

令和8年度第1回山梨県地域医療構想調整会議 (中北構想区域)

日 時 令和8年7月28日(火) 午後6時30分～午後8時30分

場 所 山梨県立図書館1階イベントスペース

次 第

1 開 会

2 あいさつ

3 議 事

【議題】

- | | |
|---------------------------|------|
| (1) 「新たな地域医療構想」の策定について | …資料1 |
| (2) 地域医療提供体制に係るデータ分析について | …資料2 |
| (3) 医療機関・介護施設アンケートの実施について | …資料3 |
| (4) 構想区域の見直しについて | …資料4 |
| (5) 病床数適正化緊急支援事業の実施について | …資料5 |

4 その他

5 閉 会

【配布資料】

- ・ 次第
- ・ 出席者名簿
- ・ 席次表
- ・ 地域医療構想調整会議設置要綱
- ・ 資料1 「新たな地域医療構想」の策定について
- ・ 資料2 地域医療提供体制に係るデータ分析について
- ・ 資料3 医療機関・介護施設アンケートの実施について
- ・ 資料4 構想区域の見直しについて
- ・ 資料5 病床数適正化緊急支援事業の実施について

「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の概要

～改正医療法と策定の基本的な考え方～

◆ 法改正の趣旨

- 平成26年6月の医療法改正により「地域医療構想」が制度として位置づけられ、本県では平成28年5月に「山梨県地域医療構想」を策定し取組を進めてきた。
- 令和7年12月、「医療法等の一部を改正する法律」〔令和7年法律第87号〕（以下、「改正医療法」という。）が公布された。
- 改正の趣旨は、高齢化に伴う医療ニーズの変化や人口減少を見据え、地域での良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するため、地域医療構想の見直し等、医師偏在是正に向けた総合的な対策の実施、これらの基盤となる医療DXの推進のために必要な措置を講ずること。

◆ 法改正の概要

- 改正医療法における地域医療構想の見直しに係る内容は以下のとおりとされており、施行日は令和9年4月1日とされている。

地域医療構想の見直し等

- 地域医療構想について、2040年頃を見据えた医療提供体制を確保するため、以下の見直しを行う。
 - ✓ 病床のみならず、入院・外来・在宅医療、介護との連携を含む将来の医療提供体制全体の構想とする。
 - ✓ 地域医療構想調整会議の構成員として市町村を明確化し、在宅医療や介護との連携等を議題とする場合の参画を求める。
 - ✓ 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、急性期拠点機能等）報告制度を設ける。
- 【医療法、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律等】

◆ 策定の基本的な考え方

- 新たな地域医療構想に記載すべき内容は、法的には改正医療法等により、実務的には国が示した「地域医療構想ガイドライン」により明確化され、これらを踏まえ各都道府県において策定を行う。

- なお、改正医療法では、新たな地域医療構想の取組は令和9年4月1日施行とされているが、改正法の附則において、令和10（2028年）度中までは新構想の取組を猶予する経過措置が設けられている。

新たな地域医療構想の策定は、改正医療法（法第30条の3の3第8項関係）において都道府県医療審議会等の意見を聞かなければならないとされていることから、去る5月21日、本件について医療審議会へ諮問し、合意を得た。

※国のガイドラインは当初の予定（令和8年3月）より遅れ、令和8年7月3日に発出された。それまでは国検討会の「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」を踏まえて協議を行ってきたが、今後は発出されたガイドラインに基づき協議を進める。

1. 新たな地域医療構想の概要

～基本的な方向性～

R6.12.3「第13回新たな地域医療構想に関する検討会資料」一部改

これまでの主な議論（新たな地域医療構想の基本的な方向性（案））

病床数や病床機能等、
入院医療に係る
議論が中心

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

団塊の世代が全て75歳以上となる2025年に向けて、
高齢者の医療需要が増加することが想定される。

このため、約300の構想区域を対象として、病床の機能分化・連携を推進するための2025年に向けた地域医療構想を策定。

＜全国の報告病床数と必要病床数＞



※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、
医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ

2040年頃に向けて、医療・介護の複合ニーズ等を抱える85歳以上の増加、人材確保の制約、地域差の拡大が想定される。

こうした中、限られた医療資源で、増加する高齢者救急・在宅医療需要等に対応するため、病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）に着目し、
地域の实情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進。

＜新たな地域医療構想における基本的な方向性＞

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

※ 都道府県において、令和8年度（2026年度）に新たな地域医療構想を策定し、令和9年度（2027年度）から取組を開始することを想定

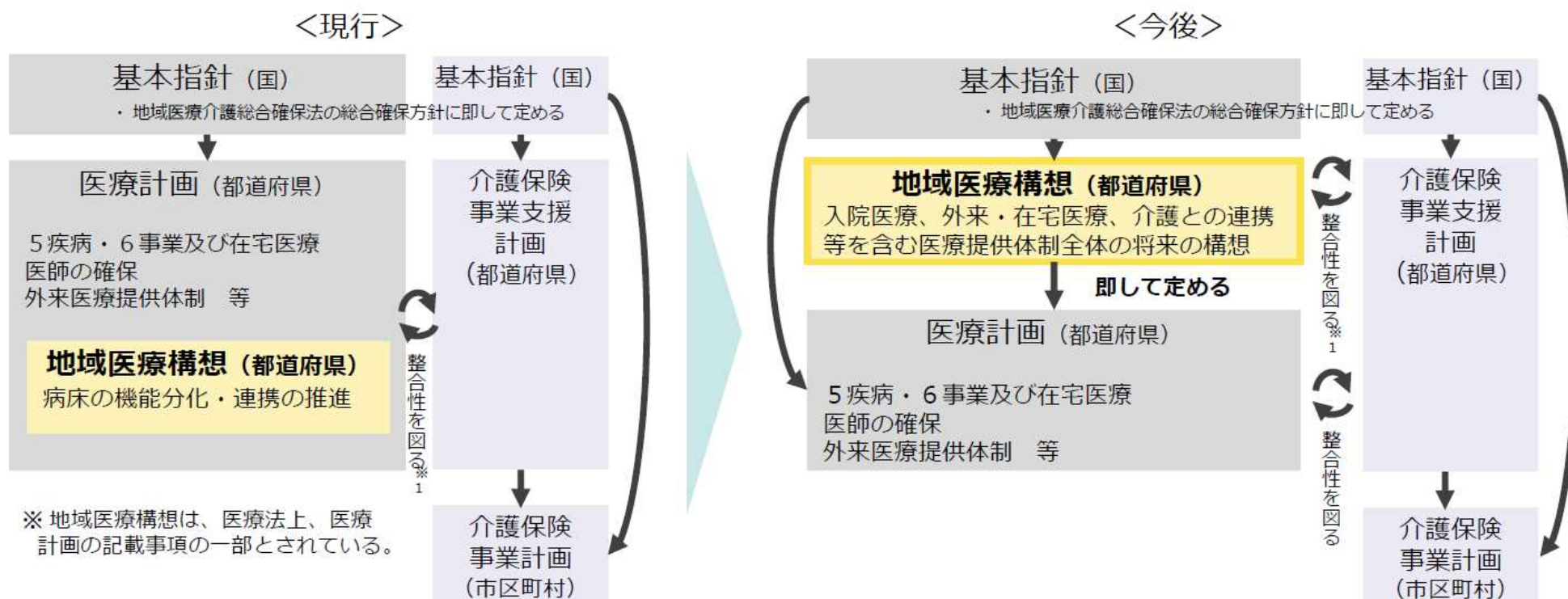
1. 新たな地域医療構想の概要

～医療計画との関係性の整理～

R6.12.3「第13回新たな地域医療構想に関する検討会資料」一部改

新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理（案）

- 新たな地域医療構想について、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等も含めた医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を行っており、地域医療構想と医療計画の関係の整理を行うこととしてはどうか。
- ・ 新たな地域医療構想について、医療計画の記載事項の一つではなく、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性を定めるとともに、医療機関機能に着目した医療機関の機能分化・連携、病床の機能分化・連携等を定めるものとする。新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。
- ・ 医療計画について、地域医療構想の6年間（一部3年間）の実行計画として、新たな地域医療構想に即して、5疾病・6事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定めるものとする。



※ 地域医療構想は、医療法上、医療計画の記載事項の一部とされている。

※1 地域医療介護総合確保法の都道府県計画、感染症法の予防計画、新型インフルエンザ等特措法の都道府県行動計画とも整合性を図る。

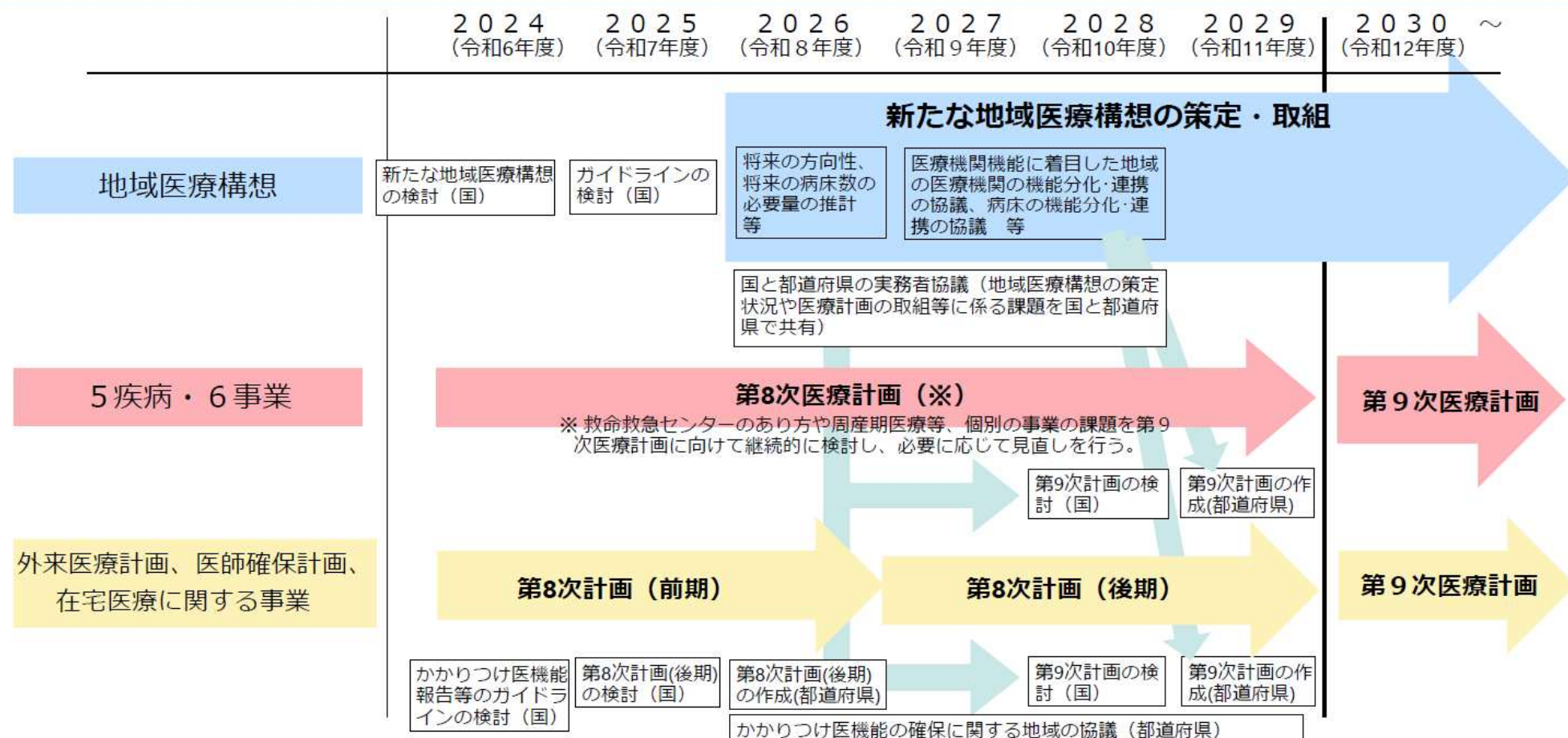
※1 地域医療介護総合確保法の都道府県計画、感染症法の予防計画、新型インフルエンザ等特措法の都道府県行動計画とも整合性を図る。

1. 新たな地域医療構想の概要 ～新たな地域医療構想の進め方～

R6.12.3「第13回新たな地域医療構想に関する検討会資料」一部改

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。



2. 新たな地域医療構想ガイドラインについて

地域医療構想が目指す方向性

- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少が進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できるよう、住民を含め地域の関係者の理解を得ながら医療提供体制を構築する

入院医療

持続可能な急性期医療の確保

- 医療機関機能を踏まえ、急性期の医療需要や、手術や救急搬送における医療機関ごとの役割分担等について地域ごとに協議

高齢者救急の受入体制の整備

- 救急の実施基準において、高齢者救急の考え方を位置付け
- 入院早期からのリハビリテーション等の提供の推進

外来・在宅医療

外来医療提供体制の維持

- 診療所の減少が進む中、地域の病院を中心に提供体制を構築
- へき地や診療所の数が限られている地域等において、D to P with Nを含むオンライン診療の活用を推進

在宅医療の受け皿の整備

- 在宅医療、介護施設、療養病床を一体的に捉え受け皿を整備
- 医歯薬連携の推進
- D to P with Nを含むオンライン診療等による効率化や病院による実施体制の強化、介護施設などの在宅医療以外の資源により受け皿を整備

