

山梨県医療審議会 資料

地域医療構想の策定について

平成 27 年 5 月 26 日 (火)

社会保障制度改革の概要

〈 社会保障・税一体改革の経緯 〉

- H24. 8 社会保障制度改革推進法成立
- H24. 11 社会保障制度改革国民会議 設置
- H25. 8 社会保障制度改革国民会議 報告書
- H25. 8 社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく「法制上の措置」閣議決定
- H25. 12 社会保障制度改革プログラム法成立
- H26. 6 医療介護総合確保推進法成立
- H26. 9 医療介護総合確保方針 策定

医療・介護サービスの提供体制の改革の趣旨

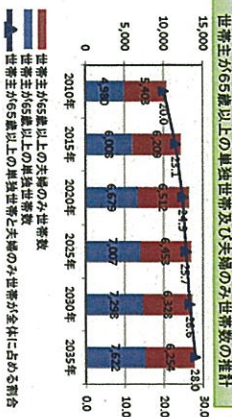
- 2025年には団塊の世代が75歳以上となり、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となります。今後、高齢化が進むと医療や介護を必要とする方がますます増加しますが、現在の我が国の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分対応できないと見込まれています。
- 例えば、医療については、入院患者が増える、救急患者の受け入れを断る事例が増えるのではないかと、退院して在宅に帰りたいが往診していただける医師が見つからないのではないかと不安があります。
- また、介護については、介護度が重度になったり、一人暮らしや老夫婦だけに留まらず、安心して暮らすことができるか、在宅で暮らすことができなくなった時の施設が十分にあるか、認知症になっても地域で生活を続けていくことができるかなどといった不安があります。
- このため、高度急性性期医療が必要な患者は、質の高い医療や手厚い看護が受けられ、リハビリが必要な患者は身近な地域でリハビリを受けられるようにする必要があります。同時に、退院後の生活を支える在宅医療や介護サービスも充実し、早期に在宅復帰や社会復帰ができるようにするとともに、生活支援や介護予防を充実させ、住み慣れた地域で長く暮らすことができるようにする必要があります。
- 2025年を見据え、限られた医療・介護資源を有効に活用し、必要なサービスを確保していくため、こうした改革を早急に実施することが不可欠です。

今後の高齢化の見込み

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上人口	3,098万人	3,369万人	3,687万人	3,826万人
(24.6%)	(24.6%)	(26.3%)	(30.2%)	(32.4%)
75歳以上人口	1,511万人	1,649万人	2,179万人	2,401万人
(11.8%)	(13.0%)	(18.1%)	(26.1%)	

認知症高齢者数の推計 (日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数の推計)

2010年:280万人 → 2025年:470万人



社会保障制度改革国民会議報告書 (平成25年8月6日) (抜粋)

第1部 社会保障制度改革の全体像

- 3 社会保障制度改革の方向性
- (6) 地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育て (略)

高齢化に伴い患者が増えることにより、医療需要が量的に増加するだけでなく、疾病構造も変化し、求められる医療もそれに合わせた形で変化の中で、医療資源を有効に活用し、より質の高い医療提供体制を実現するため、**医療機能の分化・連携を強引に進めていくことが必須であるが、その改革の実現のためには、在宅等住み慣れた地域の中で患者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠である。**

第2部 社会保障分野の改革 II 医療・介護分野の改革

- 1 改革が求められる背景
- (1) 改革が求められる背景 (略)

2008(平成20)年の「社会保障国民会議最終報告」で示された「あるべき医療・介護サービス」提供体制の背景にある哲学は、**医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、利用者・患者のQOLの向上を目指すというもの**であった。

(3) 改革の方向性

(略)

日本は諸外国に比べても人口当たり病床数が多い一方で病床当たり職員数が少ないことが、密度の低い医療ひいては世界的に見ても長い入院期間をもたらしている。他面、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や住み慣れた地域や自宅で生活し続けたいというニーズに応える在宅医療や在宅介護は十分に提供されていない。

