

山 梨 県 医 療 審 議 会

日 時 平成 2 8 年 5 月 2 4 日 (火)
午後 2 時 ~
場 所 ホテル談露館

委嘱状交付式

- 1 委嘱状交付
- 2 福祉保健部長あいさつ

審議会次第

- 1 開会
- 2 会長選任
- 3 会長あいさつ
- 4 議 題
 - (1) 医療法人部会の委員の指名について
 - (2) 地域医療支援病院の名称の使用について
 - (3) 山梨県地域医療構想について
 - (4) 山梨県地域医療介護総合確保基金事業について
- 5 報告事項
 - (1) 山梨県地域保健医療計画の追加記載について
 - (2) 医療法人の設立認可等の状況について
- 6 その他
 - (1) 都留市立病院における分娩の再開について
 - (2) 発達障害等に対する総合支援基本構想策定委員会について
- 7 閉 会

第15次山梨県医療審議会委員

任期：平成28年5月24日～平成30年5月23日

令区分	選出区分	役職名	氏名
医療を提供する 立場にある者	医師会	山梨県医師会長	今井 立史
		山梨県医師会副会長	刑部 利雄
		山梨県医師会副会長	手塚 司朗
		山梨県医師会理事	中澤 良英
	歯科医師会	山梨県歯科医師会長	井出 公一
		山梨県歯科衛生専門学校長	七沢 久子
	薬剤師会	山梨県薬剤師会長	幡野 仁
	看護協会	山梨県看護協会会長	古屋 玉枝
	病院等関係者	山梨大学医学部附属病院長	藤井 秀樹
		山梨県民間病院協会会長	刃刀 融
		山梨県精神科病院協会会長	久保田 正春
		山梨県官公立病院等協議会長	東田 耕輔
		山梨県老人保健施設協議会長	福田 六花
		山梨県リハビリテーション病院・施設協議会長	天野 達也
山梨県訪問看護ステーション連絡協議会長		並木 奈緒美	
医療を受ける立場にある者	山梨県市長会監事	江口 英雄	
	山梨県町村会長	志村 学	
	山梨県国民健康保険団体連合会理事長	岡部 政幸	
	山梨県社会福祉協議会理事	鷺見 よしみ	
	山梨県交通安全母の会連合会長	池田 春子	
	山梨県連合婦人会長	高村 里子	
学識経験者	山梨大学教授	榎本 信幸	
	山梨県消防長会長	今井 洋	
	弁護士	田中 悟史	
	山梨大学大学院教育学研究科教授	小山 勝弘	
	山梨県立大学看護学部教授	流石 ゆり子	

第15次 山梨県医療審議会 医療法人部会委員

	選出区分	役職名	委員
1	医師会	山梨県医師会理事	中澤 良英
2	歯科医師会	山梨県歯科衛生専門学校長	七沢 久子
3	病院等関係者	山梨県民間病院協会長	功刀 融
4	医療を受ける立場にある者	山梨県国民健康保険団体連合会 理事長(丹波山村長)	岡部 政幸
5	学識経験者	弁護士	田中 悟史

地域医療支援病院の名称の使用について

1 目的等

かかりつけ医、かかりつけ歯科医等を第一線の地域医療を担う医療機関と位置付けるとともに、地域の医療機関との役割分担や連携を進めるため、地域医療支援病院制度が創設された。

地域医療支援病院には、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用や地域の医療従事者に対する研修の実施等を通じて、かかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援し、地域医療の充実を図ることが求められる。

2 申請者及び承認手続

申請者：山梨県立中央病院

承認手続：都道府県知事の承認（医療法第 4 条第 1 項）

承認にあたっては、都道府県医療審議会の意見を聴かなければならない（法第 4 条第 2 項）。

3 承認要件

～ を全て満たす（法第 4 条第 1 項、法第 2 2 条、施行規則第 6 条の 2 等）

開設主体：原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等
（地方独立行政法人は、地方独立行政法人法施行令により都道府県とみなす）

紹介患者中心の医療を提供していること（次のいずれかを満たす）

ア 紹介率が 80%以上

イ 紹介率が 65%以上 かつ 逆紹介率が 40%以上

ウ 紹介率が 50%以上 かつ 逆紹介率が 70%以上

建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること

救急医療を提供する能力を有すること

地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有すること

200床以上の患者を入院させるための施設を有すること

集中治療室、化学、細菌及び病理の検査施設、病理解剖室、研究室、講義室、図書室及び救急用又は患者輸送用自動車及び医薬品情報管理室を有すること 等

4 期待される主な効果

患者のメリット

- ・通常の医療を身近なかかりつけ医等で受け、専門医療や救急は病院に紹介
- ・病院での待ち時間の短縮

かかりつけ医、かかりつけ歯科医等のメリット

- ・かかりつけ医としての診療の継続性の確保
- ・大型医療機器の共同利用、研修会への参加

病院のメリット

- ・専門外来、専門医療、救急医療への特化
- ・紹介率の向上、在院日数の短縮、病床利用率の向上、高額医療機器の利用率の向上
- ・診療報酬の加算

地域医療支援病院の名称の使用について（山梨県立中央病院）

1 医療機関

- (1) 名称 山梨県立中央病院
- (2) 開設者 地方独立行政法人山梨県立病院機構
- (3) 所在地 甲府市富士見1丁目1番1号
- (4) 病床数 651床

2 承認要件への該当状況

開設主体

根拠条文	具体的要件	該当状況	適否
・医療法（以下「法」）第4条本文	国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等	県（地方独立行政法人は、地方独立行政法人法施行令により都道府県とみなす）	

他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供するための体制が整備されていること

根拠条文	具体的要件	該当状況	適否
・法第4条第1項第1号 ・健康政策局長通知 「医療法の一部を改正する法律の施行について」	次のいずれかを満たす ア 紹介率が 80%以上 イ 紹介率が 65%以上 かつ 逆紹介率が40%以上 ウ 紹介率が 50%以上 かつ 逆紹介率が70%以上	紹介率 65.6% 逆紹介率 54.7%	(イ)

当該病院の建物の全部若しくは一部、設備、器械又は器具を、当該病院に勤務しない医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の診療、研究又は研修のために利用させるための体制が整備されていること

根拠条文	具体的要件	該当状況	適否
・法第4条第1項第1号 ・局長通知	施設・設備が地域の全ての医師又は歯科医師の利用のために開放されており、共同利用に関わる規定が病院の運営規定等に明示されていること	「山梨県立中央病院開放病床等共同利用規程」あり	
	共同利用を行う医療機関の登録制度を設け、当該病院の開設者と直接関係のない医療機関が現に共同利用を行っている全医療機関の5割以上であること	登録医療機関：279 H27実績 開設者と直接関係のない医療機関が共同利用の100%	
	登録制度の担当者を定め、医療機関等との協議、共同利用に関する情報の提供等連絡・調整の業務を行わせること	担当者の定めあり（医療局地域連携センター）	
	共同利用のための専用の病床として必要な病床数が確保されていること	5床	

救急医療を提供する能力を有すること

根拠条文	具体的要件	該当状況	適否
<ul style="list-style-type: none"> 法第4条第1項第2号 局長通知 	通常の当直体制の外に重症救急患者の受入れに対応できる医師等医療従事者が確保されているとともに、重症救急患者のために優先的に使用できる病床又は専用病床が確保されていること	医師 : 9名 看護師 : 39名 優先病床 : 4床 専用病床 : 16床	
	入院治療を必要とする重症救急患者に必要な検査、治療を行うために必要な診療施設を有し、24時間使用可能な体制が確保されていること	救命救急センター及び集中治療室は24時間使用可	
	救急自動車による傷病者の搬入に適した構造設備を有していること	適(救急病院及び救命救急センターの指定あり)	
	地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者の数が1,000以上であること	H27実績 6,174人	

地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有すること

根拠条文	具体的要件	該当状況	適否
<ul style="list-style-type: none"> 法第4条第1項第3号 局長通知 	症例検討会や講習会等を定期的に行う体制が整備されていること	有	
	研修プログラムを作成していること	有	
	研修全体についての教育責任者及び研修委員会が設置されていること	有	
	研修に必要な施設及び設備を有していること	多目的ホール、会議室、看護研修室、カンファレンスルーム	
	年間12回以上の研修を主催していること	H27実績 13回	

病床規模

根拠条文	具体的要件	該当状況	適否
<ul style="list-style-type: none"> 法第4条第1項第4号 規則第6条の2 	200床以上	651床	

法に規定する施設を有すること

根拠条文	具体的要件	該当状況	適否
<ul style="list-style-type: none"> ・法第4条第1項第5号 ・法第22条 ・規則第22条 	ア 集中治療室	有	
	イ 化学、細菌及び病理の検査施設	有	
	ウ 病理解剖室	有	
	エ 研究室	有	
	オ 講義室	有	
	カ 図書室	有	
	キ 救急用又は患者輸送用自動車及び医薬品情報管理室	有	

構造設備が省令で定める要件に適合するものであること

根拠条文	具体的要件	該当状況	適否
<ul style="list-style-type: none"> ・法第4条第1項第6号 ・規則第21条の5 	アイウが実状に応じて適当な構造設備を有していること	適	
	診療に関する諸記録は、過去2年間の病院日誌、各科診療日誌、処方せん、手術記録、看護記録、検査所見記録、エックス線写真、紹介状、退院した患者に係る入院期間中の診療経過の要約及び入院診療計画書とする	適	
	病院の管理及び運営に関する諸記録は、共同利用の実績、救急医療の提供の実績、地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修の実績、閲覧実績並びに紹介患者に対する医療提供及び他の病院又は診療所に対する患者紹介の実績を明らかにする帳簿とする	適	

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点～2,999点
- 回復期機能 175～599点
- 慢性期機能 上記以外

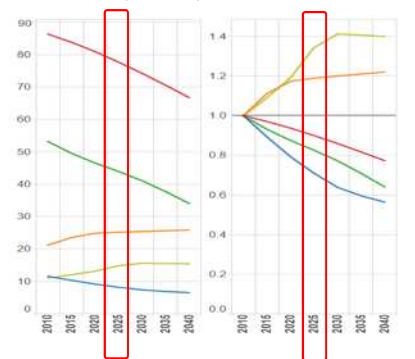
3 本県の現状・将来推計

(1) 年齢階級ごとの人口

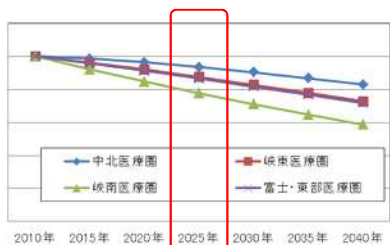
総数 0～14歳 15～64歳 65歳以上 75歳以上

人口(全県) (単位:万人)

人口の変化率(全県) (2010年を基準)



(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)