介護との連携

医療と介護の二ーズを有する者への対応の推進

- 地域医療構想における市町村と介護関係者の役割を明確化
- 慢性期の医療需要について、在宅医療等とあわせた体制整備
- 医療と介護の相互理解の推進

人材確保

地域における医療人材の確保

- 都道府県単位で、大学病院本院から急性期拠点機能を中心とした、地域医療構想全体を踏まえた人的協力のあり方について協議
- 看護師等の将来の人材確保の方向性を反映

構想区域の見直し

医療機関の連携・再編・集約化など医療提供体制構築のための議論の単位や、必要病床数の運用が可能となる単位等を踏まえ、人口20万人以上を基本としつつ、地域の実情を踏まえ柔軟に設定

医療機関機能の新設

医療機関機能の確保の協議を通じて将来の提供体制の確保の取組を推進

急性期拠点機能

- 構想区域毎に、人口20万～30万に1つを目安に確保
- 手術等の急性期医療を集約して提供
- 新興感染症等への対応
- 地域の人口や医療需要等を踏まえた病床のダウンサイジング

在宅医療等連携機能

- 地域での在宅医療の提供
- 他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を実施

高齢者救急・地域急性期機能

- 誤嚥性肺炎等の高齢者救急を受入
- 高齢者を中心に入院早期からのリハビリテーションを提供
- 大都市等においては頻度の多い手術を提供

専門等機能

- 集中的なリハビリ、中長期にわたる入院医療、有床診療所の担う地域に根ざした診療、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を提供

医育及び広域診療機能（大学病院本院）

- 都道府県と連携した人的協力
- 症例数が少ない医療などの広域な観点での診療
- 地域で多様な症例に対応する人材の育成

病床機能報告・必要病床数の見直し

これまでの地域医療構想の取組に加え、病床機能について回復期を包括期とするとともに、必要病床数について新たな地域医療構想の取組を踏まえた推計を実施し、病床機能の分化・連携を推進

※令和8年3月19日地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめより作成

※なお、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

3.策定に係る検討体制について

◆ 検討体制について

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

- ・新たな地域医療構想において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。

- 新たな地域医療構想の策定は専門的・技術的事項を含み、効率的かつ体系的な検討体制の確保が必要であるため、H27年度の策定時と同様、医療審議会の下部組織として「新たな地域医療構想策定検討会」を新設する。（詳細は次頁）
- 構想区域ごとの協議は地域医療構想調整会議（中北、峡東、峡南、富士・東部区域）で行い、その結果を検討会へ報告する。
- 医師確保、外来医療、在宅医療・介護、5疾病6事業等の分野別協議は、既存会議体の検討状況を検討会および調整会議へ適宜共有する。
- その他、必要に応じて関係者からの意見を聴取する。

◆ 地域医療構想アドバイザー

- 本県の地域医療構想アドバイザー４名は、検討会および調整会議等の協議内容を踏まえ、県における策定支援を行う。

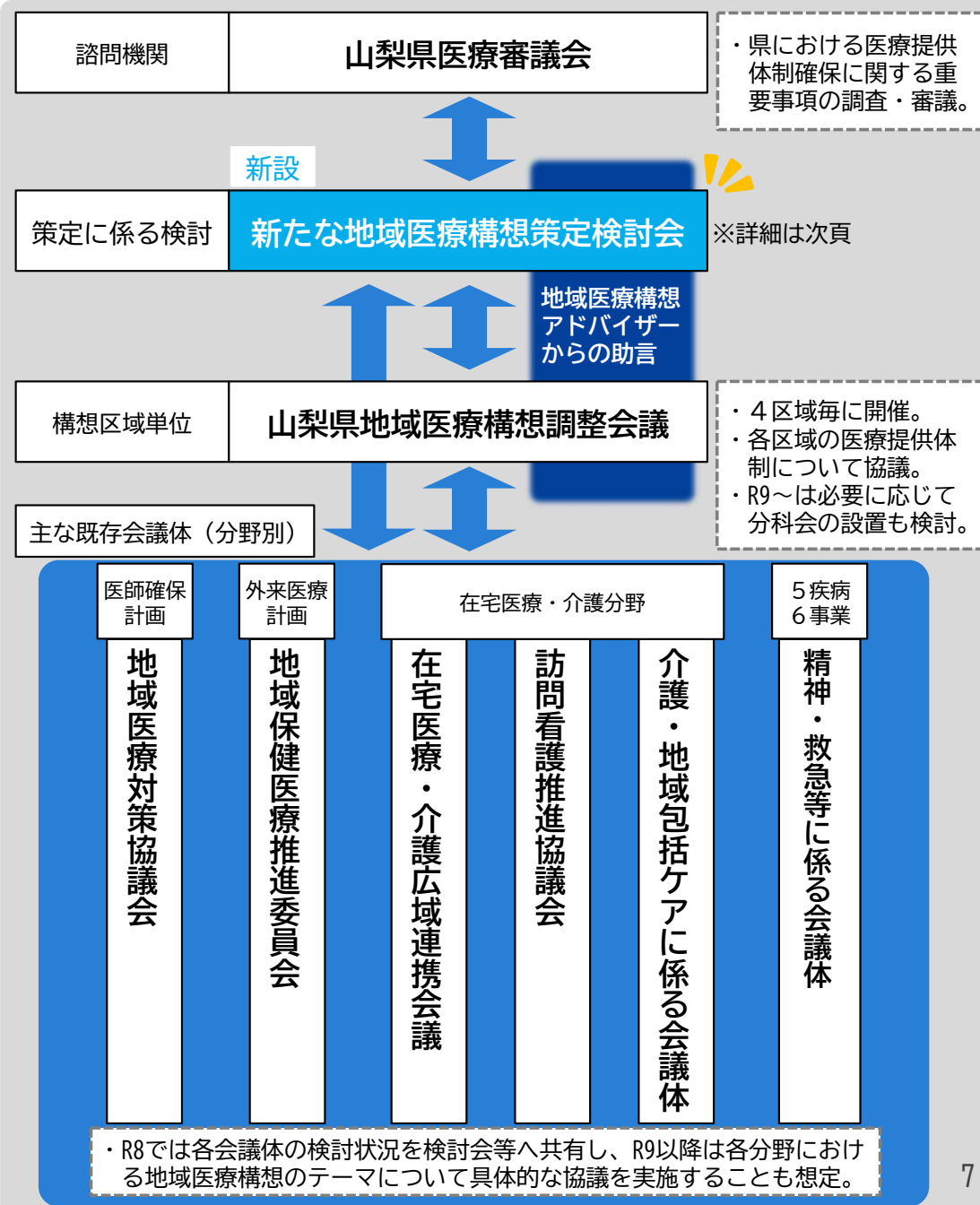
地域医療構想アドバイザーとは

- ・都道府県における地域医療構想の進め方や、調整会議における議論の活性化に資する助言を行うなど、地域医療構想の達成に向けた技術的支援を実施。
- ・国が都道府県の推薦を踏まえて選定し、本県ではR8.5月より初めて4名が任命された。

山梨県地域医療構想アドバイザー 所属・役職	氏名
山梨県医師会 理事（甲州リハビリテーション病院院長）	佐藤 吉冲
山梨県立中央病院 副院長	梅谷 健
山梨大学医学部附属病院 特任准教授	橋本 幸治
山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座 特任助教	内藤 慶太

(敬称略；順不同)

◆ 検討体制のイメージ



3.策定に係る検討体制について ～新たな地域医療構想策定検討会の設置～

- ▶ 新たな地域医療構想策定検討会は、現行の地域医療構想策定時（H27年度）に設置された「策定検討会」を参考に構成員数を21名とし、委員の選定に当たっては当時の検討委員に準拠しつつ、新たな構想で追加される分野や医療提供体制全体のバランスを考慮。
- ▶ 追加委員については、在宅医療・介護分野や患者団体の関係者、有識者を中心に、各区域や医療機関機能にも配慮しながら、区域毎の病院関係者が適切に含まれるよう選定。
- ▶ 検討会の運営については、株式会社日本経営（業務委託先）に資料作成およびロジスティクス業務を委託し、県と適宜協議のうえ進めるものとする。
なお、R8年度の検討会は年3回程度開催する。
- ▶ 「地域医療構想アドバイザー」4名は事務局に配置し、検討会での議論を踏まえ、県の策定支援を行う。

山梨県新たな地域医療構想策定検討会設置要綱

（趣旨）

第1条 医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第2項第7号の規定に基づく「新たな地域医療構想」の策定について検討するため、山梨県新たな地域医療構想策定検討会（以下「検討会」という。）を設置する。

（組織）

第2条 検討会は、別表に掲げる者をもって組織する。

（座長）

第3条 検討会に座長を置き、当該検討会に属する委員の互選によりこれを定める。
2 座長は、会務を総理する。
3 座長に事故があるときは、予め座長が指定する委員がその職務を代理する。

（運営）

第4条 検討会は、座長が召集する。
2 検討会は、委員の過半数の出席がなければ会議を開くことができない。
3 検討会は、原則として公開とする。ただし、座長が必要と認めるときは、出席委員全員の同意を得て、その全部又は一部を非公開とすることができる。
4 委員は、やむを得ない事由により出席できないときは、あらかじめ座長の承認を得て、代理人を出席させることができる。この場合において、当該委員は、当該代理人に権限を委任する旨の書面（委任状）を提出しなければならない。
5 前項の規定により出席した代理人は、当該委員の権限を行使するものとする。

（意見の聴取）

第5条 検討会は、必要があると認めるときは、関係者の出席を求め、その意見を聴取することができる。

（庶務）

第6条 検討会の庶務は、山梨県福祉保健部医務課において処理する。

（その他）

第7条 この要綱に定めるもののほか、検討会運営に関し必要な事項は、検討会において定める。

附 則

この要綱は、令和8年6月11日から施行する。

（別表）

山梨県新たな地域医療構想策定検討会 委員名簿

令和8年6月11日時点

番号	所属名	役職名	氏 名	備考
1	山梨県医師会	副会長	小林 正洋	医療関係者代表
2	山梨県医師会	理事	萩野 哲男	
3	山梨県医師会	理事	上條 武雄	
4	山梨県歯科医師会	専務理事	内田 喜仁	
5	山梨県薬剤師会	会長	堀内 敏光	
6	山梨県看護協会	専務理事	小川 忍	
7	山梨県民間病院協会	代表	中澤 良太	
8	山梨県官公立病院等協議会	副会長	松田 政徳	
9	山梨県慢性期医療協会	会長	古屋 俊宏	
10	山梨県リハビリテーション病院・施設協議会	副会長	稲田 秀俊	
11	山梨大学医学部附属病院	病院長	木内 博之	介護関係者代表
12	山梨県立中央病院	院長	小嶋 裕一郎	
13	山梨県老人保健施設協議会	会長	福田 六花	
14	山梨県市長会	会長	山下 政樹	市町村代表
15	山梨県町村会	会長	望月 幹也	
16	山梨県保険者協議会	副会長	染谷 光一	医療保険者代表
17	がんフォーラム山梨	理事	山岸 良治	患者代表
18	山梨県立大学看護学部	准教授	横内 理乃	学識経験者
19	山梨県保健所長会	副会長	中根 貴弥	行政
20	山梨県福祉保健部	理事	大森 栄治	
21	山梨県福祉保健部	次長	中村 直樹	

（敬称略）

4.策定に係る主な検討項目について

- 本県の策定に係る検討項目については、国のガイドラインに準拠しつつ、地域の特性や課題を踏まえて検討・策定を行う。
- 主な検討項目は以下のとおりとするが、このほか、関係者の役割分担や精神医療、取組の推進方法等についても、国のガイドラインを踏まえ検討する。

構想区域の見直し

R 8

- ・ 現行の構想区域について、必要病床数の議論や医療機関機能の確保を行う単位としての観点に加え、地域の実情を踏まえ、見直しを行う。
- ・ 県境を跨ぐ患者の流出入がある場合等には、区域の統合に拘らず、都道府県間で調整会議を一体的に運用するなど、区域間連携のあり方を検討する。

医療機関機能の確保

R 8：全体の方向性／R 9～：具体的な協議

- ・ 医療機関機能は、急性期拠点機能、高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、専門等機能、医育及び広域診療機能の5区分。
- ・ 医療機関の役割について、医療機関機能報告や基準となるデータその他、地域の実情を考慮し検討する。急性期拠点機能病院は、R9年度中の決定を目指す。

必要病床数の推計

R 8

- ・ 病床機能区分のうち、回復期は包括期として区分が変更される。
- ・ 必要病床数は、設定した構想区域の人口や医療機関数、患者の流出入等を踏まえ、基準となるデータに基づき算出・設定する。

入院医療

R 8：全体の方向性／R 9～：具体的な協議

- ・ 急性期・包括期の医療需要や手術・救急搬送の役割分担を協議し、持続可能な急性期医療提供体制の確保を進める。

外来・在宅医療

- ・ 地域の診療体制やかかりつけ医機能、医歯薬連携の充足を確認し、外来医療体制や休日・夜間診療の確保、オンライン診療の活用を推進する。
- ・ 在宅医療の需給を把握し、介護施設や療養病床と一体的に受け皿を整備。

介護との連携

- ・ 介護保険計画との整合を図りつつ、在宅医療等とあわせた体制整備と人材確保を進めるとともに、市町村・介護関係者の役割を明確化し、医療と介護の機能把握や連携強化、協力医療機関の確保等を継続的に進める。

