

令和7年度山梨県地域医療構想調整会議 (峡東構想区域)

日時 令和8年2月26日(木) 午後3時00分～

場所 東山梨合同庁舎 1階 101会議室

次 第

1 開 会

2 峡東保健所長あいさつ

3 議 題

(1) 山梨県地域医療構想の振り返り

【資料1】

【参考資料1】

(2) 新たな地域医療構想の策定について

【資料2】

【参考資料2、3】

4 その他

(1) R7 病床数適正化支援事業給付金(国経済対策)の実施状況について

【資料3】

【配付資料】

- ・ 次第
- ・ 名簿、座席表
- ・ 資料1 「山梨県地域医療構想の振り返り」
- ・ 資料2 「新たな地域医療構想の策定について」
- ・ 資料3 「R7 病床数適正化支援事業給付金(国経済対策)の実施状況について」
- ・ 参考資料1 「山梨県地域医療構想の振り返り調査結果概要(峡東版)」
- ・ 参考資料2 「峡東地域における保健と医療の現況(令和7年度版)」
- ・ 参考資料3 『結果概要「高齢者施設における救急搬送の実態調査」』

令和8(2026)年2月26日	資料1
令和7年度峡東地域医療構想調整会議	

山梨県地域医療構想の振り返り

山梨県福祉保健部医務課

1. 現行の山梨県地域医療構想について

山梨県地域医療構想の概要

1 策定の趣旨

- 2025年には、いわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となることから、医療や介護の需要が大きくなることが見込まれ、現在の医療、介護サービスの提供体制のままでは十分な対応ができなくなる可能性がある。
- そこで、2025年を見据え、限られた医療及び介護資源を有効に活用して必要なサービスを確保するため、医療法が一部改正され、都道府県は地域医療構想を策定することとされた。
- 地域医療構想では、患者の状態に応じた適切な医療を地域において効果的かつ効率的に提供する体制の整備に向け、病院及び有床診療所における一般病床及び療養病床について、以下の事項を定める。
 - 構想区域
 - 構想区域における2025年の病床の機能区分ごとの必要病床数
 - 構想区域における2025年の在宅医療等の必要量(医療需要)

2 基本的な考え方

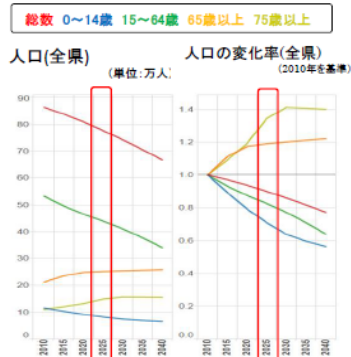
- 地域医療構想は、将来の地域ごとの医療ニーズについて、レセプトデータなどの客観的なデータを用いて、法令で詳細に定められた方法に基づき、現在の患者の受療動向の継続を前提として推計するものであり、患者の状態に見合った病床で、その状態にふさわしい医療を受けられるようにすることができるための方向性を示すもの。
- 高度急性期、急性期、回復期、慢性期、在宅医療に至るまで、患者の状態に応じた適切な医療を切れ目なく提供するため、不足する医療機能をいかに充実させていくかという視点が重要。
- 将来の医療需要の変化の状況を県、医療関係者等が共有し、それに適合した医療提供体制を構築するための、あくまでも自主的な取組が基本。
- 2025年に向け、個々の医療機関の方針を踏まえ調整等を行っていくものであり、直ちに何らかの措置を講じさせるものではない。
- 各医療機能の内容は、以下のとおり。

- 高度急性期機能 急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、診療密度の特に高い医療を提供するもの
- 急性期機能 急性期の患者に対し、当該患者の状態の早期安定化に向けて、医療を提供するもの
- 回復期機能 急性期を経過した患者に対し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションの提供を行うもの
- 慢性期機能 長期にわたり療養が必要な患者を入院させるもの

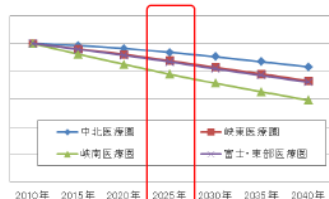
医療資源投入量	
➢ 高度急性期機能	3,000点～
➢ 急性期機能	600～2,999点
➢ 回復期機能	175～599点
➢ 慢性期機能	上記以外

3 本県の現状・将来推計

(1) 年齢階級ごとの人口



(2) 医療圏ごとの人口(2010年を基準)



(3) 医療機関の状況(医療機関数、病床数)

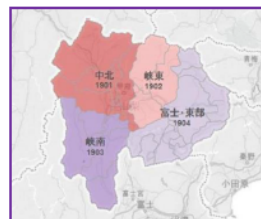
医療圏	全県	医療圏				(参考) 全国
		中北	峡南	富士・東部		
病院	医療機関数*	52	27	13	6	7,426
	(人口10万対)	6.2	5.8	9.5	11.4	3.3
	一般病床	6,312	3,604	1,347	395	946
	(人口10万対)	755.8	775.4	1,001.7	748.6	522.3
有床診療所	医療機関数*	43	31	4	0	8
	(人口10万対)	5.1	6.7	2.9	0.0	4.4
	一般病床	456	321	50	0	85
	(人口10万対)	54.6	69.1	36.6	0.0	46.9
合計	医療機関数*	95	58	17	6	14
	(人口10万対)	11.4	12.5	12.5	11.4	7.7
	一般病床	6,768	3,925	1,417	395	1,031
	(人口10万対)	810.4	844.4	1,038.3	748.6	569.2
療養病床	医療機関数*	2,245	1,279	649	150	172
	(人口10万対)	268.9	274.3	475.6	284.3	95.0
	一般病床+療養病床	9,014	5,200	2,066	545	1,209
	(人口10万対)	1,079.3	1,118.7	1,513.9	1,032.8	664.2

(出典) 使用許可病床数:「山梨県医療統計」(平成27年12月31日現在)
 人口:「平成27年国勢調査」(速報値)(総世帯・平成27年10月1日現在)
 ※全国の数値は、「医療施設(静態)調査」(厚生労働省・平成26年10月1日現在)

* 一般病床または療養病床を有する医療機関数

4 構想区域

(1) 現行の二次医療圏



(2) 現行の二次医療圏の構成市町村、推計人口

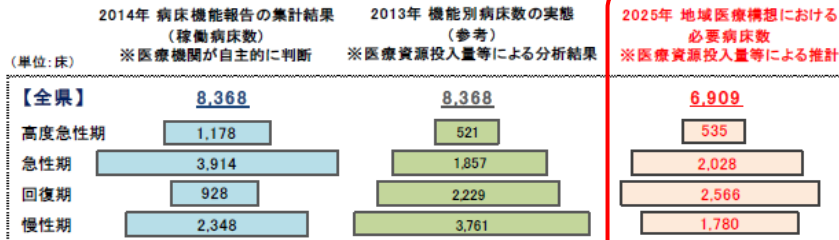
二次医療圏	構成市町村	2025年推計人口(人)
中北 (6市1町)	甲府市、西峡南市、南アルプス市、北杜市、甲斐市、中央市、昭和町	443,143
峡東 (3市)	山梨市、富岡市、甲州市	123,472
峡南 (6町)	市川三郷町、早川町、身延町、南都町、富士川町	45,139
富士・東部 (4市2町6村)	富士吉田市、都留市、大月市、上野原市、道志市、西峡南市、忍野村、山中湖村、鳴沢村、富士河口湖町、小菅村、丹波山村	164,154

- 地理的・歴史的な側面がある二次医療圏を見直すことによる、他の行政分野との不整合、医療サービスの低下等を考慮し、構想区域は現行の二次医療圏と同様とする。

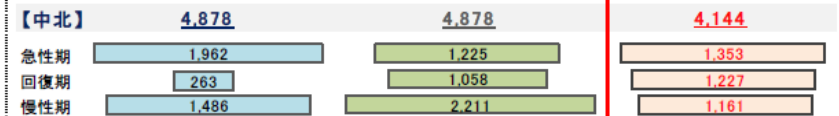
5 病床機能報告

- 医療法に基づき、病院・診療所が、有する病床において担う医療機能の現状等を病棟単位で選択し、都道府県に報告する制度。
- 地域医療構想の策定に当たり、地域の医療機関の現状把握、分析を行う必要があることから、2014年に導入。
- 医療機能ごとの病床数について、2014年の病床機能報告と、2025年における必要病床数の比較については、以下の点で一定の留意が必要。
 - 病床機能報告における医療機能の区分について、その定義が不明確であり、各医療機関の自主的な判断による報告であるため、正確性に欠ける。
 - 医療機能の区分の捉え方に相違がある。
 - ・病床機能報告における基準 …… 定性的
 - ・必要病床数における基準 …… 定量的(医療資源投入量の分析)
 - 病床機能報告は、病棟単位での報告であるが、2025年における必要病床数は、NDBなどを用いて算出された医療需要を病床数に換算した患者単位のもの。

