういう点で山本会長いかがですか。管内の電子処方箋の導入状況について、教えていただけたらと思います。

<山本委員（日高薬剤師会長）>

日高薬剤師会の山本でございます。私が所属している三ツ星薬局におきましても電子処方箋を受け付けたことが今まで 1 回しかございません。記憶が定かではないですが、和歌山市内の医療機関だったと思います。他の薬局がどうかというのは調べておりませんので明確な答えがないところではありますが、やはり受付している件数が低いという認識でございます。管内の薬局が約 90%導入している状況につきましては、いつ電子処方箋が来てもいいように準備しておきましょうというお達しがありましたので進んでいるというところでございます。実際それに対して補助金を出すからということで進んだ経緯があります。

<平岡議長（御坊保健所長）>

すみません。ありがとうございます。

北出は電子処方箋はシステム的にはありましたか。

<重里委員（北出病院長）>

あります。

<平岡議長（御坊保健所長）>

ただ活用しているという状況ではなくて、ということですね。

<重里委員（北出病院長）>

これからというところ。

<平岡議長（御坊保健所長）>

そうですね。はい。ありがとうございます。

8 ページのところにポンチ絵がありますけれども、紙の処方箋と電子処方箋、何が違うのかというところですが、医療機関、歯科医療機関の方から処方箋を出した場合ですね、そのまま薬局に渡るのではなくて、間に電子処方箋管理サービスに登録するということだと思います。熊本地震を出すまでもなく、薬剤情報が医療機関と薬局の方、あるいは患者さんと共有するときに、ローカルのデータだけではなく、クラウド上で管理ができるというところが一番大きいところだと思います。前回当圏域から薬局の卸が撤退したという話を報告したと思いますけれども、地域の中で、薬剤を効率的に管理して運用していく必要性がますます高まっていると思いますので、電子処方箋について、前向きに検討いただけたらありがたいと思います。保健所もサポートさせていただきます。

続いて 2 号機能については、今回レスパイト入院。レスパイト入院は精神科での認知症の周辺症状を和らげるためのレスパイト入院で言葉を使うときもございますが、今回の議題については、介護をされているご家族の負担軽減のためにレスパイト入院を行うという文脈でお話をさせていただきました。方策については 3 つ。各病院は自院のレスパイト入院に関する運用方法等をホームページに掲載していない場合があるようですということ

す。保健所は各病院のレスパイト入院の運用方法を取りまとめて、医師会、地域包括支援センター及び在宅医療サポートセンターと共有させていただきたいと思う、ということと市町の地域包括支援センター、管内の介護支援専門員と各病院のレスパイト入院の運用方法を共有するとともに、介護支援専門員から調整困難な事例として相談があった際は必要に応じて協力、また、介護認定を受けてない患者や家族から相談があれば必要に応じた支援をする、というところを載せさせていただいています。2号機能についてご意見いかがでしょうか。

いつも御坊市にばかり聞いて申し訳ないのですが、御坊市に少しお聞きしたいのですが、レスパイト入院について、地域包括支援センターや介護支援専門員から相談があったりする事例はございますか。

<田中主査（御坊市健康長寿課）>

御坊市の田中でございます。いつもありがとうございます。在宅医療サポートセンター運営会議の方に出席させていただいたわけですが、レスパイトに関しましては、まず病院というよりも、介護保険施設のショートステイを利用することの方が多くと実感的に考えております。そこにおきまして、まず家族や在宅介護支援センター、あるいはケアマネージャーの方から包括に相談があった場合には、まず介護保険施設に調整を取った上で、対応しているということが多いかと思しますので、あまりレスパイト入院でご対応させていただいたという事例は少ないかと思います。以上です。

<平岡議長（御坊保健所長）>

ありがとうございます。コンサルが解析してくれた部分というのは、先に資料でお示したと思うのですが、資料2の3ページ目というのが、その資料になるのですが、上から3段目に慢性期、介護施設、高齢者住宅の需要という形の解析結果がございます。これで見ますと、高齢者住宅が全国平均以下になっているということに対して、慢性期病床や高齢者施設の割合は高いというような解析が出ております。実際、保健所で把握している数としても、実態を反映しているのではないかと思います。今回の2号機能では、医療の側面からレスパイト入院の議題を投げておりますけれど、今御坊市に説明いただきましたように、高齢者施設の空床利用としてショートステイを使うというような形もあろうかと思いますし、介護保険の中でのショートステイを使って、レスパイト需要を満たしているというような側面があろうかと思います。こういうところが、その医療と介護の連携の重要性、特に後期高齢者に関しては、その部分が今後も議論に上ってくると思います。ほかご意見、ご質問いかがでしょうか。追加や異論があれば、この場を使っていただけたらと思います。

<岩崎委員（印南町住民福祉課長）>

座ったままですいません。16 ページに印南町と書いているので、そこですけれども、町では地域ケア会議をやっておりまして、その中で地域でのケアマネージャーさん達に集まっていたいて、これについても協議をした中での意見として、胃ろうやそういう症状を持っている方の受け入れは特養などでできないことはないかもわからないですけど、やはりちょっと気になるというところでレスパイト入院もあるが、どうしたらいいのだろうかという悩みを持たれているケアマネージャーさんもいるところで、今回このような意見が出てきたということです。もちろん特養の空床でも受けてはいただいているんですけども、やっぱりその辺の不安というのが現場の方ではあるというような意見もございます。

<平岡議長（御坊保健所長）>

ありがとうございます。ご発言いただきまして、大変助かります。

なかなか縦割りということもございまして、医療保険と介護保険の部分というのが、現場でも選択が難しいというところもあるかと思いますので、こういう協議の場で議論を尽くしていただけたらと思います。それでは他いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

