

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く場合があります。 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く場合があります。

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。

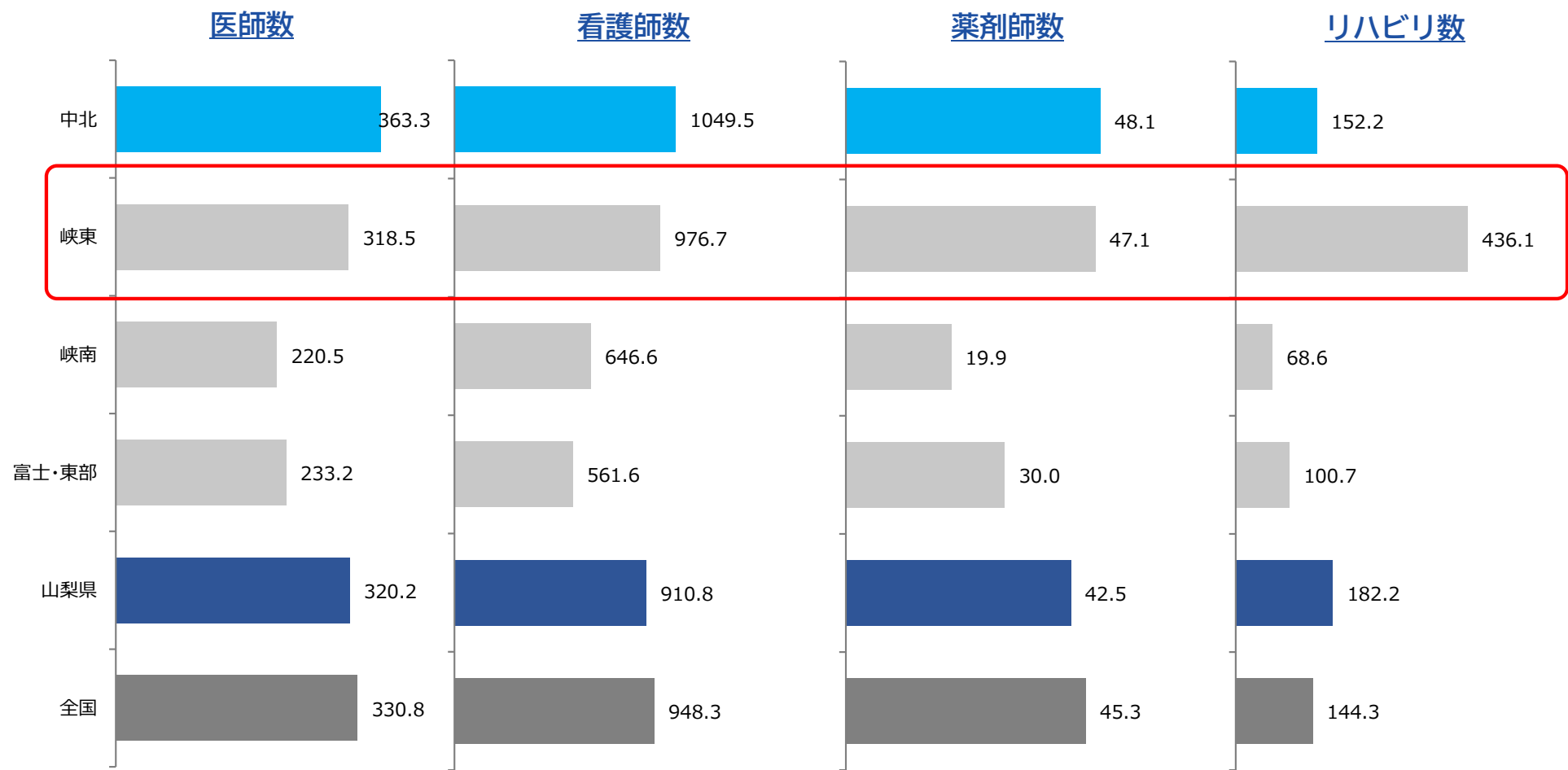
現行の構想区域の基本情報

	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。

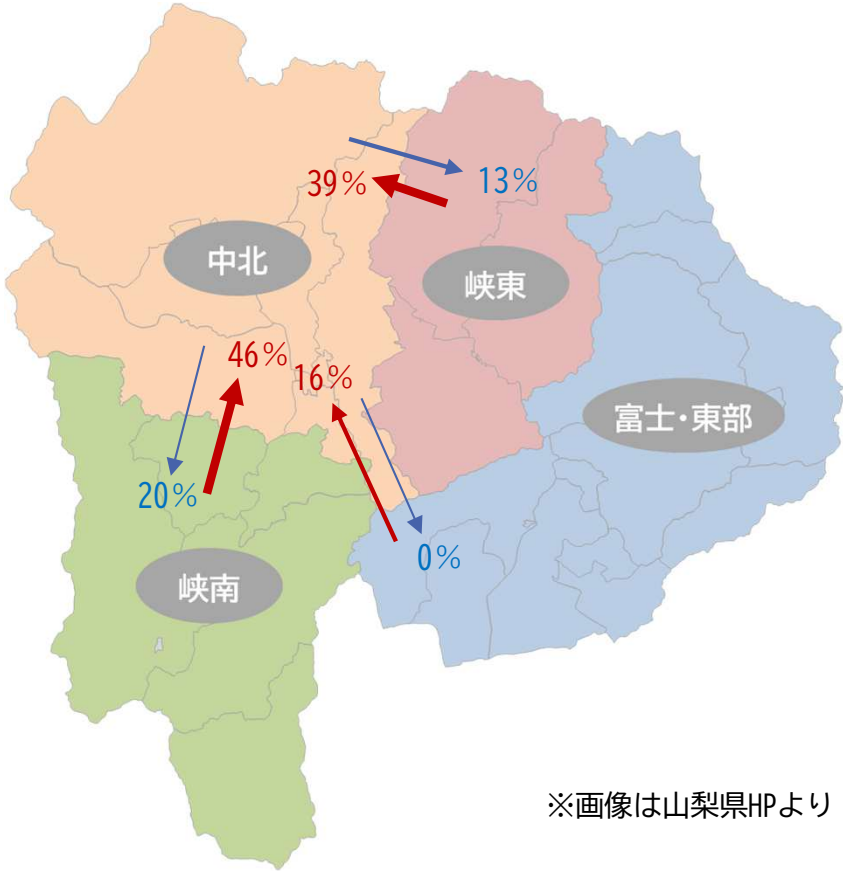
急性期等における医療圏別流出状況

