

## 令和7年度甲賀圏域地域医療構想調整会議 議事概要

日 時 令和8年2月12日(木)15:30~17:15

場 所 滋賀県甲賀合同庁舎4-A 会議室

出席委員 別添名簿のとおり

欠席委員 なし

開会あいさつ

- ・ 滋賀県甲賀健康福祉事務所(甲賀保健所) 松原所長

議長選出

- ・ 互選により浅田議長を選出
- ・ 議長あいさつ

【議事】

1. 地域医療構想について

- ・ 事務局から P.2~3に基づき説明。構想の目的、位置付け、構想区域を報告。

2. 報告事項

1) 当圏域の医療機能の分化と連携

(1) 病床機能・病床数

- ・ 事務局から P.4~8に基づき説明。当圏域は病床過剰の状態にはないこと、また、圏域内の病院間で概ね機能分担、役割の分担がなされていることは、平成30年度の当会議において合意済み。また、新型コロナウイルス感染症流行後の令和4年度以降の当会議においても、著変なく維持されていることを確認済であることを併せて報告。

委員)

一般病床40床のうちR8.1月末時点で30床を地域包括ケア病床に転換。今後、全病床を転換するかは検討中。

委員)

一般病床99床のうちR7.12月に49床を地域包括ケア病床に転換。稼働したばかりであるが、稼働率は低下している。今までは、一般病床でも90%以上はあったが、地域包括ケア病床になり80%前半に落ちている。現場でもベッドコントロールができていなかった。改善の余地は十分にあり、地域包括ケア病床の稼働率も上げ、収益を改善していきたい。

(2) 医療機関ごとの具体的対応方針

- ・ 事務局から P.9に基づき説明。公立病院経営強化プランは公立甲賀病院、信楽中央病院ともに合意済み。合意完了していることを報告。

(3)地域医療介護総合確保基金の活用

- ・事務局から P.10～13に基づき説明。甲西リハビリ病院から事業提案あり。県から採否結果の連絡待ちの状況であることを報告。

(4)かかりつけ医機能報告

- ・事務局から P.14～16に基づき説明。R8.2月1日時点での県全体の報告状況は3割程度、甲賀圏域では4割程度であることを報告。次年度以降の“協議の場での検討”は、この地域医療構想調整会議の場を考えている。

委員)

回答されていない方への連絡はどのようになるか。

事務局)

3月から未報告機関への督促を行う。

(5)重点医師偏在対策支援区域

- ・事務局から P.17～19に基づき説明。国が示す候補区域には甲賀圏域が該当。県では、甲賀圏域にプラスして、他にも対象とすべき地域があるのではないかと議論が行われていることを報告。

議長)

甲賀圏域は全国の下位4分の1に入る。甲賀以外の P.19の区域は県が設定(決定)したということか。

事務局)

どこを設定するか検討中である。

議長)

かかりつけ医機能報告の結果を待ってから決まるのか。

事務局)

それとは別である。

(6)病床数適正化緊急支援基金

- ・事務局から P. 20に基づき説明。詳細は国から情報があり次第、情報提供されることを報告。

(7)地域医薬品提供体制強化のための「地域における問題解決のための協議会」について

- ・委員から P. 21～22に基づき説明。昨年12月に第1回協議会を開催した。第2回は来週開催予定であることを報告。

2)当圏域の地域包括ケアシステムの構築について

(1)現在の当圏域における地域包括ケア・保健医療福祉の推進体制

- ・事務局から P.24～26に基づき説明。甲賀圏域地域医療構想調整会議および甲賀圏域在宅医療福祉推進協議会は、各分野の上位会議に位置づけられている。当会議は、各分野の会議

と連動して、甲賀圏域の地域包括ケアシステムの構築、保健医療福祉の推進を図るという体制であることを報告。

(2)在宅医療・福祉の課題整理と取組

- ・事務局からP.27に基づき説明。甲賀圏域在宅医療福祉推進協議会では目指す姿の再確認や共通重点テーマを検討。今年度は自宅で療養や看取りができることをもって情報提供すること、住民の認識を上げていくことが必要と共通認識したことを報告。