では、ご議論を尽くしたということで、次の議題に参ります。

それでは、次の議題5「第八次和歌山県保健医療計画の中間見直し」について、事務局より説明をお願いします。

<事務局（御坊保健所 音無主査）>

続きまして議題5「第八次和歌山県保健医療計画中間見直し」について、資料5に基づき説明させていただきます。

従来、本議題は日高地方地域医療対策協議会という別の会議体にて協議してきましたが、両会議体の委員構成がほぼ同じこと、今後新たな地域医療構想が保健医療計画の上位概念となることを踏まえ、今後は地域医療構想調整会議にて協議していくこととしております。

資料の1ページをご覧ください。圏域別検討に入る前に中間見直しの総論的な説明をさせていただきます。

資料の2ページをご覧ください。

県保健医療計画の概要となっております。医療計画は医療法に基づき、都道府県ごとに策定することとなっております。現行の第8次保健医療計画の期間は、令和6年度から令和11年度までの6年間となっております。医療法の規定では計画の3年目に調査等を行い、必要に応じて変更することとなっております。今年度が計画の3年目でありますので、計画の進捗状況などを確認し、必要な見直しを行う必要がございます。医療計画は、一つ前の第7次医療計画から計画期間が6年に変更されまして、それに伴う中間見直しが法整備されました。前回第7次医療計画のときは中間見直しがちょうどコロナ禍でありましたので、国から見直ししなくてもよいと通知が出まして、和歌山県では見直しを行わなかったのが今回が初めての中間見直しとなります。医療計画で定める主な事項としましては、2次医療圏や基準病床数の設定、5疾病6事業および在宅医療それぞれに係る医療提供体制の構築、

地域医療構想、外来医療計画、医師確保計画、医療従事者の確保などについて記載されております。外来医療計画につきましては、計画期間が3年間となっているため、来年度からの後期計画を今年度必ず策定する必要がございます。

資料の3ページをご覧ください。

先ほどもありましたように、昨年の12月に医療法等の一部を改正する法律が公布されました。その法改正により、新たな地域医療構想は、これまでの入院医療だけではなく、外来・在宅医療や介護との連携、医療従事者の確保まで包括する地域医療全体の構想となります。それに伴いまして、地域医療構想の位置づけが図の左側になりますが、これまで医療計画に内包されていた位置づけから、図の右側のように、医療計画の上位の位置付けへと変更となります。そのため医療計画は新たな地域医療構想に即して、具体的な取り組みを定める実行計画の位置づけと変更となります。

続いて4ページをご覧ください。

新たな地域医療構想と医療計画の進め方についてであります。図の上の矢印ですが、7月3日に新たな地域医療構想の策定ガイドラインが国から発出されましたので、ガイドラインに基づき、今年度から新たな地域医療構想の策定作業が開始されます。

また、図の真ん中の矢印ですが、第8次医療計画の各事業の中間見直しに係る作業、そして下の矢印ですが、医療計画に内包されている外来医療計画・医師確保計画等の後期計画に向けた策定作業を同時並行で行っていく形となります。そうしたことから、国の検討会、そして地域医療構想のガイドラインにおいても、新たな地域医療構想の内容については、基本的には次の第9次医療計画策定時に適切に反映させていくように言われており、医療計画のうち、5疾病・6事業については個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討、必要に応じて見直しとされております。

続いて5ページです。

先ほど説明したとおり、新たな地域医療構想については、国のガイドラインに基づき、今後策定予定となっております。そのため、今回の医療計画中間見直しにおいては、全面的な計画の改定は行わず、早急に対応が必要なポイントを絞った見直しを行うとともに、計画の進捗状況の把握を行い、次の第9次医療計画の改定につなげていきたいと考えております。

見直しを行うポイントについて、1つ目は外来医療計画、医師確保計画（後期）の策定と、今年度改定を予定している関連する計画との整合性を図っていきます。

2つ目は、国の指針の改正点ということで、国から通知のあった指針の改正内容を踏まえた見直しの検討を行います。

3つ目は、計画策定後の状況変化を踏まえた検討ということで、計画策定後の法改正などの内容を踏まえた見直しの検討を行います。

4つ目は、計画で定めている数値目標の達成状況から、評価等を行い、見直しを行います。

5つ目は、その他となるが、計画の本文について、データの更新等は基本的には行わないこととし、必要に応じて各事業の検討部会、これは本庁の担当課で行われますが、議論のうえ、記載内容の追記・更新等を行い、また冊子の再発行は行わず、追記・修正を行う

た計画の改定版については、ホームページに掲載し、周知することとしています。

6 ページですが、福祉保健関連計画に係る関連図であります。今年度計画期間が終了し、改定を行う予定の計画として「薬剤師確保計画」、「わかやま長寿プラン」、「障害福祉計画」などがあり、これら計画の改定内容と第八次医療計画の整合性を図る必要があるため、関連する計画の改定内容に合わせ、必要に応じて医療計画の見直しを行います。

7 ページです。医療計画の策定に係る指針等の全体像です。今回、「精神疾患」、「在宅医療」、「精神病床の基準病床数」で指針の一部改正、外来医療計画、医師確保計画については後期計画策定に向けたガイドラインが別途発出されています。

8 ページです。検討体制について計画策定時と同じように、5 疾病 6 事業及び在宅医療等に係る検討部会と、本日開催しております圏域ごとに関係者が検討を行う圏域別検討会で検討した後、地域保健医療協議会での協議を経て、県医療審議会に諮問し、答申を得る流れとなります。

また、各圏域別検討会については、計画策定時と同様に、介護保険事業計画との整合性を確保するための協議の場として位置付けており、市町の介護保険担当者にも出席いただき、今年度改定を行う第 10 期介護保険事業計画と第八次医療計画の整合性を図る協議の場として位置づけさせていただきます。

9 ページは、当面のスケジュールをつけておりますのでご参照ください。

10 ページは、圏域別検討会で協議する内容としまして、1 点目の医療計画と介護保険事業計画との整合性を確保するための協議として、具体的にお示ししますと、第八次保健医療計画の終期である令和 11 年度末に向けた在宅医療の整備目標と第 10 期介護保険事業計画における介護サービスの種類ごとの量の見込みについて、整合性を確保していくことになります。現時点では在宅医療の整備目標は、国から具体的な推計方法の提示がないため、県医務課においては推計されておられません。つきましては、本日は考え方の部分についてお示しさせていただきました。