人材確保

- ・ 医師の確保は医師確保計画を反映、看護師等についても将来の人材確保の方向性を反映する。また、大学病院からの人的協力についても協議。

検討スケジュール (主項目)	2026(R8年度)	2027(R9年度)	2028(R10年度)	2029(R11年度)	2030(R12年度)
区域の点検 見直し	構想区域の見直し	新たな地域医療構想の取組の推進			
必要病床数	必要病床数の算出				
医療機関機能の 確保	医療機関機能報告開始 全体の方向性検討	急性期拠点機能病院決定 連携・再編・集約化の議論	策定完了 (具体的な協議が整い次第)	第8次医療計画	第9次医療計画
外来・在宅医療・ 介護の連携等		ガイドラインに準拠し検討		新たな地域医療構想の取組の推進	
医療従事者の 確保	医師 医療従事者 医師確保計画	ガイドラインに準拠し検討			

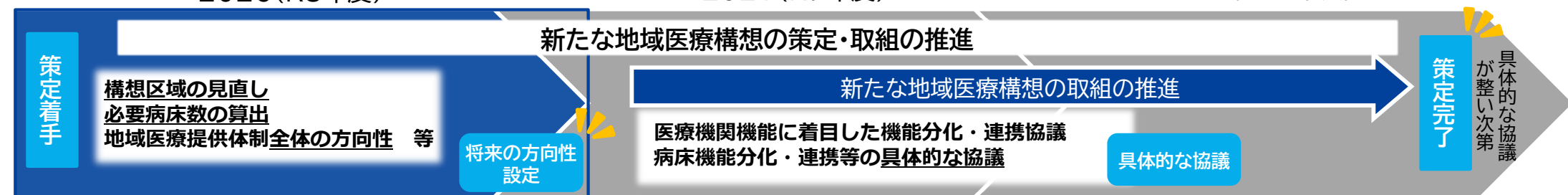
5.策定に係るスケジュールについて

◆ 策定までの全体スケジュール

2026(R8年度)

2027(R9年度)

2028(R10年度)



改正医療法では、新たな地域医療構想の取組はR9.4.1施行とされているが、改正法の附則において、令和10年（2028年）度中までは新構想の取組を猶予する経過措置が設けられている。

◆ R8年度スケジュール(予定)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	R9年 1月	2月	3月
山梨県・ 医療審議会	国ガイドライン 発出(7月3日) 審議会の回数・時期は予定であり、議案に応じて適宜決定 策定に向けた検討・作業(庁内関係部署と連携)											
新たな地域医療 構想策定検討会	データ分析項目検討・アンケート・分析 検討報告書作成・検証											
地域医療構想 調整会議	調整会議の回数・時期は 予定。適宜、書面開催等 を追加する可能性あり											
	報告 反映 報告 報告											

地域医療提供体制に係るデータ分析について

株式会社日本経営

分析項目の全体観

地域医療提供体制について下記の内容でデータ分析を実施する想定。

各分析項目ごとの内容整理

項目・ステップ		内容	使用データ
①本県の現状・推計		以下の観点から現状分析を実施する 需要面：将来推計人口、3疾病（がん・脳卒中・心筋梗塞）の分析、 在宅医療・介護需要分析、算定する入院料別の患者数、患者流出入 等 供給面：3事業（救急・小児・周産期）の分析、在宅医療・介護の供給分析 等	下記データを組み合わせ分析を実施 ✓ 山梨県地域医療構想/保健医療計画 ✓ 病床/外来/かかりつけ医機能報告データ ✓ 医療計画策定支援データブック ✓ 県レセプトデータベース ✓ 関東信越厚生局における各医療機関の届出/指定状況 ✓ その他公的統計（患者調査、病院報告、医師・歯科医師・薬剤師・調査、看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査、DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」） ✓ 各病院DPCデータ 等
②構想区域の点検・見直しに係る分析		下記の需要供給分析を踏まえ構想区域の統合・再編・連携を分析・検討 ①構想区域の統合および再編、②隣接都道府県も含めた連携の検討	
		 構想区域の見直しと需給分析は相互に往復しながら一体的に実施	
需要供給分析	③必要病床数に係る分析	市区町村/医療圏ごとに入院医療の需要供給状況を分析 需要面：患者流出入、厚生労働省が提供する推計ツールを用いた医療需要分析 →想定病床利用率※で割り戻し必要病床数を試算 ※想定病床利用率：高度急性期79%、急性期84%、包括期（回復期）89%、慢性期92.5%	
	④医療機関機能に係る分析	医療機関機能の仕分け基準を作成のうえ各病院の診療実績や診療体制から各医療機関の機能を分析・定義 需要面：救急搬送件数、手術件数、病床稼働率、患者1人1日あたりリハビリ単位数、各種加算の算定件数 等 供給面：医療機関/従事者数、病床稼働率、医療機器等の整備状況、三次/二次救急病院までの患者、アクセス、認定・指定状況、入院料・加算の届出状況 等	
	⑤外来・在宅医療・介護との連携に係る分析	市区町村/医療圏ごとに入院/外来/在宅医療/介護の過不足/連携補完状況を分析 需要面：入退院支援関連加算、訪問診療、往診・介護サービス算定件数 等 供給面：医療機関・介護事業所・薬局の数、医療/介護従事者数、休日・夜間の診療体制、在宅医療・介護・リハビリの提供状況 等	
	⑥医療従事者の確保に係る分析	医療従事者の状況および確保対策を分析・検討 供給面：現状の医療従事者数の状況、派遣元医局の整理、看護学校の卒業者数 等	

医療機関機能に係る指標案（案）

地域医療提供体制のうち医療機関機能に係る指標（案）は以下のとおり。

医療機関機能に係る指標（案）

医療機関機能	分析テーマ	分析指標
急性期 拠点機能	救急医療の提供	重症度別救急搬送受入数および地域シェア
	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	部位別全身麻酔件数、部位別手術件数および地域シェア 急性期充実体制加算、総合入院体制加算の届出状況 各医療機関の認定状況
	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	医療機関の医師数、急性期を担う病床数、稼働率、ICU等
	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	医療従事者数
高齢者救急・ 地域急性期機能	在宅や介護施設等の急変対応に該当	以下の項目の算定件数 ①在宅患者緊急入院診療加算、②救急・在宅等支援（療養）病床初期加算、 ③急性期患者支援（療養）病床初期加算及び在宅患者支援（療養）病床初期加算
	入院早期からのリハビリテーションの提供	①リハビリテーション早期加算 ②リハビリテーション初期加算の算定状況
	時間外緊急手術等を要さないような救急への対応	救急搬送受入数
	高齢者施設等との平時からの協力体制	①入退院支援加算1、②介護連携指導料、③退院時共同指導料
在宅医療等 連携機能	在宅医療の提供	在宅療養支援病院、又は、以下の項目の算定件数が年間120件以上 ①在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、②往診料、③在医総管、④施医総管
	訪問看護の提供	訪問看護ステーションの設置状況
	地域の訪問看護ステーション等の支援	在宅患者緊急入院診療加算の算定状況
	緊急時の患者の受け入れ体制の確保	
専門等機能	特定の診療科に特化した手術等を提供	部位別手術件数および地域シェア
	集中的な回復期リハビリテーション	回復期リハビリテーション病棟の届出、算定状況 患者1人1日あたりリハビリ単位数
	高齢者等の中長期にわたる入院医療	療養病棟入院基本料、特殊疾患病棟入院料、障害者施設等入院基本料、緩和ケア病棟入院料の届出、算定状況

医療提供体制の分析に係るDPCデータ分析について

分析対象は、地域の救急・急性期医療の提供体制の観点から地域医療を検討していくため、救急告示病院、二次救急医療機関、三次救急医療機関に該当する計33病院を対象とする。

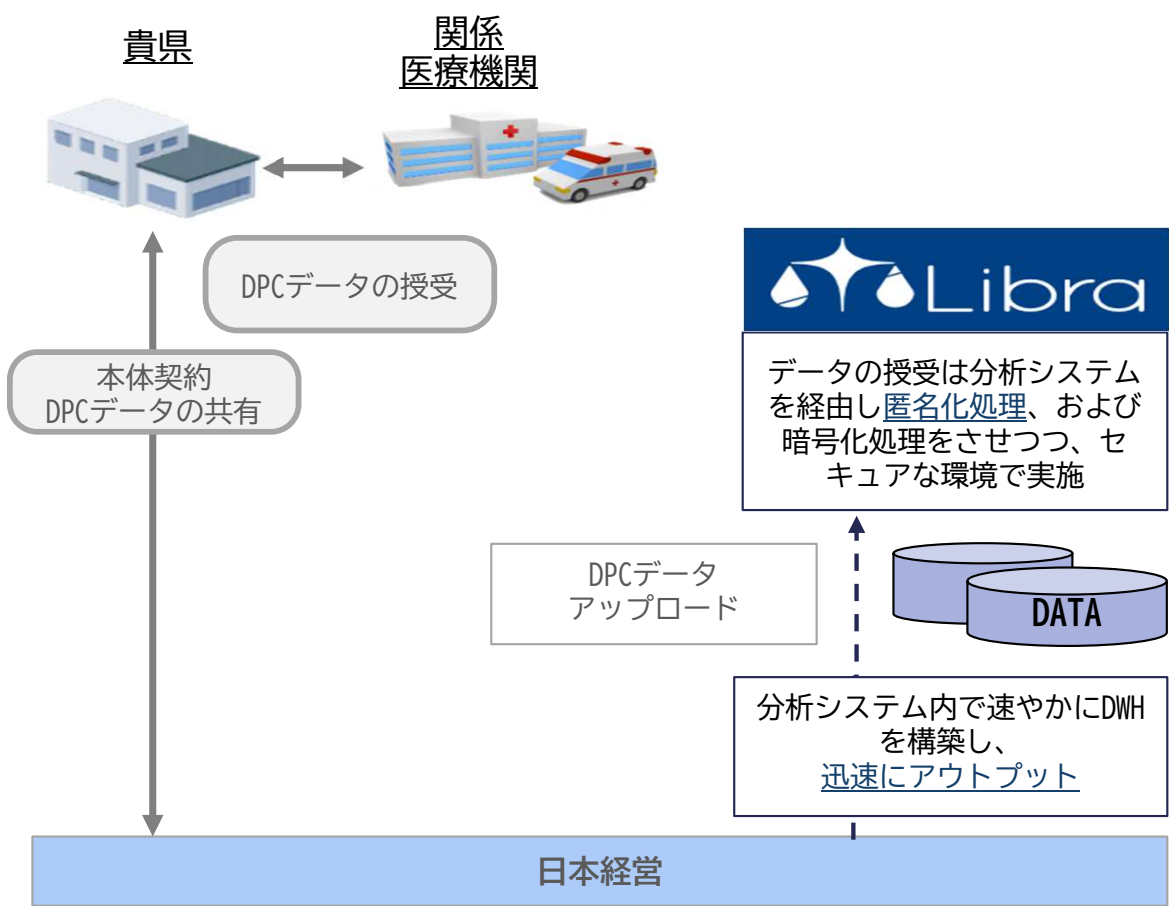
No.	構想区域	医療機関名称	DPC群の種類	三次救急	二次救急	救急告示
1	中北	地域医療機能推進機構山梨病院	DPC標準病院群		○	○
2		甲府共立病院	DPC標準病院群		○	○
3		市立甲府病院	DPC標準病院群		○	○
4		独立行政法人国立病院機構甲府病院	DPC標準病院群		○	○
5		甲府城南病院	-		○	○
6		甲府脳神経外科病院	-		○	○
7		山梨県立中央病院	DPC標準病院群	○	○	○
8		韮崎東ヶ丘病院	-		○	
9		韮崎市立病院	-		○	○
10		白根徳洲会病院	DPC標準病院群		○	○
11		巨摩共立病院	-		○	○
12		塩川病院	-		○	○
13		北杜市立甲陽病院	-		○	○
14		三枝病院	-		○	○
15		山梨大学医学部附属病院	大学病院本院群	○	○	○
16	峡東	加納岩総合病院	-		○	○
17		山梨市立牧丘病院	-		○	○
18		山梨厚生病院	DPC標準病院群		○	○
19		一宮温泉病院	-		○	
20		笛吹中央病院	DPC標準病院群		○	○
21		富士温泉病院	-		○	○
22		石和共立病院	-		○	○
23		塩山市民病院	-		○	○
24		勝沼病院	-		○	○
25	峡南	飯富病院	-		○	○
26		身延山病院	-		○	○
27		峡南病院	-		○	○
28		峡南医療センター企業団富士川病院	-		○	○
29	富士・東部	富士吉田市立病院	DPC標準病院群		○	○
30		都留市立病院	-		○	○
31		地方独立行政法人 大月市立中央病院	-		○	○
32		上野原市立病院	DPC標準病院群		○	○
33		山梨赤十字病院	DPC標準病院群		○	○