	全県	医療圏				(参考) 全国
		中北	峡東	峡南	富士・東部	
医療機関数*	52	27	13	6	6	7,426
(人口10万対)	6.2	5.8	9.5	11.4	3.3	5.8
一般病床	6,312	3,604	1,367	395	946	894,216
(人口10万対)	755.8	775.4	1,001.7	748.6	522.3	703.6
療養病床	2,190	1,237	631	150	172	328,144
(人口10万対)	262.2	266.1	462.4	284.3	95.0	258.2
一般病床+療養病床	8,502	4,841	1,998	545	1,118	1,222,360
(人口10万対)	1,018.0	1,041.5	1,464.1	1,032.8	617.3	961.8
医療機関数*	43	31	4	0	8	8,355
(人口10万対)	5.1	6.7	2.9	0.0	4.4	6.6
一般病床	456	321	50	0	85	100,954
(人口10万対)	54.6	69.1	36.6	0.0	46.9	79.4
療養病床	56	38	18	0	0	11,410
(人口10万対)	6.7	8.2	13.2	0.0	0.0	9.0
一般病床+療養病床	512	359	68	0	85	112,364
(人口10万対)	61.3	77.2	49.8	0.0	46.9	88.4
医療機関数*	95	58	17	6	14	15,781
(人口10万対)	11.4	12.5	12.5	11.4	7.7	12.4
一般病床	6,768	3,925	1,417	395	1,031	995,170
(人口10万対)	810.4	844.4	1,038.3	748.6	569.3	783.1
療養病床	2,246	1,275	649	150	172	339,554
(人口10万対)	268.9	274.3	475.6	284.3	95.0	267.2
一般病床+療養病床	9,014	5,200	2,066	545	1,203	1,334,724
(人口10万対)	1,079.3	1,118.7	1,513.9	1,032.8	664.2	1,050.3

(出典) 使用許可病床数:「山梨県医療課調べ」(平成27年12月31日現在)
 人口:「平成27年国勢調査」(速報値)(総務省・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、韮崎市、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、笛吹市、甲州市	123,472
峡南 (5町)	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、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、道志村、西桂町、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

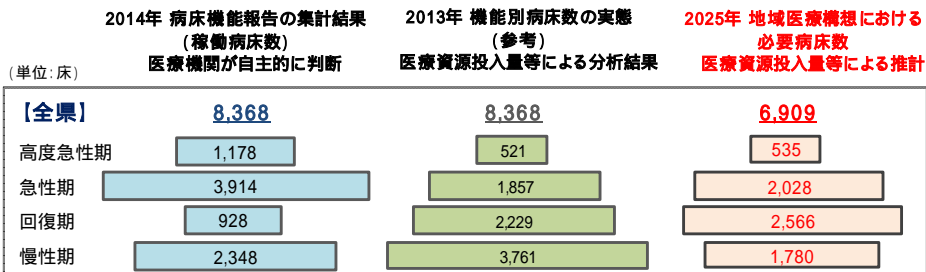
医療法に基づき、病院・診療所が、有する病床において担う医療機能の現状等を病棟単位で選択し、都道府県に報告する制度。

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。

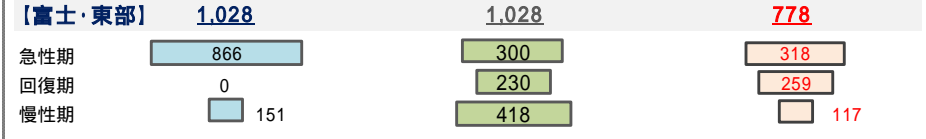
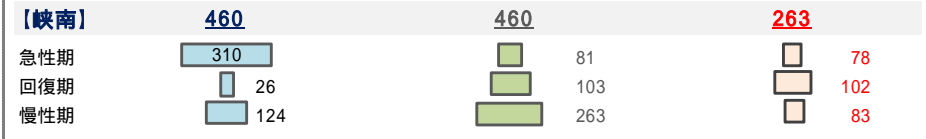
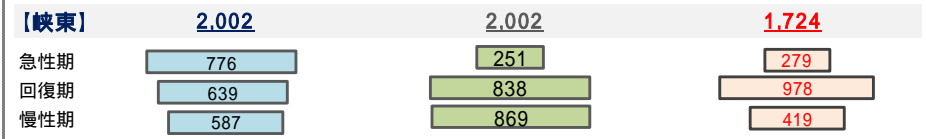
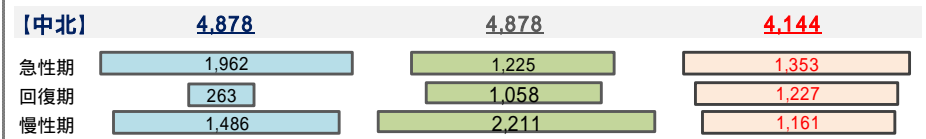
医療機能ごとの病床数について、2014年の病床機能報告と、2025年における必要病床数の比較については、以下の点で一定の留意が必要。

- 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。



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数には含まれている。

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。

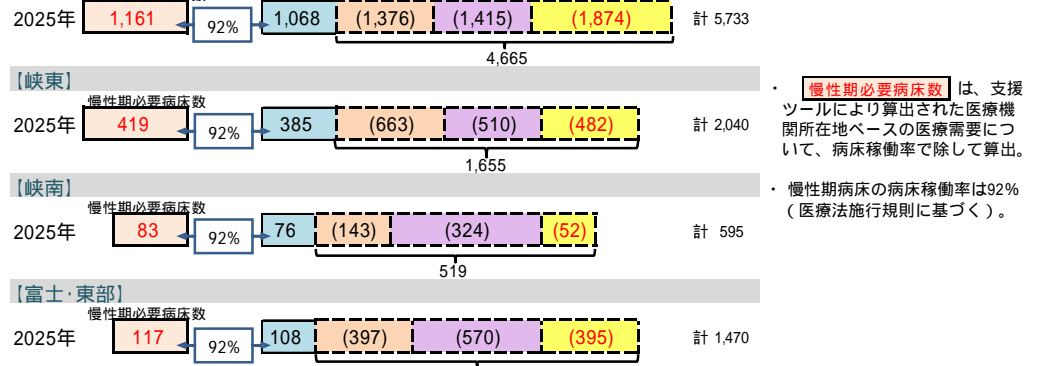
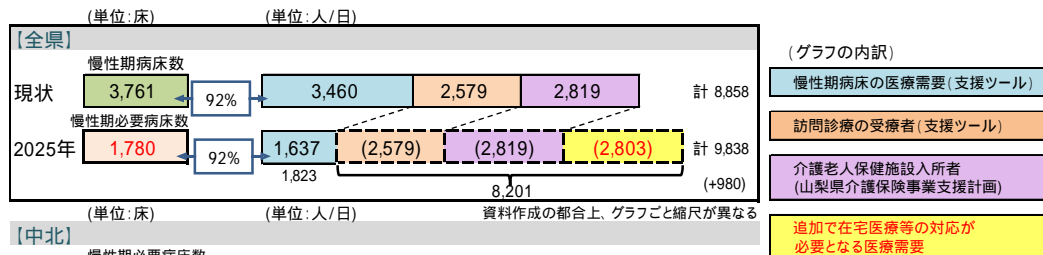
2025年の必要病床数は、2014年の病床機能報告と比べ、回復期が1,638床多く、高度急性期が643床、急性期が1,886床、慢性期が568床少ないため、2025年において不足が明らかな回復期の強化が必要。

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



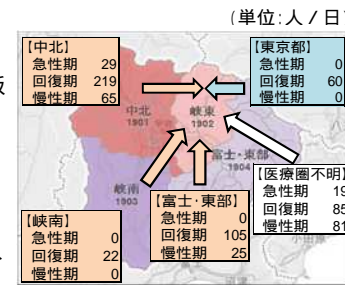
県全体で、在宅医療等における医療需要は8,201(人/日)と推計。

また、訪問診療の受療者、介護老人保健施設の入所者が現状と同様と仮定した場合、追加的に在宅医療等で2,803(人/日)の対応が必要。

なお、これは一定の仮定をにおいて試算を行い、方向性を示したものです。

(2) 2025年の医療需要の主な流入

峡東構想区域において、県内全域及び東京都から、回復期における流入が見込まれる。



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

病床の機能転換等の促進

医療機関間の連携の強化

(2) 在宅医療の充実

在宅医療サービスの基盤強化

在宅医療を支える多職種の連携の強化

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

医師の確保・養成の推進

看護職員の確保・養成の推進

多様な専門職の確保・養成の推進

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。

山梨県地域医療構想

平成28年5月

山 梨 県

山梨県地域医療構想 目次

第1章 総論

1	策定の趣旨	1
2	位置付け	2
3	基本的な考え方	3
4	策定の体制	4
5	策定の経緯	7

第2章 本県の現状・将来推計

1	人口等	8
2	医療資源	11
3	訪問診療患者	14

第3章 構想区域の設定

1	基本的な考え方	15
2	構想区域の設定	17

第4章 2025年の医療需要及び必要病床数等

1	医療需要の推計方法	18
2	医療需要の流出入の推計	24
3	必要病床数、在宅医療等の必要量の推計	28
4	病床機能報告制度	32

第5章 構想区域ごとの状況

1	中北構想区域	34
2	峡東構想区域	45
3	峡南構想区域	54
4	富士・東部構想区域	62

第6章 地域医療構想の実現に向けた方向性

1	実現に向けた取り組み	70
2	推進体制	74

資料編

1	医療法施行令(医療審議会に係る部分の抜粋)	75
2	山梨県医療審議会委員名簿	76
3	山梨県地域医療構想策定検討会設置要綱	77
4	山梨県地域医療構想調整会議設置要綱	79

第1章 総論

1 策定の趣旨

我が国では急速に少子化、高齢化が進んでおり、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ています。

高齢化が進むと、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ことが考えられるため、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する必要があります。

このため、平成26(2014)年の通常国会で成立した医療介護総合確保推進法により医療法が改正され、都道府県は、地域医療構想の策定を行うこととされました。

地域医療構想は、高度急性期から在宅医療まで、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、医療機能の分化・連携、在宅医療の充実等をさらに推進するため、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、構想区域ごと、医療機能ごとの2025年の医療需要、必要病床数を推計するものであります。

地域医療構想では、以下の事項を定めることとされています。

- 構想区域(一体的に地域における医療機能の分化・連携を推進する区域)
- 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)

()在宅医療等

・居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

2 位置付け

(1) 医療法第 30 条の 4 の規定

(略)

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

一～六 (略)

七 地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域(以下「構想区域」という。)における次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想(以下「地域医療構想」という。)に関する事項

イ 構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された第三十条の第十三第一項に規定する病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量(以下単に「将来の病床数の必要量」という。)

ロ イに掲げるもののほか、構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項

八～十四 (略)

3～15 (略)

(2) 医療法施行規則第 30 条の 28 の 4 の規定

法第 30 条の 4 第 2 項第 7 号口の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

一 構想区域における将来の居宅等における医療の必要量

二 その他厚生労働大臣が必要と認める事項

(3) 厚生労働大臣が必要と認める事項

(平成 27 年 3 月 31 日付け医政発 0331 第 9 号医政局長通知)