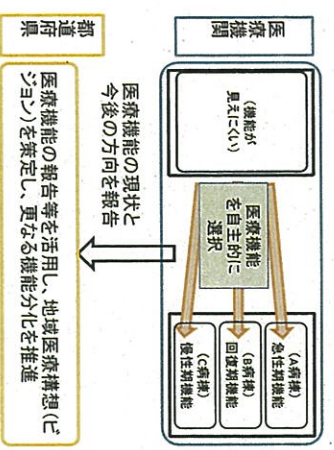
そこで、急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、**急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある**。この時、機能分化した病床機能にふさわしい設備・人員体制を確保することが大切であり、病院のみならず地域の診療所をもネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要となる。

高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、**川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受け入れ体制の整備という川下の政策と同時に進むべきものであり、川上から川下までの提供段階のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる**。そして、こうしたネットワークの中で、患者の移動が円滑に行われるよう、医療機関側だけでなく、患者側にもインセンティブが働けるシステムとなることが望ましい。

地域医療構想の概要

病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

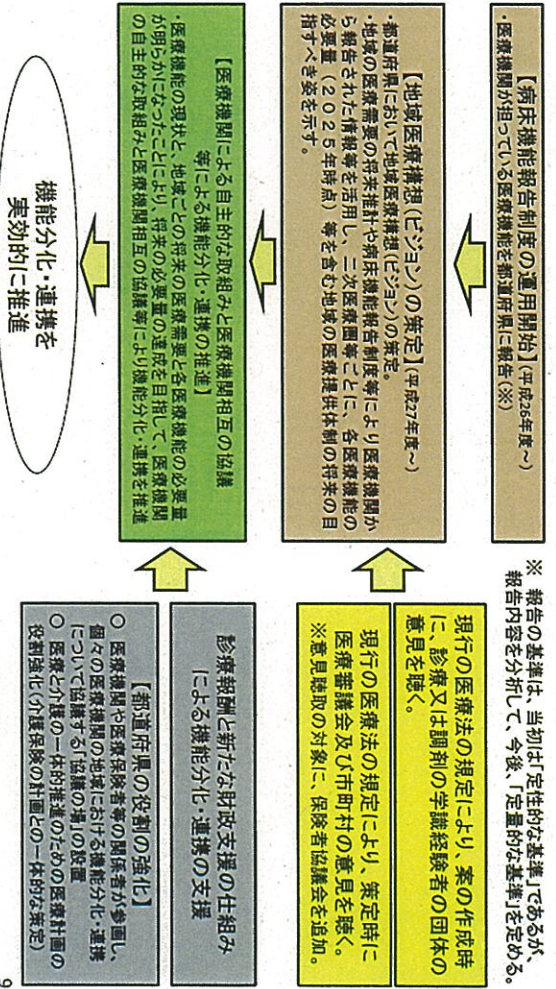
- 病床機能報告制度（平成26年度～）
医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。
- 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）
都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。
国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度～）。



- (地域医療構想(ビジョン)の内容)
1. 2025年の医療需要
入院・外来別・疾患別患者数 等
 2. 2025年に目指すべき医療提供体制
二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケア）についての(市町村)ごとの医療機能別の必要量
 3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策
例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

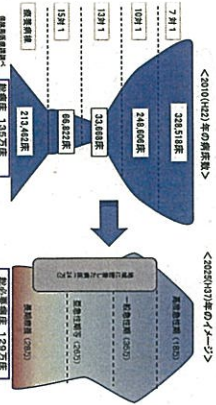
医療機能の分化・連携に係る取組みの流れについて

- 病床機能報告制度の運用開始、地域医療構想（ビジョン）の策定及び都道府県の役割の強化等を含めた医療機能分化・連携に係る取組みの流れを整理すると、以下のように考えられる。

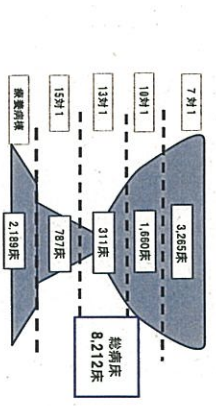


医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が高く医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腸骨頭部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 又は難病患者等を入院させる機能