参考：DPCデータの預かり方法

DPCデータおよびデータ提出加算のデータ等を用いて分析を行う場合は、貴県との契約締結の上で、当社分析システムを通じて安全にデータを授受し、分析を実施する。

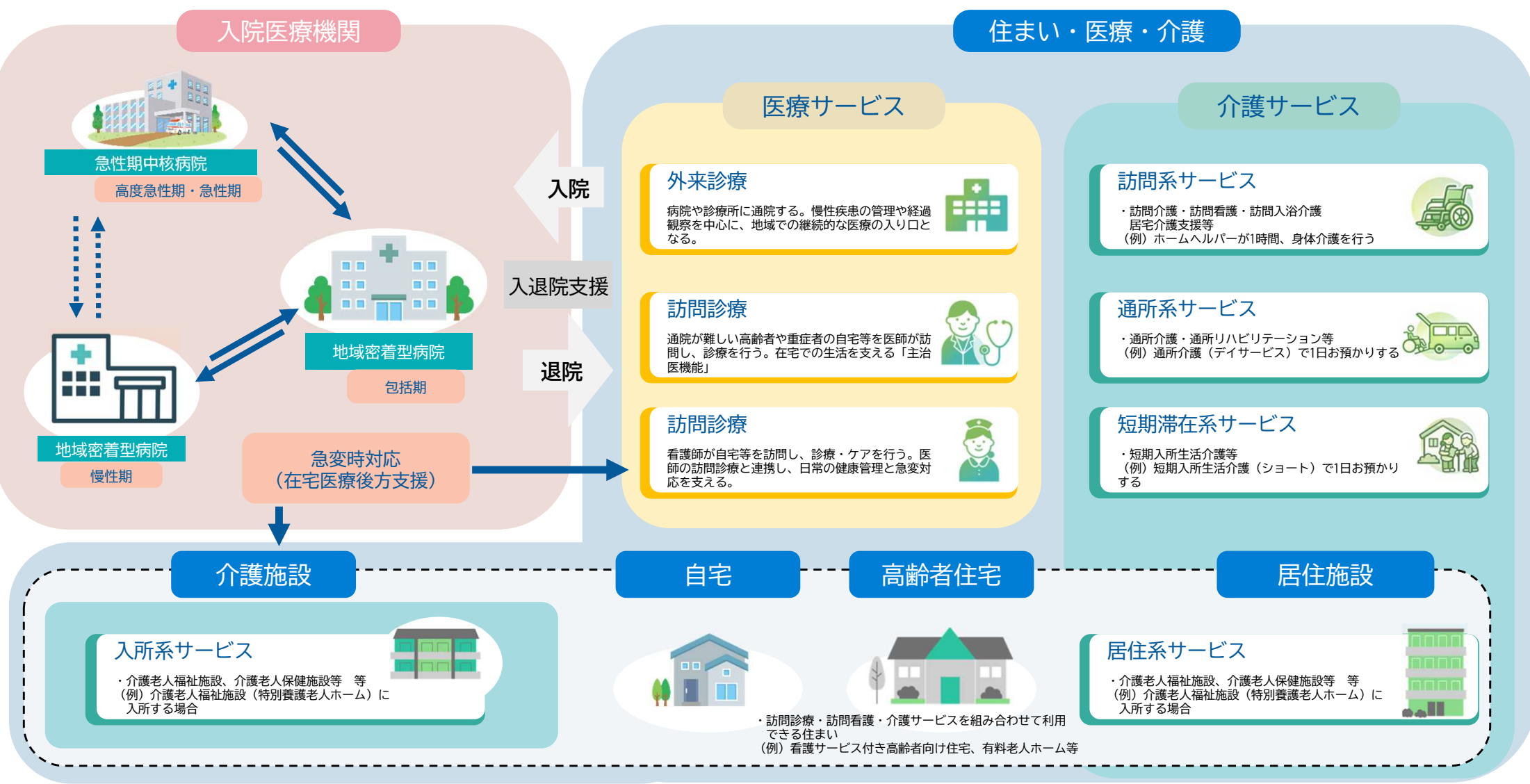
DPCデータの授受における必要な対応

- 貴県が医療機関からDPCデータをお預かりした上で、貴県より日本経営が個別病院のDPCデータをお預かりする。
(日本経営は直接、医療機関からのデータ提供を受けない)



Pマーク有効期間：2027/05/22
登録番号：第17004641号

提供されるサービスの整理



外来・在宅医療・介護との連携に係る分析（案）

黄:全国平均を超える水準
青:全国平均を下回る水準

医療・介護の充足度分析（甲府市）

入院医療機関

住まい・医療・介護

医療サービス

介護サービス

①医療機関数、病床数 単位:件・床 (人口10万対)

	医療圏	甲府市	全国
病院数	32 (7.0)	14 (7.6)	8,122 (6.5)
一般病床数	3,788 (828.7)	2,192 (1,192.3)	953,736 (767.1)
療養病床数	1,162 (254.2)	533 (289.9)	278,651 (224.1)
地域包括ケア病床数	291 (63.7)	194 (105.5)	94,444 (76.0)
回復期リハ病床数	291 (63.7)	201 (109.3)	85,553 (68.8)

②急変対応等を担う医療機関数 単位:件 (75歳以上人口1万対)

	医療圏	甲府市	全国
協力対象施設	5 (0.6)	2 (0.6)	1,233 (0.6)
在支病1(単独強化型)	1	1	316
在支病2(連携強化型)	1	0	599
在支病3(従来型)	4	1	1,306
在支病 計	6 (0.8)	2 (0.6)	2,221 (1.1)
後方支援病院	2 (0.3)	2 (0.6)	644 (0.3)



B,C
⑦在宅医療 単位:件 (75歳以上人口1万対)

	医療圏	甲府市	全国
診療所数	441 (56.9)	219 (66.5)	104,894 (50.8)
在支診			
在支診1(単独強化型)	0	0	277
在支診2(連携強化型)	14	7	4,681
在支診3(従来型)	35	18	10,909
在支診 計	49 (6.3)	25 (7.6)	15,867 (7.7)
在支病 計	6 (0.8)	2 (0.6)	2,221 (1.1)
在支診+在支病	55 (7.1)	27 (8.2)	18,088 (8.8)
訪問診療 実施件数	3,131 (404.3)	1,301 (395.3)	1,735,830 (840.0)
訪問診療 1施設あたり実施件数	51.3	39.4	79.6

⑧在宅介護サービス 単位:件 (75歳以上人口1万対)

	医療圏	甲府市	全国
居宅等			
居宅介護支援	(24.4)	(32.5)	(17.7)
福祉用具貸与	(3.7)	(4.6)	(3.4)
訪問介護	(12.9)	(18.5)	(17.0)
訪問入浴介護	(0.5)	(0.6)	(0.8)
訪問看護	(6.2)	(7.3)	(8.7)
訪問リハ	(3.0)	(2.7)	(2.5)
定期巡回	(0.6)	(0.9)	(0.7)
通所・ショート			
通所介護	(36.7)	(42.2)	(20.8)
通所リハ	(4.4)	(4.6)	(3.7)
短期入所生活介護	(9.0)	(11.8)	(5.5)
短期入所療養介護	(2.3)	(1.8)	(1.9)
小多機能	(1.5)	(1.8)	(2.6)

介護施設

自宅

高齢者住宅

居住施設

③慢性期病床数+介護保険施設定員数 単位:床 (75歳以上人口千対)

	医療圏	甲府市	全国
病院 慢性期病床	1,298 (16.8)	557 (16.9)	236,747 (11.5)
老人保健施設	1,415 (18.3)	481 (14.6)	361,154 (17.5)
特別養護老人ホーム	2,381 (30.7)	1,129 (34.3)	673,224 (32.6)
介護医療院	172 (2.2)	172 (5.2)	54,680 (2.6)
小計	5,266 (68.0)	2,339 (71.1)	1,325,805 (64.2)

⑤高齢者住宅 定員数 単位:戸 (75歳以上人口千対)

	医療圏	甲府市	全国
住宅型有料老人ホーム	506 (6.5)	297 (9.0)	435,968 (21.1)
サービス付高住向け住宅	967 (12.5)	466 (14.2)	251,477 (12.2)

⑥自宅 (一般世帯に占める割合)

	医療圏	甲府市	全国
65歳以上 夫婦のみ世帯割合	39.9%	38.9%	38.3%
65歳以上 単独世帯割合	19.5%	23.2%	20.3%
75歳以上 夫婦のみ世帯割合	35.5%	35.7%	34.2%
75歳以上 単独世帯割合	22.7%	26.2%	23.3%

④居住系サービス施設数 単位:件 (75歳以上人口1万対)

	医療圏	甲府市	全国
特定施設	5 (0.6)	5 (1.5)	5,613 (2.7)
認知症グループホーム	49 (6.3)	29 (8.8)	14,310 (6.9)

アウトカム

	医療圏	甲府市	全国
看取りの状況(死亡場所)			
医療機関	66.4%	61.6%	65.6%
老健・介護医療院	5.0%	5.8%	4.1%
老人ホーム	11.7%	14.1%	12.2%
自宅	14.6%	15.7%	16.4%
全体	16.9%	18.6%	19.7%
調整済認定率			
要介護3以上	7.0%	7.6%	6.6%
要介護1・2	6.8%	7.8%	7.4%
要支援	3.0%	3.3%	5.7%

A:入退院支援 SCR

	医療圏	甲府市
入退院支援加算	88.7	119.8
退院時共同指導料1等	34.5	18.1
退院時共同指導料2	67.5	77.0
介護支援等連携指導料	49.4	64.4
退院前訪問指導料	241.8	102.4
退院後訪問指導料	132.6	14.8
診療情報提供料(1)等	90.7	118.9

B:日々の療養支援 SCR

	医療圏	甲府市
在宅患者訪問診療料等	53.8	55.1
在医総管+施医総管等	48.4	53.4
在がん医総等	77.6	7.1
在宅患者訪問看護・指導料等	34.5	46.4
訪問看護指示料等	64.6	69.7

C:急変対応・看取り SCR

	医療圏	甲府市
往診等	53.1	65.1
緊急往診加算等	52.9	75.7
在宅患者緊急時等カンファレンス料	2.6	5.7
在宅ターミナルケア加算等	79.6	93.5
看取り加算(在宅患者訪問診療料・往診料)	80.1	94.3
死亡診断加算(在宅患者訪問診療料)	53.9	0.0

D:急変対応(入院医療機関の対応) SCR

	医療圏	甲府市
在宅患者緊急入院診療加算	32.3	71.6
うち、在支診・在支病・後方支援病院	18.4	40.9
うち、他の連携機関	111.2	246.9
うち、その他の医療機関	4.8	10.5

E:外来受診 SCR

	医療圏	甲府市
外来受診全体	115.9	155.2
初診料等	111.7	123.1
再診・外来診療料	111.2	131.5
機能強化加算(初診)	71.7	90.2
地域包括診療加算等	43.3	86.7
地域包括診療料等	0.0	0.0
生活習慣病管理料等	120.4	96.8
時間外加算(初診)等	103.8	149.9
時間外加算(再診)等	88.3	106.8
時間外対応加算等	83.1	139.0

SCR(性年齢調整済レプト発生比)は全国を100とした場合の指数であり、施設所在地ベースの件数であるため、患者が流入している地域では数値が高い。

医療機関・介護施設アンケートの実施について

株式会社日本経営

アンケート調査実施概要

下記の内容で医療機関・介護施設アンケート調査を実施する想定。

調査対象	入院機能を有する病院、診療所及び介護施設（老人保健施設、介護医療院）を対象とする。 病院：59施設、有床診療所：23施設、老人保健施設：31施設、介護医療院：4施設（対象リストは次頁参照） ※本調査の対象は、<u>医療行為を必要とする患者の受け皿となる施設</u>に限定しているため、自宅と同様の扱いとなる特別養護老人ホームは対象外とした。なお、介護老人保健施設は医療的ケアが前提で在宅復帰を目的とした方の入所施設、介護医療院は生活の場としての性格を持ちながら必要な医療行為に対応する入所施設となる。
調査方法	・実施案内：県から各医療機関等に通知 ・調査方法：WEB（Google Forms）で調査実施 ・調査開始時期：7月中旬頃 ・調査期間：通知より3週間程度
調査の流れ	1. 各医療機関等へ送付（7月中旬頃） ※<u>医師調査についても、別途8月中旬を目処に実施予定</u> 2. 配布から3週間程度後に期日を設定（8／7（金）頃） ※ 調査期間締切後に未回答の医療機関等については、事務局より確認のご連絡をさせていただきます場合があります。 3. 委託事業者による集計・分析 4. 第2回検討会議、第2回調整会議において結果報告を予定
問い合わせ先について	県は「地域医療提供体制検討データ分析業務」の一環として、本アンケート調査を（株）日本経営へ委託しています。 また、アンケート事務局は再委託先の山梨中央銀行を事務局としています。ご不明な点、問い合わせについては以下のメールアドレスまでご連絡ください。 アンケート事務局：山梨中央銀行 医療・介護チーム medical@yamanashibank.co.jp なお、調査期間締切後、未回答の医療機関については、山梨中央銀行よりご連絡させていただきます場合があります。