資料右下にも記載のとおり、現時点で国からの情報が未定の部分が多いため、2 回目の本検討会を開催する必要がある場合は、委員の負担を鑑み、「書面開催」を予定しておりますので、その際はよろしくお願いいたします。

次から載せている県医務課で作成されました各種在宅医療のデータについては、今日は時間の都合上一つ一つの説明は省かせていただきますが、資料 11 から 18 まで出ております。国の政府統計のデータなので、最新の状況ではないので、一部現状と異なる部分がありますが、ご利用いただければと思います。

資料 19 ページからですが、本日は介護保険事業計画との整合性を確保するための協議の場として位置付けていますので、介護側としての説明をしていただこうかと思います。今日は県長寿社会課から担当の方が来られていますので、よろしくお願いいたします。

<事務局（長寿社会課 山田主査）>

皆さま後ろから失礼いたします。長寿社会課の山田と申します。着座して説明をさせていただきますと思います。よろしく願いいたします。資料 19 ページからでございますけれども、長寿社会課からは大きく二つ、テーマをご説明させていただきたいと思っております。1 つ目が前半ですけれども、介護サービスの提供体制に係る地域課題についてということでご説明をいたします。それから後半は、認知症施策の推進についてということで、ご説明をさせていただきます。次の 20 ページからでございますけれども、介護の方から何を説明するのかいうその背景でございますけれども、1 つ目は先ほど保健所の方からもご説明いただきましたように、今ちょうど 3 年に 1 回の介護保険事業計画の策定というか見直しの時期に来ておりまして、市町村の皆さんもそうですし、県もそうですね、介護部局の方では、この計画の見直しを行っているという状況であります。それからもう 1 つが 20 ページ載せております 2040 年に向けたサービス提供体制等のあり方に関してとりまとめ、国の検討会でこのような提言がされていますということで載せているのですけれども、太字の部分だけ読み上げますと、保健所さんの説明と重なる部分もあるのですけれども、2040 年に向けて 85 歳以上の人口が増加しまして、医療と介護の複合ニーズを抱える者が急増する。こういう中で、地域包括ケアシステムにおいて、これらの者が適切な医療、介護サービスを受けられるように受け皿を確保する必要があります、となっております。続いて 2 つ目のポツですけれども、2040 年に向けて地域における人口構造の変化、これに伴う医療需要と介護需要の変化、そして現在の医療、介護の提供体制の状況とその活用について、医療と介護を組み合わせを考えていくということが重要と書いております。具体的には医療資源、介護資源の状況を地域ごとに見える化する必要があります、それを分析して今後どのように取り組んでいくべきか、考察する必要があるというふうに書かれております。これをさらに具体化した通知というのが 7 月に出たばかりですけれども、そこでは地域医療構想それから保健医療計画、そして介護保険事業計画、これらの計画の整合を図っていくということが求められていると、そういう状況でございます。したがって、今日は整合性を図るということであるのですけれども、今日この場で新たに結論を何か出すというよりは介護をとりまく足元の状況ですね。あるいはその将来の需要予測、人口動態に基づくような需要予測、こういった数字を次のページから、この場にお集りの皆様と一緒に確認をしていくことで、目線合わせをさせていただきたいと、そういう趣旨で今日は説明に参ったという次第でございます。市町の皆様はもうすでにプランを考えていただいている中で、色々な推計をしていただいていると思うのですけれども、圏域単位で今回ご説明をしたいと思っていますので、圏域単位ではどうなっていくのか、足元どうなるか、今後どうなっていくのかといった視点でお聞きいただければと思います。

では 21 ページですけれども、3 つに分けてご説明をさせていただきます。まずは人口推移から見た地域の将来像ということでございます。22 ページから説明をさせていただきます。これも保健所さんの説明と重なるところがあるのですけれども、高齢者全体の人口は今ちょうど 2 万人弱ぐらい、これが 2026 年最新の数字でございますけれども、日高圏域で、高齢者が 2 万人弱いらっしゃるという状況でして、これが 2030 年になると、2 万人を少し

超えるぐらいまで増える想定になっておりまして、一方で2030年を過ぎますと減少に転じるということでございます。よって、概ね高齢者の母数自体は減っていくということになるわけですが、一方でこの棒グラフの灰色のところですが、これが85歳以上の人口を示しているのですけれども、現在ちょうど4,000人ぐらいですが、高齢者人口全体は2030年がピークですが、85歳以上は2040年がピークということで、あと15年ぐらいかけて4,000人から5,300人くらいまで高齢者の方が増えていくということが見込まれております。つまり3割ぐらい増えるということでございます。

続いて23ページでございます。85歳以上の方というのはどういう方かというのを介護認定とサービスの提供状況から考えてみたのが、この23ページになるのですけれども、御坊日高圏域では、この棒グラフですが、85歳以上の方はどういう方かという、60%つまり3分の2ぐらいの方は何らかの介護認定を受けているということになります。具体的にどういう認定を受けているかというのが、下の表になっているのですけれども、要介護1、2、3、4あたりはあまり変わらないのですけれども、中でも一番人数が多いボリュームゾーンは要介護1の方です。85歳以上だと要介護1の方が人数としては一番多いということになっております。では要介護1の方が具体的にどんなサービスを受けているのかというのが次の24ページになります。これ見ますと要介護1の方、これは御坊日高圏域だけで出すのが大変だったので、和歌山県全体の動きにはなるのですけれども、要介護1の方は大体7割以上が在宅サービスを受けている方です。居住系や施設に入られている方は割合としては少ない、在宅サービスを利用している方が多い。具体的には訪問、通所のサービス、ヘルパーさんなどですね、通所リハといったものです。先ほどから言葉が出ています短期入所、ショートステイなども在宅サービスですし、福祉用具や住宅改修、こういったものも在宅サービスということになります。よって今後こういった在宅サービスを活用する方が、特にニーズとして増えていくということが予測されます。