全国の医療機能別病床数



本県の医療機能別病床数



地域医療構想（ビジョン）を実現する仕組み

- (1)「協議の場」の設置
○ 都道府県は、地域医療構想の実現について、医療関係者、医療保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置。医療機関相互の協議により、地域医療構想を推進していくが、協議だけでは進まない場合には、都道府県知事が以下の措置を講ずることができることとする。
- (2)都道府県知事が講ずることができる措置
① 病院の新規開設・増床への対応
○ 都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を持つという条件を付けることができることとする。
② 既存医療機関による医療機能の転換への対応
○ 医療機関が適切な医療機能に転換しようとする場合
○ 都道府県知事は、医療機関に対して医療審議会等の説明等を求めることができるとし、転換にやむを得ない事情がないと認められる時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請(公的医療機関等)には命令(公的医療機関等)に指示することができることとする。
○ 協議の場の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合
○ 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請(公的医療機関等)に指示することができることとする。
③ 稼働していない病床の削減の要請
○ 医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。
※ 現行の医療法上、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命ずることができることとなっている。
④ 医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置
○ 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が報告を行う。当該報告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置(管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等)に加えて、イ 医療機関名の公表
ロ 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の医療対象からの除外
ハ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消

「地域医療構想策定ガイドライン」の概要

1. 経緯等

- 平成 25 年 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律成立
- 平成 26 年 6 月 医療介護総合確保推進法成立
 - ・効率的かつ質の高い医療提供体制・地域包括ケアシステムの構築 → 医療・介護の総合的確保推進
 - ・都道府県が「地域医療構想」を策定するとともに、構想区域ごとに「協議の場」を設置
 - ・医療介護総合確保方針策定
- 平成 26 年 9 月 医師会総会総合確保方針策定
- 平成 27 年 3 月 地域医療構想策定ガイドライン策定

2. ガイドラインの位置付け

- 厚生労働省 本ガイドラインに基づき、関係省令、告示等を制定・改正。都道府県に周知、技術的助言。
- 都道府県 将来あるべき医療提供体制の実現に向け、医療機関の自主的な取組等を促進、住民の理解、適切な医療機関選択・受療となるよう周知、地域医療全体を見据えた上で、5 疾病 5 事業等の内容を踏まえて検討。

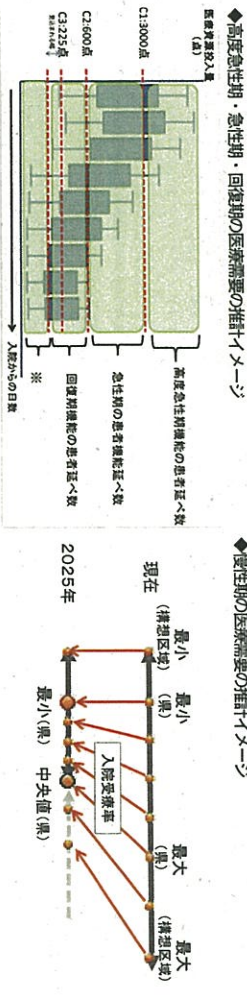
3. ガイドラインの概要

1. 地域医療構想の策定

- 策定体制等の整備
 - 医療関係団体、医療審議会、市町村、保険者協議会からの意見聴取、策定段階から地域の医療関係者、保険者、住民の意見聴取。策定後を見据え地域医療構想調整会議の設置、在宅医療の策定段階で市町村からの意見聴取。
- データ収集、分析及び共有
 - 共通認識形成に資する情報整備。県・厚生労働省データ整備。
- 構想区域の設定
 - 構想区域を設定し、医療需要に対する医療供給を具体化
 - 原則、現行の二次医療圏、人口規模、患者受療動向、療育構造変化、基幹病院までのアクセス時間変化を勘案、高度急性期では構想区域での完結を求めない、急性期、回復期、慢性期よ、できるだけ構想区域で対応。
- 構想区域ごとの医療需要の推計
 - 医療機能別の医療需要は構想区域ごとに推計。医療機能別(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)ごとに算出。