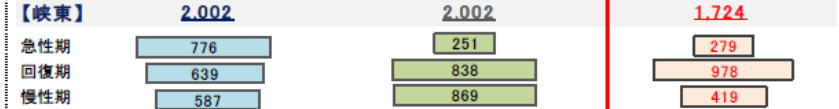
6 2025年の必要病床数の推計



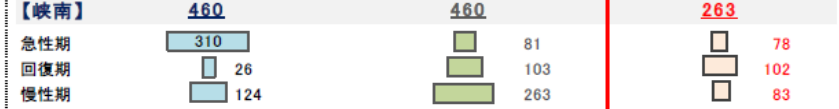
(単位:床) ※資料作成の都合上、グラフごと縮尺が異なる。



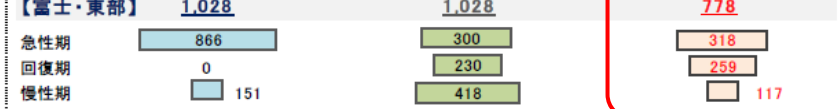
(単位:床) ※資料作成の都合上、グラフごと縮尺が異なる。



(単位:床) ※資料作成の都合上、グラフごと縮尺が異なる。



(単位:床) ※資料作成の都合上、グラフごと縮尺が異なる。



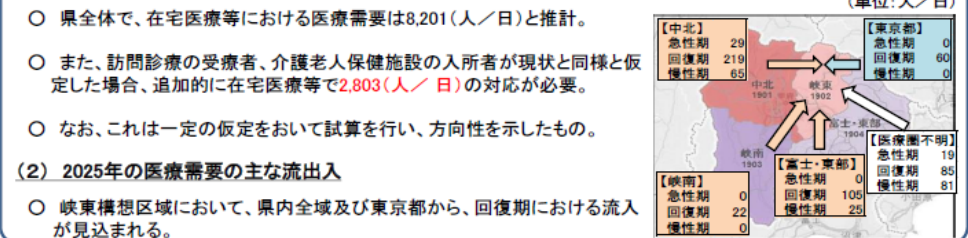
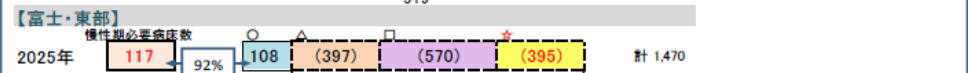
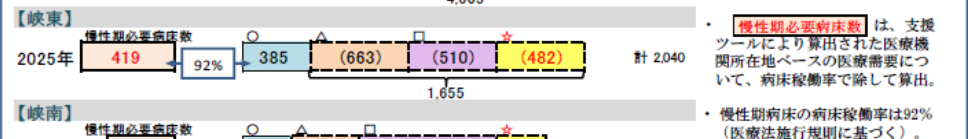
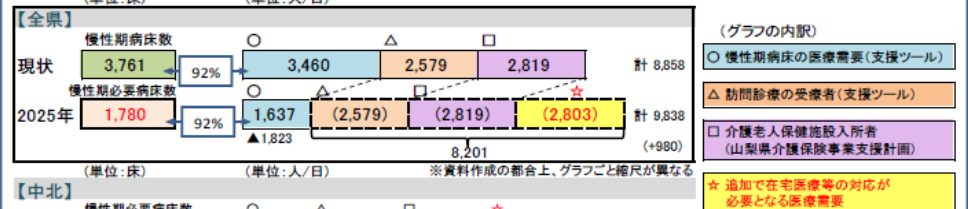
高度急性期については、全県で医療需要を満たすため、構想区域ごとの必要病床数は明示しないが合計には含まれている。

- 2025年の必要病床数の算定にあたっては、既存の医療資源を最大限に有効活用するため、回復期病床に係る東京都、神奈川県からの患者の流入見込みについて両都県と協議を行い、必要な調整を実施。
- 2025年の必要病床数は、2014年の病床機能報告と比べ、回復期が1,638床多く、高度急性期が643床、急性期が1,886床、慢性期が568床少ないため、2025年において不足が明らかな回復期の強化が必要。

7 構想区域ごとの状況

(1) 2025年の慢性期、在宅医療等の医療需要の方向性について

- 以下の医療需要は、居宅、老人ホーム(特養、養護、軽費、有料)、介護老人保健施設などで提供される在宅医療等に対応。
 - ▷ 一般病床における医療資源投入量175点未満相当の医療需要
 - ▷ 療養病床における医療区分1の患者数の70%相当の医療需要
 - ▷ 療養病床の入院受療率の地域差解消分に相当する医療需要



8 構想の実現に向けた取り組み

- 地域医療構想は、地域保健医療計画の一部として策定されるものであるため、構想実現に向けて、計画を着実に推進していく。
- 地域ごとに実情は異なるため、構想区域ごとに開催される地域医療構想調整会議での議論、地域住民のニーズを踏まえ、地域の実情に応じた医療提供体制を構築していく。
- 施策の実施にあたっては、医療介護総合確保法に基づく山梨県計画に位置付けていき、基金の配分額等を踏まえ、事業内容、規模を決定していく。

【施策推進の方向性】

- (1) 病床機能の分化・連携の推進
 - ① 病床の機能転換等の促進
 - ② 医療機関間の連携の強化
- (2) 在宅医療の充実
 - ① 在宅医療サービスの基盤強化
 - ② 在宅医療を支える多職種連携の強化
 - ③ 在宅医療に関する住民への普及啓発
- (3) 医療従事者の確保・養成
 - ① 医師の確保・養成の推進
 - ② 看護職員の確保・養成の推進
 - ③ 多様な専門職の確保・養成の推進
 - ④ 医療従事者の勤務環境の改善等

9 推進体制

- 地域医療構想の実現のため、2025年に向けて関係者が継続して取り組んでいく。
- 【地域医療構想調整会議の活用】 病床機能報告等から現状を把握し、具体的対応策を検討。

【地域医療介護総合確保基金の活用】 対応策を実効性のあるものにするため、財政支援を実施。

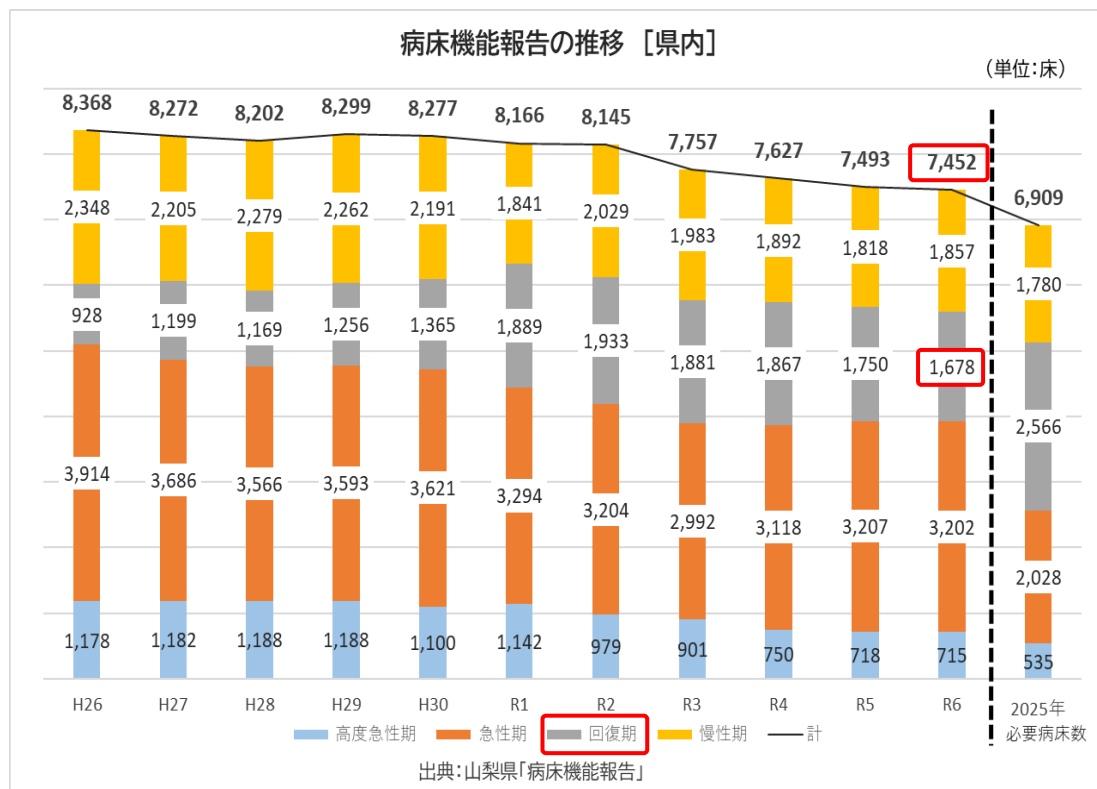
2. 病床機能報告の推移及び2025年必要病床数との比較

○病床機能報告の全県の状況について

- H26年度からR6年度までの病床機能報告の推移は右下のグラフのとおり。
- 必要病床数には届いていないが、高度急性期・急性期・慢性期病床は減少し、回復期病床は増加した。

令和6年度病床機能報告の概要(必要病床数との比較)

構想区域	医療機能	平成26年 (2014年) (7月1日現在)	令和6年 (2024年) (7月1日現在)	増減 B-A	令和7年 (2025年)	増減 B-C
		病床機能報告 (稼働病床数) A	病床機能報告 (最大使用病床数) B			
中北	高度急性期	1,167	701	△ 466	403	298
	急性期	1,962	1,791	△ 171	1,353	438
	回復期	263	697	434	1,227	△ 530
	慢性期	1,486	1,252	△ 234	1,161	91
	計	4,878	4,441	△ 437	4,144	297
峡東	高度急性期	0	0	0	48	△ 48
	急性期	776	530	△ 246	279	251
	回復期	639	793	154	978	△ 185
	慢性期	587	419	△ 168	419	0
計	2,002	1,742	△ 260	1,724	18	
峡南	高度急性期	0	0	0	0	0
	急性期	310	271	△ 39	78	193
	回復期	26	0	△ 26	102	△ 102
	慢性期	124	109	△ 15	83	26
計	460	380	△ 80	263	117	
富士・東部	高度急性期	11	14	3	84	△ 70
	急性期	866	610	△ 256	318	292
	回復期	0	188	188	259	△ 71
	慢性期	151	77	△ 74	117	△ 40
計	1,028	889	△ 139	778	111	
総計	高度急性期	1,178	715	△ 463	535	180
	急性期	3,914	3,202	△ 712	2,028	1,174
	回復期	928	1,678	750	2,566	△ 888
	慢性期	2,348	1,857	△ 491	1,780	77
	計	8,368	7,452	△ 916	6,909	543