		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



※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

救急搬送区域別重症度別流出の状況

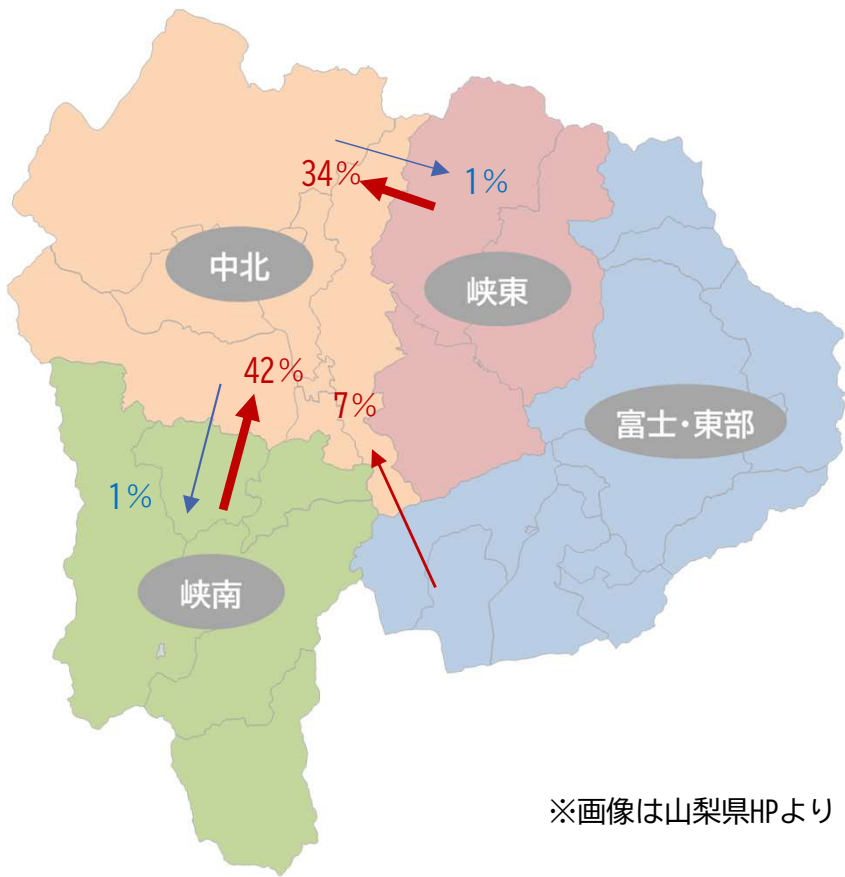
- 救急搬送について、全数では中北医療圏に峡東から34%、峡南から42%が流出している。富士・東部医療圏は、89%が自地域内で完結している。
- 重症患者は、峡東から中北に48%、峡南から中北に51%、富士・東部から中北に27%の流出となっており、中北医療圏への依存度が高い結果となっている。軽症患者についても、峡東と峡南からの流出が多く、自地域内での完結率が低いことが課題である。