1～2(略)

3 その他の地域医療構想に定める事項

(略)

(3) (1) の「その他厚生労働大臣が必要と認める事項」は、2(2) において構想区域の慢性期機能の平成 37 年度における病床数の必要量を平成 42 年までに達成することとした場合における平成 42 年に達成すべき病床数の必要量がこれに該当する事項として取り扱うものとする。

以下(略)

3 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を客観的データにより推計するものであり、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にするための方向性を示すものであります。

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です。

地域医療構想は、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です。

各医療機関は、自らが担っている医療機能や、地域全体の医療機能の分化・連携の方向性等を踏まえた自らの位置付け等を勘案し、将来目指していく医療機能について検討・選択を行い、必要な体制の構築に向けて取り組みを行っていく必要があります。

居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設などで提供される医療である在宅医療等の受け皿の整備がないまま、療養病床の地域差の縮小だけを目指すことは適当ではありません。

医療法改正により知事の対応についての規定が新設されましたが、これは、不足している医療機能の充足を求めるものなどであり、知事には、稼働している病床を削減させる権限はありません。ただし、その地域に充足している医療機能に転換しようとする場合には、医療審議会の意見を聴くなどしたうえで、転換しないよう、公的医療機関等には命令、公的医療機関等以外の医療機関には要請を行うことができるとされています。

地域医療構想は、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ありません。

地域医療構想においては、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、構想区域ごと、医療機能ごとの2025年の医療需要、必要病床数を推計することとされていますが、各医療機能の内容は以下のとおりです。

➤ 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

4 策定の体制

地域医療構想の策定段階において、地域の医療関係者、医療保険者等から意見を聞くため、山梨県医療審議会、山梨県地域医療構想策定検討会及び構想区域ごとに設置した山梨県地域医療構想調整会議を開催し、協議を行いました。

(1) 山梨県医療審議会

医療法の規定に基づき、その権限に属された事項を調査審議するほか、知事の諮問に応じ、医療提供体制の確保に関する重要事項を調査審議するため、設置されています。

医療を提供する立場にある者、医療を受ける立場にある者、学識経験者からなる委員で構成されています。

(2) 山梨県地域医療構想策定検討会

平成 27 年 5 月 26 日に開催された山梨県医療審議会において、設置が決定されました。

地域医療構想の策定について検討するための全県組織であり、医療関係者、医療保険者、市町村、学識経験者などからなる委員で構成されています。

(3) 山梨県地域医療構想調整会議

医療法の規定に基づき、地域医療構想の実現に向けた取り組みを協議することを目的として、構想区域ごとに設置されています。

➤ 医療法第30条の14第1項の規定

都道府県は、構想区域等ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、医療計画において定める将来の病床数の必要量を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について協議を行うものとする。

また、国が策定した「地域医療構想策定ガイドライン」(平成27年3月31日付け医政発0331第53号)において、地域医療構想の策定前に設置し、構想区域全体の意見をまとめることが適当であるとされています。

同ガイドラインによると、以下の事項を協議することとされています。

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よる情報等の共有
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

()都道府県計画

・医療介護総合確保法第4条に基づき、都道府県が地域の実情に応じて作成する、当該都道府県の地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画。

本県では、医師会、歯科医師会などの団体に加え、一般病床または療養病床を有する全ての病院の代表者をメンバーとしています。

上記のほか、医療機関が開設・増床等の許可申請をした場合、過剰な病床機能に転換しようとする場合などに、協議を行っていくこととされています。

図表1 地域医療構想における検討組織



地域医療構想調整会議は、一般病床、療養病床を有する52病院(公立病院は、市町村及び病院関係者)すべてをメンバーとする。

5 策定の経緯

主な策定の経緯は、以下のとおりです。

➤ 平成 27 年

- | | |
|--------|--|
| 5月26日 | 山梨県医療審議会の開催
・山梨県地域医療構想策定検討会の設置の決定 |
| 7月31日 | 第1回山梨県地域医療構想策定検討会の開催
・構想区域の設定について協議 |
| 10月23日 | 第2回山梨県地域医療構想策定検討会の開催
・医療需要、必要病床数などについて協議 |
| 11月17日 | 山梨県地域医療構想調整会議(富士・東部構想区域)の開催
・医療需要、必要病床数などについて協議 |
| 11月19日 | 山梨県地域医療構想調整会議(中北構想区域)の開催
・医療需要、必要病床数などについて協議 |
| 11月27日 | 山梨県地域医療構想調整会議(峡東構想区域)の開催
・医療需要、必要病床数などについて協議 |
| 12月3日 | 山梨県地域医療構想調整会議(峡南構想区域)の開催
・医療需要、必要病床数などについて協議 |

➤ 平成 28 年

- | | |
|-----------------|--------------------------------|
| 3月18日 | 第3回山梨県地域医療構想策定検討会の開催
・素案の決定 |
| 3月30日
~4月28日 | パブリックコメントの実施 |
| 5月24日 | 山梨県医療審議会の開催
・構想の了承【予定】 |
| 5月27日 | 庁議の開催
・構想の決定【予定】 |

第2章 本県の現状・将来推計

1 人口等

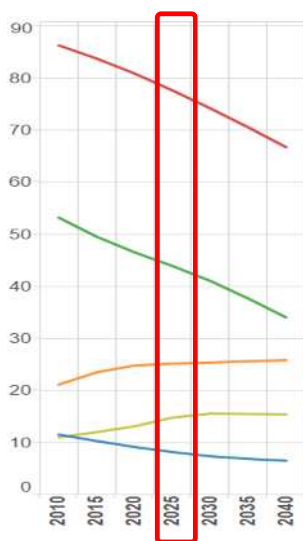
(1) 年齢階級ごとの人口

地域医療構想の策定に用いる推計人口については、国が策定した「地域医療構想策定ガイドライン」に基づき、国立社会保障・人口問題研究所による「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月中位推計)」を用いることとされています。

この推計によると、本県の人口は、2000年の88万8千人をピークに減少を続け、2025年には77万6千人、2040年には66万6千人にまで減少すると見込まれています。

人口構造も大きく変化し、生産年齢人口(15～64歳の人口)は減少しますが、老年人口(65歳以上の人口)は増加を続けていくと見込まれています。

図表2 人口(全県)
(単位:万人)



図表3 人口の変化率(全県)
(2010年を基準)



総数 0～14歳 15～64歳 65歳以上 75歳以上(再掲)

年齢	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
0～14歳	115,397	103,076	91,517	81,869	73,665	68,728	65,041
15～64歳	534,867	498,146	467,914	441,582	412,784	379,014	342,503
65歳以上	212,810	236,303	249,173	252,457	254,628	256,679	258,611
75歳以上(再掲)	110,903	120,859	131,889	148,576	156,057	155,459	154,674
総数	863,075	837,525	808,604	775,908	741,077	704,421	666,155

(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)国立社会保障・人口問題研究所

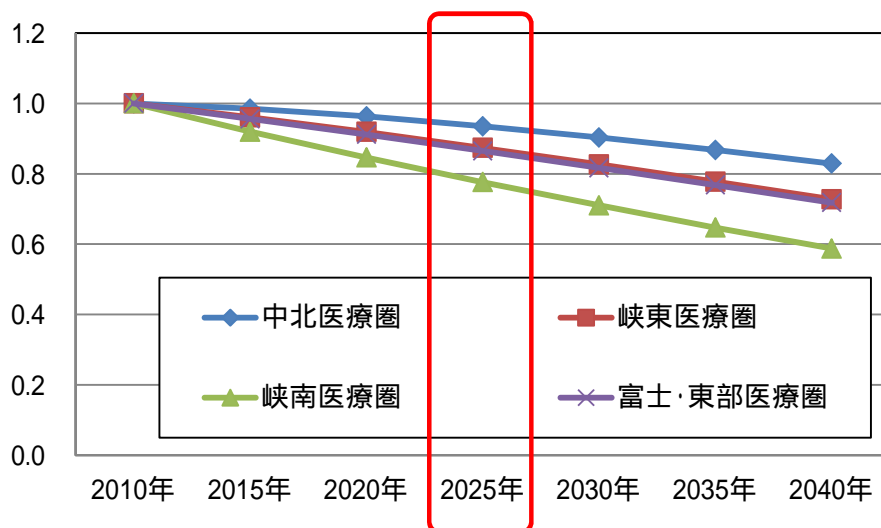
(2) 医療圏ごとの人口

医療圏によって、年齢構成の違いなどにより人口の推計値には差異があります。

中北医療圏においては比較的緩やかな人口減少が見込まれる一方、峡南医療圏においては急激な人口減少が見込まれ、2025年の推計人口は2010年の8割ほどになると推計されています。

医療圏ごとの状況については、「第5章 構想区域ごとの状況」に記述されています。

図表4 医療圏ごとの人口の推移(2010年を基準)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)国立社会保障・人口問題研究所

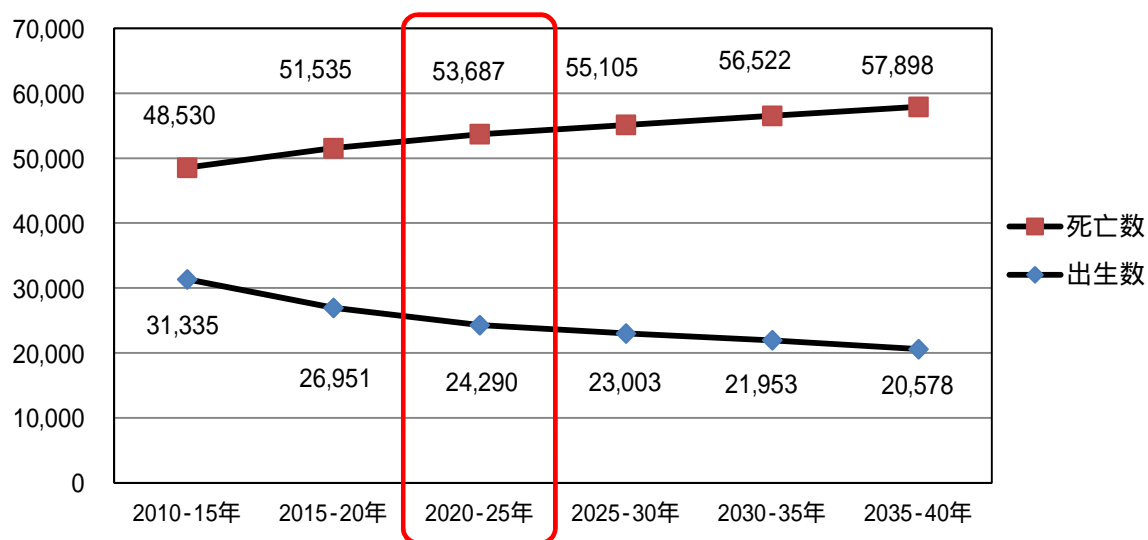
(3) 出生数、死亡数

本県の出生数は減少を続け、死亡数は増加を続けると見込まれています。このことから、人口の自然減は更に進んでいくと見込まれています。

なお、本県の合計特殊出生率は、2014年において、1.43となっています。

また、本県の平均寿命は、男性については2015年には80.1歳であり、2040年には82.7歳まで伸び、女性については2015年には86.2歳であり、2040年には88.8歳まで伸びると推計されています。