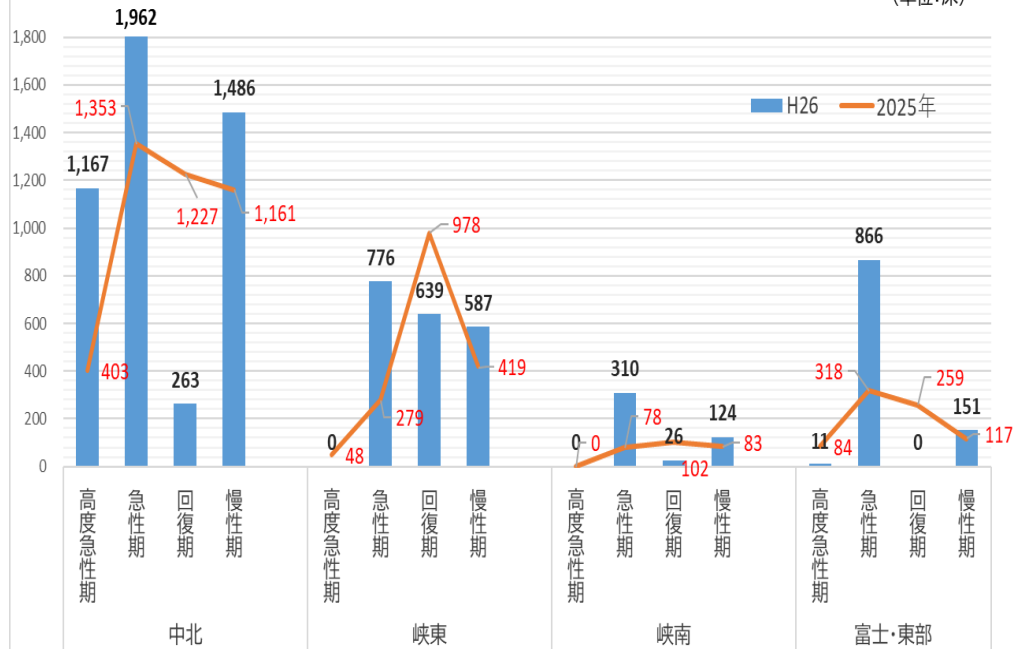
○病床機能報告の区域毎の比較について

- 構想区域ごとの比較は下記グラフのとおり。
- 峡東区域においては、急性期・慢性期病床の削減および回復期への転換が進んでおり、機能再編の方向性は概ね妥当であると考えられる。これにより、必要病床数に大きく近づいている。
- 一方、病床機能報告ベースの比較にとどまるため、実態把握に当たっては、病床稼働率や平均在院日数、救急搬送受入状況等に加え、レセプトデータによる入院患者の実態との比較を踏まえた検証も有用である。



H26病床機能報告と必要病床数との比較 [構想区域ごと]

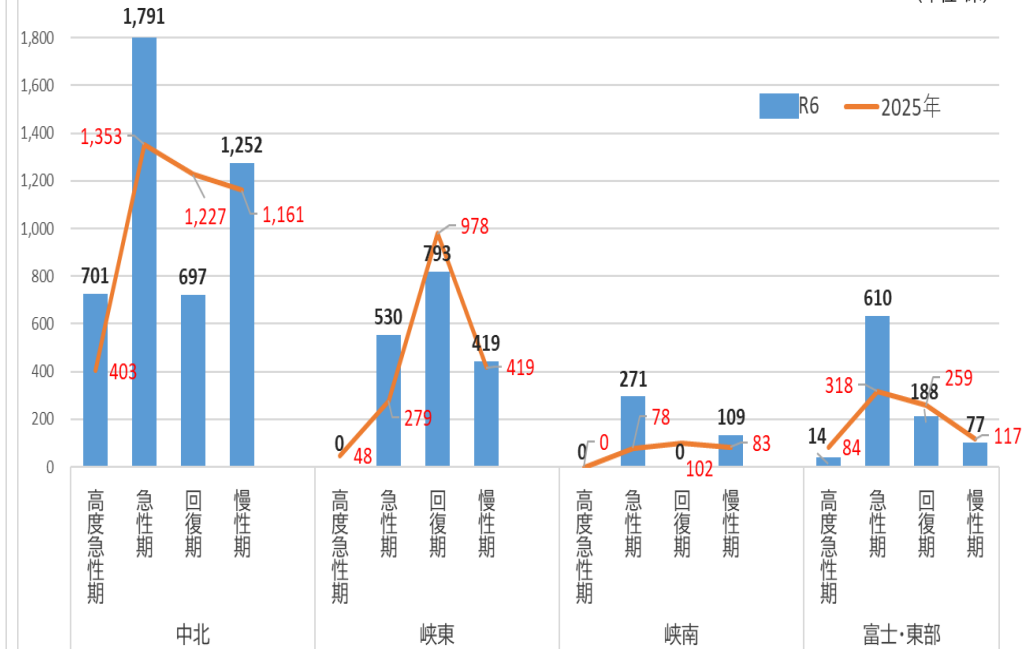
(単位:床)



出典:山梨県「病床機能報告」

R6病床機能報告と必要病床数との比較 [構想区域ごと]

(単位:床)



出典:山梨県「病床機能報告」

令和8(2026)年2月26日	資料2
令和7年度峡東地域医療構想調整会議	

新たな地域医療構想の策定について

山梨県福祉保健部医務課

1. 新たな地域医療構想に係る国の検討状況

R8.1.28 「第10回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」 (抜粋)

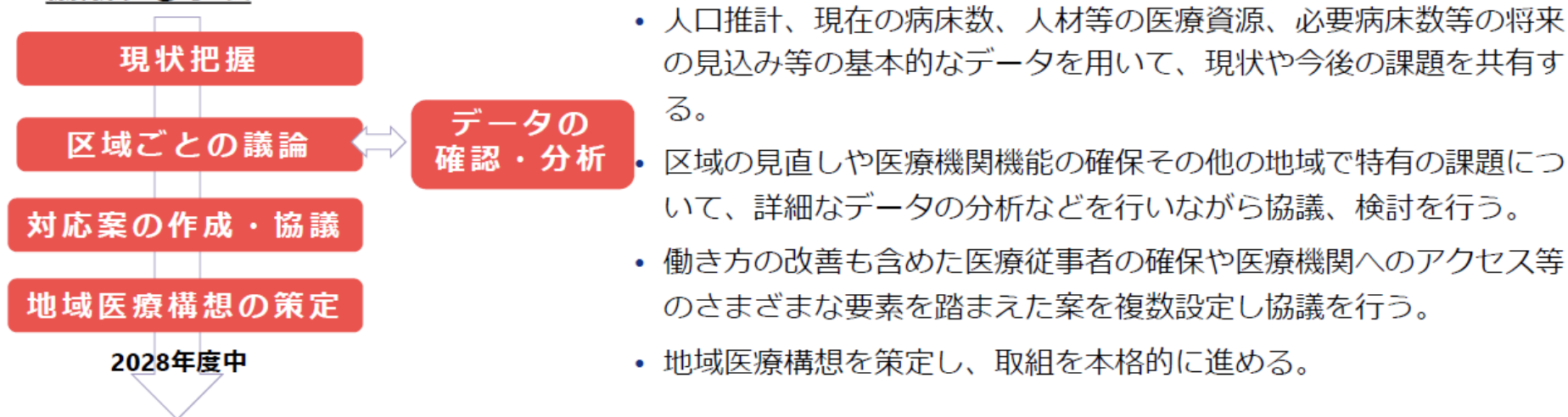
地域における協議の進め方について

- 改正医療法において、地域医療構想の策定は2028年度末までに行うこととされている。新たな地域医療構想においては、入院医療に加え、外来・在宅医療等についても対象とする中、都道府県が効果的に協議を運用するため、協議の内容、協議の場、スケジュールについてガイドラインにおいて整理が必要。
- 協議の内容について、検討開始直後はまず現状の把握をし、地域ごとの課題を共有するフェーズ、より詳細なデータの分析などを踏まえながら区域の設定や医療機関機能の確保といった議論を進めるフェーズ、いくつかの対応案の作成及び協議を行うフェーズ、地域医療構想として策定し取組を推進するフェーズ等、多段階で行うことが想定される。

協議の進め方にあたり整理が必要な事項

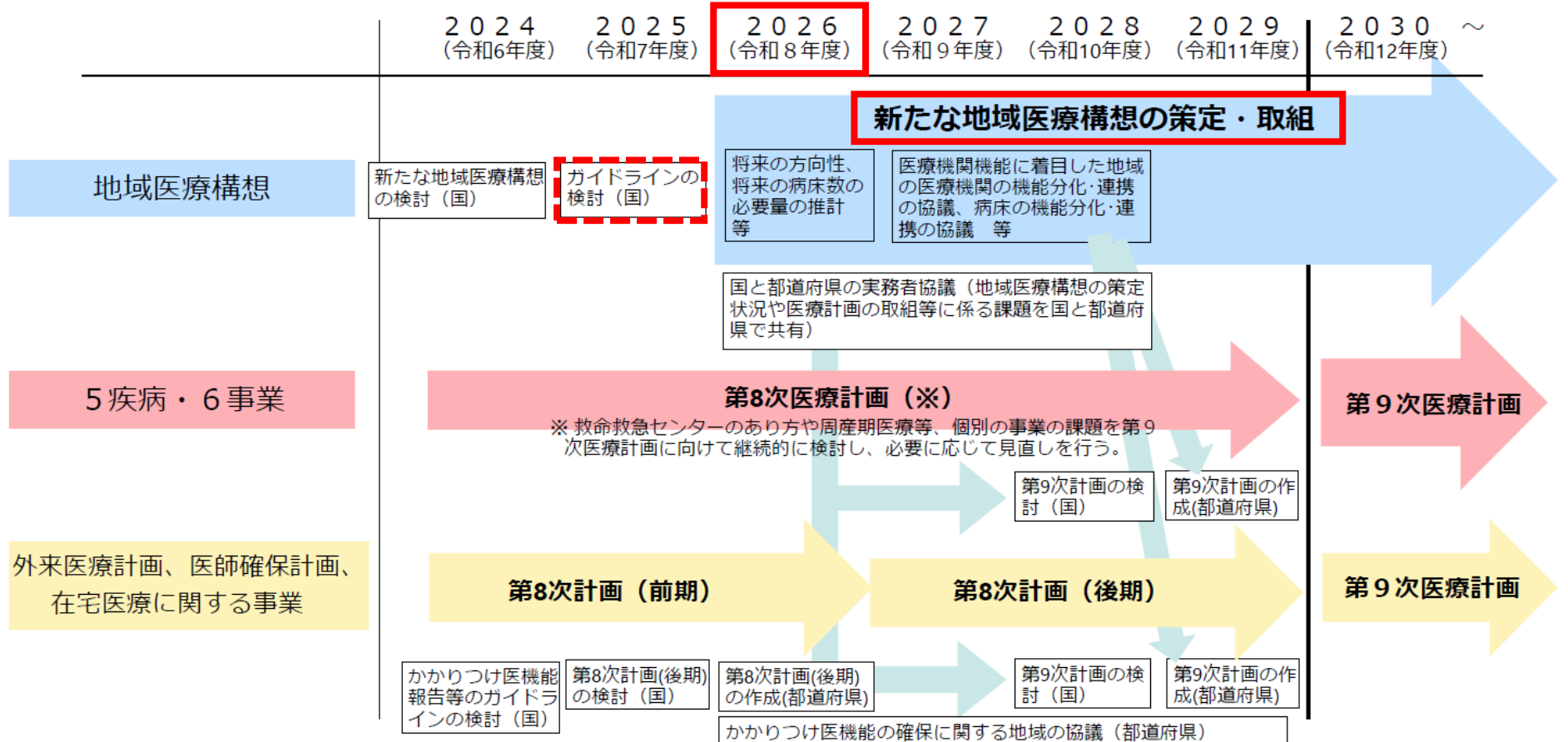
① 協議する事項 ②地域医療構想調整会議のあり方 ③スケジュール

協議する事項



新たな地域医療構想と医療計画の進め方 (案)