◆ 高度急性期、急性期、回復期の医療需要

- 2025 年の医療需要 = 2013 年急性期別別・構想区域別の入院受療率 × 構想区域の 2025 年急性期別別推計人口
- 高度急性期 3,000 点以上
- 急性期 600 点以上～3,000 点未満
- 回復期 225 点以上～600 点未満
- 慢性期 在宅復帰に向けた調整期間考慮
- 慢性期の医療需要 療養病床入院受療率を一定程度縮小させる目標設定
- 慢性期 全国最大レベル(県単位の)入院受療率を全国中央値レベル(県単位の)にまで低下させる割合を用いて、構想区域ごとに全国最大レベルの差を等比的に低下。



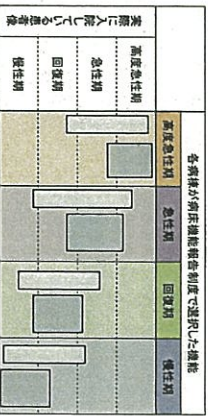
- 医療需要に対する医療提供体制の検討
 - 高度急性期 他構想区域医療機関での医療提供も検討 (ワークシェアを確保)
 - 急性期 一部を除き区域内で完結
 - 回復期・慢性期 基本的に構想区域内で完結
- ※現在の医療提供体制を基に、将来のあるべき医療提供体制を、構想区域間(都道府県間を含む)で調整。

(6) 将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討

- 地域医療を幅広い視点で捉える。精神科医療も含め検討(機能分化、地域移行推進)。認知症対策は医療・介護役割分担と連携推進(オンラインケア)。
- ① 病床の機能分化・連携の推進
 - 医療機能別の必要病床数に基づき、仕組みづくり、施設・設備整備等。
- ② 在宅医療の充実
 - 日常生活圏域で整備、保健所等を活用し市町村支援、参入動機付け研修・参入後相談体制構築、「即座支援」、日常の療養支援(「急ぎ時の対応」、「看取り」機能充実(24時間体制構築)に向けた役割分担等協議、医療依存度の高い患者、小児等患者対応の研修等)。病状による後方支援、歯科診療所と内科医療機関との連携体制構築。
- ③ 医療従事者の確保・養成
 - 地域医療支援センターを活用し医師等偏在解消、医療勤務環境改善センターを活用し勤務環境改善、チーム医療推進、看護職員確保・定着・離職防止等。チーム医療推進のため、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、リハビリテーション(介護)職、医療ソーシャルワーカー等の専門職人材育成。地域包括ケアシステム構築の観点から市町村とも協議。