(3)他の協議会等の取組

- ・事務局から別添資料に基づき説明。各協議会の検討結果について、特に共有したい甲賀圏域周産期保健医療連絡調整会議、湖南・甲賀ブロック安心・安全な分娩の在り方検討会に関して報告。

議長)

ここまでで何か質問はあるか。

委員)

かかりつけ医機能報告について質問する。定期報告でやっているものなのか。タブレット端末からもできるのか。

事務局)

(かかりつけ医機能報告は)歯科診療所は対象外。定期報告に取り込んで報告をする必要があるが、内容は別のもの。タブレット端末でも、パソコンと同様にアプリを開ける機能があれば可能。タブレット端末に制限があれば難しいというのが一般的な話である。

3 協議事項・

1)外来機能の明確化

(1)紹介受診重点医療機関の認定

- ・事務局からP.30～35に基づき説明。紹介受診重点医療機関の認定は変更なしで合意。

(2)医療機器共同利用の受け入れ医療機関の確認

- ・事務局からP.36～37に基づき説明。2病院から共同利用しない旨の計画書の提出あり。

委員より補足)

近隣の診療所から検査依頼があれば、放射線科医の診断も即時に付けて返すことを中心にやっていくということでこのように(共同利用しない理由を)報告した。

2)現行の地域医療構想の評価

(1)[再掲]病床機能・病床数

- ・事務局からP.39に基づき改めて説明。現行の地域医療構想は今年度が評価の年である。当圏域は2025年の必要病床数と同程度の水準であり、機能別の乖離率は縮小している。

議 長)

高度急性期(の病床数)は全然足りないのか。

事務局)

不足しているかどうかご意見をいただきたい。

委 員)

言葉上、高度急性期、急性期と分かれているが、患者の重症度に応じてICU、HCU、あるいは一般病棟の個室で重症部屋なのか、すべての病院で、機能分担で受け入れている。数上は高度急性期が足りない数になっているが、実際、急性期病棟の一部で高度急性期的な患者を受け入れているという現状。この医療圏として不足しているという認識はしていない。地域包括ケア病床・病棟を病院によっては急性期に入れたり、回復期に入れており、今は絶対どちらに入れないといけないという風になっていない。トータル的に考えて、事務局の説明のとおり過不足なく稼働していると理解している。

## (2) 令和7年度医療資源調査結果報告

・事務局から P. 40～42に基づき説明。今年度、2市と甲賀保健所で対面聞き取り調査を実施。回答率は96.9%であった。

議 長)

この医療資源調査は甲賀保健所が音頭をとり(実施し)大変、回答率が高い。甲賀湖南医師会の会員みなさんが協力された。かかりつけ医機能報告制度に先立って、これ(結果)が出ている。地域医療構想、特に診療所の分野で対策をとるとということにおいて、このデータを基に、他の地域に先立って検討が開始できる。

委 員)

60歳以上の割合について、他の圏域や日本全体と比較して当圏域はどうか。

事務局)

現時点はそこまで評価していないため急ぎ、行いたい。

議 長)

おそらく(甲賀圏域の60歳以上の割合は)高い。県の医師会でもだいたい把握しているが、65歳以上(あるいは)60歳以上でも(当圏域は)多いと思う。若い医師の開業が多い地域ではないので、大津や草津に比べれば、やはり年齢は高いだろうと思う。

委 員)

真剣に今後のことを考えると、継承や(医療提供体制を)どうしていくか、危ういデータになりかねないということで(甲賀湖南医師会)会長、よろしいか。

議 長)

医院の将来についての考えとして、廃止・閉院の検討中の施設がある。医師会としても、こうした施設をなんとかフォローしたい。診療科について、他圏域と比較して多い・少ないとか、平均的な地域と比べて過不足がどうか評価できる段階ではないと思うが(当圏域は)医師過疎地域に該当しており、すべての診療科が増えてもいいだろうとは思っている。特に小児科、産科、心療内科、精神科の外来医師は全国的に少ない診療科になる。(この調査結果は)病院の医師の

診療科とは違い、外来医師を中心としたもの。全体(の診療科の状況)は、かかりつけ医機能報告調査で県単位、そこから地域毎のデータがこの調整会議にもでてくるだろう。調査結果は甲賀湖南医師会に未だ報告していない状態。(この調整会議に)初めてデータを出していただいた。(医療機能の調査結果は)滋賀県でも最初に出てきた地域だと思う。