次の25ページですが、高齢者はこういうふうが増えていくということですが、若者と比べた時にどうなるかというのが、こちらのグラフになっております。まずは折れ線グラフを見ていただきたいのですが、こちらのグラフは、ずっと減っている青の方が生産年齢人口であります。いわゆる15歳から64歳の若い人たち、この人たちは今後減少していき、ちょうど2040年には、今ちょうど3万人ぐらいですが、2万2千人ぐらいで、この圏域で生産年齢人口が8千人ぐらい減ることになります。

一方で、高齢者の方は先ほど申し上げたように、2030年ピークでそれ以降減っていくことになるのですけれども、生産年齢人口がそれを上回る勢いでどんどん減っていくということになります。さらに生産年齢人口と高齢者の方の比率というのを計算してみたのが、ネズミ色の棒グラフになっているのですけれども、今はちょうど生産年齢人口1人当たり0.7人の高齢者を支えているという数字になっているのですけれども、これが2040年になると、1人で0.9人の高齢者を支えなければならないというふうになる。そして2050年ぐらいにはこれが逆転して、1人の若者で1.03人の高齢者を支えなければならないということが示されております。これは人口の推計予測で、ほとんど覆らない数字かと思います。とはいえ、今は元気な高齢者の方も多いですし、単純に年齢によって生産年齢人口ということに分けているだけですので、支える側、支えられる側が、年齢によって単純には分け

られるわけではないのですけれども、人数の比率としては、このような予測が出ているということでございます。以上が、御坊日高圏域の人口推移から見た将来予測でございました。

続いて 26 ページですが、サービス受給の将来見込みについて、お話をいたします。説明は 27 ページからでございます。県の計画にも載っている数字ではあるのですけれども、御坊日高圏域でこういった介護保険サービスが何回使われたかという供給量を示しております。金額を出せたらよかったのですけれども、供給量の話になっています。これを見ますと、令和 7 年度、最も供給量として使われているサービスは訪問介護ということになります。続いて通所介護、それから訪問看護、短期入所が続くというような状況になっております。これだけ見てもちょっとわからないので、次の 28 ページでございますけれども、これが全国と比較した時に多いのか少ないのかという話になります。これが介護 SCR と言いまして、レセプトの出現回数を数えて比較したものですけれども、単純にこの回数を比較するだけだと、大きな市町村ほど大きくなるということにしかならないので、人口規模や性別、年齢構成を補正して比較したデータということになります。このレーダーチャートのうちオレンジがちょうど 100 になっているのですけど、これが全国平均を示しております。御坊日高圏域ではどうなるかというのも青のところになります。そうすると日高圏域は全国と比較すると、短期入所（ショートステイ）、それから施設系、施設系というのは、特養や老健などですが、こういったところもサービスの需要が大きいということがわかります。訪問系のサービスは逆に、全国と比べると少ないと、へこんでいるので少ないということになります。先ほど訪問介護の利用回数が多いというふうに申し上げたのですけれども、全国と比べるとこの圏域は少ない方であるということがわかると思います。これが良し悪しなどという話ではなく、こういう特徴のある圏域というふうにご理解いただければと思います。

続いて、29 ページでございますけれども、これは事業所の所在地ベースで見た時の介護 SCR ですけれども、前のグラフは利用者の住所地ベース、この御坊日高圏域に住んでいる方が多いのかということで、レセプトの出現回数を示したものだということですけども、こちらは事業所ベースのデータとなります。つまり、先ほどが需要だとすれば、このデータは供給とお考えいただければと思います。需要と概ね一致しているわけですが、やや面積が先ほどのグラフと比べると小さくなっておりますので、サービスの供給というのは、少しその他の圏域に頼っている部分もあるのかなというふうに読み取れると思います。

そして 30 ページでございますけれども、将来の介護サービスの需要予測になります。2025 年を 100%とした時に、各サービスの需要がどれぐらい伸びていくかということを実測した数字であります。需要が下がるサービスはゼロです。すべて伸びていくという予測になっておりまして、サービスによってすごく伸びていくというふうな差もあまりないかなと思うのですけれども、比べて見ますと、今後は施設系や居住系、施設系というのは、先ほど申し上げた特養や老健、介護医療院というところですが、居住系は有料老人ホームやグループホームなどですが、こういったところの需要が特に変化率でみると大きい。2045 年まで増加しているという予測になっております。以上がサービス受給の将来予測のお話でございました。

32 ページですけれども、私の方から最後になりますけれども、高齢者施設等と医療機関の連携強化という話を少しだけさせていただきたいと思います。

説明は 33 ページからでございます。これは参考資料ですけれども、全国における自宅での死亡率です。場所別の死亡率を見てみたのですが、ちょっと全国比率のところがデータがなく申し訳ないのですけれども、和歌山県は実は全国でもトップクラスで、自宅で亡くなる方の割合が高い県になっております。

続いて 34 ページでございます。こちらが和歌山県における場所別の死亡率の推移ですけれども、10 年前から比較しますと、ここ 10 年間でどこでお亡くなりになっているのかという話ですが、やはり病院でお亡くなりになっている方が多い。これは高齢者に限らない数字ではあるのですけれども、やはり病院でお亡くなりになっている方が今も圧倒的に多いという状況でございます。10 年前と比べると、病院以外の場所で亡くなる割合が 10%ほど増え 40%となっている。残りの 60%が病院で亡くなっておりまして、微増傾向ではあります。したがって病院以外の在宅や介護施設において看取りや救急という医療対応の必要性が今すでにどんどん増加しているということが、ここからわかるかと思います。