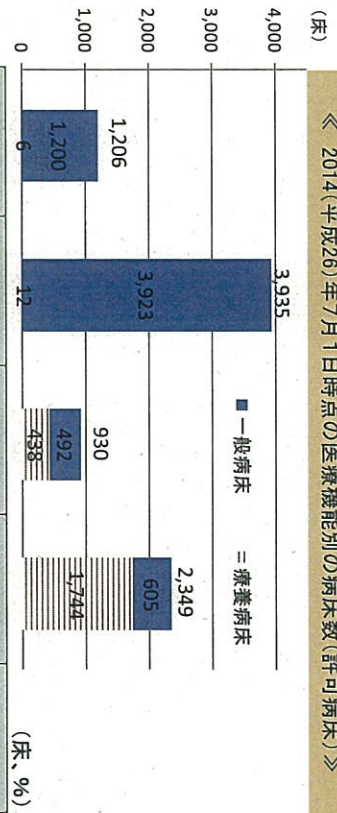
II. 地域医療構想策定後の取組

- 地域医療構想実現に向けた取組
 - 基本的事項 構想区域ごとに「地域医療構想調整会議」を設置し協議
 - 医療機関の取組
 - 病床機能報告・地域医療構想による医療機関の各機能の選択状況、必要病床数の把握
 - 自主的取組として、病棟単位で医療機能に即した患者収れん方法、体制構築、人員配置検討、自主的取組を踏まえ、地域医療構想調整会議で医療機関が相互に協議。
 - ※ 例：がん医療の役割を医療機関間で調整し、回復期・緩和ケア・在宅医療について在宅医療等への転換等
 - 都道府県の取組
 - 地域の医療提供体制確保に責任を有する都道府県が、役割を適切に發揮
 - 病床機能報告による現状と地域医療構想との必要病床数との比較
 - 各医療機関における構想区域内の医療機関の状況把握(統計資料・データ作成)
 - 地域医療構想調整会議の開催に向けた具体策検討(不足機能への具体的対応策策定・提示、工程表策定)
 - 平成 27 年までの PDCA(毎年、進捗状況確認、医療審議会等に報告)
- 地域医療構想調整会議の設置・運営
 - 議事
 - 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
 - 病床機能報告制度に関する情報等の共有
 - 都道府県計画に盛り込む事業に関する協議
 - その他の地域医療構想の達成の推進に関する協議
 - 設置区域
 - 原則、構想区域ごと設置。複数調整会議合同開催、議事等に必ず参加者限定等、柔軟運用。
 - 参加者範囲
 - 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体、医療保険者、市町村等。
 - 特定議題は専門部会、ワーキンググループ等設置。
 - 公表
 - 患者情報、医療機関経営情報等を扱った場合は非公開、その他は公開。
 - 不参加関係者対応
 - 正当な理由がなく不参加の関係者へは、開設・増床等許可条件付け、過剰医療機能への転換中止命令、要請
 - 病棟機能、病床数等合意は書面作成。正当な理由がない合意事項不履行は、不足医療機能に係る医療提供等の指示・要請。
 - 合意・履行担保
 - 許可の際、不足医療機能提供の条件付け。
 - 理由書徴求、調整会議への参加要請、医療審議会での説明要請、過剰医療機能への転換中止命令・要請
 - 不足医療機能提供の指示・要請
 - 正当な理由がなく病床未稼働の場合、医療審議会の意見を聴いて、削減命令・要請
- 調整会議の調整不調
 - 未稼働病床への対応
 - ※要請・命令・指示に促す場合、医療機関公表、地域医療支援病院・特定機能病院不稼働・承認取消、管理者変更命令等
- PDCA
 - 地域医療構想実現に必要な事業の進捗評価を定期的に実施し、見直し等 PDCA の効果が機能発揮
 - 指標設定・評価
 - ① 病床機能別各区分(在宅医療整備状況、② 主要疾病の区域内完結状況、③ 人材充足状況
 - 必要に応じて地域医療構想への進捗・修正等、住民に分かりやすく公表。



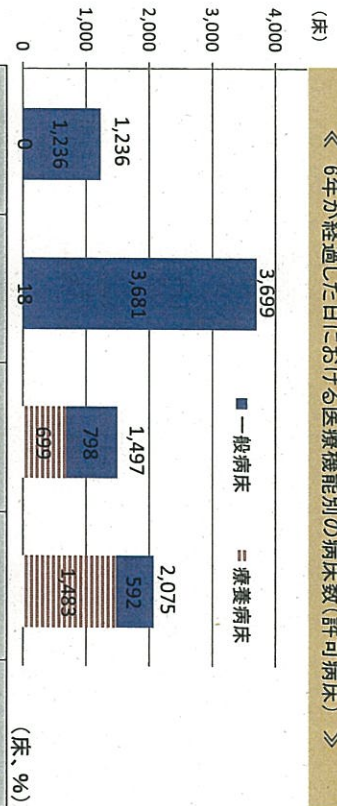
平成 26 年度 病床機能報告の状況について 【速報値】平成 27 年 3 月 2 日集計

《 2014(平成26)年7月1日時点の医療機能別の病床数(許可病床) 》



医療機能	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	1,200	3,923	492	605	6,220
療養病床	6	12	438	1,744	2,200
合計	1,206	3,935	930	2,349	8,420
構成比	14.3%	46.7%	11.0%	27.9%	100.0%

《 6年が経過した日における医療機能別の病床数(許可病床) 》



医療機能	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	1,236	3,681	798	592	6,307
療養病床	0	18	699	1,483	2,200
合計	1,236	3,699	1,497	2,075	8,507
構成比	14.5%	43.5%	17.6%	24.4%	100.0%