在宅医療の提供体制について、訪問診療の実施ありは、今後検討を含めて50%弱。医療機関はニーズがあれば訪問診療と思う。訪問診療と往診という在宅医療は、訪問看護師も含めて、点滴や褥瘡の対応など訪問看護(ステーション)と協働でやっていく体制がしっかりなされないと進められない。これからは、他の協議会と合同で、人材確保の面も含めて、今後の検討課題(として検討していくことが必要)。

看取りに関しては、当圏域はみなくち診療所が市の施設として、在宅医療・看取りの核となるような施設になるようこれから作っていくということで、医師会も協力する。看取りの場合の輪番制なども、みなくち診療所を核として、我々が(輪番制を)担当するということが現在進行形。体制を作りつつある。

委員)

調査項目に ACP 支援、診療時間外の受診対応とある。資料にデータはないが、結果を持っているのか。

事務局)

本日は抜粋して結果を報告している。ACP の実施ありは3割強。診療時間外の対応は急患のみ診る、かかりつけ患者のみ診る、対応していないも含めて選択肢として聞いているが即答はできない。

委員)

後日でよいが、各医療機関は詳細のデータをもらえるということか。

事務局)

次回の医師会定例会で結果を全て報告することになっている。

### (3)意見交換

委員)

当圏域の地域医療構想について、医療の提供だけでなく、受け手側の人口減少も考えて、開業や在宅医療も変化していくのかと思う。医療提供者が少ない(圏域である)が、医療を必要とする人が圏域から出ていく可能性もあるのではないか。今の診療科や診療所数が国営でないかぎり、公的な補助がない限りは継続が難しくなるのではないか。それ(継続困難)により医療や介護の提供が減ると、ニーズも減っていくことを危惧する。生活面で甲賀市水口町や湖南市一部では開発されたハコ(住宅)はあるが、そこに住む人がいないと、地域としてのコミュニティが成立しなくなってくる。そういうことが、あと何年かするとでてくるのではないかを非常に憂う。各医療機関ができることを超えてきている。保健所では人口の推移、慢性疾患や認知症が増えると思うが疾患に対する地域のケア力の資料をもっていると思う。

滋賀県は車社会であり、車に乗れなくなった人をどのようにケアするのか、生活全般を支えることも含めて(どうするか)。国の政策でも成長分野に医療・介護が入ってくるとよいが。IT 等ば

かりにお金が回ると、経営面で辛い。

委員)

地域医療構想が始まったのは10年前。そのころに予想していた人はいると思うが、今ほどに医療機関、病院の経営が悪化しているということはなかったと思う。出ていくお金は人件費のみならず、材料費、電気、ガス、全て物価高。収益は診療報酬で厳しい。減収減益になっていく。民間病院では公的な補助を受けることもなく、突然、閉院することも現実的に考えられる。実際に全国で精神科に限らず、そういった病院は増えている。そこを担保していかないと、いかに素敵な地域医療構想を作ったところで、絵にかいた餅そのものになる。その実現のために何ができるかという、国の経済力が弱くなっているのは承知しているが、医療に従事する者、末端職員に至るまでが食うに困らないだけの経済的なものがない。例えば、当院は約650人の職員と、その家族が2,000~3,000人。(職員の生活が担保できない)患者さんも困ることになる。税収が下がっていることはよく承知しているが、何らかの経済的な支援が必要。そうすると、もう少し良い地域医療構想ができるのではないかと思う。

委員)

病院の経営の方は、委員から十分話していただいたので、私からはACPについて。当院に救急搬送され意識のない方のDNARはできるが、食べられなくなったらどうするかといったACPを、どこの家庭でもできていない。病院で悪くなった人の家族だけが(ACPの)対象ではないので、ある程度、年齢を重ねた50歳以上などの甲賀市、湖南市の全市民が、自分がどうなったらどうしてほしいかということ、行政ができるだけ啓発してほしい。より高齢化の社会になると、本人が最期をどう過ごしたいかを含めて、甲賀圏域が全国の中でも進んでいると言われるように、がんばったらなれる気もするので、こういった会で話をして前に進めていきたい。“そういえば、おじいさん、もう何もしてほしくなかった(と言っていた)な”という程度ばかり。我々にも普段、外来患者に(ACPを)行う義務もあるが(市民啓発を)よろしく願いたい。