調査対象リスト（病院59施設、有床診療所23施設）

No,	医療圏	医療機関名称（病院）
1	中北	山梨県立中央病院
2		山梨大学医学部附属病院
3		市立甲府病院
4		医療法人慈光会 甲府城南病院
5		甲府共立病院
6		独立行政法人国立病院機構 甲府病院
7		住吉病院
8		公益財団法人リヴィーズHANA ZONOホスピタル
9		医療法人山角会 山角病院
10		特定医療法人南山会 峡西病院
11		医療法人徳洲会 白根徳洲会病院
12		医療法人八香会 湯村温泉病院
13		山梨県立北病院
14		独立行政法人地域医療機能推進機構 山梨病院
15		韮崎市国民健康保険 韮崎市立病院
16		巨摩共立病院
17		恵信甲府病院
18		医療法人韮崎東ヶ丘病院
19		北杜市立甲陽病院
20		医療法人仁和会 竜王リハビリテーション病院
21		北杜市立 塩川病院
22		赤坂台病院
23		山梨県立あけぼの医療福祉センター
24		医療法人社団慈成会 三枝病院
25		恵信リハビリテーション病院
26		医療法人社団篠原会 甲府脳神経外科病院
27		恵信韮崎病院
28		医療法人慶友会 城東病院
29		医療法人小宮山会 貢川整形外科病院
30		医療法人武川会 武川病院
31		高原病院
32		医療法人弘済会 宮川病院
33	峡東	公益財団法人山梨厚生会 山梨厚生病院
34		日下部記念病院
35		春日居総合リハビリテーション病院
36		医療法人石和温泉病院
37		医療法人銀門会 甲州リハビリテーション病院
38		一般財団法人山梨整肢更生会 富士温泉病院
39		公益財団法人山梨厚生会 塩山市民病院
40		加納岩総合病院
41		医療法人社団 協友会 笛吹中央病院
42		山梨リハビリテーション病院
43		医療法人桃花会 一宮温泉病院
44		石和共立病院
45		甲州市立勝沼病院
46		山梨市立牧丘病院

No,	医療圏	医療機関名称
47	峡南	峡南医療センター企業団 富士川病院
48		公益財団法人身延山病院
49		医療法人桃花会 しもべ病院
50		身延町早川町国民健康保険病院一部事務組合立 飯富病院
51	富士・東部	医療法人峡南会 峡南病院
52		国民健康保険 富士吉田市立病院
53		山梨赤十字病院
54		三生会病院
55		医療法人回生堂病院
56		地方独立行政法人 大月市立中央病院
57		上野原市立病院
58		都留市立病院
59		ツル虎ノ門整形外科・リハビリテーション病院

No,	医療圏	医療機関名称（有床診療所）
1	中北	ほくと診療所
2		医療法人社団啓仁会 赤岡整形外科医院
3		医療法人田辺産婦人科
4		玉穂ふれあい診療所
5		青沼整形外科
		福島整形外科（休止中）
6		医療法人立史会 今井整形外科医院
		医療法人社団 箭本外科整形外科医院（R8年度中に無床診療所化予定）
7		医療法人社団恒澄会 産科婦人科清水クリニック
8		梶山クリニック
9		竜王レディースクリニック
10		今井クリニック
11		長田産婦人科クリニック
12		田辺眼科
13		依田産科婦人科クリニック
14		土屋眼科医院
15		ひかりの里クリニック
16		韮崎おはな産婦人科
17		露木耳鼻咽喉科医院
18	峡東	花の丘たちかわクリニック
19		山梨市立産婦人科医院
	富士・東部	医療法人和仁会 長坂クリニック（R8.6無床診療所化）
20		東桂メディカルクリニック
21		医療法人社団富士厚生会 富士厚生クリニック
22		加賀谷医院
23		宮下医院
		武者医院（R8年度中に無床診療所化予定）

アンケート調査票(入院医療機関向け)

医療機関アンケートについて、下記の内容でアンケート調査を実施する想定。

設問項目

回答者属性	医療機関名
	所在地の医療圏
	所属部署及び役職
	回答者氏名
	電話番号
経営状況	経営状況
	経営上の課題
施設整備等の予定・状況	最も古い建物の築年数
	今後の施設の建替えや増築の予定
	建替えや増改築予定の延期理由
	高額医療機器の新規購入予定
	電子カルテの導入状況及び導入予定
	DX化に向けた医療情報システムの導入予定
後継者の有無	院長の年齢
	後継者の有無
医師確保の状況	自治医科大学からの医師派遣の有無
	現在の医師の採用方法
	医師の主な派遣元の大学
看護師確保の状況	現時点での看護師不足の発生状況
	看護師不足による具体的な影響（夜勤体制、入院料類下げ）
	今後の看護師確保の見込み
コメディカル確保の状況	現時点で確保が困難となっている職種
	職員不足による具体的な影響（夜勤体制、入院料類下げ）
	今後の確保の見込み

医療機関機能	新たな地域医療構想における医療機関機能の予定
	「急性期拠点機能」として算定する入院料
	届出入院料の変更予定・ダウンサイジングの予定
その他機能	「在宅医療」の実施にあたっての課題及び県に求める支援内容
	「包括期機能」の提供方針
	「救急への対応」方針
	救急対応における課題
	「へき地医療」に対応するオンライン診療の実施状況
課題等	オンライン診療に対応できない理由
	公立・民間等の組織形態の違いに係る課題
	当該地域医療の課題について

回答入力用ページ（抜粋）

以下の設問にご回答ください。※チェックボックスは単一回答のものは「○:マル」、複数回答可能な設問は「□:ボックス」で表記しています。

設問1. 令和7年度の貴院の経営状況（グループ等の場合は単独施設の経営状況）＊
を教えてください。※回答は1つだけ

☐ 経常損益：黒字

☐ 経常損益：赤字

設問2. 貴院において経営上の課題となっている事項について教えてください。＊
※複数回答可

☐ 医師不足

☐ 看護師不足

☐ 人件費・物価の高騰

☐ 設備更新（医療機器等）

☐ 老朽化（建替）

☐ ICT・DX化への対応

☐ その他: _____

調査対象リスト（介護老人保健施設31施設、介護医療院4施設）

No,	医療圏	施設名称（介護老人保健施設）
1	中北	介護老人保健施設あさひホーム
2		介護老人保健施設ケアホーム花菱
3		峡西老人保健センター
4		介護老人保健施設しおかわ福寿の里
5		介護老人保健施設フルリールむかわ
6		峡北シルバーケアホーム
7		介護老人保健施設山梨ライフケアホーム
8		老人保健施設ひかりの里
9		介護老人保健施設玉穂ケアセンター
10		医療法人立史会介護老人保健施設ノイエス
11		介護老人保健施設ひばり苑
12		介護老人保健施設甲府相川ケアセンター
13		介護老人保健施設甲府南ライフケアセンター
14		介護老人保健施設NAC湯村
15		介護老人保健施設甲府かわせみ苑
16		フルリール甲府
17	峡東	医療法人銀門会甲州ケア・ホーム
18		介護老人保健施設いちのみやケアセンター
19		財団法人山梨整肢更生会介護老人保健施設ふじ苑
20		介護老人保健施設勝沼ナーシングセンター
21		恵信塩山ケアセンター
22	峡南	ケアセンターいちかわ
23		介護老人保健施設ナーシングプラザ三珠
24		峡南ケアホームいいとみ
25		サンビューふじかわ
26	富士・東部	介護老人保健施設白樺荘
27		都留市立介護老人保健施設つる
28		介護老人保健施設ももくら
29		みのりの里介護老人保健施設旭ヶ丘
30		介護老人保健施設山中湖あんずの森
31		介護老人保健施設はまなす

No,	医療圏	施設名称（介護医療院）
1	中北	医療法人慶友会城東病院介護医療院
2		箭本外科整形外科医院介護医療院
3		韮崎市国民健康保険 韮崎市立病院介護医療院
4	富士・東部	ツル虎ノ門外科・リハビリテーション病院介護医療院

アンケート調査票(介護施設向け)

介護施設向けアンケートについて、下記の内容でアンケート調査を実施する想定。

設問項目

回答者属性	医療機関名	【協力医療機関の定義】 1.常時対応体制： 病状急変時に、医師や看護職員が常時相談に応じる体制 2.診療体制： 施設からの求めがあった場合、常時診療を行う体制 3.入院受け入れ体制： 入院が必要と認められた際、原則として入院を受け入れる体制
	所在地の医療圏	
	所属部署及び役職	
	回答者氏名	
	電話番号	
協力医療機関の有無	協力医療機関：有り ※①常時対応体制 ②診療体制 ③入院受入体制	
	協力医療機関：無し	
協力医療機関名	医療機関名（紹介実績上位3施設）	
紹介件数	医療機関からの紹介件数	
逆紹介件数	医療機関への逆紹介件数	
協力医療機関無しの場合	協力医療機関を設定していない理由	
医療行為ごとの受け入れ可否及び上限数	インスリン注射の実施	人工呼吸器の管理
	在宅酸素療法	中心静脈栄養
	褥瘡ケア	ストーマの貼り替え
	経管栄養	喀痰吸引
	導尿・バルーンカテーテルの管理	注射・点滴
	人工透析利用者の受け入れ	
医療機関からの患者（利用者）を受け入れる際の課題と	退院打診のタイミングが遅い（準備期間が短い）	退院時のサマリー（診療情報提供書）の情報が不足している、または実態と異なる
	必要な医療処置や薬剤情報の引き継ぎが不十分	家族への病状説明や予後の共有が不十分なまま退院してくる
	特になし	その他自由記述

回答入力用ページ

【介護施設用】山梨県新たな地域医療構想に係るアンケート調査

* 必須の質問です

設問1で「はい（協力医療機関がある）」と回答された方への質問です。

設問2-1. 貴施設の協力医療機関のうち、貴施設への紹介件数が最も多い医療機関名を教えてください。 *

回答を入力

設問2-2. 設問2-1でお答えいただいた協力医療機関からの紹介件数（令和7年度）を教えてください。

回答を入力

設問2-3. 設問2-1でお答えいただいた協力医療機関への逆紹介件数（令和7年度）を教えてください。

回答を入力

戻る

次へ

フォームをクリア

構想区域の見直しについて

株式会社日本経営

(1) 構想区域の見直し協議の前提について

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出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。

構想区域の見直しにおける考え方

- 新たな地域医療構想に関するとりまとめでは、人口規模、患者のアクセス、患者の流出入等を踏まえて、単独の構想区域として将来の提供体制を検討することが困難な構想区域については統合や再編を行うこととしている。
- 特に構想区域の単位については、『必要病床数の設定の観点や急性期拠点機能の確保等の提供体制を協議するための適切な範囲』とされており、急性期拠点機能が人口20～30万人に1つ程度としていることも踏まえて検討が必要。

地域医療構想及び医療計画等に関する検討会『新たな地域医療構想に関するとりまとめ』（令和8年3月19日）抜粋

- 構想区域については、必要病床数の設定の観点や急性期拠点機能の確保等の提供体制を協議するための適切な範囲かといった観点を踏まえ、将来にわたって地域での医療提供に関する協議を行う場として設定するために、区域の設定や隣接する他都道府県の区域との連携体制の必要性について協議を行う。
- 構想区域の見直しに当たって、当該区域の人口規模等が大きく、交通等の整備状況によっては、区域内で病床数等の医療資源の偏在等の課題が生じる。また、人口規模等が小さすぎると、多くの医療が区域内で完結しなくなる。こうした点に留意しながら、都道府県ごとに地域の実態を踏まえながら検討することが必要となる。
- 構想区域は、現有する医療資源の状況や患者のアクセス等を踏まえながら設定することが必要である。このため、構想区域の見直しに当たっては、現在の人口や人口推計、医療機関数、機能区分別の病床数、必要病床数、建物・医療機器等の整備状況、医療従事者の医療資源や他の都道府県も含めた隣接する区域の医療資源、患者の流出入等について把握する必要がある。
- 人口が少なく、住民の相当程度が流出していること等により、単独の構想区域として将来の提供体制を検討することが困難であることが見込まれる場合は、構想区域の統合や再編を検討する。
- また、人口の少ない二つの地域で、都道府県域を越えた隣接する区域間で実質的に流出入がある場合等について、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一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も必要であり、具体的な運用をガイドラインにおいて示す必要がある。