現時点から6年後への変更の動向について

○ 以下は、2014年7月1日時点の医療機能の選択状況と、6年後の医療機能の選択状況とをクロス集計したものの、

括弧内の構成比は、2014年7月1日時点の病床数を分母とした、6年後の4機能の構成比である。

6年後の医療機能	2014年7月1日時点の医療機能					集計対象計
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	未選択(※2)	
高度急性期	1,206 (100.0%)	3,935 (100.0%)	930 (100.0%)	2,349 (100.0%)	87	8,507
急性期	19 (1.6%)	3,611 (91.8%)	0 (0.0%)	63 (2.7%)	6	3,699
回復期	0 (0.0%)	274 (7.0%)	930 (100.0%)	261 (11.1%)	32	1,497
慢性期	0 (0.0%)	50 (1.3%)	0 (0.0%)	2,025 (86.2%)	0	2,075
未選択(注1)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0	0

(注1) 2014年7月1日時点の医療機能は選択しているが、6年後の医療機能を選択していない病床数
(注2) 6年後の医療機能は選択しているが、2014年7月1日時点の医療機能を選択していない病床数

《参考》 2025年の医療機能別の病床数

※本項目については回答が任意であり、回答した医療機関が少数であったため、病床数の合計が平成 26 年度のものより少数となっている。

《 2025(平成37)年7月1日時点の医療機能別の病床数(許可病床) 》



医療機能	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
一般病床	699	1,804	348	284	3,135
療養病床	0	66	217	695	978
合計	699	1,870	565	979	4,113
構成比	17.0%	45.5%	13.7%	23.8%	100.0%

地域医療構想策定に係る検討組織の設置及び検討スケジュール

1. 検討組織の設置

【地域医療構想策定ガイドライン（抄）】

1. 地域医療構想の策定を行う体制等の整備

- 地域医療構想は、医療計画の一部であることから、医師会等の診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴くとともに、都道府県医療審議会、市町村及び保険者協議会の意見を聴く必要がある。なお、医療審議会は、地域医療構想が医療計画に含まれることを踏まえた委員の選出を行うことが望ましい。
- また、策定段階から地域の医療関係者、保険者及び住民の意見を聴くことが望ましいことから、都道府県においては、タウンミーティングやヒアリング、アンケート調査、パブリックコメント等、患者・住民の意見を反映する手続をとることで、構想区域ごとに既存の圏域連携会議等の場を活用して地域の医療関係者の意見を反映する手続をとることを検討する必要がある。なお、この段階で策定後を見据えて地域医療構想調整会議を設置し、意見をまとめることが望ましい。
- 現行の医療計画のプロセスと同様に、地域医療構想の策定に当たっても、都道府県医療審議会の下に専門部会やワーキンググループ等を設置して集中的に検討することが考えられるが、そのメンバーについては、代表性を考慮するとともに、偏りがないようにすることが必要である。
- 在宅医療の課題や目指すべき姿については、市町村介護保険事業計画との整合性に留意する必要があることから、地域医療構想の策定段階から市町村の意見を聴取することが必要であり、その際には、既存の圏域連携会議等を活用することが考えられる。

- ◆ 地域医療構想の策定については、専門的、技術的な内容を伴うことから、「山梨県地域医療構想策定検討会」を設置。

- ◆ 構想区域の設定を待ち、構想区域ごとに「地域医療構想調整会議」を設置。

- 保健所が設置する「地域保健医療推進委員会」を活用。
- 市町村の介護保険担当部局などへのヒアリングを実施。
- 5 疾病 5 事業（5 疾病：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患、5 事業：救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）については、関係団体や既存の協議会などから意見を聴取。
- 住民の意見を反映するため、とりまとめ段階でパブリックコメントを実施。
- その他、必要に応じて参考人から意見を聴取。