図表5 出生数、死亡数の推移(全県)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)国立社会保障・人口問題研究所

2 医療資源

(1) 医療機関の状況

平成27年3月31日現在、県内において、地域医療構想の対象となる一般病床または療養病床を有する医療機関は、病院が52施設、有床診療所が43施設、合計で95施設あります。

また、同日現在、許可病床ベースでは、一般病床が6,768床、療養病床が2,246床、合計で9,014床となっております。

図表6 医療機関数、病床数

(単位:施設、床)

		全県	医療圏				(参考) 全国	
			中北	峡東	峡南	富士・東部		
病院	医療機関数*	52	27	13	6	6	7,426	
	(人口10万対)	6.2	5.8	9.5	11.4	3.3	5.8	
	病床数	一般病床	6,312	3,604	1,367	395	946	894,216
		(人口10万対)	755.8	775.4	1,001.7	748.6	522.3	703.6
		療養病床	2,190	1,237	631	150	172	328,144
		(人口10万対)	262.2	266.1	462.4	284.3	95.0	258.2
		一般病床 + 療養病床	8,502	4,841	1,998	545	1,118	1,222,360
(人口10万対)		1,018.0	1,041.5	1,464.1	1,032.8	617.3	961.8	
有床診療所	医療機関数*	43	31	4	0	8	8,355	
	(人口10万対)	5.1	6.7	2.9	0.0	4.4	6.6	
	病床数	一般病床	456	321	50	0	85	100,954
		(人口10万対)	54.6	69.1	36.6	0.0	46.9	79.4
		療養病床	56	38	18	0	0	11,410
		(人口10万対)	6.7	8.2	13.2	0.0	0.0	9.0
		一般病床 + 療養病床	512	359	68	0	85	112,364
(人口10万対)		61.3	77.2	49.8	0.0	46.9	88.4	
合計	医療機関数*	95	58	17	6	14	15,781	
	(人口10万対)	11.4	12.5	12.5	11.4	7.7	12.4	
	病床数	一般病床	6,768	3,925	1,417	395	1,031	995,170
		(人口10万対)	810.4	844.4	1,038.3	748.6	569.3	783.1
		療養病床	2,246	1,275	649	150	172	339,554
		(人口10万対)	268.9	274.3	475.6	284.3	95.0	267.2
		一般病床 + 療養病床	9,014	5,200	2,066	545	1,203	1,334,724
(人口10万対)		1,079.3	1,118.7	1,513.9	1,032.8	664.2	1,050.3	

(出典) 使用許可病床数:「山梨県医務課調べ」(平成27年12月31日現在)

人口:「平成27年国勢調査」(速報値)(総務省・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

(2) 医療従事者の状況

平成26年3月31日現在、県内において、医師(医療施設の従事者)は1,870人、歯科医師(医療施設の従事者)は593人、薬剤師(薬局・病院・診療所の従事者)は、1,329人、保健師(就業)は、589人、助産師(就業)は232人、看護師(就業)は7,344人、准看護師(就業)は2,282人となっております。

人口10万対の医師(医療施設の従事者)について、中北では276.5人であり、全国の233.6人、全県の222.4人を上回っておりますが、他の3医療圏においては、いずれも全国、全県を下回っております。

図表7 医療従事者の数

(単位:人)

	全県	医療圏				(参考) 全国
		中北	峡東	峡南	富士・東部	
医師 (医療施設の従事者)	1,870	1,289	258	62	261	296,845
(人口10万対)	222.4	276.5	188.5	115.3	142.4	233.6
歯科医師 (医療施設の従事者)	593	362	84	29	118	100,965
(人口10万対)	70.5	77.7	61.4	53.9	64.4	79.4
薬剤師 (薬局・病院・診療所の従事者)	1,329	835	224	47	223	216,077
(人口10万対)	158.0	179.1	163.6	87.4	121.6	170.0
保健師 (就業)	589	323	116	54	96	48,452
(人口10万対)	70.0	69.3	84.7	100.4	52.4	38.1
助産師 (就業)	232	176	12	3	41	33,956
(人口10万対)	27.6	37.8	8.8	5.6	22.4	26.7
看護師 (就業)	7,344	4,576	1,355	357	1,056	1,086,779
(人口10万対)	873.2	981.6	989.9	664.1	576.1	855.2
准看護師 (就業)	2,282	1,295	480	144	363	340,153
(人口10万対)	271.3	277.8	350.7	267.9	198.0	267.7

(出典) 医師・歯科医師・薬剤師:「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省・平成26年12月31日現在)
 保健師・助産師・看護師・准看護師:「衛生行政報告例」(厚生労働省・平成26年12月31日現在)
 人口:「人口推計」(総務省・平成26年10月1日現在)、
 「常住人口調査」(山梨県・平成26年10月1日現在)

(3) 在宅医療・介護サービス提供施設の状況

本県の人口10万人対の在宅療養支援病院の数は全国をわずかに上回っておりますが、在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションの数は全国を下回っております。

図表8 在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションの数

(単位:施設)

	全県	医療圏				(参考) 全国
		中北	峡東	峡南	富士・東部	
在宅療養支援病院数	6	2	2	2	0	746
(人口10万対)	0.7	0.4	1.5	3.8	0	0.6
在宅療養支援診療所数	61	37	14	0	10	13,758
(人口10万対)	7.3	8.0	10.3	0	5.5	10.8
訪問看護ステーション数	49	27	8	7	7	7,739
(人口10万対)	5.9	5.8	5.9	13.3	3.9	6.1

(出典) 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所数:「関東信越厚生局山梨事務所への施設基準届出数」(平成28年2月1日現在)
 訪問看護ステーション数:「山梨県調べ」(平成28年2月1日現在)
 人口:「平成27年国勢調査」(速報値)(総務省・平成27年10月1日現在)
 全国の数値は、在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所数は「厚生労働省保険局医療課調べ」(平成24年7月1日時点)と「人口推計」(総務省・平成24年10月1日現在)、訪問看護ステーションは「介護給付費実態調査」(厚生労働省・平成27年4月介護保険審査分)と「平成27年国勢調査」(速報値)(総務省・平成27年10月1日現在)を用いて算出

本県の人口10万人対の介護老人保健施設の数及び定員は、ともに全国を上回っています。

図表9 介護老人保健施設の数及び定員

(単位:施設、人)

	全県	医療圏				(参考) 全国
		中北	峡東	峡南	富士・東部	
介護老人保健施設の数	31	16	5	4	6	4,096
(人口10万対)	3.7	3.4	3.7	7.6	3.3	3.2
介護老人保健施設の定員	2,819	1,415	510	324	570	362,175
(人口10万対)	337.5	304.4	373.7	614.0	314.7	285.0

(出典) 施設数及び定員数:「山梨県介護保険事業支援計画」(平成27年3月策定)
 人口:「平成27年国勢調査」(速報値)(総務省・平成27年10月1日現在)
 全国の数値は、「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省・平成26年10月1日現在)、「人口推計」(総務省・平成26年10月1日現在)を用いて計算

3 訪問診療患者

本県の2013年度における訪問診療患者数は2,579(人/日)であり、人口10万人対では307(人/日)です。

全国においては、訪問診療患者数は高い方から47位、人口10万人対は高い方から46位であり、本県では訪問診療を受ける患者が非常に少ない状況にあります。

図表10 訪問診療患者数

(単位:人/日)

	全県 <全国順位>	医療圏				(参考) 全国
		中北	峡東	峡南	富士・東部	
訪問診療患者数	2,579 <47>	1,376	663	143	397	727,945
(人口10万対)	307 <46>	295	484	266	217	573

(出典) 訪問診療患者数:「地域医療構想策定支援ツール」(厚生労働省・2013年度)
 人口:「常住人口調査」(山梨県・平成26年10月1日現在)、「人口推計」(総務省・平成26年10月1日現在)
 全国の数値及び全国順位は、「医療計画作成支援データブック」(厚生労働省)を用いて算出

第3章 構想区域の設定

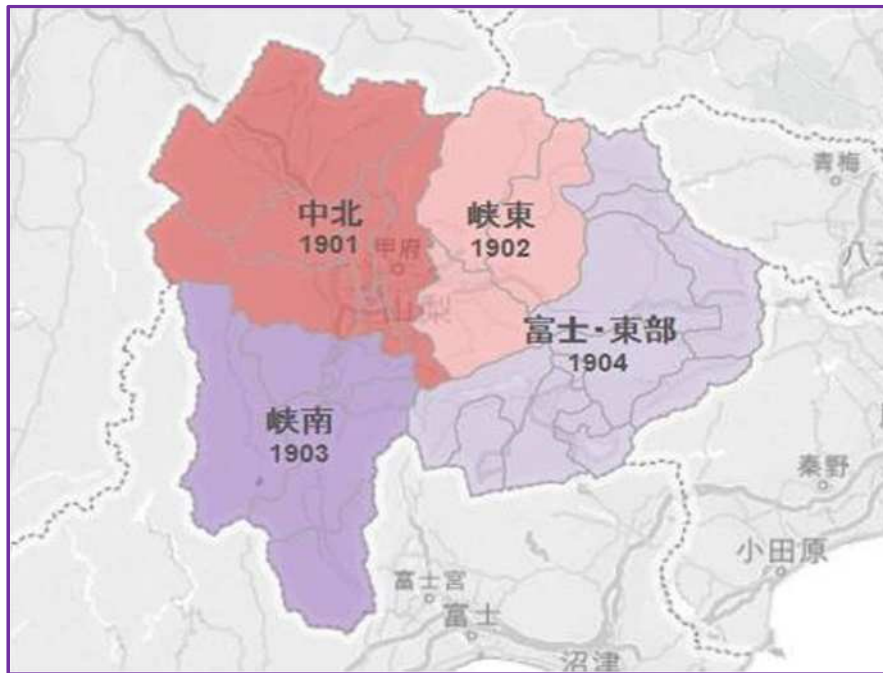
1 基本的な考え方

構想区域は、将来の医療需要や必要病床数などを推計するにあたって、一体的な地域として設定されるものであり、二次医療圏を基本として、人口構造の変化の見通し、患者の受療動向、医療機関や医療従事者の配置の状況などを見通しを考慮して設定されることとされています。

二次医療圏は、地理的条件等の自然条件、交通事情等の社会的条件、患者の受療動向等を考慮して、一体の区域として病院・診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められるものを単位として設定されることとされています。

今回設定する構想区域が二次医療圏と異なる場合は、平成30(2018)年度から開始される次期地域保健医療計画において、二次医療圏を構想区域と一致させることとなります。