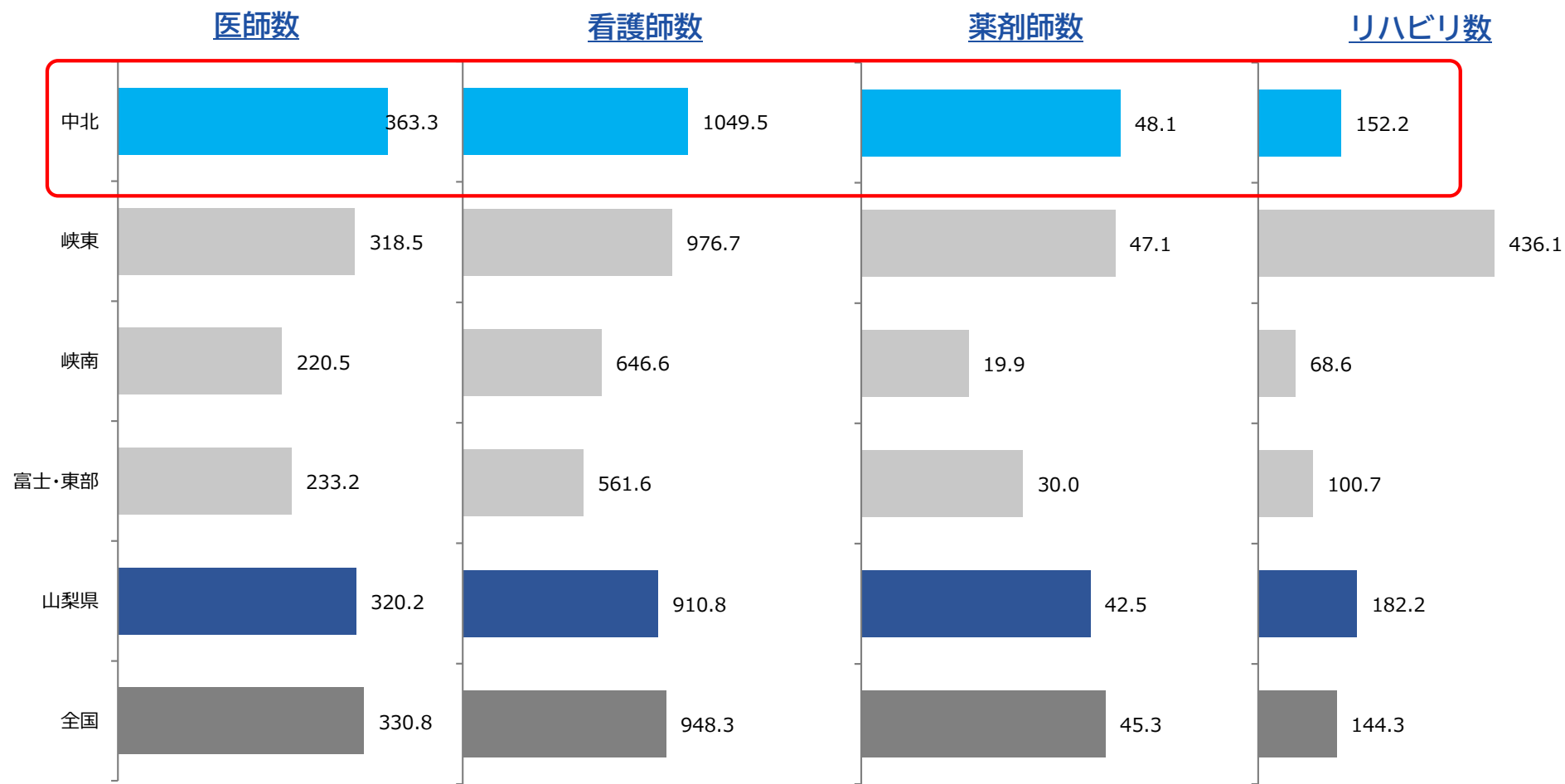
現行の構想区域の基本情報

	中北	峡東	峡南	富士・東部
総人口（万人）2020年→2040年	46→41	13→10	5→3	17→14
生産年齢人口（万人）2020年→2040年	27→22	7→5	2→1	10→7
面積（km ² ）	1,336	756	1,060	1,309
流入割合（R5患者調査）	24.0%	39.3%	19.9%	7.5%
流出割合（R5患者調査）	12.8%	27.0%	63.6%	40.2%
DPC・急性期一般入院料1等における完結率（主な流出先）	93% （一）	52% （中北医療圏）	0% （中北医療圏）	65% （中北医療圏、県外）

現行構想区域別人口10万人対医療従事者数

- 一部の構想区域では、全国、山梨県の人口10万人対医療従事者数よりも極端に少ない構想区域が存在しており、急性期拠点病院機能の協議についてはより広域に行う必要性が生じると考える。

医療圏別人口10万人対医療従事者数



(引用) 厚生労働省 医療施設（静態・動態）調査（2023年）、総務省 国勢調査（2020年調査）、厚生労働省 医師偏在指標関連データ（2024年1月公表版）

山梨県の出生数および看護学校卒業数、卒後県内就職した卒業数

- 県内の看護学校卒業数は2021年をピークに減少傾向となっている。
- 他方で、県内就職率は65%程度で安定している。
- 2000年台の出生人口は7～8千人台で推移をしていたが、2020年の出生人口は5千人、2025年は4千人とおよそ半減しており、医療従事者確保が困難になる可能性が高い。

●山梨県の出生数および看護学校卒業数、卒後県内就職した卒業数

	実績値					
	2015年度	2018年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
卒業数①	455	421	493	469	454	434
卒後県内就職した卒業数②	285	288	309	316	285	288
県内就職率 ②÷①	63%	68%	63%	67%	63%	66%
(参考) 20年前の出生数 ③	8,833	8,578	8,126	7,919	7,720	7,527
(参考) 20年前の出生数に対する卒業生の割合 ①÷③	5.2%	4.9%	6.1%	5.9%	5.9%	5.8%

(2) 構想区域を見直す上での課題（流出入の状況）

急性期機能における流出入の状況

- 中北区域の区域内完結率は91%と高い水準となっている。
- 峡東区域の区域内完結率は60%であり、中北区域への流出が39%となっているが、中北区域からの流入も13%となっている。
- 峡南区域の区域内完結率は46%であり、中北区域への流出が46%となっているが、中北区域からの流入も20%となっている。
- 富士・東部区域の区域内完結率は68%であり、中北区域に16%、県外に14%の流出となっている。

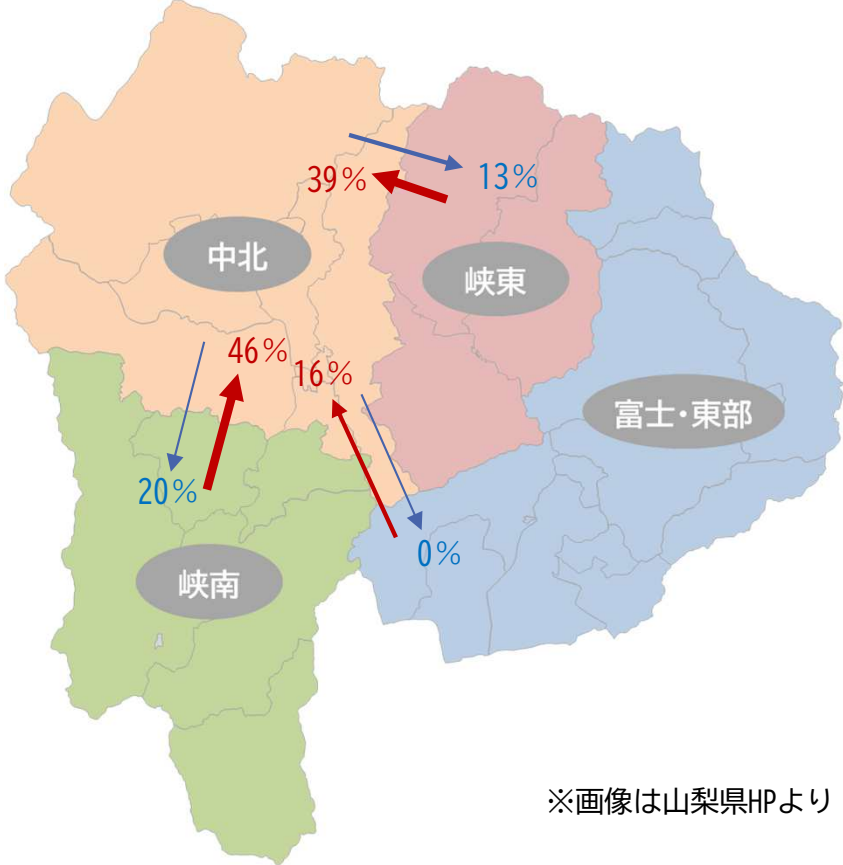
急性期等における医療圏別流出状況

		医療機関所在地					総計
		中北	峡東	峡南	富士・東部	県外	
患者 住 所 地	中北	91%	3%	2%	0%	4%	100%
	峡東	39%	60%	0%	0%	0%	100%
	峡南	46%	1%	46%	0%	7%	100%
	富士・東部	16%	2%	0%	68%	14%	100%

急性期等における医療圏別流入状況

		患者住所地					総計
		中北	峡東	峡南	富士・東部	県外	
医 療 機 関 所 在 地	中北	77%	11%	6%	5%	1%	100%
	峡東	13%	82%	1%	4%	0%	100%
	峡南	20%	1%	80%	0%	0%	100%
	富士・東部	0%	0%	0%	98%	2%	100%

中北医療圏への急性期機能流出状況



※画像は山梨県HPより

※当該表における急性期機能とは、特定集中治療室管理料等、急性期一般入院料等およびDPCを算定している患者

出典：医療計画作成支援データブック>エクストラデータ>受領動向データ（2023年度、厚生労働省）

救急搬送区域別重症度別流出の状況

- 救急搬送について、全数では中北医療圏に峡東から34%、峡南から42%が流出している。富士・東部医療圏は、89%が自地域内で完結している。
- 重症患者は、峡東から中北に48%、峡南から中北に51%、富士・東部から中北に27%の流出となっており、中北医療圏への依存度が高い結果となっている。軽症患者についても、峡東と峡南からの流出が多く、自地域内での完結率が低いことが課題である。

全数

		医療機関所在地				
		中北	峡東	峡南	富士・東部	県外
患者住所地	中北	96%	1%	1%	0%	2%
	峡東	34%	65%	0%	0%	0%
	峡南	42%	0%	51%	0%	6%
	富士・東部	7%	0%	0%	89%	4%

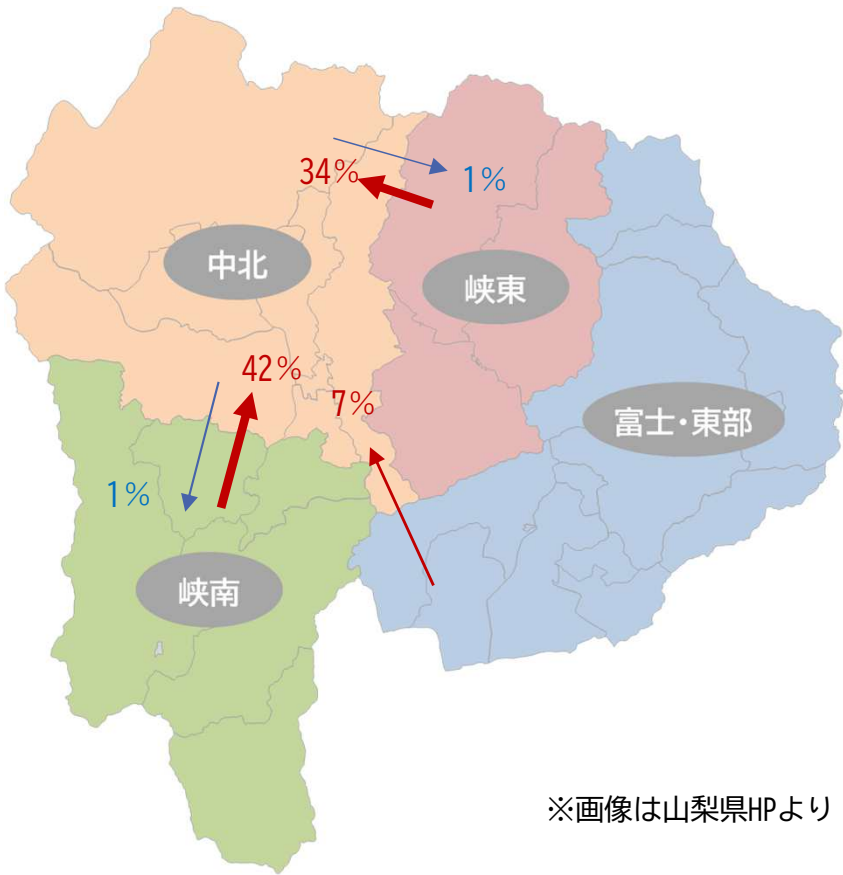
うち重症

		医療機関所在地				
		中北	峡東	峡南	富士・東部	県外
患者住所地	中北	95%	1%	2%	0%	2%
	峡東	48%	52%	0%	0%	0%
	峡南	51%		46%		3%
	富士・東部	27%	1%		65%	7%

うち軽症

		医療機関所在地				
		中北	峡東	峡南	富士・東部	県外
患者住所地	中北	97%	1%	0%		1%
	峡東	27%	72%		0%	
	峡南	42%	0%	51%	0%	6%
	富士・東部	2%	0%	0%	95%	2%