		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%

		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%

		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）

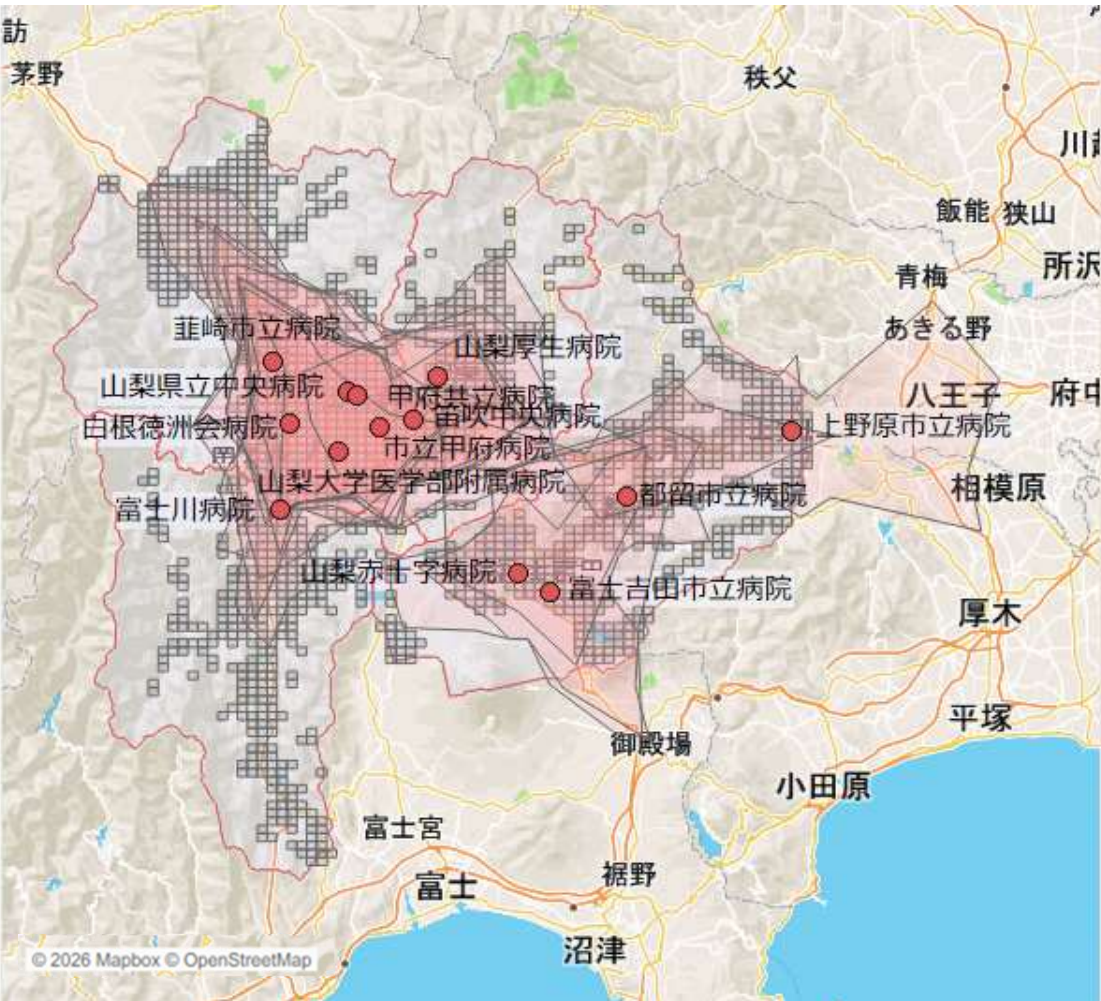


出典：救急搬送データ（2024年度）

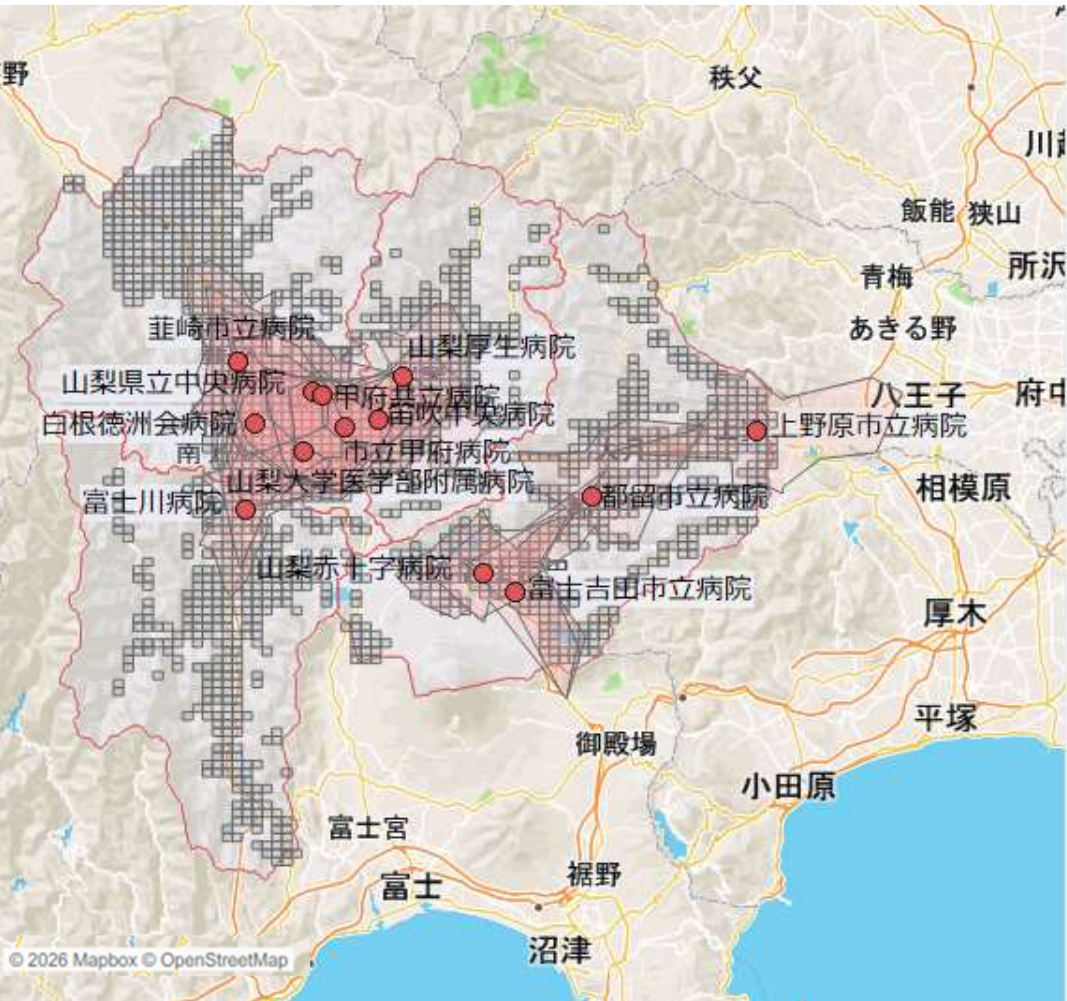