図表11 現行の二次医療圏



図表12 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、韮崎市、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、笛吹市、甲州市	123,472
峡南 (5町)	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、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、道志村、西桂町、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

2 構想区域の設定

平成 27 年 7 月 31 日に開催された山梨県地域医療構想策定検討会において、構想区域の設定について以下の議論がなされました。

- 地理的、歴史的な側面があり、現行の二次医療圏内でまとまりがあるため、これを見直した場合、デメリットが多い。
- 介護保険法に基づく高齢者福祉圏域、医療介護総合確保法に基づく医療介護総合確保区域についても二次医療圏と一致しており、二次医療圏を見直した場合、他の行政分野と整合がとれなくなる恐れがある。
- 二次医療圏の合併をした場合、地域の課題が見えにくくなり、医療サービスの低下を招く恐れがある。

これらの議論を踏まえ、本県の構想区域は、現行の二次医療圏と同様の区域とすることといたします。

第4章 2025年の医療需要及び必要病床数等

1 医療需要の推計方法

(1) 総論

医療法施行規則等により、医療需要や必要病床数の推計方法については詳細に定められています。

2025年における病床の機能区分ごとの医療需要等については、厚生労働省が都道府県に示した基礎データである「地域医療構想策定支援ツール」(以下「支援ツール」という。)を基に、都道府県が推計することとされています。

支援ツールは、2013年度1年分の入院医療に係るNDB(National Database)(1)のレセプトデータ、DPC(Diagnosis Procedure Combination)データ(2)などの客観的なデータを最大限活用して策定されており、精度の高いものになっています。

(1) NDB(National Database)のレセプトデータ

- ・レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称。
- ・高齢者の医療の確保に関する法律第16条第2項に基づき、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報を格納し管理している。

(2) DPC(Diagnosis Procedure Combination)データ

- ・診断と処置の組み合わせによる診断群分類。
- ・DPCを利用した包括支払システムをDPC/PDPS(Par-Diem Payment System; 1日当たり包括支払制度)という。
- ・DPC/PDPS参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出しており、地域医療構想ガイドライン上DPCデータと呼んでいる。

2025年の医療需要は、次の算定式により算出されます。

**[当該構想区域の2013年度の性・年齢階級別の入院受療率(3)
× 当該構想区域の2025年の性・年齢階級別推計人口] の総和**

(3)	$\frac{\text{性・年齢階級別の年間入院患者延べ数(人)}}{365(\text{日})} = \text{1日当たり入院患者延べ数}$
	$\frac{\text{1日当たり入院患者延べ数}}{\text{性・年齢階級別の人口}} = \text{入院受療率}$

2025年の性・年齢階級別推計人口については、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年3月中位推計)』を用います。

病床の機能区分ごとの入院受療率を求めるために、高度急性期、急性期及び回復期の病床については、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値(「医療資源投入量」という。)を用い、また慢性期病床については、療養病床の入院受療率(人口10万人当たりの入院患者数)を主に用います。

医療資源投入量とは、患者の1日当たりの診療報酬の出来高点数の合計から入院基本料相当分、リハビリテーション料の一部を除いたものとしています。

入院基本料相当分を除くのは、看護体制等を反映する入院基本料を含めた場合、同じような診療行為を行った場合でも医療資源投入量に差が出るためです。

医療資源投入量により病床の医療機能を分類する際の考え方は、以下のとおりです。

図表13 医療機能の分類の考え方

	医療資源投入量	基本的考え方
高度急性期と急性期の境界点(C1)	3,000点	救命救急病棟やICU、HCU等から、一般的な標準治療へ移行する段階の医療資源投入量
急性期と回復期の境界点(C2)	600点	急性期における治療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量 ※ 落ち着いた段階の医療資源投入量を患者数で加重平均すると約600点
回復期と在宅医療等の境界点(C3)	225点	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ※ 境界点に達してから退院調整等を行う期間の医療需要を見込むと175点

(出典)「地域医療構想策定ガイドライン」(平成27年3月31日付け医政発0331第53号)

一方、療養病床については、以下の理由により、医療資源投入量とは異なるデータを用いて、慢性期機能及び在宅医療等の医療需要を算出します。

- 診療報酬が包括算定であるために、一般病床のように医療行為を出来高換算した医療資源投入量に基づく分析を行うことは難しいこと。
- 地域によって在宅医療の充実状況や介護施設等の整備状況などが異なっていることなどにより、療養病床数には大きな地域差がある状況であること。

慢性期病床については、今後の医療ニーズの増大に対応するため、現行の療養病床以外でも対応可能な患者は、将来的には、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等に対応することを想定しています。

その際、療養病床の入院受療率の地域差に着目し、その差を縮小することとし、各都道府県が、地域の実情に応じて一定の幅の中で縮小する目標を設定できることとされています。

(2) 慢性期病床、在宅医療等の医療需要の推計方法

一般病床の障害者数・難病患者数(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数)については、慢性期の医療需要として推計します。

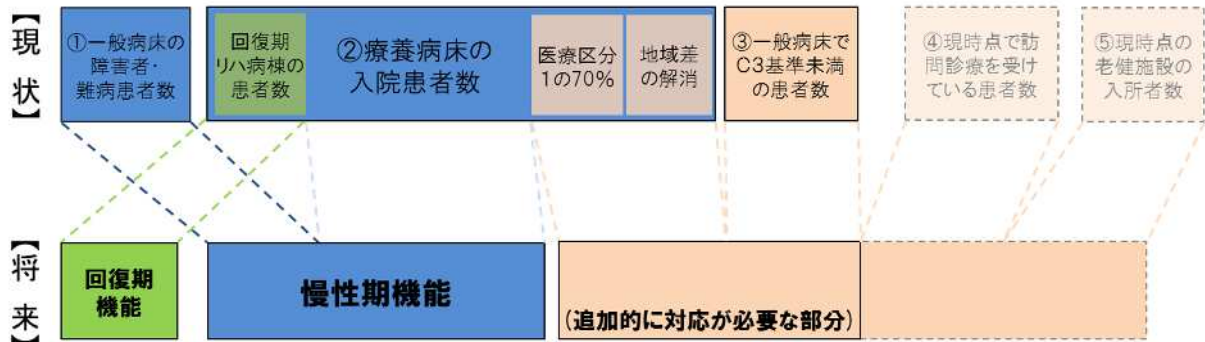
また、一般病床の入院患者数(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く)のうち医療資源投入量が175点未満の患者数については、在宅医療等の医療需要として推計します。

療養病床の入院患者数については、医療資源投入量とは別に、以下の考え方で医療需要を推計します。

- 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者数は、回復期の医療需要として推計。
- 医療区分1の患者数の70%は、在宅医療等の医療需要として推計。
- その他の入院患者数については、入院受療率の地域差があることを踏まえ、これを縮小する目標(4)を設定し、慢性期及び在宅医療等の医療需要として推計。

これらをまとめると、以下のようになります。

図表14 慢性期機能及び在宅医療等の医療機能



(注)このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

(出典)「地域医療構想策定ガイドライン」(平成27年3月31日付け医政発0331第53号)

入院受療率の地域差の縮小に係る目標 (4)

都道府県が、構想区域ごとに以下のパターンAからパターンBの範囲内で定めることとされています。

➤ パターンA

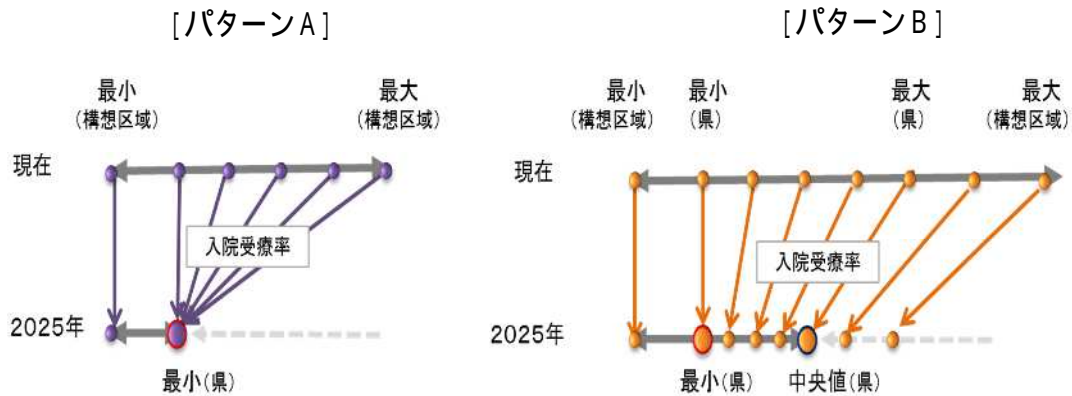
全ての構想区域において、全国最小値(都道府県単位)まで入院受療率を低下させる。

➤ パターンB

構想区域ごとに入院受療率の全国最小値(都道府県単位)との差を一定割合縮小させる。

その割合は、全国最大値(都道府県単位)が全国中央値(都道府県単位)にまで低下する割合を一律に用いる。

図表15 入院受療率の地域差の縮小に係る目標のパターン



(出典)「地域医療構想策定ガイドライン」(平成27年3月31日付け医政発0331第53号)

ただし、介護施設、高齢者住宅などでの対応が着実に進められるよう、一定の要件に該当する地域については、以下のパターンCを適用し、配慮を行うこととされています。

➤ パターンC

以下の要件に該当する地域は、その目標達成年次を2025年から2030年とすることができる。

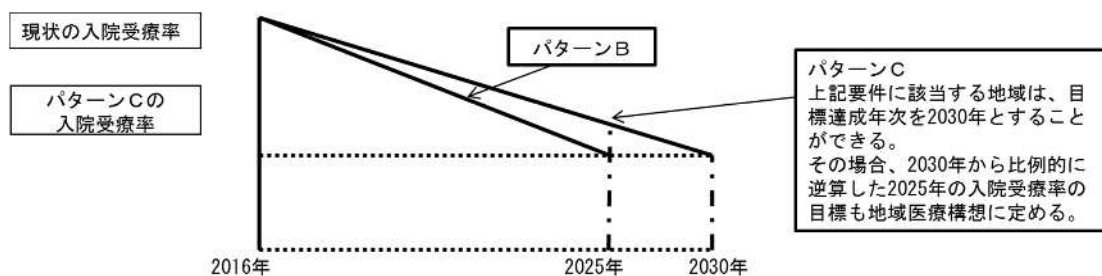
その際、2025年においては、2030年から比例的に逆算した入院受療率を目標とする(当該目標と2030年の目標の両方を地域医療構想に定める)。