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。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し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



区域について (案)

新たな地域医療構想に関するとりまとめ (抜粋)

(7) 構想区域のあり方

- 現在でも、人口規模の小さな二次医療圏においては、人口あたりの医師数や手術件数が少なく、脳血管内手術の実施がない二次医療圏も一定数存在する。人口 20 万人未満の構想区域においては、2040 年には、生産年齢人口が 3 割程度減少、高齢人口が 1 割程度減少することが見込まれており、医療需要の変化や医療従事者の確保等を踏まえると、現在の二次医療圏を基本とする構想区域では医療提供体制の確保が困難となる可能性がある。
- 新たな地域医療構想における構想区域については、人口規模、医療需要の変化、医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から、医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域の見直しを検討することが求められる。

令和 7 年 10 月 31 日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料論点 (抜粋)

- ・大都市においても大きな圏域として運用することが実効的な場合もあるとの指摘も踏まえ、区域の設定にあたっては、急性期拠点機能の確保等の提供体制の協議として適切な範囲か、必要病床数の運用として適切な範囲かといった観点を踏まえて、都道府県が地域の協議を通じて、適切な規模となるよう点検し、見直すこととしてはどうか。
- ・また、異なる都道府県間で隣接する区域であって、相当の流出や流入が存在する場合、医療機関機能の確保やアクセスの確保等、都道府県間で協議することが望ましいことについてガイドラインにおいて位置づけることとしてはどうか。
- ・区域の設定にあたって、地理的な線引きをする際、区域の境界部に医療機関が存在し、患者が隣接区域から流入している場合や当該区域には病床が少ないものの隣接する区域に医療機関が存在する場合等が想定される。こうした場合に、必要病床数や基準病床数の観点では、当該区域においては増床が可能であっても、隣接する区域や当該都道府県全体等では、病床数が既に十分に存在する場合も考えられる。このため、増床にあたっての地域での取扱いについて、例えば、広域な区域のうちの特定の地域で病床が既に十分に存在するような場合等においては、当該区域内で増床が望ましい地域を整理することや隣接する区域の病床の状況も合わせて増床を検討する等の運用方法を、地域医療構想調整会議等で議論することとして位置づけてはどうか。
- ・二次医療圏や 5 疾病 6 事業において設定されている各領域ごとの圏域については、個別の領域ごとに適切な範囲で設定されているが、がんや循環器、周産期において麻酔科医や周術期の看護師のように共通して確保が必要な医療資源を将来にわたって確保する観点も踏まえて、第 9 次医療計画において検討することとしてはどうか。

論点

- ・地域医療構想の策定に向け、協議の基本となる構想区域の設定が必要であり、医療需要の見通しなどのデータを踏まえて急性期拠点機能の確保が困難な場合や、大都市等において、地域での協議がより実効的になることが考えられる場合には、区域の見直しを検討することとしている。特に、人口の少ない 2 つの地域で、都道府県を越えた隣接する区域間で実質的に流入がある場合等については、都道府県同士で区域を一体とすることが困難であっても、急性期拠点機能を担う医療機関を両区域で 1 つ整備する方向性を共有し、アクセスの支援や病院の運営等の連携を検討することが現実的であるといった地域も存在する。このため、こうした場合の連携については、都道府県間での区域の統合はしないが、実質的には調整会議を一体として運用し、両県で連携して取組を推進する等、実質的な取組が進むよう、区域の連携のあり方について、ガイドラインに位置づけてはどうか。

病床機能について

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

○ 包括期機能は、「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」等とされており、「救急患者を受け入れる体制を整備」「一定の医療資源を投入し急性期を速やかに離脱」等の役割を担うこととされている地域包括医療病棟や、「在宅で療養を行っている患者等の受け入れ」等が役割の地域包括ケア病棟を有する医療機関での対応が重要となる。

病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 • 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 • 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

回復期⇒包括期
に変更

医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

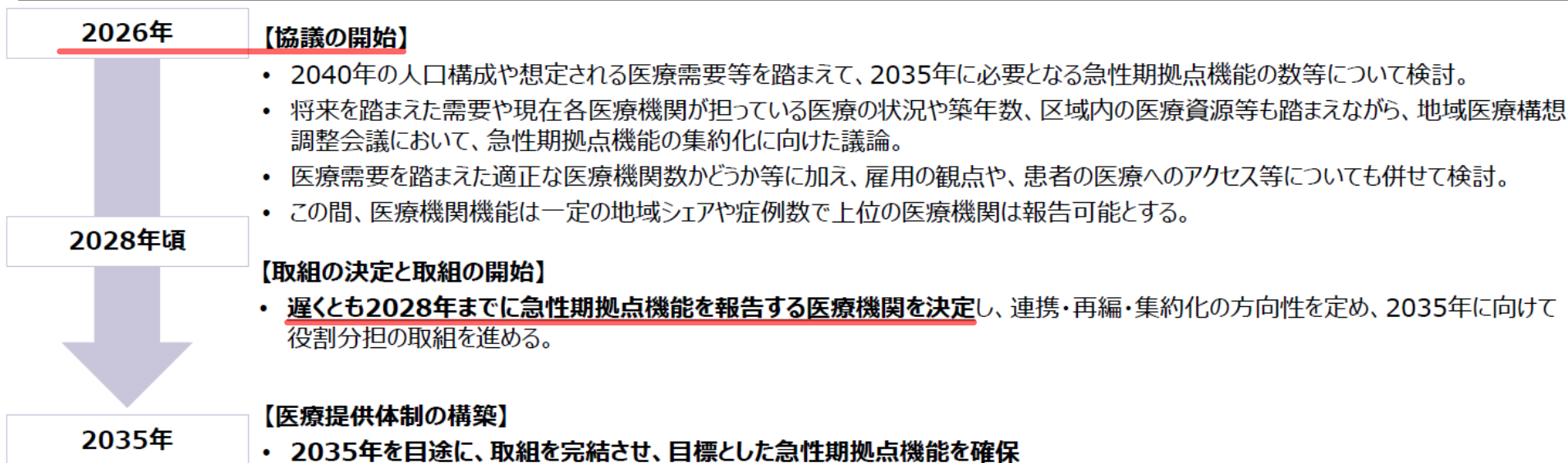
- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	<p>（急性期の総合的な診療機能）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 <p>（急性期の提供等にあたっての体制について）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設 	<p>○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU） ● その他従事者の状況（歯科医師数、薬剤師数、看護師数 等） <p style="text-align: right;">等</p>
高齢者救急・地域急性期機能	<p>（高齢者救急・地域急性期に関する診療機能）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ台数 ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 <p style="text-align: right;">等</p>
在宅医療等連携機能	<p>（在宅医療・訪問看護の提供）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 <p>（地域との連携機能）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 <p style="text-align: right;">等</p>
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> ● 特定の診療科に特化した手術等を提供 ● 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 ● 集中的な回復期リハビリテーション ● 高齢者等の中長期にわたる入院医療 	<ul style="list-style-type: none"> ● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科 <p style="text-align: right;">等</p>

急性期拠点機能に係る議論の進め方（案）

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1-2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目途に進めることとしてはどうか。
- また、急性期拠点機能の数については、20-30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に2つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に1医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方



改定後の医療法

第三十条の十三

病院又は診療所であつて療養病床又は一般病床を有するものの管理者は、地域における医療機関機能（病院又は診療所ごとに地域の医療提供施設として提供する医療の内容をいう。（略））及び病床の機能の分化及び連携の推進のため、厚生労働省で定めるところにより、当該病院又は診療所の医療機関機能に応じ厚生労働省令で定める区分及び病床の機能に応じ厚生労働省令で定める区分（略）に従い、次に掲げる事項を当該病院又は診療所の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。（略）

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

(3) 医療機関機能・病床機能

② 医療機関機能報告

- 新たな地域医療構想においては、（略）新たに、医療機関（病床機能報告の対象となる医療機関）から都道府県に対して医療機関機能を報告する仕組みを創設することが適当である。具体的には、二次医療圏等を基礎とした構想区域ごとに確保すべき医療機関機能として、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能を位置付けるとともに、広域な観点で確保すべき医療機関機能として、医育及び広域診療機能を位置付け、医療機関がこれらの医療機関機能を確保していること、今後の方向性等について報告することが考えられる。報告に当たっては、医療機関が将来に向けて主たる医療機関機能を選択していくことも重要と考えられ、一方で、地域の実情に応じて、一医療機関が様々な医療機関機能を担っていくことが想定されることから、必要に応じて複数の医療機関機能を報告することも考えられる。具体的な医療機関機能報告の報告項目、報告方法等の詳細については、ガイドラインにおいて検討することが適当である。

論点

- 医療機関機能の報告にあたっては、在宅療養支援病院が救急医療も担っている場合もあるなど、地域の医療資源や医療需要の状況によっては複数の医療機関機能を報告する場合も想定され、そうした医療機関は複数報告することを可能としている。医療機関機能は医療機関が自院の地域における役割を検討するためのものであると同時に、消防関係者が医療機関の診療機能の把握をすることや、介護関係者が在宅医療についての取組状況を理解すること等、関係者が医療機関の役割を理解できるようにすることが重要であり、医療機関機能報告・病床機能報告において、それぞれの役割に応じた診療実績等を報告することとしてはどうか。
- 今後、医療機関の連携・再編・集約化などを進める中で、がんの入院受療率は下がっているなど、医療計画において位置づけてきた医療機関の類型について、これまで担ってきた各施設の役割が、新たな地域医療構想における方向性等と合致しているか確認が必要である。第9次医療計画に向けた医療計画での5疾病6事業等の検討にあたっては、新たな地域医療構想における方向性を踏まえ、こうした医療機関の類型などの考え方についても確認し、必要に応じて整理することとしてはどうか。
- 有床診療所については、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能として、専門等機能として位置付けることが基本となるが、在宅医療の積極的な提供や高齢者救急の受け入れ等を担っている場合等について、地域の実情に応じて、有床診療所における在宅医療等連携機能や高齢者救急・地域急性期機能を報告できることとしてはどうか。
- 特定の診療科に特化した医療機関における手術や小規模手術等について、麻酔科医等の構想区域内全体の医療資源の状況や都道府県内の医療資源の偏り是正の観点等も踏まえながら2040年に向けた検討が必要であり、こうした考え方についてガイドラインにおいて整理してはどうか。
- 大学病院本院の担う医育及び広域診療機能について、各都道府県と大学病院本院の連携のあり方も様々であり、大学病院本院による地域医療構想に沿った形での人的協力に向けた連携等の取組事例については、今後の横展開に資するようガイドラインにおいて示すこととしてはどうか。また、広域な観点での診療について、小児がんや移植医療など、症例数が少ない医療提供のため、都道府県単位又はより広域な単位で連携して医療を提供することが求められる。医育についても、当該地域で多様な症例に対応する人材を育成できる体制の構築が必要である。こうした大学病院本院の取組や連携体制の構築に向けて、大学病院本院はこうした機能に係る情報を医療機関機能報告・病床機能報告において報告し、地域医療構想調整会議において議論を行えるようガイドラインに位置づけてはどうか。