山梨県医療審議会



山梨県地域医療構想策定検討会（全県）

※設置要綱（案）は次頁



地域医療構想調整会議 (中北構想区域)	地域医療構想調整会議 (峡東構想区域)	地域医療構想調整会議 (峡南構想区域)	地域医療構想調整会議 (富士・東部構想区域)
○地区医師会(3) ・甲府市医師会 ・中巨摩医師会 ・北巨摩医師会	○地区医師会(2) ・東山梨医師会 ・笛吹市医師会	○地区医師会(2) ・西八代地区医師会 ・南巨摩医師会	○地区医師会(3) ・富士市医師会 ・都留医師会 ・北都留医師会
○病院(27) ・国立甲府病院 ・山梨大学附属病院 ・県立中央病院 ・市立甲府病院 ・山梨病院 ・豊川整形外科病院 ・湯村温泉病院 ・甲府城南病院 ・赤坂各病院 ・竜王リハビリテーション病院 ・シヨウ病院 ・坂東病院 ・甲府脳神経外科病院 ・院 ・甲府共立病院 ・三枝病院 ・恵徳甲府病院 ・恵徳りぼく病院 ・おけほの医療福祉センター ・重崎市立病院 ・市立甲府病院 ・市立塩川病院 ・重崎相互病院 ・宮川病院 ・富山共立病院 ・高原病院 ・白根徳洲会病院	○病院(13) ・市立牧丘病院 ・市立勝沼病院 ・加納善徳総合病院 ・山梨厚生病院 ・塩山市長病院 ・塩川中央病院 ・石和温泉病院 ・甲府リハビリテーション病院 ・シヨウ病院 ・一宮温泉病院 ・石和共立病院 ・山梨リハビリテーション病院 ・着日厚サインバーン ・アソリハビリ病院 ・富士温泉病院	○病院(6) ・坂倉病院 ・市川三郷病院 ・富士川病院 ・しもへ病院 ・峡南病院 ・身延山病院	○病院(6) ・富士野田市立病院 ・山梨赤十字病院 ・大月市立中央病院 ・都留市立病院 ・上野原市立病院 ・ワルビル門外科・リハビリテーション病院
○医療者(1) ・ (調整中)	○医療者(1) ・ (調整中)	○医療者(1) ・ (調整中)	○医療者(1) ・ (調整中)

山梨県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「地域医療構想」の策定について検討するため、山梨県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。

(座長等)

第3条 検討会に座長及び副座長を置く。

2 座長は、その検討会に属する委員の互選により定める。

3 座長は、会務を総理し、委員のうちから副座長を2人指名する。

4 副座長は、座長を補佐し、座長が不在のときには、その職務を代理する。

(運営)

第4条 検討会は、座長が招集する。

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、公開とする。ただし、座長が必要と認める場合は、出席委員全部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。

(意見の聴取)

第5条 検討会は、必要があると認めるときは、関係者に出席を求め、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、必要な事項は、検討会において定める。

附 則

この要綱は、平成27年5月26日から施行する。

別表

番号	団体名	氏名	備考
1	山梨県医師会	()	
2	山梨県歯科医師会	()	
3	山梨県薬剤師会	()	
4	山梨県看護協会	()	
5	山梨県民間病院協会	()	
6	山梨県官公立病院等協議会	()	
7	山梨県慢性期医療協会	()	
8	山梨県市長会	()	市町村代表
9	山梨県町村会	()	市町村代表
10	山梨県保険者協議会	()	医療保険者代表
11	山梨大学医学部附属病院	藤井 秀樹	病院関係者代表
12	山梨県立中央病院	土屋 幸治	病院関係者代表
13	山梨大学	山縣 然太朗	学識経験者(公衆衛生学)
14	山梨県保健所長会	古屋 好美	行政
15	山梨県	堀岡 伸彦	行政(福祉保健部参事)

() : 団体が推薦する者

【スケジュール案】

平成27年 6月	地域医療構想策定検討会（全県） ・医療提供体制の方向性
平成28年 10月	・医療提供体制の方向性の検討 ・構想区域の検討 ・医療提供体制の方向性の検討 ・あるべき医療提供体制実現のための施策の検討
平成28年 1月	・地域医療構想（素案）の検討
平成28年 4月	・地域医療構想の策定
平成28年 5月	医療審議会 ・地域医療構想の策定

II. 検討スケジュール

【地域医療構想策定ガイドライン（抄）】

【策定プロセス】