委員)

かかりつけ医機能について。甲賀圏域は、紹介される病院として中心となる甲賀病院があって、という形になると思うが、そうするとそれ以外の病院はかかりつけ医機能を持った形の病院となる。ただ、かかりつけ医(機能を持った医療機関)には時間外とか、入院がすぐにできるなど求められる機能があるが、一般の診療所では無理なので、そういったことを当院などが役割を担うことになると思う。そうすると、中心になる病院に人的、物的な資源を集めて安上がりになるようにしているのに、かかりつけ医(機能を持った病院)として色々あれもこれもと求められると、かかりつけ病院になる側がやっつけられるような施策や保険診療が担保されるのか心配。診療所であれば紹介するシステムさえ組んでおけばよいが、かかりつけ病院の方として、どこまで、どう求められて、何をすべきかが、もうちょっとはっきりしてほしいと思っている。

委員)

当院は全国140の国立病院機構の中のひとつ。滋賀県では東近江総合医療センターと当院のみが国立病院機構に所属している。当院は国の政策医療を担う病院で、180床すべてが障がい者病棟。地域医療の中で当院が果たす役割は、およそ半分は重症心身障がい児・者を受け入れる病床であるため、甲賀圏域のみならず滋賀県、あるいはそれ以外の患者も受け入れて

いる状況。優先的に甲賀圏域と常日頃から思っているが、地域というよりは、全体の役割を果たす病院。地域医療というところでは、残りの病床、具体的には77床がそこにあたるが、すべて障がい者病棟であるということの特性をいかすことが当院にとって一番大事と思っている。指定難病の患者や障がい者医療の患者は制限を設けることなく長期入院が可能。特に人工呼吸器管理。180床のうち30以上、人工呼吸器が稼働している。老々介護で疲れているような難病患者、パーキンソン病の患者は高齢化している。以前、自身が勤務していた石川県の調査では、パーキンソン病に関しては初診患者が80歳、Yahr3度、ADL が悪い方が多数おられることが分かっている。どんどん進行してく高齢の難病患者を積極的に受け入れるというのが、甲賀圏域の地域医療に最も貢献できるところではないかと思っている。担当する医師が非常に少ないため機敏な動きはできないが、紹介を含めた協力は惜しまない。

委員)

旧信楽町は人口減少が著しい地域。小学校は6校あるが、全部集めても1学年が30人を下回りそうである。将来的には3,000人の町になるのかなと予想している。現在は人口1万人をすごい勢いで切ったところ。高齢化率は約40%。そのような地域で、医師4人で一次救急を主に、たまに二次救急を行っている。40床の病床があるが、できるだけ赤字を縮小して存続させることを考えている。少し前にCOVID-19で補助金が入り、その分の積みあがった黒字が無くなったら病院ではなくなると認識している。その時は、有床診療所になるか、無床診療所で在宅診療を主に行うか分からないが、現在の機能を維持することを考えている。そのため地域医療構想調整会議で提案できる案は現在、持ち合わせていない。しばらくは内部の充実に努めたい。

委員)

当院は回復期リハビリテーション病院であり、かなりいろんな制約の中で診療を行っている。これから先、国の医療体制の方向性がどう変わっていくか明確に見えない中で、我々の立ち位置がどうなるか不安に思っている。現状、甲賀病院をはじめとする病院や診療所から紹介を受け、リハビリテーションを行っている。介護の部門との連携もこれからは強めて、地域に貢献できるリハビリテーションを模索してかなければいけないと考えている。また、常勤医師は5名であるが、うち4名が60歳以上という高齢化が進んでいる。リハビリの職員は70名くらいいるが、職員の採用に関しては他の医療機関も同じだと思うが、地域の特殊性もあるのか苦労している現状。この辺りも、この圏域で医療を充実させていくというひとつの課題になるかと思っている。

委員)

医療体制を組むにあたり、最終的には人。当院は職種問わず人員が不足、特に看護補助者が不足している。人的、物的なところを圏域で集約できるような体制の案があれば教えてほしい。

委員)