地域医療構想調整会議の進め方について（案）

改定後の医療法

第三十条の三の三

1 1 厚生労働大臣は、都道府県の圏域を超えた広域的な見地から情報の収集、整理及び分析（略）を行い、都道府県に対し、地域の实情に応じた地域医療構想の達成の推進に関する技術的事項について、当該収集等の結果の提供その他の必要な援助を行うものとする。

1 2 厚生労働大臣は、地域医療構想の作成の手法その他地域医療構想の作成上重要な技術的事項について、都道府県に対し、必要な助言をすることができる。

新たな地域医療構想に関するとりまとめ（抜粋）

（6）国・都道府県・市町村の役割

① 国

- 新たな地域医療構想については、対象範囲を医療提供体制全体に拡大すること等を踏まえると、国による役割が重要となることから、国において、都道府県による地域の实情に応じた取組を支援するため、医療法上、厚生労働大臣の責務を明確化し、データ分析・共有、研修等の支援策を講じることが適当である。
- 国において、新たな地域医療構想の策定・推進に関するガイドラインを策定し、地域の協議の参考となるよう、新たな地域医療構想として目指すべき方向性、地域の類型ごとの医療提供体制の構築に必要なモデルを示し、地域における協議のために必要なデータ等を提供することが適当である。

論点

- 地域医療構想の策定については、広く関係者で現状や課題の認識を共有することが重要である。このため、策定に向けて、2026年度～2027年度上半期を目途に、構想区域ごとに現状の把握、医療機関機能の確保その他の2040年に向けて中心的に取り組むべき課題や都道府県単位で取り組むべき課題を設定し、必要に応じて区域の見直しを行うこととしてはどうか。課題の設定にあたっては、区域ごとの議論に資するよう、検討すべき課題の例をガイドラインにおいて示すこととしてはどうか。
- 課題の設定後、取組の方向性について2028年度中までに決定し、具体的な取組については第9次医療計画の検討の過程等で検討し、2035年を目途に一定の成果の確保を行うこととしてはどうか。
- 現状の把握やその後の議論において必要となる人口推計などの基本となるデータについては、ガイドラインで整理することとしてはどうか。また、診療領域ごとの病院ごとの入院患者数のデータ等の詳細なデータについて、国からの提供や都道府県が公開データから加工できるような体制作りに向けた支援を行うこととしてはどうか。今後の地域の協議において把握が必要なデータで、病院からの報告により把握が可能なものについては、医療機関機能報告・病床機能報告において報告を求めることとしてはどうか。

新たな地域医療構想における検討事項と協議の場（案）

- 新たな地域医療構想において各検討する事項の協議の場については、都道府県ごとの既存の協議体と一体的に実施することや主な既存の協議体の議論を調整会議に報告するといった、都道府県の体制に応じて柔軟に設定できることとしてはどうか。

	具体的な検討事項	主な既存の協議体
全体的な事項・広域的な連携に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> 医療提供体制についての都道府県の方針、大学病院との連携に関する事項等 	<ul style="list-style-type: none"> 医療審議会 都道府県単位の地域医療構想調整会議
構想区域の見直し、地域ごとの医療機関機能、病床機能に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> 構想区域ごとに確保すべき医療機関機能（高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能）及び広域的な観点で確保すべき医療機関機能（産育及び広域診療機能）に着目した、医療機関機能の確保 	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想調整会議
外来医療	<ul style="list-style-type: none"> 不足する医療提供のための方策（外来の機能分化・連携、診療所の継承支援、医師の派遣） 	<ul style="list-style-type: none"> 外来医療の協議の場、かかりつけ医の協議の場 （二次医療圏その他の当該都道府県知事が適当と認める区域）
在宅医療、介護との連携	<ul style="list-style-type: none"> 慢性期の医療需要に対する受け皿整備の検討（在宅医療、介護保険施設、療養病床） 患者の状態悪化防止や必要時の円滑な入院に向けた医療機関と介護施設等の具体的な連携 不足する医療提供のための方策（在宅医療研修やリカレント教育の推進、医療機関や訪問看護の在宅対応力の強化、在宅患者の24時間対応の中小病院等による支援、巡回診療の整備） DtoPwithNによるオンライン診療や医療DXによる在宅医療の効率的な提供に向けた方策 	<ul style="list-style-type: none"> 作業部会 医療及び介護の体制整備に係る協議の場 （二次医療圏*） <p>※二次医療圏と老人福祉圏域が一致していない場合や二次医療圏単位での開催が適当でない場合は、都道府県が適当と認める区域</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療・介護連携推進事業に関する協議の場（市町村、都道府県）
医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> 区域における不足・都道府県内の偏在に対する方策（大学病院本院、関係団体と連携した取組を含む） <p>※既存の協議体で検討している場合、調整会議における検討が新たに必要となる事項について検討</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療対策協議会等の各職種の確保対策に係る協議体（都道府県）

調整会議に参加する関係者の役割について (案)

- 地域医療構想調整会議に参加する関係者として位置付けることとなる市町村及び介護関係者について、以下のような役割についてガイドラインにおいて位置付けることとしてはどうか。

	主な役割
市町村	<ul style="list-style-type: none"> 市町村立病院の開設者としての観点だけではなく、将来にわたって、地域全体での医療提供を確保するといった観点も踏まえ、他の医療機関と同様に、地域全体の提供体制の構築・維持や医療提供体制の連携・再編・集約化の取組への協力が求められる。 介護保険事業の実施主体として、介護側の課題を調整会議において共有するとともに、医療側の課題を理解し、医療と介護の連携に向けた取組を推進することが求められる。 隣接する自治体や構想区域内の他の市町村との連携しながら、医療提供体制の構築や医療と介護の連携を進めることが求められる。
介護関係者	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急や在宅医療の需要の増加が更に見込まれる中、地域の医療提供体制の課題の把握や、医療機関との協力体制の構築等、医療における課題の解決に向けた取組への協力が求められる。 介護施設における入所者の重症化予防に向けた取組や、医療機関から施設への早期退院に向けた取組を推進することが求められる。

精神医療に関する地域医療構想の今後の検討体制について

- 改正医療法が成立し、新たな地域医療構想に精神病床が位置付けられたことに伴い、精神科病院における医療機関機能、医療機関機能報告・病床機能報告の内容や、必要病床数の推計方法等について、施行に向けて検討を進めていく必要がある。
- このため、「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」のもとにワーキンググループを設置し、精神医療の専門家や関係者等の有識者に参画いただきながら、検討を進めていくこととしてはどうか。検討に当たっては、2027年（令和9年）10月から病床機能や医療機関機能の報告が開始されることを見据え、精神医療における地域医療構想のガイドラインの策定に向けて、2026年度（令和8年度）中を目途に結論を得るべく、検討を進める。

<精神医療に関する地域医療構想検討ワーキンググループ>

○主な検討事項

- 2040年における精神医療の課題とそれを踏まえた地域医療構想における取組の内容
- 精神医療における医療機関機能の考え方
- 精神医療に係る医療機関機能報告及び病床機能報告の内容
- 必要病床数の推計方法 等