年間救急搬送受入件数1,000台以上の医療機関へのアクセス

- 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



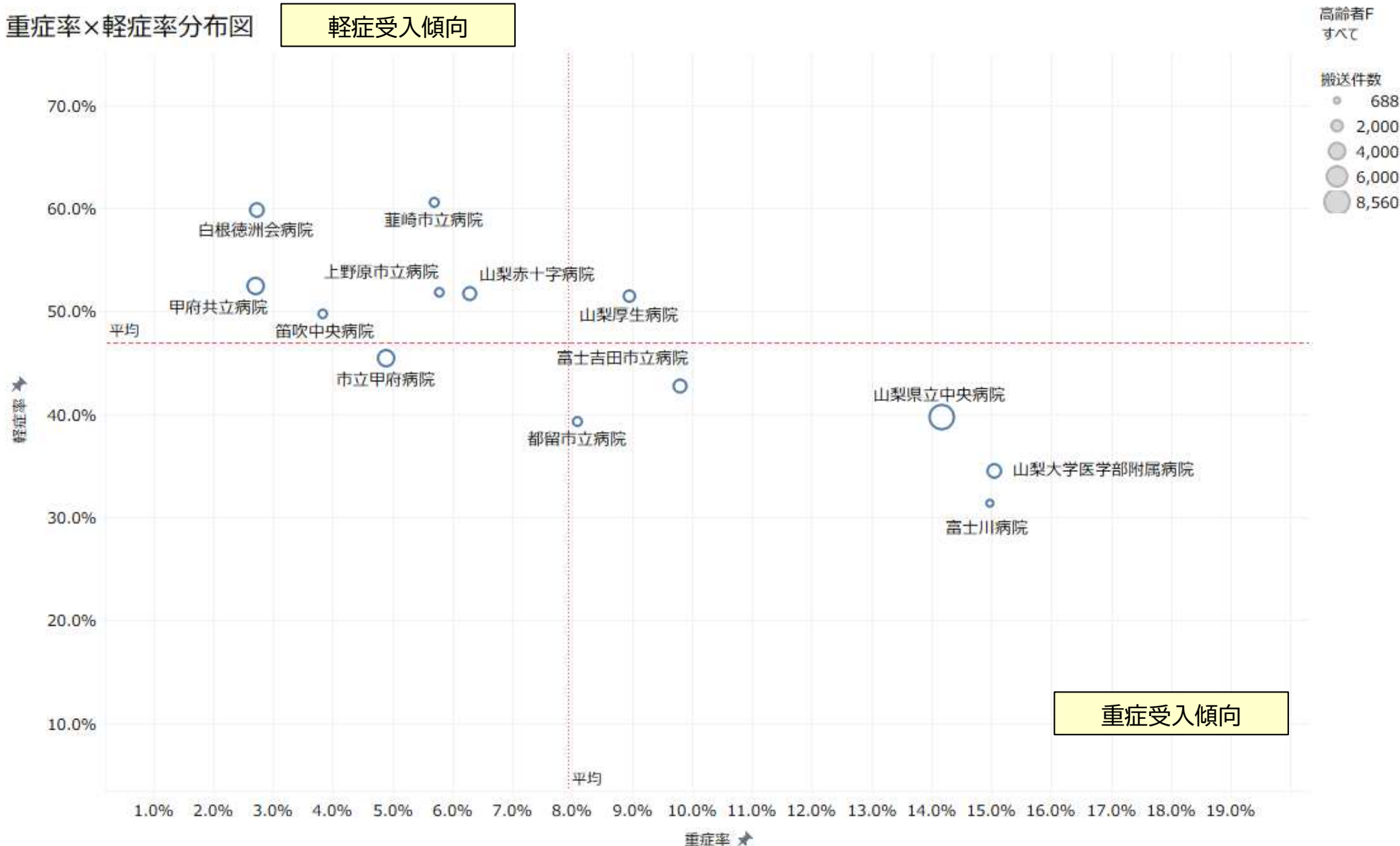
(参考) 医療機関別・傷病程度別 搬送件数

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%

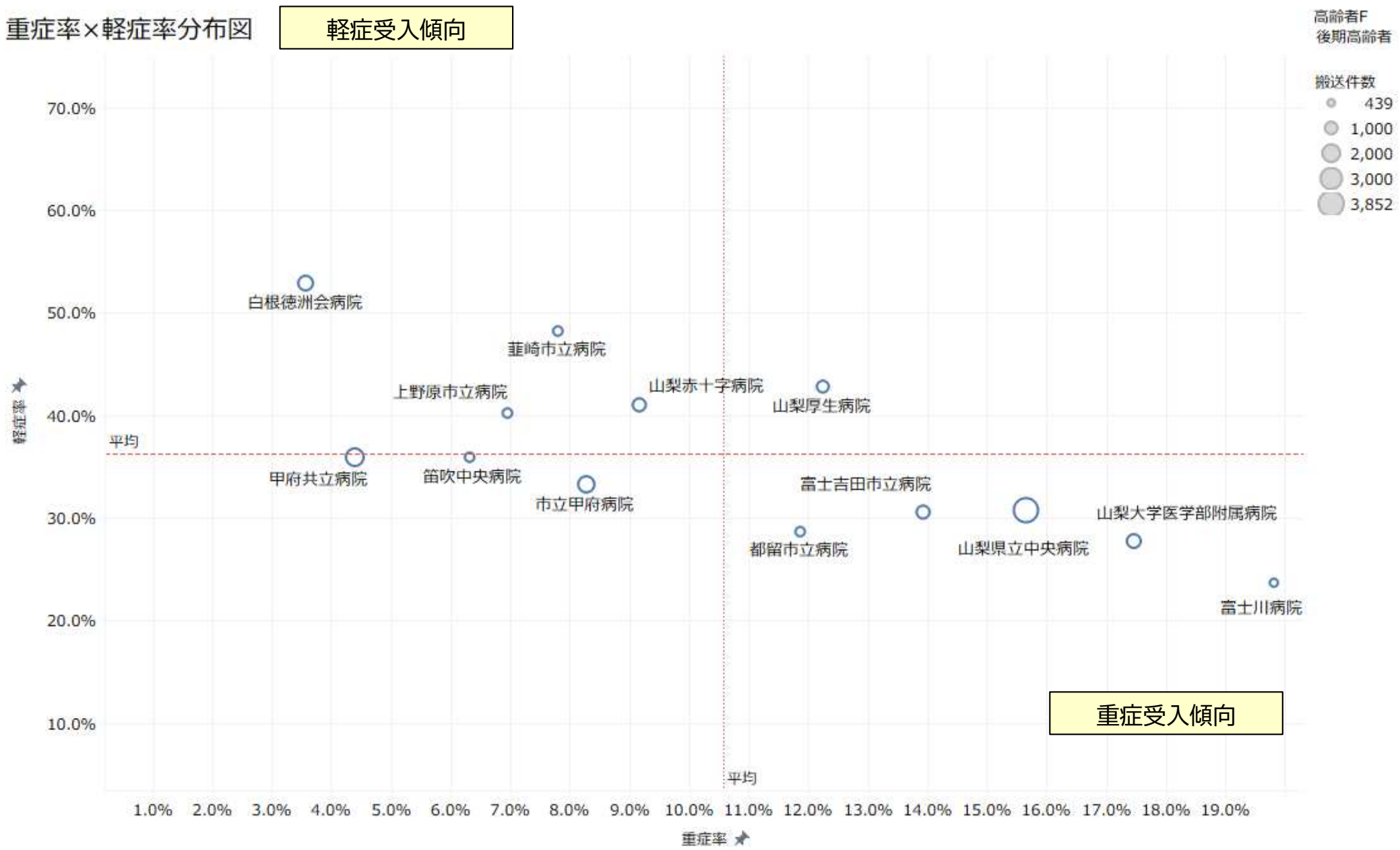
出典：救急搬送データ（2024年度）

※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、参考に関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



（参考）軽症率・重症率分布図|後期高齢者（75歳以上）



(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敵的になる。</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>