このような状況を受けて 35 ページでございますけれども、令和 6 年度の介護報酬改定で、このような加算といいますか基準が追加されました。これは高齢者施設における急変時の対応を念頭におきまして、高齢者施設と協力医療機関との連携、これを強化していくという趣旨の改定が行われております。具体的には、例えば高齢者施設で急変があった時に、すぐに救急車を呼ぶのではなく、協力医療機関と連携の上、その場で対応できるものは対応していくと、そういう趣旨であると理解をしています。近隣の医療機関とあらかじめ何かあった時の協定を結んでおくというような内容になっておりまして、中身は細かくなるので簡単に申し上げますが、例えば、高齢者施設の入所者が急変した場合に、医師や看護師が相談対応できるような体制を常時確保しておくということや、診療の求めがあれば対応できるよう常時体制を確保しておいてもらう、あるいは入院が必要となれば原則として入院を受け入れてもらうことなどについて、事前に協定を結んでおいてください、そのような制度がすでに始まっているということになります。現在こういう協定を結んでくださいということが、介護保険施設の方に書かれているわけですが、これが現在経過措置期間中ということになっていまして、一部の施設（特養や老健、介護医療院、養護老人ホーム）については令和 9 年 3 月末までに協力医療機関との協定を締結するということが義務付けられているという状況です。

最後の 36 ページです。協定の締結がなかなか進んでいないというのが、今国でも問題視されていまして、自治体の方にもサポートしていただきとお達しが来ている状況です。なるべく新しい数字をとりたいと思ひまして、今年調査をしたのですけれども、協定の締結という点においてこの圏域がどういう状況になっているのかというのがこちらの表になります。ご覧のとおり圏域全体の締結率は 96.4%ということになっておりまして、連携を求められている高齢者施設等のうち 90%以上が体制整備をすでに完了しているという状況が調査によって明らかになりましたので、特段ここから大きな対応を取らなければいけないことはないと考えております。駆け足になりましたけれども、一旦私からは以上でございます。続いて、認知症施策の推進について、37 ページからの説明になります。プレゼンターを変わ

らせていただきます。

<事務局（長寿社会課 神崎主査）>

引き続きすいません、長寿社会課の神崎と申します。今回認知症施策の推進についてということで、介護の方と医療の方で、認知症については連携を図ってくださいというところが、いろんなところで言われている中で、介護の担当として把握している現状を医療の皆さんとご共有できたらということで、今回お時間を頂戴しております。

資料 38 ページです。こちらは現在和歌山県で作成している介護保険事業計画の認知症に関する項目になります。この点は、この中の医療のところについては、和歌山県の保健医療計画と合わせて記載させていただいているというところになります。認知症については、認知症基本法という法律が施行されたことなどを受けまして、医療計画における、国の指針や、介護保険事業計画に係る指針においても、両方において一部改正されておまして、認知機能の低下のある人や、認知症の人の早期発見、診断、治療、診断後支援のためには、地域の関係機関の日頃からの有機的な連携が必要であることや、独居の認知症高齢者が増加していく見込みであることなども踏まえて、地域の実情に応じて、認知症の人や家族の手助けとなる活動を整理することというようなことが、どちらの指針にも記載されている状況になっております。

続いて 39 ページです。圏域別高齢化の状況ということで、人口と 65 歳以上人口、75 歳以上人口、65 歳以上の独居ということで、1 人暮らしの方の率などを載せていまして、県合計の独居率としては 31.7%という形になっております。

続いて 40 ページ。県では認知症疾患医療センターを和歌山県立医大附属病院の本院を基幹型病院として指定しているほか、各圏域に地域型、連携型のセンターということで計 8 センターを指定させていただいています。

41 ページが認知症疾患医療センターの実施状況調べということで、令和 7 年度の鑑別診断の状況を載せさせていただいています。8 センター合計を資料左上に載せているのですが、35%前後の方が軽度認知障害（MCI）と診断されている状況です。

続いて 42 ページは、専門医療相談の実績です。センターに電話や面談という形で相談に来られた件数と、相談されてきた方の所属別内訳を書かせていただいております。割合ですが、医療機関の 31%というのは、基本にご紹介いただいている率になるのですが、それを除きますと家族等が 45%で、本人が 10%です。基本的には家族からのご相談が多いという形になっています。各センターにヒアリング等も行っているのですが、課題感としましては、MCI や軽度認知症と診断された方で、デイサービスなどの介護サービスの利用や介護認定までは不要と判断される方の診断後のつなぎ先をどこにするかや、独居の方についてはなかなか早期で医療につながってもらうことや福祉介護サービスにつながってもらうことが難しい状況にあるようで、そういった方に早く医療につながっていただくにはどうすればいいのかというのを、課題感として持たれています。

43 ページからは各市町で実施されている初期集中支援事業や、認知症カフェ、本人ミーティング、認知症の人が集まって情報交換や交流する場が各市町で設置されていますので、それらの設置状況等を参考資料として載せさせていただいております。

また、市町を含めてこうした地域資源を活用しながら、医療、介護の専門職と地域資源と連携しながら、独居の方をいかに支えていくのかというところが、認知症支援については一つ大きな課題であると、介護の方では感じておりますので、共有させていただきました。ありがとうございました。

<平岡議長（御坊保健所長）>

ありがとうございました。事務局と長寿社会課から第八次和歌山県保健医療計画の中間見直しについて説明がございました。ただいまの説明を受けてご質問、ご意見ありましたら順次発言をお願いしたいと思います。（※発言なし）

山田さんに私から質問です。山田さんの資料 30 ページ、介護サービスの将来需要を当圏域でみていただいて、とても助かる資料を本当にありがたいと思ったのですが、1 つ教えてほしいのが、85 歳以上人口が増えていくという話で、その中では 7 割が要介護 1、要介護 1 の方はほとんどが在宅サービスを使用されているというお話が前段であったかと思います。当圏域で 85 歳以上人口が少なくとも 2040 年までは増えていくとすれば、施設系、居住系の需要が大きくなるよりも、在宅サービス系が増えると思ったのですが、30 ページのグラフを見ると施設系、居住系の需要が高くなっていくという試算が出ているので、そこについて教えていただきたい。