➤ 要件

以下の かつ に該当すること。

当該地域の慢性期病床の減少率が、全国中央値(32.2%)よりも大きい。
高齢者単身世帯割合が全国平均値(9.2%)よりも大きい。

図表16 パターンC選択時の考え方



本県においては、以下のとおり、峡南構想区域がこの要件に該当します。

慢性期病床の減少率 41.8% > 全国中央値 32.2%
高齢者単身世帯割合 14.1% > 全国平均値 9.2%

入院受療率の地域差の縮減に係るパターンの選択

平成 27 年 10 月 23 日に開催された山梨県地域医療構想策定検討会において、パターンの選択について以下の議論がなされました。

- 本県では、現時点において、在宅医療等に係る体制整備が必ずしも十分とはいえない状況であるため、入院医療から在宅医療等への移行がより緩やかである、「パターンC」を用いて推計をするべきである。

これらの議論を踏まえ、本県においては、「パターンC」を用いて推計を行います。

なお、要件に該当するのは峡南構想区域のみですが、ここの流出入があるため、他の構想区域も「パターンC」を選択した影響を受けることとなります。

(3) 医療需要の流出入

都道府県間において、支援ツールにより、二次医療圏ごと、医療機能ごとに(10(人/日))以上の医療需要の流出入が見込まれる場合、医療法施行規則の規定に基づき、当該都道府県間で協議を行い、流出入の見込みについて調整を行い、医療需要を推計することとされています。

一方、支援ツールによる、二次医療圏ごと、医療機能ごとに見込まれる医療需要の流出入が10(人/日)未満の場合、都道府県間調整の対象外とし、医療機関所在地における10(人/日)未満の医療需要については、自都道府県の医療需要として算出します。

2 医療需要の流出入の推計

(1) 基本的な考え方と他都県との調整の結果

これまで、県内の各医療機関では、二次医療圏を越えて連携・調整するなどして、相互に補完しながら地域の医療提供体制を構築してきました。

また、中北医療圏に高度急性期が、また峡東医療圏に回復期などが集中している実態を踏まえて、現状における各医療機関の既存の物的・人的な医療資源を最大限に有効活用していく必要があります。

以上のことを踏まえ、本県としては、基本的には、現在の医療需要の流出入の状況が今後も継続すると想定し、現在の医療提供体制を維持、確保していくため、医療機関所在地ベースにより医療需要を推計することが適当であると考えました。

更に、本県においては、現時点で峡東医療圏を中心に回復期病床が充実しており、引き続き受入の余力があり、今後についても、多くの医療機関が回復期病床に転換する見込みであるため、既存の物的・人的な医療資源を最大限に有効活用するという観点から、2014年の病床機能報告における稼働病床数の総数と2025年における必要病床数の総数の差分の1,473床(関係都県との調整前の試算値)については、回復期病床として東京都、神奈川県から追加受入をすることが適当であると考えました。

そこで、支援ツールにより、二次医療圏ごと、医療機能ごとに本県への10(人/日)以上の医療需要の流入が見込まれる東京都、神奈川県に対して、平成27年12月22日付けで上記の内容で協議の申し入れをしました。

その結果、東京都、神奈川県との間とも、支援ツールにより見込まれる医療需要の流入については、本県の協議申し入れの内容どおり調整がされましたが、2014年の病床機能報告における稼働病床数の総数と2025年における必要病床数の総数の差分の1,473床を回復期病床として追加受入することについては、本県の協議申し入れの内容に対して同意が得られず、調整に至りませんでした。

また、支援ツールにより、二次医療圏ごと、医療機能ごとに本県から10(人/日)以上の医療需要の流出が見込まれる東京都、神奈川県、長野県、静岡県から本県に対して、平成27年11月から12月にかけて、それぞれ、医療機関所在地ベースにより医療需要を推計したいとの内容の協議の申し入れがあり、そのように調整がされました。

ただし、支援ツールによると、富士・東部医療圏から東京都の南多摩医療圏に慢性期において11.7(人/日)の流出が見込まれていますが、東京都は、慢性期機能について

は患者住所地ベースで推計する意向とのことであるため、本県においては、この分に係る流出は見込まないことといたします。

他都県との協議の結果を踏まえ、以下のとおり、医療需要の流出入を推計することといたします。

➤ **医療需要の流入**

現行の医療提供体制が引き続き継続すると見込まれるため、全て医療機関所在地ベースで推計する。

➤ **医療需要の流出**

支援ツールにより、富士・東部医療圏から東京都の南多摩医療圏への流出が見込まれている慢性期における 11.7(人/日)については、流出は見込まない。

それ以外の流出については、現行の医療提供体制が引き続き継続すると見込まれるため、医療機関所在地ベースで推計する。

(2) 2025年における二次医療圏単位での医療需要の流出入(他都県との間)

支援ツールによると、本県においては以下のとおり、東京都、神奈川県、長野県及び静岡県との間で、二次医療圏ごと、医療機能ごとの医療需要の流出入が10(人/日)以上見込まれています。

図表17 二次医療圏ごとの医療需要の流出入(他都県との間)

東京都

〔山梨県への流入〕

二次医療圏	医療機能	医療需要 (人/日)
区中央部 峡東	回復期	10.4
区南部 峡東	回復期	12.3
区西部 峡東	回復期	12.1
区東北部 峡東	回復期	15.3
南多摩 峡東	回復期	10.1
合計		60.2

〔山梨県からの流出〕

二次医療圏	医療機能	医療需要 (人/日)
富士・東部 南多摩	急性期	15.9
富士・東部 南多摩	回復期	16.3
富士・東部 南多摩	慢性期	11.7
合計		43.9

神奈川県

〔山梨県への流入〕

二次医療圏	医療機能	医療需要 (人/日)
横浜北部 中北	慢性期	10.6

〔山梨県からの流出〕

二次医療圏	医療機能	医療需要 (人/日)
富士・東部 相模原	慢性期	17.9

長野県

〔山梨県からの流出〕

二次医療圏	医療機能	医療需要 (人/日)
中北 諏訪	急性期	25.0
中北 諏訪	回復期	13.3
合計		38.3

静岡県

〔山梨県からの流出〕

二次医療圏	医療機能	医療需要 (人/日)
富士・東部 駿東田方	慢性期	13.2

(3) 2025年における二次医療圏単位での医療需要の流出入(県内同士)

支援ツールによると、県内の二次医療圏同士での医療需要の流出入は、以下のとおりと見込まれております。

なお、支援ツールにおいては、特定の個人が第三者に識別されることを防ぐため、医療需要の数値が二次医療圏単位で10(人/日)未満となる場合は、数値が非表示となります(以下の表の網掛けのマスのとおり)。

図表18 二次医療圏ごとの医療需要の流出入(県内同士)

(単位:人/日)

高度急性期		医療機関所在地			
		中北	峡東	峡南	富士・東部
患者 住所 地	中北		10人未満	10人未満	10人未満
	峡東	33.1		10人未満	10人未満
	峡南	15.5	10人未満		10人未満
	富士・東部	15.6	10人未満	10人未満	

急性期		医療機関所在地			
		中北	峡東	峡南	富士・東部
患者 住所 地	中北		29.1	10人未満	10人未満
	峡東	94.9		10人未満	10人未満
	峡南	47.9	10人未満		10人未満
	富士・東部	36.8	10人未満	10人未満	

回復期		医療機関所在地			
		中北	峡東	峡南	富士・東部
患者 住所 地	中北		219.1	13.2	10人未満
	峡東	74.3		10人未満	10人未満
	峡南	57.8	21.7		10人未満
	富士・東部	28.3	105.1	10人未満	

慢性期		医療機関所在地			
		中北	峡東	峡南	富士・東部
患者 住所 地	中北		64.7	10人未満	10人未満
	峡東	116.9		10人未満	10人未満
	峡南	44.2	10人未満		0.0
	富士・東部	63.8	24.9	10人未満	

合計		医療機関所在地			
		中北	峡東	峡南	富士・東部
患者 住所 地	中北		312.9	13.2	10人未満
	峡東	319.2		10人未満	10人未満
	峡南	165.4	21.7		10人未満
	富士・東部	144.5	130.0	10人未満	

3 必要病床数、在宅医療等の必要量の推計

(1) 2025年の必要病床数の推計

必要病床数は、支援ツールにより算出された医療機関所在地ベースの医療需要について、将来のあるべき医療提供体制を踏まえて構想区域間の供給数の増減を調整したものを、病床稼働率で除して算出します。その算出結果は、以下の図表のとおりです。

なお、病床稼働率については、医療法施行規則に基づき、以下の数値を用います。

➤ 高度急性期 75% 急性期 78% 回復期 90% 慢性期 92%

図表19 2025年の医療機能、必要病床数

構想区域	医療機能	2025年		【参考】 2014年
		医療需要 (人/日) A	必要病床数 (床) A/病床稼働率	病床機能報告 (稼働病床数) (床)
中北	高度急性期	301.9	403	1,167
	急性期	1,055.5	1,353	1,962
	回復期	1,104.5	1,227	263
	慢性期	1,068.2	1,161	1,486
	計	3,530.1	4,144	4,878
峡東	高度急性期	36.3	48	0
	急性期	217.9	279	776
	回復期	880.1	978	639
	慢性期	385.2	419	587
	計	1,519.5	1,724	2,002
峡南	高度急性期	0.0	0	0
	急性期	60.9	78	310
	回復期	91.4	102	26
	慢性期	76.2	83	124
	計	228.5	263	460
富士・東部	高度急性期	63.3	84	11
	急性期	247.8	318	866
	回復期	232.9	259	0
	慢性期	107.8	117	151
	計	651.8	778	1,028
総計	高度急性期	401.5	535	1,178
	急性期	1,582.1	2,028	3,914
	回復期	2,308.9	2,566	928
	慢性期	1,637.4	1,780	2,348
	計	5,929.9	6,909	8,368

本県の2025年の必要病床数は、6,909床と推計されます。医療機能別にみていくと、高度急性期が535床、急性期が2,028床、回復期が2,566床、慢性期が1,780床と推計されます。

病床機能報告の集計結果を分析に使用するにあたっては、後述するとおり、一定の制約がありますが、これと2025年における必要病床数とを比較することにより、構想区域において不足する医療機能、過剰となる医療機能がある程度、明確にすることができます。

仮に、2025年の必要病床数と2014年の病床機能報告(稼働病床数ベース)とを比較した場合、本県全体で、回復期は1,638床の増であるものの、高度急性期は643床、急性期は1,886床、慢性期は568床の減と見込まれます。

ただし、構想区域によって人口構造、医療施設や介護施設の整備状況等は異なっているため、将来の医療提供体制を検討するにあたっては、個々の構想区域ごとにみていく必要があります。

構想区域ごとの詳細については、「第5章 構想区域ごとの状況」に記述されておりますが、どの構想区域においても、数値の多寡には差異がありますが、回復期が増、その他の医療機能が概ね減であるという傾向となっております。

今後は、不足すると見込まれる回復期機能の強化を図っていく必要があると考えられます。

各医療機能についての目指すべき体制、課題については以下のとおりです。

➤ **高度急性期**

患者に必要な医療を提供した後は、より身近な地域で回復期、慢性期の医療を受けられるような連携体制の構築が必要である。

➤ **急性期**

患者に必要な医療を提供した後は、病態に応じて切れ目なく回復期、慢性期の医療につなげていくことができるよう、医療機関相互の役割分担と連携等を促進していくことが必要である。