中北医療圏への救急搬送流出状況（全数）

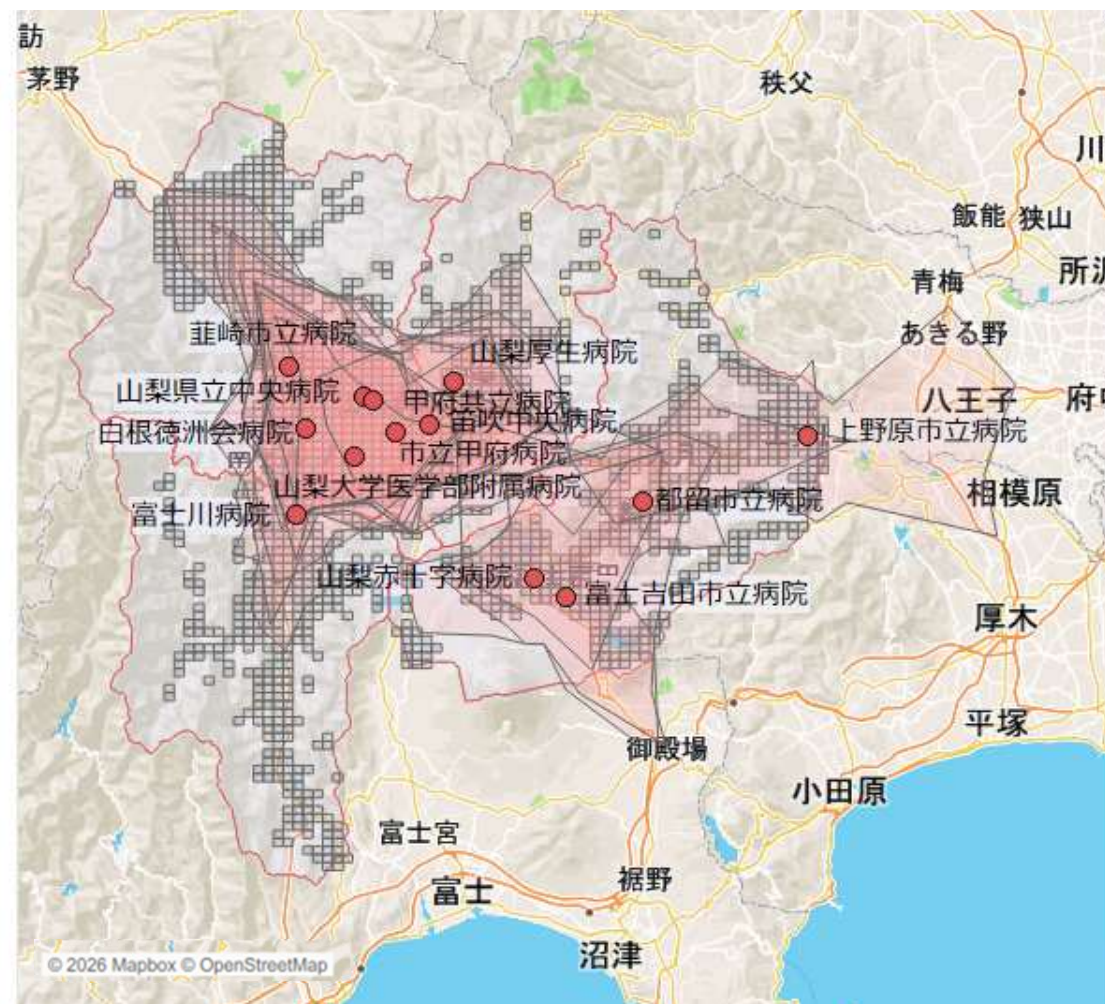


出典：救急搬送データ（2024年度）

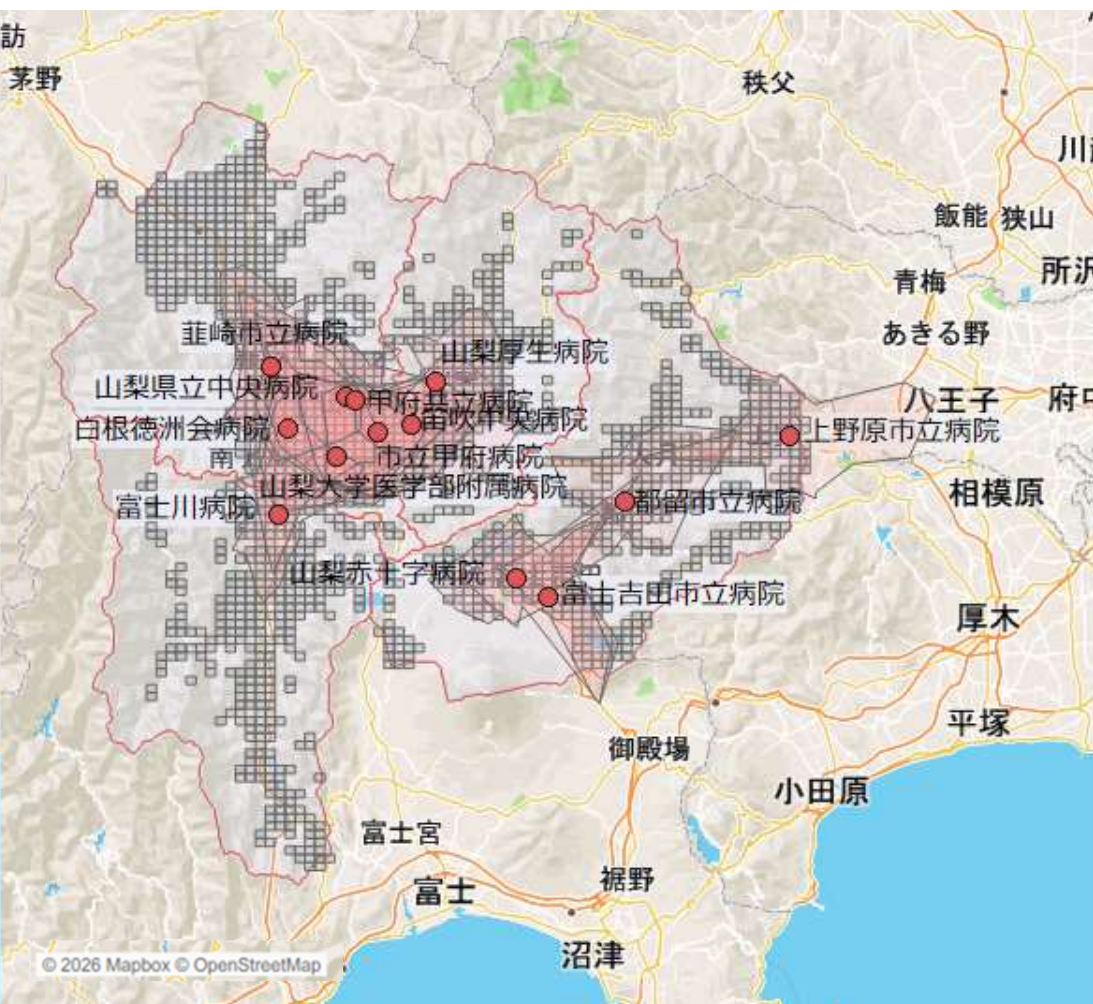
年間救急搬送受入件数1,000台以上の医療機関へのアクセス

- 年間救急搬送受入件数1,000台以上の医療機関に加え、参考として富士川病院を追加し、車で30分以内及び20分以内でのアクセスを可視化した。
- 中北・峡東区域については、中北区域に所在する医療機関から30分以内にアクセス可能なエリアが多いものの、峡南区域及び中北区域の北西部エリアからのアクセスに課題が見られる。
- 富士・東部医療圏については、概ね30分以内に自区域内の医療機関へのアクセスが可能となっている。

30分以内のアクセス



20分以内のアクセス



出典：救急搬送データ（2024年度）、EarthFinderPlus

(参考) 医療機関別・傷病程度別 搬送件数

医療機関略称	医療圏	死亡	重症	中等症	軽症	搬送件数	重症率	軽症率
山梨県立中央病院	中北	199	1,213	3,753	3,395	8,560	14.2%	39.7%
甲府共立病院	中北	22	113	1,848	2,190	4,173	2.7%	52.5%
市立甲府病院	中北	17	187	1,879	1,736	3,819	4.9%	45.5%
山梨大学医学部附属病院	中北	23	425	1,403	974	2,825	15.0%	34.5%
白根徳洲会病院	中北	10	73	990	1,596	2,669	2.7%	59.8%
富士吉田市立病院	富士・東部	64	235	1,074	1,022	2,395	9.8%	42.7%
山梨赤十字病院	富士・東部	57	143	899	1,178	2,277	6.3%	51.7%
山梨厚生病院	峡東	28	166	706	952	1,852	9.0%	51.4%
都留市立病院	富士・東部	33	101	624	490	1,248	8.1%	39.3%
韮崎市立病院	中北	20	65	365	690	1,140	5.7%	60.5%
笛吹中央病院	峡東	4	40	480	519	1,043	3.8%	49.8%
上野原市立病院	富士・東部	25	59	408	530	1,022	5.8%	51.9%
富士川病院	峡南	19	103	350	216	688	15.0%	31.4%

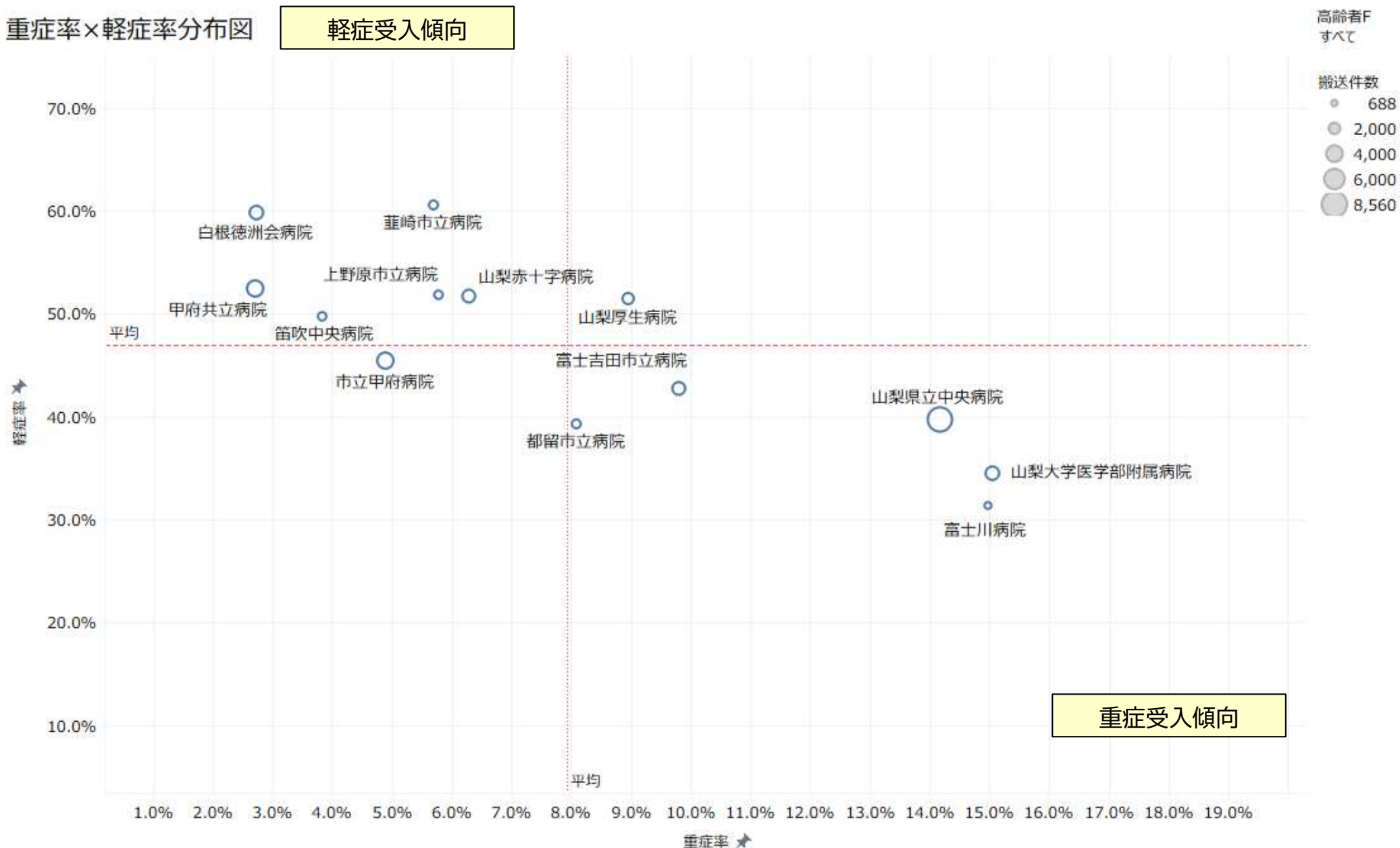
出典：救急搬送データ（2024年度）

※山梨県内医療機関への搬送先について、合計搬送件数が1,000件以上の医療機関を抽出し、
参考に峡南区域の富士川病院データを追加

（参考）軽症率・重症率分布図

重症率×軽症率分布図

軽症受入傾向



（参考）軽症率・重症率分布図|後期高齢者（75歳以上）

重症率×軽症率分布図

軽症受入傾向

高齢者F
後期高齢者

搬送件数
● 439
● 1,000
● 2,000
● 3,000
● 3,852



重症受入傾向

(3) 構想区域の見直し案とその後の指標について

これまでの分析結果の整理

- 以下の観点から、中北区域、峡東区域、峡南区域を1つの構想区域とし、富士・東部区域と2区域体制としてはどうか。
- ・ 峡東区域、峡南区域は2040年時点の人口が10万人を下回る可能性があり、単独の区域では医療従事者確保の議論が困難になる可能性があること。
 - ・ 急性期機能については、現に峡東区域、峡南区域は中北区域へ相当数流出しているということ。
 - ・ 救急搬送についても同様のことが確認できていること。
 - ・ なお、峡南区域には、年間救急搬送を1,000台以上受け入れている医療機関へ30分以内にアクセスできない地域が多く所在していたため、一定の配慮が必要と考える。