歯科においても後継者がいない医院が多い。特に水口町においては後継者がいない医院が多いのが現状。現時点で歯科医院数は足りているとは思いますが、高齢化も進んでいるので歯科医院においても、かなり減る可能性が高いと思う。医科においても、歯科においても、開業するとなれば多額の費用がかかる。補助的なものがあるとよい。

委員)

薬剤師会での取り組みとして、在宅医療にしっかり関わっていけるように、薬剤師の要請があ

った場合には対応できるように、薬局同士のつながりも考えている。地域医薬品提供体制構築推進事業の一環として、薬局の医薬品の在庫リストを共有し、どこの薬局にどういった薬があるかを共有できる。そのようなことで、医薬品をしっかりと提供していく風になっている。在宅医療を推進していくには、顔の見える関係がしっかりと構築されることが必要で、滋賀県薬剤師会の力も借りながら、薬剤師会主催で多職種の連携ができるような合同研修会を考えている。この地域でも多職種の皆さんをお招きしてご一緒に研修会が開催できたらと思っている。

委員)

この圏域の医療・看護を支えていくためには、看護職確保が喫緊の課題。令和5年度、甲賀圏域は看護職確保が困難ということから、県のモデル事業(の対象)に入っており、以降も活動を継続している。(検討メンバーには)病院、行政、施設、訪問看護、訪問介護、高校教諭にも入っていただきながら進めている。顔の見える関係ができています。現在検討しているのが、看護職がA病院を辞める時に、B病院に紹介をする、そのうえで一定期間の研修に行く。この圏域であれば7病院の機能が分かれています。ということは、急性期で難しければ慢性期で(看護が)できるのではないかと、研修ができないかというモデル事業を昨年度あたりから検討している。県で、次年度以降、甲賀圏域で、モデル的に試行でやれないか検討段階に入っている。看護職確保については、管理者だけでなく、行政とも顔の見える関係ができていますので気軽に、この人がこちらの病院では難しいがそちら(の病院)ではどうかという風なことができれば、この圏域から看護職を出さないということにつながるのではないかと考えているところ。

看護協会では看護ネットワーク推進会議を開いており、ここ(の取り組み)では、訪問看護、行政、看護職以外の方も来られているので、ACP、意思決定支援、看取りなどの検討会も行っている。こんなこと(取り組み)をしているところがあるんだと認知がされて、いろんな立場で検討できる会議も積極的にしていかないと、と考えている。すごく長く(時間が)かかるが、小・中・高校へ出前授業に行っている。看護師ってこんな仕事ですよ、将来、看護師を目指しませんかという風なことも(取り組みとして)している。すごく長くはかかるかもしれないが、将来的に看護職・医療職を目指してってくれる方たちを確保しようと、できることを地道に続けている。

委員)

協会けんぽ滋賀県在住加入者がどこの地域の病院受診しているのかをまとめた。(※資料は当日配布)これまでの議論の中で、診療科目について、他の地域の状況はどうかという発言があった。診療科目までは分からないが、(資料は)疾病毎にまとめているため、ある程度、補足する情報として御覧いただくことも可能。それぞれの地域にどういった疾患が多いのか、どこの地域の病院に受診しているのかなどの情報を見ることができるので、事務局と情報共有しながら、議論活性化のために力になればと思っている。

委員)

保険者の立場としても、地域医療資源の確保、持続性については大変懸念しているところである。救急対応はもちろん、今後ますます高齢者の割合が高くなるため、かかりつけ医の数が減少することで、在宅医療を希望されている方が(かかりつけ医師に診てもらおうという)状況が厳しいということになれば、本人、家族の意向に沿えないことを懸念している。保険者として今、できることは被保険者の健康の保持・増進。健康寿命の延伸を図ることで、医療を必要とする人

数を減らし、初期にかかっていた(初期に受診する)ことで、かかりつけ医がパンクしないようにする取り組み程度しかできないかなと感じている。健診・検診の受診率向上、保健指導の充実、早期の段階の医療機関受診につなぐ働きかけなどを一層、取り組んでいく。

委員)

医療資源調査を行って、現場の生の声を聞かせていただくことができ、現状やニーズにあった医療体制を考えていくことが必要であると痛感している。できることとして、現状を知る場(に出席すること)や会議での意見交換、データの共有を日常的にタイムリーにもつ必要があると感じている。また、市の中では、医療と介護が別の部署にあることもあり、どうしても縦割りに対応しがちであるので、できるだけ連携して、情報共有や検討の場をもちたいと考えている。