令和 8 年 7 月 1 4 日

令和 8 年度第 1 回
峡東地域医療構想調整会議

資料 5

病床数適正化緊急支援事業の実施について

山梨県福祉保健部医務課

1. 病床数適正化緊急支援事業の概要

(1) 経緯

- 国は、医療機関の入院医療の継続が困難な状況を鑑み、R6年度補正予算において「病床数適正化支援事業」を計上。病床数の適正化を図るために病床削減を行う医療機関に対し、削減病床1床あたり4,104千円の支援を実施。(令和7年度に事業開始。本県では同年度中に12病院136床の削減を実施)
- 国は、令和7年度補正予算において、引き続き「病床数適正化緊急支援事業」を計上し、令和8年度事業として国要綱に基づき、本事業を実施することとなった。

(2) 令和8年度事業の概要

事業目的	効率的な医療提供体制の確保を図るため、医療需要の変化を踏まえた病床数の適正化を進める医療機関に対し、診療体制の変更等による職員の雇用等の様々な課題に際して生じる負担について支援
支給対象	病院(一般・療養・精神病床)、有床診療所
支給要件	令和7年12月16日から令和9年3月31日までの間に、病床数の削減を行う(行った)医療機関 ※この他、令和7年度事業や国の調査において事業計画等を提出するなどして昨年度中に国に削減以降を示した上で、削減を行った医療機関等においては、一部令和6年12月17日以降に削減した病床も支給対象となる。
給付額	削減した病床1床につき 4,104 千円(ただし、休棟の休床の場合は2,052 千円)
給付までの流れ	【医療機関】 交付申請 ※今年度複数回の 申請受付予定  【都道府県】 申請内容を審査⇒国(基金管理団体)へ提出 ※協議が必要な案件は地域医療構想調整会議で協議  【基金管理団体】 申請内容審査・ 給付金交付

(3) 地域医療構想調整会議への協議が必要となる案件について

- 以下の場合に該当する案件は、地域医療構想調整会議において地域医療への影響等について協議することとされている。

- ①削減により入院医療の受け入れを停止する場合
- ②現に患者が入院している病床を削減する場合
- ③病床数をあわせて100床以上削減する場合
- ④その他、都道府県において議論が必要と認める場合

※令和7年12月16日以前に既に削減された病床は協議不要(国Q&Aより)



本日は、当該医療圏の各医療機関の申請意向の状況を共有(報告事項)するとともに、協議が必要な案件について、委員の皆様のご意見を伺いたい(協議事項)。

2. 申請医療機関の状況

➤ 峡東医療圏の医療機関から、以下のとおり本事業の申請があった。

(1) 圏域全体の状況

申請状況

申請医療機関数	6 医療機関
削減病床数	220床 ※うち6床は削減済病床

削減病床の内訳(病床種別)

病床種別	病床数
一般病床	176床
療養病床	15床
精神病床	29床
計	220床

削減病床の内訳(病床区分)

病床種別	病床数
急性期	6床
回復期	12床
慢性期	67床
休棟中等	135床
計	220床

削減対象病床の状況(稼働状況)

病棟の状況	削減病床の稼働状況	病床数
稼働病棟	稼働病床	40床
	非稼働病床	45床
休棟	休床	135床
計		220床

2. 申請医療機関の状況

(2) 申請医療機関一覧(病棟別に掲載)

医療機関名	削減病棟名	病床稼働率	病床種別	病床区分	許可病床数	削減病床数	削減病床の稼働状況	削減病床の入院患者の有無	削減時期	協議要否
甲州リハビリテーション病院	2階病棟	87.0%	一般	慢性期	46床	4床	非稼働病床	なし	R9.3	不要
牧丘病院	一般病棟	55.5%	一般	急性期	30床	6床	非稼働病床	なし	R7.12 ※削減済	不要
石和温泉病院	2A病棟	0%	一般	休床	42床	42床	休床	なし	R8.12	不要
	3A病棟	0%	一般	休床	25床	25床	休床	なし	R8.12	不要
富士温泉病院	2階病棟	68.7%	一般	慢性期	60床	10床	非稼働病床	なし	R8.10	不要
	3階病棟	69.8%	一般	慢性期	62床	13床	非稼働病床	なし	R8.10	不要
	4階病棟	0%	療養	休床	39床	3床	休床	なし	R8.10	不要
山梨リハビリテーション病院	2階病棟	79.5%	療養	回復期	45床	4床	非稼働病床	なし	R9.3	不要
	3階病棟	82.8%	療養	回復期	45床	4床	非稼働病床	なし	R9.3	不要
	4階病棟	80.2%	療養	回復期	45床	4床	非稼働病床	なし	R9.3	不要
山梨厚生病院	2-1病棟	0%	一般	休床	36床	36床	休床	なし	R9.3	要
	2-2病棟	82.5%	一般	慢性期	42床	40床	稼働病床	あり	R9.3	要
	3-4病棟	0%	精神	休床	29床	29床	休床	なし	R9.3	要