	今後の人口動態について	急性期における 流出入状況について	救急搬送の受入れ 状況について	アクセスについて
中北区域	2020年：46万人 2040年：41万人	自区域内完結率91% 峡東区域から11%、峡南区域から6%、富士・東部区域から5%の流入	自区域内完結率96%（全数） 県外に2%の流出	北西部の一部が年間救急搬送を1,000台以上受け入れている医療機関へ、30分以内にアクセスできない
峡東区域	2020年：13万人 2040年：10万人	自区域内完結率60% 中北区域に39%の流出 中北区域から13%の流入	自区域内完結率65%（全数） 中北区域に34%の流出 うち重症は48%が中北区域に流出 軽症は27%が中北区域に流出	多くの地域が、年間救急搬送を1,000台以上受け入れている医療機関へ30分以内にアクセス可能
峡南区域	2020年：5万人 2040年：3万人	自区域内完結率46% 中北区域に46%の流出 中北区域から20%の流入	自区域内完結率51%（全数） 中北区域に42%の流出 うち重症は51%が中北区域に流出 軽症は42%が中北区域に流出	年間救急搬送を1,000台以上受け入れている医療機関へ、30分以内にアクセスできない地域が多く所在
富士・東部区域	2020年：17万人 2040年：14万人	自区域内完結率68% 中北区域に16%、県外に14%の流出 県外から2%の流入	自区域内完結率89%（全数） 中北区域に7%の流出 うち重症は27%が中北区域に流出 軽症は2%が中北区域に流出	多くの地域が、年間救急搬送を1,000台以上受け入れている医療機関へ30分以内にアクセス可能

2次医療圏と構想区域の性質の違い

- 二次医療圏と構想区域は、区域内の完結を基本的な考え方として設定し、二次医療圏において基準病床数、構想区域において必要病床数を設定し、一定の行政単位として制度が運用されている。
- 医療の完結を見込めない小規模な区域の設定では基準病床数や必要病床数の設定に課題が生じ、また、人口規模等が大きすぎると、区域内において病床の偏在が生じる等の制度運用上の課題が生じるため、適切な規模での設定が求められる。

	主な制度的な活用	目的	内容	区域の人口規模が極めて大きい場合の留意点	区域の人口規模が小さい場合の留意点
二次医療圏	基準病床数 (一般・療養病床)	病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保	● 二次医療圏ごとに、全国一律の算定式により、基準病床数を算出。	● 区域内での相対的な病床数の偏在が起きうる	● 急性期医療を中心に、入院医療の流出が多くなる
	医師確保 (医師偏在指標)	医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示し、医師偏在対策の推進において活用	● 二次医療圏ごとに、全国一律の算定式により、医師偏在指標を算出。	● 区域内での相対的な医師数の偏在が起きうる	
	5疾病 6事業等	5疾病・6事業及び在宅医療について疾病又は事業ごとに必要となる医療機能を明確化した上で、地域の医療機関がどのような役割を担うかを明らかにし、さらに医療連携体制を推進することで、医療提供体制を確保する	● 二次医療圏も踏まえながら、弾力的に設定 等	● 区域内での医療の質にばらつきが生じうる	● 分娩など、区域内で完結できない医療が多くなる
構想区域	必要病床数	現在の医療需要と将来の推計人口から、将来の医療需要を推計し、地域における病床の機能分化・連携を推進	● 構想区域ごとに、全国一律の算定式により、必要病床数を算出。 将来の医療需要を病床の機能区分ごとに推計	● 区域内での相対的な病床数の偏在が起きうる	● 急性期医療を中心に、入院医療の流出が多くなる

出所：厚生労働省 第3回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1「新たな地域医療構想策定ガイドラインについて（区域・医療機関機能、医療と介護の連携、構想策定のあり方）」より一部改変

2次医療圏と構想区域の性質の違い（イメージ）

- 医療圏自体は既に8次医療計画上で定めている関係上、二次医療圏は現行維持を基本とする。
- その上で、新たな地域医療構想では『現状維持』または『二次医療圏は維持したまま、構想区域のみ広域化する』のいずれかを選択するもの。
- 下図では、それぞれの特性についてまとめたもの。

現状維持（イメージ）

	構想区域A	構想区域B
	医療圏A	医療圏B
人口	大規模	小規模
基準病床数	3,000床	500床
必要病床数	3,000床	500床

- 医療圏単独で検討を行った場合、人口の少ない医療圏Bにおける急性期拠点設置の是非やその規模についての十分な議論ができない事が懸念される。



医療圏A



医療圏B

二次医療圏、構想区域ともに統合

	新構想区域	
	新医療圏	
人口	大規模	小規模
基準病床数	3,500床	
必要病床数	3,500床	

- 統計や基準病床数の観点から旧医療圏の医療課題が見えなくなるリスクがある。
- 病床の規制（基準病床数、必要病床数の総計）により、一体的に管理されるため、旧医療圏Aに医療資源が偏るリスクが高まるため、地元の合意形成が進まない。

二次医療圏は維持したまま、構想区域のみ広域化

	新構想区域	
	医療圏A	医療圏B
人口	大規模	小規模
基準病床数	3,000床	500床
必要病床数	3,500床	

- たとえば、医療圏Aで新たに病院を建設し、増床の意向があった場合に、必要病床数の議論の中では100床まで認められるが、基準病床数制度上ではNGとなる。
- 医療圏Bの医療提供体制も考慮した議論が可能になる。

構想区域の見直しに係る概念比較

	現状維持の場合	構想区域のみ統合	(参考) 2次医療圏のみ統合	(参考) 構想区域・2次医療圏ともに統合
2次医療圏の枠組み	現状維持	現状維持	大規模医療圏と統合	大規模医療圏と統合
構想区域の枠組み	現状維持	大規模医療圏と統合	現状維持	大規模医療圏と統合
基準病床数に関する事項	一般および療養病床は医療圏単位で管理されるため、<u>大規模医療圏へ病床が移転することはない。</u>	一般および療養病床は医療圏単位で管理されるため、<u>過度に大規模医療圏へ病床が移転することはない。</u>	現状の枠組みを超えて病床が大規模医療圏等、特定の地域に集中する可能性がある。	現状の枠組みを超えて病床が大規模医療圏等、特定の地域に集中する可能性がある。
機能別必要病床数	- 小規模医療圏単独で、高度急性期、急性期の議論を行う必要が生じる。 - 既存の流出入状況は加味しつつ必要病床数を設定するものの、<u>流出入から考えられる課題について議論ができない。</u>	<u>大規模医療圏への流入出を踏まえた議論を行うことが可能。</u> <u>ただし、基準病床数の制約があるため、闇雲に大規模医療圏へ病床が集約されることはない。</u>	- 小規模医療圏単独で、高度急性期、急性期の議論を行う必要が生じる。 - 既存の流出入状況は加味しつつ必要病床数を設定するものの、<u>流出入から考えられる課題について議論ができない。</u>	<u>大規模医療圏への流入出を踏まえた議論を行うことが可能。</u> <u>ただし、基準病床数の制約があるため、闇雲に大規模医療圏へ病床が集約されることはない。</u>
医療機関機能 医育及び広域診療機能 急性期拠点病院	急性期拠点病院が人口30万人に1つを目安として示されているが、現に<u>小規模医療圏は20万人未満の人口であるため、根本的な議論をしづらい。</u>	<u>大規模医療圏を含めた急性期拠点機能について議論しやすくなる。</u>	急性期拠点病院が人口30万人に1つを目安として示されているが、現に<u>小規模医療圏は2.5万人程度の人口であるため、根本的な議論をしづらい。</u>	<u>大規模医療圏を含めた急性期拠点機能について議論しやすくなる。</u>
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	引き続き、小規模医療圏の議論は調整会議内で可能であるものの、<u>急性期拠点病院との連携課題などの議論ができない。</u>	<u>大規模医療圏を含めた構想区域の場合、小規模医療圏に焦点を充てた議論がしづらくなるため、別に検討の場を設ける必要がある。</u>	引き続き、小規模医療圏の議論は調整会議内で可能であるものの、<u>急性期拠点病院との連携課題などの議論ができない。</u>	<u>大規模医療圏を含めた構想区域の場合、小規模医療圏に焦点を充てた議論がしづらくなるため、別に検討の場を設ける必要がある。</u>
医師確保・医療連携の観点	<u>小規模医療圏単体で検討する必要がある。</u>	<u>大規模医療圏を含む構想区域単位で医療提供体制をどのようにすべきか検討する場がある。</u>	<u>小規模医療圏単体で検討する必要がある。</u>	<u>大規模医療圏を含む構想区域単位で医療提供体制をどのようにすべきか検討する場がある。</u>
協議の単位 (地域医療調整会議等)	小規模医療圏のみの単位となり、引き続き<u>1病院のみの会議態</u>となる。	<u>大規模医療圏を含めた会議の単位</u>となる。	小規模医療圏のみの単位となり、引き続き<u>1病院のみの会議態</u>となる。	<u>大規模医療圏を含めた会議の単位</u>となる。
地域課題に関する分析の単位 (各種統計の観点)	患者調査等は医療圏単位で行われるため、<u>地域の課題は引き続き可視化することが可能。</u>	患者調査等は医療圏単位で行われるため、<u>地域の課題は引き続き可視化することが可能。</u>	地域の課題を可視化することが困難になる。	地域の課題を可視化することが困難になる。

※ 二次医療圏は医療計画に基づき設定されるものであり、第八次医療計画の計画期間においては、現行の二次医療圏の枠組みを前提とします。そのため、2次医療圏を大規模医療圏と統合するパターンは参考としています。

構想区域の見直しに係る概念比較

	現状維持の場合	構想区域のみ統合	(参考) 2次医療圏のみ統合	(参考) 構想区域・2次医療圏ともに統合
2次医療圏の枠組み	現状維持	現状維持	大規模医療圏と統合	大規模医療圏と統合
構想区域の枠組み	現状維持	大規模医療圏と統合	現状維持	大規模医療圏と統合
メリット	・ <u>基準病床数制度上、大規模医療圏へ病床が移転することはない。</u> ・ 患者調査等は医療圏単位で行われるため、<u>地域の課題は引き続き可視化することが可能。</u> ・ 地域の議論は構想区域単位で行われるため、実施しやすい。	・ <u>基準病床数制度上、大規模医療圏へ病床が移転することはない。</u> ・ 患者調査等は医療圏単位で行われるため、<u>地域の課題は引き続き可視化することが可能。</u> ・ 地域の議論は構想区域単位で行われるため、<u>流出入関係が強い近隣の大規模医療圏との議論が行いやすくなる。</u> ・ 将来的には、医療従事者確保についても連携を強化していくべきであり、大規模医療圏を含めた協議が可能。	・ 地域の議論は構想区域単位で行われるため、実施しやすい。	・ 地域の議論は構想区域単位で行われるため、<u>流出入関係が強い近隣の大規模医療圏との議論が行いやすくなる。</u> ・ 将来的には、医療従事者確保についても連携を強化していくべきであり、大規模医療圏を含めた協議が可能。
デメリット	・ 小規模医療圏単独で医療が完結していない実態があるものの、<u>流出入関係が強い近隣の大規模医療圏との議論の場がなく、調整会議で議論可能な範囲も限定的になる。</u> ・ 特に、急性期拠点病院をはじめとする大規模医療圏との連携の協議を行う場が設けづらく、将来的には、医療従事者確保についても連携を強化していくべきであるが、その枠組みがない。 ・ 地域医療調整会議の委員は小規模医療圏のみの単位となり、引き続き<u>1病院のみの会議態</u>となる。	・ <u>地域の医療課題を検討する場を別途設ける必要がある。</u>	・ 患者調査等は医療圏単位で行われるため、<u>地域の課題は引き続き可視化することが困難になる。</u> ・ <u>基準病床数制度上、大規模医療圏へ病床が集約される可能性がある。</u> ・ 小規模医療圏単独で医療が完結していない実態があるものの、<u>流出入関係が強い近隣の大規模医療圏との議論の場がなく、調整会議で議論可能な範囲も現代的になる。</u> ・ 特に、急性期拠点病院をはじめとする大規模医療圏との連携の協議を行う場が設けづらく、将来的には、医療従事者確保についても連携を強化していくべきであるが、その枠組みがない。 ・ 地域医療調整会議の委員は小規模医療圏のみの単位となり、引き続き<u>1病院のみの会議態</u>となる。	・ 患者調査等は医療圏単位で行われるため、<u>地域の課題は引き続き可視化することが困難になる。</u> ・ <u>基準病床数制度上、大規模医療圏へ病床が集約される可能性がある。</u> ・ <u>地域の医療課題を検討する場を別途設ける必要がある。</u>

※ 二次医療圏は医療計画に基づき設定されるものであり、第八次医療計画の計画期間においては、現行の二次医療圏の枠組みを前提とします。
そのため、2次医療圏を大規模医療圏と統合するパターンは参考としています。

構想区域見直し後の主な指標と論点について

構想区域の見直しの論点についてご意見をいただいた上で、中北区域、峡東区域、峡南区域を1つの構想区域とし、富士・東部区域と2区域体制案についてのご意向を伺いたい。

	中北	峡東	峡南		3区域統合後	富士・東部
総人口（万人） 2020年→2040年	46→41	<u>13→10</u>	<u>5→3</u>		<u>64→54</u>	<u>17→14</u>
生産年齢人口（万人） 2020年→2040年	27→22	7→5	2→1		36→28	10→7
面積（km ² ）	1,336	756	1,060		3,152	1,309
急性期における他区域からの 流入割合	<u>23%</u>	<u>18%</u>	<u>20%</u>		<u>6%</u>	<u>2%</u>
急性期における他区域への 流出割合	<u>9%</u>	<u>40%</u>	<u>54%</u>		<u>4%</u>	<u>32%</u>
救急搬送に関する完結率	<u>96%</u>	<u>65%</u>	<u>51%</u>		<u>98%</u>	<u>89%</u>