○構成員

- 精神医療の専門家、一般医療の専門家、自治体、当事者、学識者 等

○検討スケジュール

2026年（令和8年）春 WGにおいて議論
年度内を目途にとりまとめ

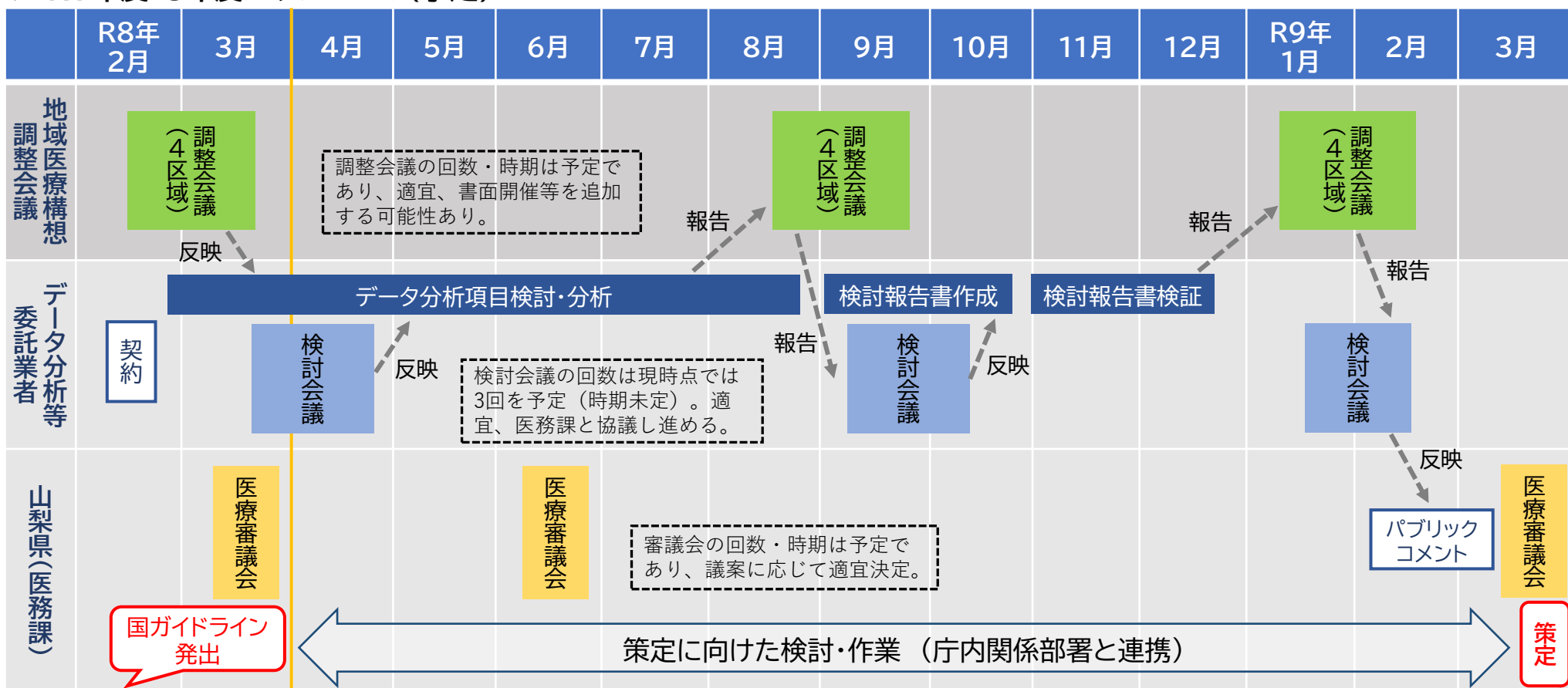
※ ワーキンググループは医政局、障害保健福祉部で開催する。

2. 本県における『新たな地域医療構想』策定に係るスケジュール

◆ 全体スケジュール

年度	R 7 (2025) 年度	R 8 (2026) 年度	R 9 (2027) 年度以降
取組内容	<ul style="list-style-type: none"> 各医療機関で、計画(具体的対応方針・公的医療機関2025プラン・公立病院経営強化プラン)に基づいた、地域医療構想に係る取組を実施 峡南区域では、区域対応方針に基づく取組を実施 上記取組について振り返り調査を行い、現状と今後の課題を調整会議で共有 	<ul style="list-style-type: none"> 新たな地域医療構想の策定 人口推計・病床数・医療資源等の基礎データを用い、現状と課題を共有 区域の見直し、医療機能の確保、地域特有の課題等について協議・検討 地域医療提供体制の方向性及び将来の必要病床数等を策定 	<ul style="list-style-type: none"> 新たな地域医療構想の取組開始 新たな地域医療構想に基づいた取組の実施 医療機関機能・連携、病床の機能分化・連携等の具体的な協議

◆ R7年度・8年度スケジュール(予定)



3. 地域医療提供体制検討データ分析業務委託について

◆ 業務委託の概要

R7.12月補正予算(県)

■ 業務名 地域医療提供体制検討データ分析業務

■ 業務目的

- 地域医療提供体制の現状把握と課題整理、今後の方向性検討に資するデータ分析を実施。
- 新たな地域医療構想の検討に向け、調整会議で活用可能な資料を作成。

■ 業務内容

① データ分析


- 入院・外来・在宅・介護連携等を含む医療提供体制に関する分析
- 必要病床数、構想区域の見直し、医療機関機能、医療従事者確保等を検証
- 提供データ(県レセプトデータ、病床機能報告等)+公的統計を使用

② 検討会議の開催 (3回程度)

- 有識者等による会議運営(スケジュール調整、資料作成、会議録等)
- 分析結果の検証、方向性整理、ファシリテーション支援
- 議題・日程は県と協議し決定



③ 検討報告書の作成

- 分析結果・議論内容を踏まえ、2040年を見据えた医療提供体制の方向性を整理
- 調整会議向け説明資料も作成 

■ 委託期間

契約締結日(R8年2月中旬) ~ 令和9年3月31日(R8年度末)

■ 契約方法 公募型プロポーザル方式

■ 委託業者 ○○○○

◆ 検討会議の構成員について

- 現行の地域医療構想策定時(平成27年度)に設置された「策定検討会」を参考とすると、今回の検討会議の構成員数は20名程度を想定。
- なお、当時の検討会の構成員属性は以下のとおりだが、今回の構成が同一となるものではない。
- 新たな地域医療構想では、在宅医療・介護連携や精神医療を含むため、当該分野の専門家(関係者)を追加。併せて、地域医療構想アドバイザー(今後設置予定)も追加してはどうか。

在宅医療・介護分野の専門家(関係者)を追加

精神医療分野の専門家(関係者)を追加

地域医療構想アドバイザーを追加

策定検討会委員 (H27年度)

1	山梨県医師会 会長
2	山梨県医師会 理事
3	山梨県医師会 理事
4	山梨県歯科医師会 専務理事
5	山梨県薬剤師会 副会長
6	山梨県看護協会 会長
7	山梨県民間病院協会 会長
8	山梨県官公立病院等協議会 会長
9	山梨県慢性期医療協会 副会長
10	山梨県市長会 理事
11	山梨県町村会 会長
12	山梨県保険者協議会 会長
13	山梨大学医学部附属病院 院長
14	山梨県立中央病院 院長
15	山梨大学大学院総合研究部 教授
16	山梨県保健所長会 会長
17	山梨県福祉保健部 参事

【地域医療構想アドバイザー】

- ・地域医療構想の検討において、専門的知見を基に助言・提案を行う外部有識者
- ・本県ではこれまで未設置であったが、R8年度から4名程度を設置予定(内諾済)

事業概要

効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の急激な変化により経営状況の急変に直面し、病床数の適正化を進める医療機関に対して、経費相当分の給付金を支給する。

（R6国補正予算事業：R6年12月17日成立）

支給対象・要件等

- ✓ 支給対象：病院（一般・療養・精神病床）、有床診療所
- ✓ 支給要件：R6年12月17日（国補正予算成立日）からR7年9月30日までの間に、病床（一般・療養・精神病床）の削減の届出を行い、かつR7年9月末時点で廃院及び無床化していないこと。
- ✓ 給付額：削減病床1床につき、4,104千円

本県の状況

◆ 国内示額：136床（第1次：100床、第2次：36床） ※活用意向調査（本県要望）：557床

◆ 配分基準：国から示された算出基準に基づき、一部緩和基準を設けた上で配分を実施。

※R4～6年度に経常赤字があること、新興感染症確保病床や基準病床数・必要病床数等に影響がないこと等。

本県の配分実績	一般病床	療養病床	精神病床	配分病床数（計）	配分額	構想区域内訳
	75床	0床	61床	136床	558,144千円	中北：33床（精神） 峡東：62床（一般・精神） 峡南：10床（一般） 富士・東部：31床（一般・精神）

山梨県地域医療構想の振り返り調査結果概要(峡東版) 令和8年1月実施

【趣旨】平成28年5月に策定された山梨県地域医療構想に基づき、各医療機関において様々な取組を進めているところであるが、来年度、県で「新たな地域医療構想」を策定するにあたり、現行構想の振り返りを行うこととする。

【方法】1月30日を回答期限とし、医務課から各医療機関に依頼。回答結果に基づき、峡東保健所(管内分のみ)で集計を実施。

【回答数】100%(16/16) 峡東管内13病院3有床診療所(精神科単科病院除く)

病床機能報告における病床の状況(令和7年7月1日時点)

No.	医療機関名	許可病床数	最大使用病床数	保有する病床機能	休棟	休棟理由	休棟における今後の方針
1	山梨市立牧丘病院	30	23	急性期 30			
2	甲州市立勝沼病院	39	37	急性期 39			
3	加納岩総合病院	160	146	急性期 120・回復期 40			
4	山梨厚生病院	296	249	急性期 218・慢性期 78			
5	塩山市民病院	161	151	回復期 102・慢性期 59			
6	笛吹中央病院	150	150	急性期 150			
7	石和温泉病院	187	81	回復期 120・(休棟 67)	○	職員不足	廃止
8	甲州リハビリテーション病院	180	174	回復期 134・慢性期 46			
9	一宮温泉病院	104	104	回復期 104			
10	石和共立病院	99	99	急性期 49・回復期 50			
11	山梨リハビリテーション病院	135	127	回復期 135			
12	春日居総合リハビリテーション病院	200	200	回復期 100・慢性期 100			
13	富士温泉病院	191	83	慢性期 138・(休棟 53)	○	看護スタッフ不足	廃止
14	花の丘たちかわクリニック	19	19	急性期 19			
15	山梨市立産婦人科医院	19	19	急性期 19			
16	長坂クリニック	15	15	急性期 15	△(検討中)	職員不足	R8.12までに決定

地域医療構想に係る取組の達成度(回答理由別)

達成度	項目	回答理由
ほぼ達成できた(6)	看護師確保	看護師確保が依然として困難な状態が続いている
	病床数維持	病床数の維持は達成できたが、看護要員・リハ職(セラピスト)は目標数に達していない
	入院機能	入院患者数が減少している
	在宅医療	医師不足により在宅医療提供が難しい
	機能転換	一般急性期を地域包括ケア病棟へ転換 2次救急輪番として高齢者救急を中心に受入を継続
半分程度達成できた(2)	急性期・回復期機能	急性期・回復期機能は維持できている。
	在宅医療体制	在宅医療は以前より強化されたが、さらなる強化が必要
	回復期転換	回復期病棟への転換は2025年度に達成
	新棟建替え	物価高騰と経営悪化により、新棟建設(建替え)は断念
	療養→介護医療院	介護医療院への転換は、介護事業計画との整合が取れず、ハードルが高いため未達
一部達成できた(3)	病床削減	病床数適正化支援事業給付金を活用し、病床削減を実行
	人材確保	医療従事者の確保が進まず、職員不足が継続
全く達成できていない(1)	医師確保	医師不足が継続し、常勤医確保が全くできていない
	入院機能	入院対象者がほぼショートステイ利用者(熱発・呼吸不全など)に限定されている

地域医療構想に係る具体的な取組状況

()内は回答医療機関数

項目	内容
病床削減(4)	病床削除により、余剰病床がなくなり、地域の実情に合った病床数となった。
	削減で生じた病室は会議室、面会室、スタッフ休憩室などへ転用。
	光熱費の削減にも寄与している。
病床転換(3)	急性期から回復期に病棟を転換。
	在宅復帰支援体制の強化につながった。
	転換後間もないため、具体的な効果はまだ実感できていない。
在宅医療の強化(4)	2025年度から在宅医療を積極的に担う医療機関として取り組みを強化。 病院の付帯施設として、在宅クリニックを開設。 在宅患者のバックベッドとしても活用可能となった。
その他(2)	病床数適正化支援事業給付金により病床削減 民間医療機関として(介護)ショートステイ利用者の健康管理を担う。 体調不良時には医療への切り替え入院が可能。 地域医療の役割として、必要時には入院医療機関への移行・連携に努めている。