➤ **回復期**

医療需要の大きな伸びが見込まれることから、急性期を担う医療機関と連携し、より身近な地域で在宅への復帰に向けたリハビリテーション等が受けら

れる体制の構築が必要である。

➤ **慢性期**

病状は比較的安定していても継続して医療的ケアが必要な患者に対する、適切な医療提供体制を、身近な地域で確保することが必要である。

現在、国の「療養病床の在り方等に関する研究会」において、新たな施設類型等の検討がなされているところであり、地域全体で支えていく体制の構築を図るうえで、こうした動きへの注視も必要である。

なお、比較の結果については、地域医療構想調整会議における協議などを通じた医療機関の自主的な医療機能の転換などの、あるべき医療提供体制の構築に向けた取り組みの参考とするためのものであり、直ちに病床を減らすためのものではありません。

(2) 2025年の在宅医療等の必要量(医療需要)の推計

支援ツールによると、次のとおり推計されます。

図表20 2025年の在宅医療等の必要量

	医療需要 (人/日)
中北	4,664.6
峡東	1,654.7
峡南	518.7
富士・東部	1,362.2
計	8,200.2

(3) 峡南構想区域における2030年の必要病床数等の推計

療養病床の入院受療率の地域差の縮小に係る特例要件を適用する峡南構想区域においては、目標達成年次を5年延長し2030年としますが、支援ツールによると、2030年における医療需要、必要病床数は次のとおりと推計されます。

図表21 峡南構想区域における2030年の医療需要、必要病床数

医療機能	2025年		2030年		【参考】
	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	医療需要 (人/日)	必要病床数 (床)	2014年
	A	A / 病床稼働率	B	B / 病床稼働率	病床機能報告 (床)
高度急性期	0.0	0	0.0	0	0
急性期	60.9	78	60.9	78	310
回復期	91.4	102	91.4	102	26
慢性期	76.2	83	67.5	73	124
計	228.5	263	219.8	253	460

4 病床機能報告制度

地域医療構想の策定にあたっては、地域の医療機関が担っている医療機能などの現状把握、分析を行う必要がありますが、そのために必要なデータを収集するため、2014年に病床機能報告制度が導入されました。

病床機能報告制度は、医療法に基づき、一般病床及び療養病床を有する病院・診療所が、当該病床において担っている医療機能の現状などを病棟単位で選択し、その他の具体的な報告事項とあわせて、都道府県に報告する制度です。

該当する医療機関は、毎年度、7月1日現在の医療機能などについて10月末日までに報告することとされています。

医療機能以外にも、人員配置、医療機器の状況、入院患者の状況、手術や治療内容などについても報告することとされています。

なお、2014年の病床機能報告における医療機能ごとの病床数と、2025年における医療機能ごとの必要病床数を比較することについては、以下の理由により、一定の留意が必要です

- 病床機能報告における医療機能の区分については、その定義が不明確であり、各医療機関が自主的に判断して報告したものであるため、正確性に欠けること。
- 病床機能報告における医療機能の区分の基準は定性的なものである一方、必要病床数における医療機能の区分の基準は医療資源投入量の分析などによる定量的なものであり、医療機能の捉え方に相違があること。
- 病床機能報告は病棟単位での報告であり、1つの病棟が複数の医療機能を担っている場合であっても主に担っている医療機能を1つ選択するものである一方、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ものであり、患者単位のものであること。

また、2014年の病床機能報告は、制度開始後、最初の報告であり、他の医療機関の報告状況や地域医療構想の必要病床数などの情報を踏まえていないものであることにも留意が必要です。

2014年の報告では、同じ医療機能を選択している病棟であっても、提供している医療の内容等が必ずしも同等でなかったり、同程度の医療を提供していると思われる医療機関でも、異なる医療機能を選択している例もあったと考えられています。

そこで、国では、「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」において、より適切な病床機能報告が可能となるような見直しや、報告項目の追加・見直しを視野に入れた改善に向けた議論を行っているところです。

第5章 構想区域ごとの状況

1 中北構想区域

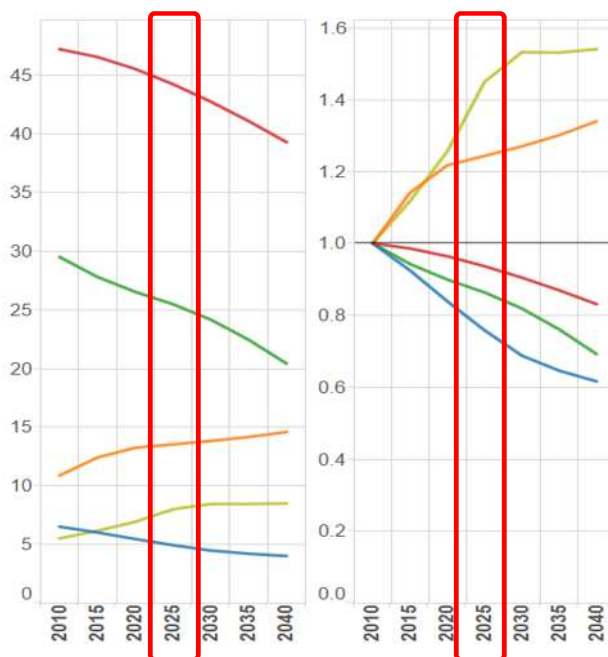
(1) 人口等

年齢階級ごとの人口

推移については、概ね全県と同じ傾向ですが、県内の構想区域で唯一、65歳以上人口が2040年まで増加すると見込まれています。一方で、75歳以上人口は、2030年頃から頭打ちになると見込まれています。

図表22 人口(中北)
(単位:万人)

図表23 人口の変化率(中北)
(2010年を基準)



総数 0~14歳 15~64歳 65歳以上 75歳以上(再掲)

(単位:人)

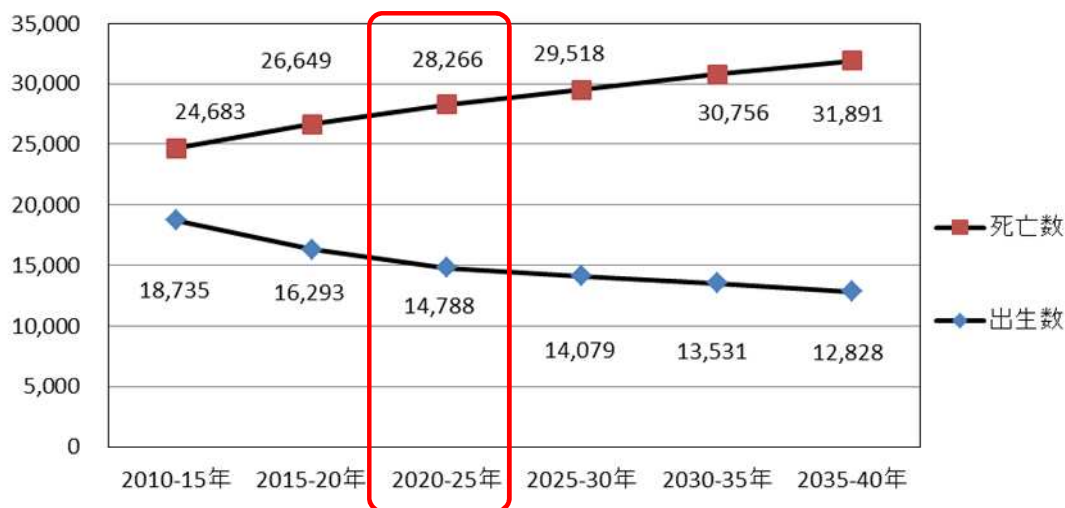
年齢	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
0 ~ 14 歳	65,305	60,383	54,795	49,515	44,912	42,178	40,224
15 ~ 64 歳	298,470	281,232	268,233	257,450	244,034	226,700	206,330
65 歳 以上	110,078	125,299	133,408	136,178	138,993	142,227	146,340
75 歳 以上 (再掲)	55,863	62,364	69,935	80,603	85,075	84,987	85,461
総数	473,854	466,914	456,436	443,143	427,939	411,105	392,894

(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)国立社会保障・人口問題研究所

出生数、死亡数

推移については、概ね全県と同じ傾向であり、出生数は減少を続け、死亡数は増加を続けると見込まれています。このことから、人口の自然減は更に進んでいくと見込まれています。

図表24 出生数、死亡数の推移(中北) (単位:人)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)国立社会保障・人口問題研究所

(2) 医療資源

平成27年12月31日現在、地域医療構想の対象となる一般病床または療養病床を有する医療機関は、病院が27施設、有床診療所が31施設、合計で58施設あります。

また、同日現在、許可病床ベースでは、一般病床が3,925床、療養病床が1,275床、合計で5,200床となっております。

人口10万対の一般病床は844.4床、療養病床は274.3床であり、いずれも全県の810.4床、268.9床を上回っています。

なお、平成28年2月1日現在、在宅療養支援病院は2施設、在宅療養支援診療所は37施設、訪問看護ステーションは27施設となっております。

医療従事者については、人口10万対の医師(医療施設の従事者)において、全県で222.4人であるところ、276.5人となっております。

また、平成 26(2014)年の病床機能報告の概要は以下のとおりです。病床機能報告では、平成 26(2014)年 7 月 1 日時点での状況を報告しているため、許可病床数は上記のものと一部異なっているものがあります。

図表 2 5 2014 年の病床機能報告の概要(中北)

2014年7月1日現在

医療機関	病棟		医療機能	許可病床数			入院基本料 ・特定入院料
				一般	療養	計	
国立病院機構 甲府病院	1	2病棟-2(NICU)	高度急性期	3	0	3	新生児特定集中治療室管理料2
	2	2病棟-3(GCU)	高度急性期	15	0	15	新生児治療回復室入院医療管理料
	3	2病棟-1	急性期	26	0	26	一般病棟7対1入院基本料
	4	3病棟	急性期	50	0	50	一般病棟7対1入院基本料
	5	4病棟	急性期	50	0	50	一般病棟7対1入院基本料
	6	6病棟	慢性期	42	0	42	障害者施設等7対1入院基本料
	7	7病棟	慢性期	42	0	42	障害者施設等7対1入院基本料
	8	8病棟	慢性期	42	0	42	障害者施設等7対1入院基本料
	計				270	0	270
山梨大学医学部 附属病院	1	3階東	高度急性期	18	0	18	特定機能病院一般病棟7対1入院基本料
	2	4階東	高度急性期	50	0	50	特定機能病院一般病棟7対1入院基本料
	3	5階東	高度急性期	50	0	50	特定機能病院一般病棟7対1入院基本料
	4	6階東	高度急性期	50	0	50	特定機能病院一般病棟7対1入院基本料
	5	7階東	高度急性期	50	0	50	特定機能病院一般病棟7対1入院基本料
	6	1階西	高度急性期	52	0	52	特定機能病院一般病棟7対1入院基本料
	7	2階西	高度急性期	47	0	47	特定機能病院一般病棟7対1入院基本料
	8	4階西	高度急性期	53	0	53	特定機能病院一般病棟7対1入院基本料
	9	5階西	高度急性期	50	0	50	特定機能病院一般病棟7対1入院基本料
	10	6階西	高度急性期	50	0	50	特定機能病院一般病棟7対1入院基本料
	11	7階西	高度急性期	50	0	50	特定機能病院一般病棟7対1入院基本料
	12	3階西	高度急性期	28	0	28	小児入院医療管理料2
	13	ICU	高度急性期	6	0	6	特定集中治療室管理料3
	14	NICU	高度急性期	6	0	6	新生児特定集中治療室管理料1
	15	GCU	高度急性期	12	0	12	新生児治療回復室入院医療管理料
計				572	0	572	