※牧丘病院については、昨年度12月に削減済みの病床

※山梨厚生病院については、協議事項のうち病床数をあわせて100床以上削減する場合にも該当

上記申請については、県において認定後、国の審査等、所定の手続を進めていく。

3. 協議対象案件の詳細について

- 協議が必要な案件について、医療機関からの提出内容を整理したもの。

山梨厚生病院

医療機関名	削減病棟名	病床稼働率	病床種別	病床区分	許可病床数	削減病床数	削減病床の稼働状況	削減病床の入院患者の有無	削減時期	協議要否
山梨厚生病院	2-1病棟	0%	一般	休床	36床	36床	休床	なし	R9.3	要
	2-2病棟	82.5%	一般	慢性期	42床	40床	稼働病床	あり	R9.3	要
	3-4病棟	0%	精神	休床	29床	29床	休床	なし	R9.3	要

協議案件の区分

- ☐ 入院医療の受け入れを行っていない(停止する)場合
- ☒ 現に患者が入院している病床を削減する場合
- ☒ 病床数をあわせて100床以上削減する場合
- ☐ その他、都道府県において議論が必要と認める場合

削減病床の詳細

➤ 削減予定病床の状況及び削減理由

- ・一般病床を有する2号館は、建物の老朽化が著しく、閉鎖に向けて段階的に作業を進めている状況。
- ・このことから、2号館の一般病床のうち、休棟の休床36床と稼働病棟の病床40床を削減対象とした。
- ・また、精神病床は、病院全体で稼働率が直近70%程度で推移していることから、休棟の休床29床を削減対象とした。
- ・上記削減により慢性期機能及び精神病床の一部を縮小しつつ、残存病床へ資源を集約したい。

➤ 患者の受け入れ・調整状況

- ・現在休棟の休床状態の一般病床36床及び精神病床29床は、入院患者はいないため、患者対応は発生しない。
- ・稼働病床40床を削減予定の病棟においては、現在42床のうち、33床において患者が入院している。これらの入院患者については、塩山市民病院への転院(32名)及び同病院内での転棟(1名)を予定しており、患者受入体制は調整済みである。
- ・稼働病床の入院患者は、長期間在院の固定した慢性期患者が主であり、この2年間での新規入院患者は3名のみであることから、今後、大きな入院需要は見込まれない。

県としては、上記案件について、稼働病床に入院している患者については、受入先医療機関との調整が行われていること、また、その他は休棟中の休床であることから、地域医療への影響は限定的であると考え、このため、本事業の申請について適当と認め、国へ提出することとしたい。

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【基準】

- ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする。）。＜経過措置3年間＞
- ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

- 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★

【基準】

- ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。
- ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

- 令和6年度介護報酬改定における、①高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化、②協力医療機関との連携強化にかかる主な見直し内容

高齢者施設等

【特養・老健・介護医療院・特定施設・認知症グループホーム】



① 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化

■ 医療提供等にかかる評価の見直しを実施

<主な見直し>

- ・ 配置医師緊急時対応加算の見直し
【(地域密着型)介護老人福祉施設】
日中の配置医の駆けつけ対応を評価
- ・ 所定疾患施設療養費の見直し
【介護老人保健施設】
慢性心不全が増悪した場合を追加
- ・ 入居継続支援加算の見直し
【(地域密着型)特定施設入居者生活介護】
評価の対象となる医療的ケアに尿道カテーテル留置、在宅酸素療法、インスリン注射を追加
- ・ 医療連携体制加算の見直し
【認知症対応型共同生活介護】
看護体制に係る評価と医療的ケアに係る評価を整理した上で、評価の対象となる医療的ケアを追加

② 高齢者施設等と医療機関の連携強化

■ 実効性のある連携の構築に向けた運営基準・評価の見直し等を実施

(1) 平時からの連携

- ・ 利用者の病状急変時等における対応の年1回以上の確認の義務化（運営基準）
- ・ 定期的な会議の実施に係る評価の新設

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- ・ 相談対応を行う体制、診療を行う体制を常時確保する協力医療機関を定めることの義務化※1（運営基準）

(4) 入院調整

- ・ 入院を要する場合に原則受け入れる体制を確保した協力病院を定めることの義務化※2（運営基準）
- ・ 入院時の生活支援上の留意点等の情報提供に係る評価の新設

(5) 早期退院

- ・ 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化（運営基準）

在宅医療を支援する地域の医療機関等



- ・ 在宅療養支援診療所
- ・ 在宅療養支援病院
- ・ 在宅療養後方支援病院
- ・ 地域包括ケア病棟を持つ病院

等を想定



※1 経過措置3年。（地域密着型）特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。

※2 介護保険施設のみ。

事務連絡
令和7年5月28日

各都道府県介護保険主管部（局）
各市区町村介護保険主管部（局） 御中

各

都道府県 保健所設置市 特別区

 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省老健局高齢者支援課
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課
厚生労働省老健局老人保健課
厚生労働省医政局地域医療計画課