<山田主査（長寿社会課）>

ありがとうございます。一見私も矛盾していると思ったのですが、実は変化率はあまり変わらないです。120%が上限ということになっているので、どんぐりの背比べみたいところですが、あえてこの違いを出すのであれば、変化率として一番高いのがここだろうというふうにしておりますので、当然訪問の方も増えていく傾向にはなっております。2040 年まではやはり訪問系も今と比べると 12%ぐらい増えるということになっておりますので、決して訪問が増えないということではないのですけれども、相対的に見て一番変化率が高いのが施設、居住系であるという予測がされているということで、矛盾もしていないと思うのですが、いかがでしょうか。

<平岡議長（御坊保健所長）>

ありがとうございます。縦軸が結構解像度の大きいグラフであったということですね。わかりました。ありがとうございます。他にご質問、追加等ございませんでしょうか。市町からもよろしいですか。これまでの医療構想の会議と比べて、介護福祉の話もたくさん入っているところです。またお持ち帰りいただいて、資料を吟味いただければと思います。

続きまして、議題 6「第八次（後期）和歌山県外来医療計画」について、事務局より説明をお願いします。

<事務局（御坊保健所 音無主査）>

事務局から資料6について説明させていただきます。

本議題についても、先ほど資料5で説明させていただいたとおり、これからは地域医療構想調整会議にて協議することとさせていただきます。

資料1ページをご覧ください。現行の第八次（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ります。

続いて2ページ目をご覧ください。参考として、現行の前期計画を載せています。1の外来医療提供体制の充実ですが、左上と左下の御坊圏域の箇所を赤枠で囲っています。県内では新宮を除き、外来医師多数区域に指定されております。また、地域で不足する外来医療機能として、在宅医療、初期救急、公衆衛生機能として学校医、乳幼児健診、その他として「医療が不足しつつある地域についての開業や在宅医療の対応などへの協力」を設定し、新規開業者にそれら役割を担うことへの協力を依頼しております。2と3については、今回見直しがないことから説明を省略させていただきます。

資料3ページをご覧ください。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す。主な変更点は2つです。

1つ目は「地域外来医療」の公表です。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ましたが、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ホームページ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ありません。

2つ目は外来医師過多区域の設定です。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りました。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りますが、和歌山県においては、外来医師過多区域はありません。

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、必要な見直しを行います。

続いて4ページ目をご覧ください。見直しの方向性です。外来医師偏在指標です。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しますので、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されます。

次に5ページ目をご覧ください。

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ます。御坊医療圏では、現計画で、在宅医療、初期救急、学校医と乳幼児健診、その他地域医療として対策が必要と考えられる外来医療機能としては、医療が不足しつつある地域での開業や在宅医療の対応への協力を位置付けております。そして次期計画においても引き続き、現計画を継続する予定としておりますが、この部分につきましては、事前に日高医師会様に意見照会をさせていただきました。ピンク色の箇所ですが、在宅医療、初期救急については次期計画においても継続ということで御意見をいただいております。次に学校医ですが、内科校医は30名で充足、眼科校医は5名で複数校を兼任している状況、耳鼻科校医は2名で全く不

足している状況との意見でした。よって次期計画においても継続していきたいと考えております。

次に乳幼児健診は、今年の4月から、御坊市を除く管内5町合同による健診（4か月児、10か月児のみ）が開始され、医師の負担はある程度緩和されているものの、今後対応医師の減少も考えられ、担い手の確保が必要とのことです。これにつきましても、次期計画において継続していきたいと考えております。

次に産業医ですが、現計画に位置付けてはおりませんが、現在の状況を把握させていただきたく、状況をお聞きしました。御意見によりますと、日高医師会所属の7名の医師が、日高・有田地域産業保健センターに登録されておりますが、産業保健センター以外でも各自で活動されている医師もいると思われることから、人数については把握されていないとのことです。担当の理事の先生によりますと、現時点では不足している認識は無いとのことでした。

続いて予防接種ですが、管内52医療機関で実施されています。予防接種も現計画には位置付けておりませんが、状況をお伺いしますと、充足しているとのことです。

最後に、分娩を取扱う産科・産婦人科ですが、管内ではひだか病院のみで対応されております。これにつきましては、分娩数の減少によりひっ迫しているとは言えない状況との御意見をいただいております。

なお、県内共通ですべての新規開業者へ求める事項になりますが、これは県医務課のほうで協議される内容でして、次期計画においても継続の予定と聞いております。

6ページ目を御覧ください。次期計画の策定に向けたスケジュールです。下の段に御坊保健所のパートがございますが、本日、本調整会議にて圏域別検討会を併せて開催させていただいております。本日の結果につきましては、後日県医務課に報告させていただきます。外来医師多数区域と地域で不足する外来医療機能については、計画の策定に先立って、令和9年1月頃、県医務課において公表されます。

次の7ページから9ページは、令和6年度～8年度の前期計画（今の計画）の圏域編の箇所を、令和9年度～11年度の後期計画に向け、更新をしていきますが、データを赤字で見え消し等しているものを添付しています。

説明は以上です。

<平岡議長（御坊保健所長）>

ありがとうございました。

2ページの地域における外来医療の機能分化及び連携において、紹介受診重点医療機関は、南方先生これは和歌山病院ですか。会議の中でも紹介率等いつも報告いただいていると思いますが。継続できているというふうに判断してよろしいでしょうか。

<南方委員（和歌山病院長）>

はい。

<平岡議長（御坊保健所長）>

最後の3ページですが、医師会の方にはお聞きさせていただきまして、新規開業の先生方へのご要望といいますか、そのあたりは資料にまとめさせていただいたとおりです。

歯科について、もしよければ状況を教えていただけたらと思います。

<栗本委員（日高歯科医師会長）>

歯科医師会の栗本です。学校歯科健診は複数校を兼任して、今のところバランスよくできていると思います。学校数も減少していることから、これからもこのペースでいけると考えています。以上です。