1点、在宅医療に関する事で質問がある。公立甲賀病院には、がん患者や緩和ケア、ターミナルケア(に関する診療)で大変お世話になっているが、その担当医師が(今年度末で)退職と伺った。今後、在宅医療を支えていくうえで、どういった体制になるか、とても心配である。今の時点で分かることがあれば教えていただきたい。

委員)

専従・専任の医師はいなくなるが、緩和ケア病棟の維持、がん末期の方を含めた訪問診療の体制はできる限り、いろんな職員が複数で、集団で診ていくという体制で、何かをやめることという事は考えていない。ただ、機能が現状を100%とすると、少し落ちる可能性があるが、近隣の病院や医院、かかりつけ医、あるいは訪問看護(師)を含めて、圏域内でのみなさんのご協力を多少仰ぐ可能性はあるが、急になくなるということは全くない。その辺は御心配なく。

委員)

これから、まだまだ高齢化が進む中で、在宅医療、訪問診療のニーズが増えると思う。先月開催された甲賀湖南うつ病・認知症・在宅医療等懇話会の中で、甲賀保健所の報告資料で、在宅で最期まで療養できると知っている人の割合が、湖南市は非常に低かった。それに対して、医療資源調査の医師の(在宅医療を行う上での課題についての)回答では、依頼や対象者がいないという結果がでてきているということは(市民が)知らないから依頼ができないということもあるのではないかと思う。そういった点では啓発ができていないということを痛感している。

また、市民から、訪問診療をしていただける医師の一覧がほしいという要望があるが、医療資源調査結果で医師の意見では、人手がない、時間の余裕がない等もあることから、すべて(の情報)を(市民に)知らせることがよいのか迷っているところ。地域の先生方を聞きながら(検討して)進めたい。

交通手段がないため、なかなか受診に行けない方が増えてきている現実もある。(当市の)交通担当に話を聞いていても、バスの運転手不足がかなり深刻な状態。市としては、公共交通機関に代わる何か移動手段の確保ができないかという検討を、昨年7月から市内の交通施策の検討会議で始めた。地域の中での移動手段を検討する、医療に関わらず市民の生活を守っていけるような施策を考えられたらと思っている。

議長)

協会けんぽの資料(の流出入割合の見方)について。単純に診療科の医師数だけでは測れないことが分かった。会議の中では、こういった資料も一緒に入れておかないと検討が進まない。

委員)

国保でも同じようなデータはあるのか。

委員)

データ抽出すれば、こういった(協会けんぽの資料のような)形でだすのは可能だと思うが、現時点でこういった形でデータ抽出しているものがない。希望があれば出せるように検討したい。

委員)

(国保のデータがあれば)甲賀圏域で病気の人たちは、どういう(受療の)動きをしているかが、疾患ごとに、割とわかりやすい。

委員)

国は社保の適用拡大を進めている。75歳以上は後期高齢者医療、国保は65歳以上の人が約半数。若い人であれば、協会けんぽのデータの方が参考になる。65歳以上であれば、比較的、近隣の圏域の病院に行かれていることが多いかと思う。

委員)

ここ数年の入院患者の年齢を調べると、60歳以上、60~90代の人非常に増えており、若い人は減っている。今の話だと、やはり、国保と後期高齢のデータをとらないと(受療動向は)分からないかもしれない。

委員)

みなさんの努力によって今の(医療提供体制の)バランスを取っている。また、比較的、甲賀圏域は道路事情が良いため、草津市辺りの病院にぶらさがって(受療して)いるところもある。そういう形でなんとか維持できているのではないかと思っている。将来に向けての明るい希望を示すデータが何もないというのが、この地域の状況かと理解している。