地域医療介護総合確保基金の活用状況

項目	回答理由
地域医療構想推進事業費補助金(1)	地域包括ケア病棟へ転換
病床機能再編支援事業給付金(2)	病床削減

地域医療構想における課題

項目	内容
1. 医師不足(特に常勤医師)の深刻化	・高齢化により医療需要は増える一方、医師確保はより困難に ・地域偏在・診療科偏在の影響大
2. 病床機能の転換・再編の必要性	・入院患者数の減少により急性期・慢性期病床の見直しが必要 ・回復期病床は峡東地区で充足しており転換は困難 ・高齢化+人口減少に伴い、療養病床を介護施設化する案を検討 ・既存施設の再整備が必要だが、投資判断が難しい
3. 財政的基盤の弱さ・社会インフラとしての補助金の不足	・社会インフラとしての医療機関に対する補助が不足 ・病院経営上、「やるべきこと」「やれること」「やりたいこと」の乖離が拡大 ・機能転換や施設再整備に必要な資金確保が大きな課題 ・行政との制度・財政交渉が必須
4. 地域包括ケアの中での医療と介護の連携不足	・外来患者減少や高齢者の通院困難化が進み、在宅シフトが加速 ・医療・介護の役割分担が進む一方で、状態変化時の情報共有や連携体制に施設ごとのばらつきが存在 ・多職種連携が機能しにくいケースがあり、在宅療養の質に影響 ・在宅医療を担う医療機関との連携強化が必須
5. 地域医療機関としての方向性(ビジョン)と現実のギャップ	・高度医療を担うには医師確保・人材育成・設備投資が不可欠 ・地域包括ケアの基盤(在宅・介護連携)が未成熟 ・経営資源の制約によりビジョン達成に向けたロードマップが描きづらい

1. 地域の特徴

山梨県のほぼ中央部、甲府盆地の東部に位置し、山梨市、笛吹市、甲州市の3市で構成されている。

管内総人口及び出生率は減少、高齢化率が増加しており、少子高齢化が進行している。

表1: 峡東地域の人口動態について

	人口	出生		死亡		高齢化率
		数	率(人口千対)	数	率(人口千対)	
山梨市	32,060	134	4.2	551	17.2	34.7
笛吹市	64,304	435	6.8	953	14.8	30.6
甲州市	27,804	139	5.0	476	17.1	37.2
管内	124,168	708	5.7	1,980	15.9	33.2
山梨県	776,000	4,397	5.7	11,267	14.5	31.3

資料: 令和5年人口動態統計・令和5年度高齢者福祉基礎調査

2. 地域の医療資源

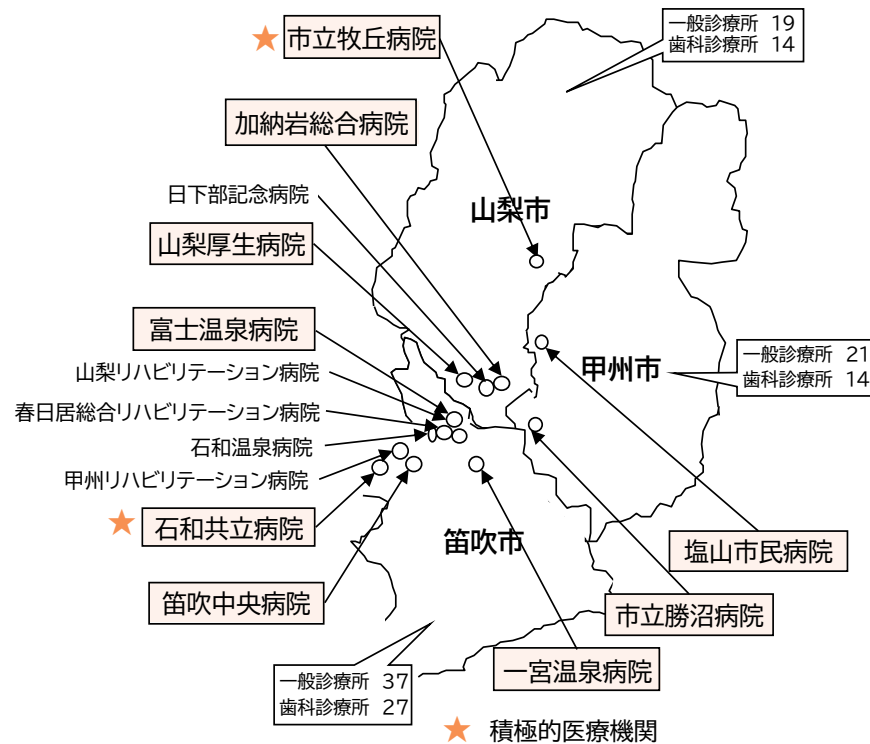
病院が14施設、一般診療所が77施設、歯科診療所が55施設あり (R7.3.31時点)。

表2: 峡東地域の医療資源について

	①地域災害拠点病院	②在宅医療において積極的役割を担う医療機関	③在宅療養支援病院	④在宅療養支援診療所	⑤訪問看護ステーション	⑥個人宅への在宅診療を実施している歯科診療所	⑦個人宅への訪問指導を実施している薬局
東山梨地区	山梨厚生病院	山梨市立牧丘病院	山梨市立牧丘病院 加納岩総合病院	6か所	6か所	19か所	19か所
笛吹地区	笛吹中央病院	石和共立病院	石和共立病院 一宮温泉病院	7か所	14か所	7か所	7か所
圏域	2病院	2病院	4病院	13か所	20か所	20か所	26か所

資料: ①厚生労働省ホームページ(令和7年4月1日現在)、②山梨県ホームページ(令和7年4月1日現在)、③~⑤関東信越厚生局ホームページ 診療報酬設置基準に基づく届け出(令和7年11月1日時点)、⑥⑦令和4年度版医療計画作成支援データブック(令和3年度調査時点)

< 峡東医療圏の主な医療機関 >



救急告示及び二次救急病院(R7.3.31現在)

3. 峡東医療圏アクションプランに関連した現況

1) 在宅医療に関すること

表3: 在宅医療に関連したデータについて

項目	峡東	山梨県	出典
往診を実施している診療所・病院数 (R3)	24.9	14.0	厚生労働省NDBナショナルデータベース 人口10万対
往診を受けた患者数 (R3)	894.7	1029.4	厚生労働省NDBナショナルデータベース 人口10万対
訪問診療を受けた患者数 (R3)	7,586.4	4,993.9	厚生労働省NDBナショナルデータベース 人口10万対

・往診を実施している診療所・病院数(人口10万対)は、県全体よりも高いが、往診を受けた患者数(人口10万対)は、県全体よりも低い。一方で、訪問診療を受けた患者数(人口10万対)は、県平均を上回っている。
→一層の高齢化もふまえ、在宅医療の体制強化と多職種連携の推進が必要である。

2) 救急医療に関すること

図1: 救急搬送件数の推移

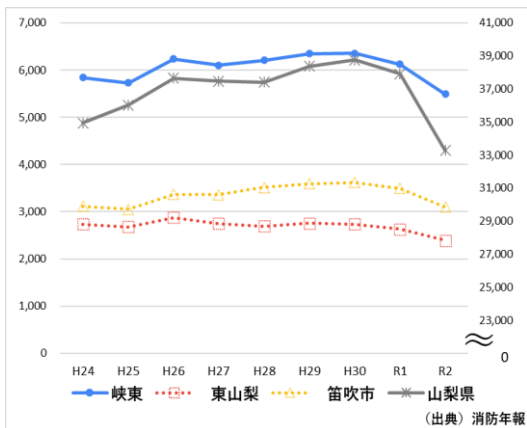


図2: 高齢者の救急搬送割合の推移

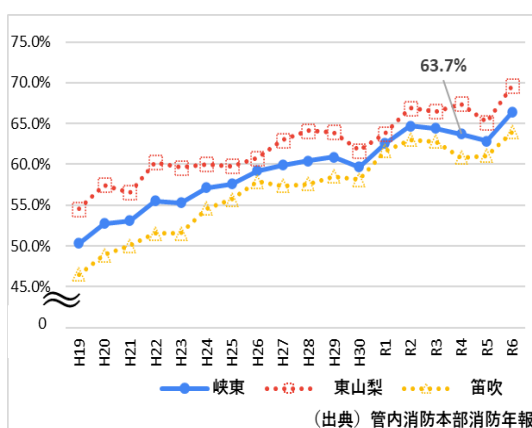
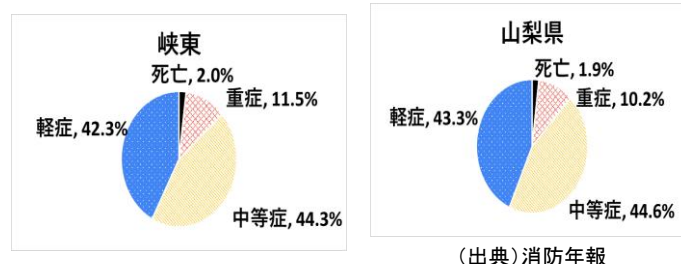


図3: 搬送者の重症度(令和2年)



・救急搬送件数は、年間6,000件程度で横ばいで推移。
・高齢者の救急搬送割合が年々増加。
・県と同様、軽症者の搬送が最多で、42.3%を占めている。
・救急医療の適切な利用についての普及啓発と救急医療体制の検討が必要である。

3) 糖尿病の重症化予防に関すること

図4: 国保特定健診受診率(国保)の推移

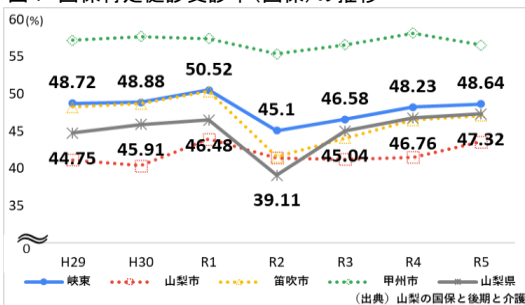
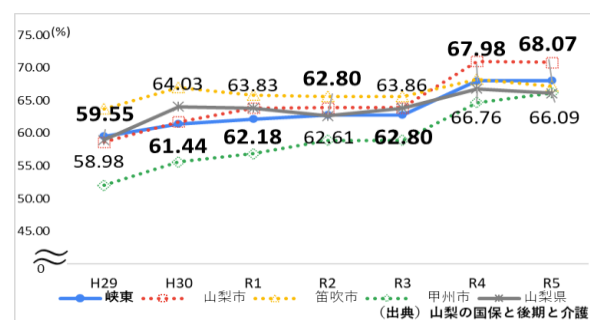