<平岡議長（御坊保健所長）>

ありがとうございます。また担当の方から確認させていただくかもしれませんが、その部分を追記して、(掲載は本課の判断になりますが) 資料作成という形で進むかと思います。他、ご意見の追加ございませんでしょうか。よろしければ、次の議題に参りたいと思います。

議題7「第25回地域医療構想調整会議」について、事務局から説明をお願いします。

<事務局（御坊保健所 音無主査）>

資料7の第25回地域医療構想調整会議（御坊保健医療圏構想区域）ですが、資料1ページのみとなりますが、説明させていただきます。

今日は24回目の会議ということで、次が年度末になりますけれども、令和9年3月25日木曜日、13時30分からこの場所で予定しております。まだ議題は決まっていますが、委員の皆さま方にはお忙しいところ恐れ入りますが、日程の確保をお願いしたいと考えております。

また、本日ご出席いただきました委員以外の出席者の皆様についても同様に出席いただきたく、よろしければ日程の確保をお願いしたいと考えております。それが1点目です。

2点目ですが、資料の下に記載のとおり、今後の新たな地域医療構想は、病床のみならず、外来・在宅、介護との連携、人材確保を含む幅広い概念となっています。

また、新たな地域医療構想が保健医療計画の上位概念になることを踏まえた対応として、地域医療構想調整会議の委員を追加することを検討しております。

これにつきましては、今回の調整会議での議題とする予定です。本日は紹介程度となりますが、資料記載のとおり、委員の追加案としましては、まず御坊市、美浜町、日高町の介護保険担当課です。御坊市、美浜町、日高町につきましては、介護保険担当課と健康づくりを担当する保健担当課が分かれており、現在は保健担当課の担当課長様に、調整会議の委員になっていただいております。

なお、由良町、印南町、日高川町につきましては、1つの課で介護保険担当部署と健康づくり担当部署を兼ねていることから、本日出席いただいている課長様がすでに調整会議の委員になっていただいている状況です。そして2番目の御坊市消防本部様、日高広域消

防組合消防本部様につきましては、従来、日高地方地域医療対策協議会の委員として、保健医療計画や外来医療計画についてご協議いただきましたが、今後は保健医療計画の上に地域医療構想が位置づけられますので、本日のように地域医療構想の会議で保健医療計画や外来医療計画を協議させていただく予定としております。

つきましては、次回の第 25 回調整会議（令和 9 年 3 月 25 日開催予定）での議題とさせていただく予定で進めさせていただき、令和 9 年夏の 1 年後の調整会議から、地域医療構想調整会議の委員としてご出席いただくことを予定しております。以上です。

<平岡議長（御坊保健所長）>

ありがとうございました。それに先立ちまして、先ほどの議題 6 について、医師会長から追加のご説明をお願いします。

<天津委員（日高医師会長）>

日高医師会の天津でございます。お世話になっております。

先ほど資料 6 の 5 ページのところに追加させていただきたいと思います。ピンク色に塗られているところですが、産業医について、現在は何とか充足しているところです。

ただし、令和 10 年 4 月から、従業員数 50 人以下の小規模事業所においてもストレスチェック制度が義務化されるということがありまして、その制度が開始された時にどうなるかは未知数であります。

また、分娩を担う産科がひっ迫しているのかいう問題ですが、天津医院の先生に聞いたところ、現在日高マタニティクリニックと天津医院とで妊婦検診をしており、分娩はひだか病院にお世話になっているということで、今のところ充足していると天津医院の先生は考えております。分娩を担う医師がひっ迫している状態ではないのかどうかというところについて、西森先生のご意見を伺えればと思います。

<西森委員（ひだか病院長）>

今のところひだか病院は私を含めて 3 人の医師がおりますので、なんとかやっていきますけれども、現状としては和医大の医局でも中堅層が全部抜けていって、指導医などが少なくなっている状況です。ひだか病院は私と山本先生が指導医を持っておりますが、もっと中堅の医師に来てほしいというのが本音です。ところが、医局の状況がそういうことで、そういう人まで出したら和医大の医局が成り立たないというのが教授の意見ですけれども、なかなかしんどいところが出てきました。私も年を重ねているので、私が抜けたらそういう先生を出してくれるかというのは少し心配しています。指導医でなかったら専攻医もこちらの方に出してくれなくなるので、少なくなってしまうことはありますけれども、日高地方でお産ができる場所はひだか病院だけなので、何としてでも存続していかないとけないと本当に思っています。

<天津委員（日高医師会長）>

ありがとうございます。

新規開業者に求める外来医療機能の検討ということなのですが、やはり分娩に関わる医師という内容で加えておいたほうがいいと思っています。医師会としては今のところそういう感触を持っています。

<西森委員（ひだか病院長）>

どうしても、先生方はお年を召されると、産科はやっぱり皆さんやめていく人が多いので、やはり若手がもっと頑張っていて、日高で育てて日高に残ってもらおうというパターンを作っていないといけないというふうに思います。

<天津委員（日高医師会長）>

ありがとうございます。

<平岡議長（御坊保健所長）>

これは少し難しいですけど、外来医療計画のこの部分について、事務局にお聞きしますが、これは勤務医の先生は入っていないという認識でいいのですか。

<事務局（御坊保健所 音無主査）>

新規開業者へということなので、新たに開業される先生という話です。

<平岡議長（御坊保健所長）>

ありがとうございます。ということで、天津医院と日高マタニティクリニックの妊婦健診の話については、おそらくここに記載が必要であります。そして分娩が必要な医師の充足という部分については、少し前の話になりますが、新たな地域医療構想に係るガイドラインという資料3の13ページに、大学病院本院による人的協力の進め方という説明が事務局からあったと思います。本日は非常に長時間になっていますので、あまり細かく説明はいたしませんでしたが、県と大学医局の方で人的交渉するというような部分も出てきたと思います。このあたりも上手に使いながら進めていこうかということで、いかがでしょうか。いずれにせよ、当圏域で産婦人科医療がキープできているのは、ひだか病院の産婦人科の先生の頑張りも当然大きいと思いますので、いつまでも頑張ってください。よろしく願います。