### 3)「新たな地域医療構想の方向性」を踏まえた次年度以降の当会議の在り方について

#### (1)「新たな地域医療構想」について

- ・ オブザーバーからP.45~59に基づき説明。国の新たな地域医療構想策定ガイドラインの作成に向けた検討会は未だ続いている。新構想は医療計画の一部から上位の位置づけに変更となる。また、記載事項の追加に合わせ、外来・在宅医療、介護との連携、医療従事者の確保などが調整会議での検討事項として入る。新構想の策定は、国はもともと令和8年度に策定すると言っていたが、現在の検討会の状況、医療機関機能報告の結果を踏まえた検討、精神医療は新構想への掲載に向けたガイドラインが1年遅れるといったことから、令和10年度中までに策定と説明している。県の策定スケジュールは、国のガイドラインがでてから説明したい。病床機能報告は「回復期」に代えて「包括期」が設けられる。「包括期」は高齢者救急の受け皿として、高齢者救急等の一部の急性期と回復期の機能を併せもつ機能として位置づけられる。包括期の必要病床数の推計は回復期とは異なり、直近の国の検討会では、医療資源投入量では急性期と見なされる75歳以上の高齢者患者の5割を包括期として按分することで検討されている。地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟入院料は、包括期機能の目安に位置づけられる。高度急性期機能と急性期機能は地域の状況によっては一括的に医療提供体制を考えていくという考え方が示されているが、機能の報告はそれぞれで報告する。

必要病床数の推計方法も見直される。現在の地域医療構想では10年間見直しが行われなかった。新構想では、人口推計や医療提供体制の変更もあることから定期的に見直し、医療需要の変化を計算に組み込むという考え方が示されている。

医療機関機能報告は、今までの病床機能報告とは別に医療機関が担う機能を報告いただき、役割を明確にして、地域の医療提供体制の確保に向けて連携や分担を推進するもの。予定では今年10月から、従来の病床機能報告と同じ時期に報告事項に追加する形になると、国から示されている。主な機能は昨年度の検討会から変更はなく、表のとおり4機能。来年度の報告は国から一定の基準が示されて選択する。それを基に今後、議論いただく流れになる予定。医療機関機能の考え方として、同じ機能であっても地域の実情に応じて柔軟に検討できる。例えば、人口規模に応じて、ひとつの医療機関が急性期拠点機能と高齢者救急・地域急性期機能を併せ持つといった考え方。

急性期拠点機能にかかる役割分担の議論の進め方は、新構想策定のスケジュール感となる。来年度から協議を開始し、遅くとも2028(令和10)年とされる新構想策定までに方向性を決め、一旦、2035年を目途に医療提供体制の構築を目指していくことが示されている。

委員)

県独自の支援として何か考えておられるのか。

オブザーバー)

新たな地域医療構想についても、今ある地域医療介護総合確保基金が継続する。医療機関機能も増え、新たなメニューの創出を含め国で検討が進んでいるので、それらを活用しながら支援させていただくことになると思う。

## (2)意見交換

- ・事務局から P.60 に基づき説明。新たな地域医療構想は医療計画の上位に位置づけられる。これに伴い、当会議と甲賀圏域在宅医療福祉推進協議会を一体化し、地域医療全体に関する総合的な意思決定および方向付けを行う場として位置づけたい。本提案は、今後の運営方針に関わる重要な事項であることから、委員の皆様のご意見をいただきたい。

委員)

甲賀圏域在宅医療福祉推進協議会(との一体化)ということは介護もかなり入るということか。地域包括ケアシステムにかかる全ての医療・介護関係者のいろんな方が入って、扱う内容も多くなると危惧する。

事務局)

医療と介護の連携については課題が多いと考えている。委員については介護分野では、例えば、ケアマネジャーや介護サービス事業者の方などは現在、甲賀圏域在宅医療福祉推進協議会の委員である。その委員と合わせるような形を考えている。

委員)

地域医療構想の目的に、住み慣れた地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築するとある。なので、当然、医療を含めて介護が入ってきて(会議を)一体化で実施することで良いのでは。構想の目的に明文化されている。

事務局)

会議体としては大きくならざるを得ないと思うが、上位に位置付けられており、目的に合致した形になると考える。

議 長)

それぞれの(下部の)会議は単独で引き続き行われるのか。

事務局)

細かな議論はそれぞれの(下部の)会議で行い、その報告を(一体化した会議で)行い、共有し、またそれぞれの会議に戻して検討する。そういう役割を(一体化した)会議で担っていきたい。

議 長)

一体化ということで賛成多数でよいか。それでは、そのように方向性を確定する。

閉会