表4: 令和3年度特定健診HbA1c検査結果

	男性		女性	
	峡東	山梨県	峡東	山梨県
5.6%未満	32.76	37.09	34.14	38.49
5.6%以上6.5%未満	56.61	52.29	60.53	56.31
6.5%以上8.0%未満	9.15	8.92	4.92	4.58
8.0%以上	1.48	1.71	0.41	0.62

出典: NDBデータを活用した分析～特定健診(R3年度実施分)、医療費、重複・多剤投薬(R4年度診療分)に関する分析～
【令和6年度分析】※国保・社保のデータ

図5: 国保被保険者糖尿病受診率(100人あたり)の推移



・特定健診受診率(国保)は、県平均を上回って推移。
・HbA1c5.6%以上6.5%未満、6.5%以上8.0%未満の割合が県平均よりも高くなっている。→HbA1cが「少し高い」人が多く、この状態が継続することで合併症発症リスクを高める可能性がある。
・糖尿病患者の重症化を予防するため、適切な受診勧奨により、早期発見・早期治療に取り組む必要がある。

背景

当事務所では、高齢者の救急搬送に係る課題解消に向け、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」（令和6年3月一部改訂）を作成。

マニュアル活用は進んでいるものの、関係者への聞き取り調査ではDNAR（Do Not Attempt Resuscitation「蘇生処置をしない」）の意思確認や医療連携の不十分さが指摘された。

また、入所者の急変時に備え、嘱託医や協力医療機関との連携も重要であるが、十分な連携が図れているのか実態がつかめていない。

目的

高齢者施設における急変時対応体制の実態把握により、看取り期ケアを推進するための基礎資料とする。

方法

○対象：峡東地域の高齢者施設75事業所

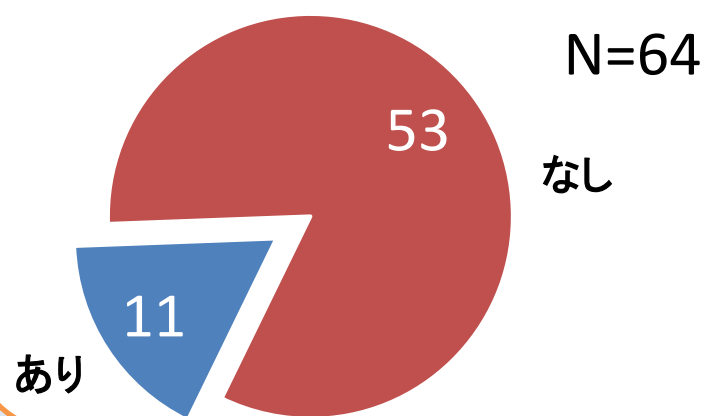
○期間：令和7年9月5日～10月3日（督促1回含む）

○方法：QRコードによる電子回答、FAX併用

○回答率：85.7%（64事業所）

結果

夜間の看護職員の配置状況



夜間の看護職員のオンコール体制

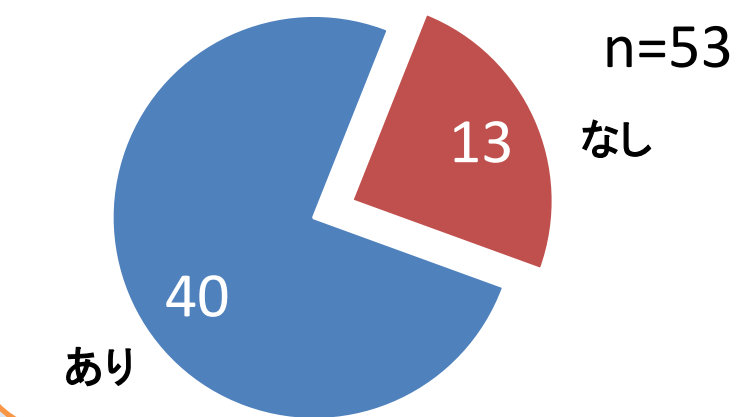


図1 嘱託医・配置医と連携できていること

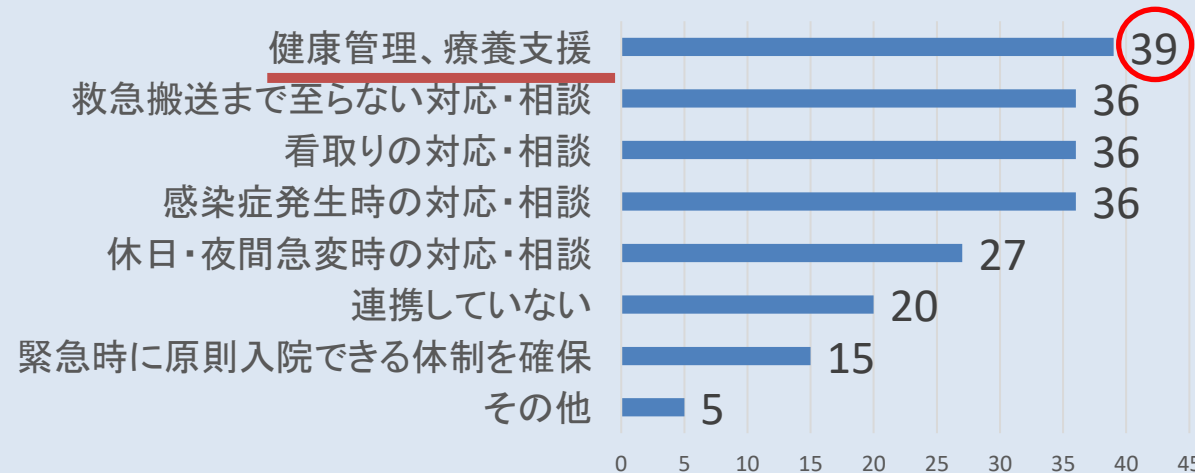
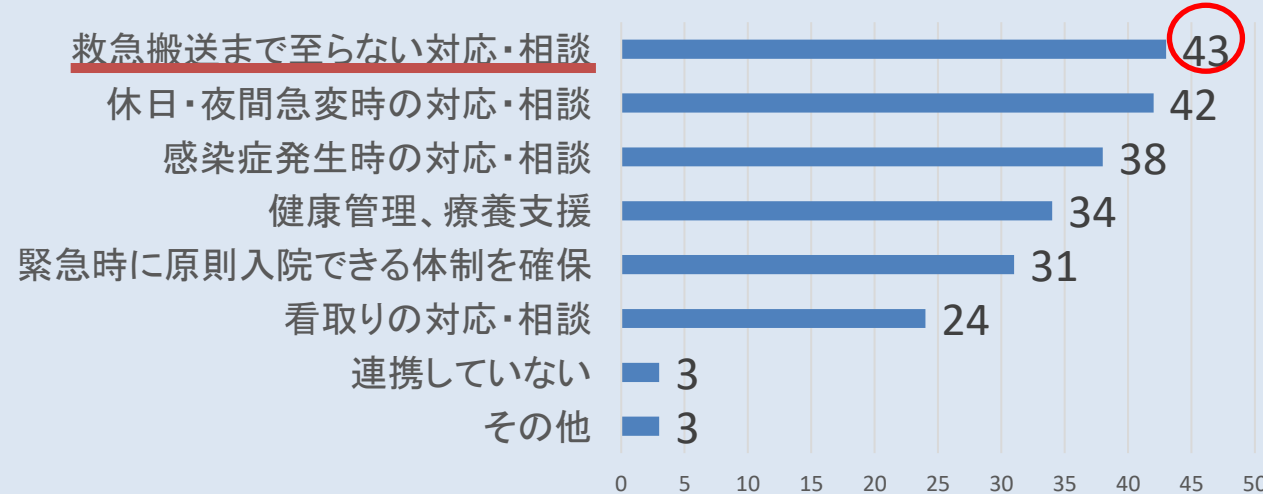
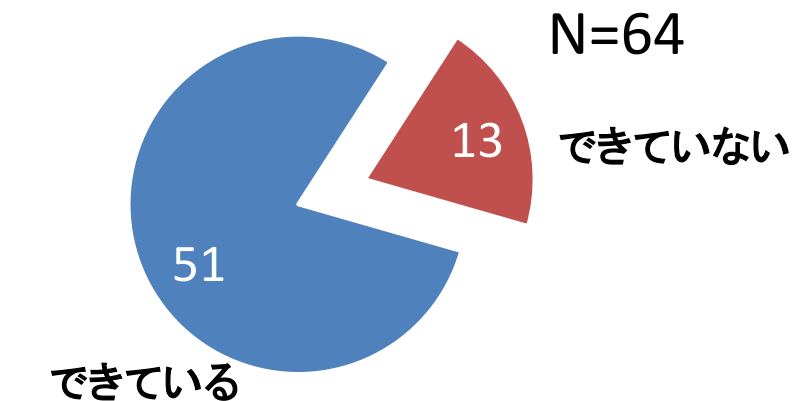


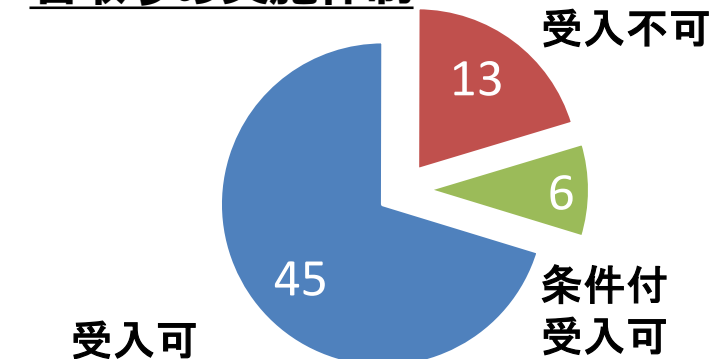
図2 協力医療機関と連携できていること



DNARの確認状況



看取りの実施体制



課題

- 医療機関との連携不足
- 救急・入院対応に関する困難
- 看取り・急変時の意思決定に関する困難
- 施設の運用・体制の問題

今後の取組（必要だと考えられること）

- 施設・病院・救急隊の連携強化
- 救急対応に関する研修
- 意思決定支援の仕組みづくり
- 往診医療体制の拡充と役割の明確化