それでは今までのところで、ご質問や追加はいかがでしょうか。次回の調整会議について、3月の日程がございますので、ご検討いただきまして、都合が悪い場合は事務局へ連絡いただけたらと思います。次の医療構想、まだ先ですけども、それまでの間は次期に向けて委員を追加するような形で協議の場に入っていただく、特に福祉のところ大きな問題になってくるとは思いますが、それについても進めていきたいと考えております。よろしいでしょうか。

では、年度末でお忙しいところ恐縮ですが、ご予約を入れていただければ幸いです。

ます。最後の議題に参ります。議題8「予防接種事務デジタル化」となっております。調整会議で扱う内容ではございませんけれども、本日皆様お集まりいただいておりますので、この機会に説明をと思ひます。事務局からよろしくお願ひします。

<事務局（御坊保健所 林副主査）>

それでは、資料8「予防接種事務のデジタル化」について、ご紹介させていただきます。よろしくお願ひします。

まず、予防接種事務のデジタル化とは、これまで紙運用で行っていた予診票への記入、請求処理をオンラインで実施する仕組みです。御坊保健所管内においては令和10年度よりデジタル化が開始される予定となっております。このデジタル化に伴い医療機関におかれましては、必ずデジタル化をしなければならないというものではなく、従来どおり、紙運用を続けていただくことも、新たにデジタル化を利用したオンラインでの運用を選択することができるようになります。詳しい説明は今後、市役所・役場より各医療機関に説明を行っていく予定となっております。

デジタル化した場合、医療機関では、住民の方がマイナポータル上で入力したデジタル予診票を、タブレットやパソコンで確認、予診や接種を行い、接種記録を登録することで、そのままオンラインで費用請求を行うことができるようになります。

2ページ目からのデジタル化した場合の流れをご説明します。

まず、接種対象者に、マイナポータルを通じて予防接種の通知が届きます。対象者はマイナポータルにて、接種を受けるワクチンのデジタル予診票を入力します。これにより、医療機関では、対象者が事前に回答した予診票の内容を確認できるようになります。医療機関では、通常の診療と同じように、マイナンバーカードと顔認証付きカードリーダーなどを使って本人確認を行い、その後、タブレットやパソコンで、デジタル予診票を確認します。必要に応じて医師記入欄の修正や特記事項の入力を行い、医師確認欄にチェックを入れた後、予診を行い、ワクチンのコードをスキャンしたうえで、ワクチン接種を実施します。また予診票を入力する際には自動で接種間隔やワクチンの種類など、チェック機能があり、間違いを予防できる仕様となっております。

ワクチン接種後、接種記録を登録すると、その情報をもとにオンラインで費用請求が行われますので、接種記録の登録が、そのまま請求処理となります。

また、窓口での自己負担額は自動的に計算されるため、会計時の事務負担の軽減が期待できます。

なお、接種記録は、当日に登録するだけでなく、後日、医師会などで取りまとめて入力することも可能となっております。

5ページには医療機関で行う業務フローを載せています。予診票の入力から、確認、接種記録の登録、請求までをデジタルで一貫して行うことができます。一方で、必要に応じてデジタル予診票を紙に印刷することもできますので、紙の予診票と組み合わせた運用も可能となっております。詳細については、厚生労働省ホームページにて、説明資料などが公開されていますのでご確認ください。以上で、予防接種事務のデジタル化についての説明を終わります。ありがとうございました。

<平岡議長（御坊保健所長）>

ありがとうございました。これについても、電子処方箋の時に少しお話しいたしましたが、医院が持っておられるローカルの情報、予防接種を受けた時の会計事務の話もそうですけれど、あるいは市町が持っている健康管理システムの情報というものが、クラウドに上がって管理されるという流れの中で進められているものです。

予防接種の履歴について、それぞれ住民の方はマイナポータルで入れますが、マイナポータルは本人認証のマイナアプリというのが1週間ほど前から始まっていますので、それを認証いただいてからマイナポータルに入るというふうに、少しステップが変わっていますのでご確認ください。受益者というか、予防接種を受ける方についてはそういう利点。それから、市町の事務作業の軽減もあれば、医療機関、特に受付で会計事務をされている方の事務負担も減ろうかと思えます。ここで1点追加いたしますけれど、これについては、予防接種履歴は、現行ではマイナポータル経由で見ることができるのは5年間になっております。この予防接種事務デジタル化事業というものがあって、今年の6月以降の予防接種については、死亡後5年間まで閲覧可能というふうに枠組みが変わりました。それが私は一番大きいポイントだと思っています。これはあと2年ほどかけて市町からデータを上げていくのですけれど、予防接種の履歴というものは患者さん本人の財産であろうと思います。これが5年間ではなく永年で見ることができるようになったというのは素晴らしい取り組みであろうと思いますので、追加でご説明をさせていただきました。

以上で予防接種デジタル化に関して、ご質問あるいは追加はございますでしょうか。西森先生いかがですか。よろしいですか。それではこれで、事務局より用意した議題は以上となります。全体を通して追加、ご意見ないようですので、進行を司会に戻そうと思います。よろしくお願いいたします。

<司会（御坊保健所 梅津課長）>

皆様、長時間にわたるご協議どうもありがとうございました。以上をもちまして、本日の会議を閉会といたします。

なお、今回は議題の中にもありましたように、令和9年3月25日に、この場所で開催を予定しておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。年度末のお忙しいなかと思いますが、ご協力よろしくお願いいたします。本日はどうもありがとうございました。