令和6年度介護報酬改定を踏まえた高齢者施設等と
協力医療機関との連携促進に係る対応について

平素より、厚生労働行政の推進につきまして、御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

令和6年度介護報酬改定では、高齢者施設等（介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び認知症対応型共同生活介護）と協力医療機関との連携強化に係る見直しを行いました。

具体的には、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院及び養護老人ホームにおいて、在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するため、入所者の病状が急変した場合等において、①医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること、②診療を行う体制を常時確保していること及び③入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保した協力医療機関を定めることを経過措置3年として義務化しました。また、軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び認知症対応型共同生活介護については、上記①及び②を満たす協力医療機関を定めることを努力義務としました。

厚生労働省では、令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（令和6年度調査）において、高齢者施設等と医療機関の連携体制に関する調査を行っており、その結果、上記①～③の要件を満たす協力医療機関を定めている施設の割合は、介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を含む）で56.6%、

介護老人保健施設で70.0%、介護医療院で72.4%、養護老人ホームで45.7%でした。一方で、協力医療機関を定めていない施設について、医療機関との連携に係る取組状況として「まだ検討を行っていない」と回答した施設の割合は介護老人福祉施設で31.6%、介護老人保健施設で25.0%、介護医療院で25.0%、養護老人ホームで44.1%でした。また、各要件を満たす協力医療機関を定めることが義務化又は努力義務化されたことへの認知状況として「知らなかった」と回答した施設の割合は養護老人ホームで15.4%、軽費老人ホームで15.7%でした。さらに、協力医療機関を定めるにあたっての課題として、「どこに相談したらよいか分からない」、「周辺に医療機関が少ない（またはない）」という回答があった施設が一定数ありました。

協力医療機関との連携については、入所者等への適切な対応に直結するものであり、経過措置期間に関わらず、可及的速やかに全ての高齢者施設等において連携が図られるよう十分な働きかけを行う必要があります。このため、各都道府県、市区町村においては、下記の事項についてご協力いただきますようお願いいたします。

記

(1) 高齢者施設等と協力医療機関との連携状況等の把握について

令和6年度介護報酬改定においては、1年に1回以上、高齢者施設等は協力医療機関の名称等について、当該施設等の指定等を行った自治体に提出しなければならないこととしました。都道府県においては、各施設等の届出の内容、市区町村においては、各施設等の届出の内容や在宅医療・介護連携推進事業を通じて把握した内容をもとに、各施設等における協力医療機関との連携状況等を把握していただくようお願いいたします。

(2) 協力医療機関との連携に係る取組が行われていない高齢者施設等への周知等について

(1)で把握した連携状況等に関する情報をもとに、協力医療機関との連携に係る取組が行われていない施設等がある場合には、都道府県や市区町村が行う集団指導や運営指導において、施設等に対し、報酬改定の趣旨に沿った取組を促すとともに、協力医療機関に関する制度の周知や協力医療機関との連携に当たっての助言等を行っていただくようお願いいたします。

どこの医療機関と連携すればよいか分からないという課題を抱えている施設等もありますので、助言等に当たっては、以下のQ&Aの周知や、衛生主管部局と連携して地域の医療機関のリストを提供するなど、必要な支援のご協力をお願いします。(参考) 令和6年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol. 1) (令和6年3月15日)」

問 124

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001230308.pdf>

(3) 協力医療機関との連携に支障を来している高齢者施設等への支援について

協力医療機関の確保に苦慮している施設等においては、施設等の取組には限界がある事例も考えられるところ、そのような場合においては、自治体による支援も重要です。

自治体においては、在宅医療・介護連携推進事業や在宅医療に必要な連携を担う拠点を活用し、高齢者施設等からの相談窓口の設置や高齢者施設等と医療機関とのマッチング、都道府県医師会や郡市医師会等の地域の医療関係団体への協力依頼、地域における高齢者施設等への医療提供体制の検討、新たに協力医療機関との連携体制を構築した施設等の好事例の横展開などを行っている事例もあり、そのような事例を参考に、高齢者施設等と協力医療機関との連携に係る支援をご検討いただきますようお願いいたします。

また、都道府県と市区町村との間では、(1) で把握した連携状況等に関する情報を共有し、広域的に連携体制を構築することが必要な場合も想定されます。そのような場合には、例えば、市区町村が行う在宅医療・介護連携推進事業や都道府県が設置する在宅医療に必要な連携を担う拠点を活用し、高齢者施設等と協力医療機関とのマッチングを行ったり、都道府県が行う地域医療構想調整会議の場を活用して高齢者施設等の協力医療機関としての役割を担う医療機関を調整したりするなどの対応が考えられますので、ご検討いただきますようお願いいたします。

なお、今年度行う令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査においても、高齢者施設等と医療機関の連携体制に関する調査を行う予定であり、その中で自治体における相談対応や助言、支援等の取組状況を調査する予定ですので、ご協力をお願いします。

(参考) 令和6年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(令和6年度調査)(1) 高齢者施設等と医療機関の連携体制等にかかる調査研究事業

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_56824.html

以上