2014年7月1日現在

医療機関	病棟		医療機能	許可病床数			入院基本料 ・特定入院料
				一般	療養	計	
山梨県立中央病院	1	1C病棟	高度急性期	16	0	16	救命救急入院料3
	2	集中治療室	高度急性期	10	0	10	特定集中治療室管理料3
	3	NICU	高度急性期	12	0	12	総合周産期特定集中治療室管理料(新生児)
	4	GCU	高度急性期	24	0	24	特殊疾患入院医療管理料
	5	2C病棟	高度急性期	35	0	35	一般病棟7対1入院基本料
	6	3A病棟	高度急性期	45	0	45	一般病棟7対1入院基本料
	7	3B病棟	高度急性期	44	0	44	一般病棟7対1入院基本料
	8	4B病棟	高度急性期	44	0	44	一般病棟7対1入院基本料
	9	5A病棟	高度急性期	44	0	44	一般病棟7対1入院基本料
	10	5B病棟	高度急性期	44	0	44	一般病棟7対1入院基本料
	11	6B病棟	高度急性期	45	0	45	一般病棟7対1入院基本料
	12	7A病棟	高度急性期	46	0	46	一般病棟7対1入院基本料
	13	7B病棟	高度急性期	47	0	47	一般病棟7対1入院基本料
	14	8A病棟	高度急性期	39	0	39	一般病棟7対1入院基本料
	15	8B病棟	高度急性期	25	0	25	一般病棟7対1入院基本料
	16	9B病棟	高度急性期	15	0	15	緩和ケア病棟入院料
	17	4A病棟	高度急性期	39	0	39	小児入院医療管理料3
	18	MFCU	高度急性期	6	0	6	一般病棟7対1入院基本料
	19	6A病棟	(休床)	49	0	49	診療報酬上の入院料の届出なし
計				629	0	629	
市立甲府病院	1	新生児特定集中治療室	高度急性期	6	0	6	新生児特定集中治療室管理料2
	2	3階西病棟	急性期	43	0	43	一般病棟7対1入院基本料
	3	3階東病棟	急性期	50	0	50	一般病棟7対1入院基本料
	4	4階西病棟	急性期	48	0	48	一般病棟7対1入院基本料
	5	4階東病棟	急性期	51	0	51	一般病棟7対1入院基本料
	6	5階西病棟	急性期	50	0	50	一般病棟7対1入院基本料
	7	5階東病棟	急性期	52	0	52	一般病棟7対1入院基本料
	8	6階西病棟	急性期	51	0	51	一般病棟7対1入院基本料
	9	6階東病棟	急性期	51	0	51	一般病棟7対1入院基本料
計				402	0	402	
山梨病院	1	3階病棟	急性期	42	0	42	一般病棟7対1入院基本料
	2	4階病棟	急性期	42	0	42	一般病棟7対1入院基本料
	3	5階病棟	急性期	42	0	42	一般病棟7対1入院基本料
	4	6階病棟	急性期	42	0	42	一般病棟7対1入院基本料
計				168	0	168	
武川病院	1	病棟	急性期	45	0	45	一般病棟15対1入院基本料
	計				45	0	45
貢川整形外科病院	1	整形外科病棟	急性期	53	0	53	一般病棟10対1入院基本料
	計				53	0	53
湯村温泉病院	1	3階B病棟	急性期	48	0	48	一般病棟15対1入院基本料
	2	2階B病棟	回復期	37	0	37	回復期リハビリテーション病棟入院料2
	3	2階C病棟	回復期	38	0	38	回復期リハビリテーション病棟入院料2
	4	3階C病棟	回復期	38	0	38	回復期リハビリテーション病棟入院料2
	5	4F病棟	慢性期	0	29	29	療養病棟入院基本料2
計				161	29	190	

2014年7月1日現在

医療機関	病棟		医療機能	許可病床数			入院基本料 ・特定入院料
				一般	療養	計	
甲府城南病院	1	2C病棟	急性期	36	0	36	一般病棟7対1入院基本料
	2	3C病棟	急性期	38	0	38	一般病棟7対1入院基本料
	3	1C病棟	回復期	0	50	50	回復期リハビリテーション病棟入院料2
	4	1病棟	慢性期	0	58	58	療養病棟入院基本料1
	5	2病棟	慢性期	0	58	58	療養病棟入院基本料1
	6	3病棟	慢性期	0	58	58	療養病棟入院基本料2
	計				74	224	298
赤坂台病院	1	1病棟	慢性期	48	0	48	障害者施設等13対1入院基本料
	2	2病棟	慢性期	0	52	52	療養病棟入院基本料1
	計				48	52	100
竜王リハビリテーション病院	1	2階病棟	慢性期	0	63	63	療養病棟入院基本料2
	2	3階病棟	慢性期	0	55	55	療養型介護療養施設サービス費(介護療養病床として使用)
	計				0	118	118
城東病院	1	1階病棟No.1	慢性期	0	56	56	療養病棟入院基本料2
	2	2階病棟No.2	慢性期	0	60	60	療養型介護療養施設サービス費(介護療養病床として使用)
	3	3階病棟No.3	慢性期	0	60	60	療養病棟入院基本料2
	4	4階病棟No.4	慢性期	0	60	60	療養病棟入院基本料2
	計				0	236	236
甲府脳神経外科病院	1	3階病棟	急性期	70	0	70	一般病棟10対1入院基本料
	計				70	0	70
甲府共立病院	1	4階病棟	急性期	49	0	49	一般病棟7対1入院基本料
	2	5階病棟	急性期	50	0	50	一般病棟7対1入院基本料
	3	6階病棟	急性期	50	0	50	一般病棟7対1入院基本料
	4	7階病棟	急性期	50	0	50	一般病棟7対1入院基本料
	5	8階病棟	急性期	50	0	50	一般病棟7対1入院基本料
	6	9階病棟	急性期	28	0	28	一般病棟7対1入院基本料
	7	1階病棟	(休床)	6	0	6	診療報酬上の入院料の届出なし
	計				283	0	283
三枝病院	1	一般病棟	急性期	116	0	116	一般病棟15対1入院基本料
	計				116	0	116
恵信甲府病院	1	2FF病棟	慢性期	0	56	56	療養病棟入院基本料2
	2	3F病棟	慢性期	0	51	51	療養病棟入院基本料2
	3	4F病棟	慢性期	0	43	43	療養病棟入院基本料2
	計				0	150	150
りほく病院	1	2F病棟	慢性期	0	30	30	療養病棟入院基本料1
	2	3・4F病棟	慢性期	0	62	62	療養病棟入院基本料2
	計				0	92	92
あけぼの医療福祉センター	1	ピッコロ	慢性期	35	0	35	障害者施設等10対1入院基本料
	2	コルネット	慢性期	36	0	36	障害者施設等10対1入院基本料
	3	ピオラ	慢性期	27	0	27	障害者施設等10対1入院基本料
	計				98	0	98

2014年7月1日現在

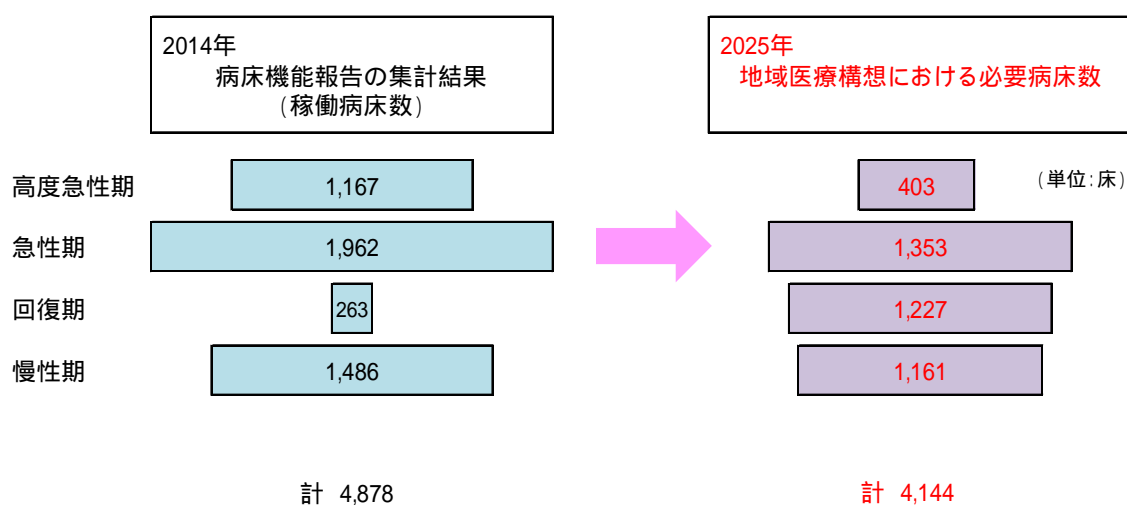
医療機関	病棟		医療機能	許可病床数			入院基本料 ・特定入院料
				一般	療養	計	
葦崎市立病院	1	3階病棟	急性期	51	0	51	一般病棟10対1入院基本料
	2	4階病棟	急性期	48	0	48	一般病棟10対1入院基本料
	3	5階病棟	急性期	42	0	42	一般病棟10対1入院基本料
	4	6階病棟	慢性期	0	34	34	療養病棟入院基本料2
	計			141	34	175	
北杜市立甲陽病院	1	一般病棟	急性期	86	0	86	一般病棟10対1入院基本料
	2	療養病棟	慢性期	0	32	32	療養病棟入院基本料1
	計			86	32	118	
北杜市立塩川病院	1	3階病棟	急性期	54	0	54	一般病棟10対1入院基本料
	2	2階病棟	慢性期	0	54	54	療養病棟入院基本料2
	計			54	54	108	
葦崎東ヶ丘病院	1	療養病棟	慢性期	0	48	48	療養病棟入院基本料1
	計			0	48	48	
葦崎相互病院	1	一般病棟	急性期	39	0	39	一般病棟10対1入院基本料
	2	療養病棟	慢性期	0	25	25	療養病棟入院基本料1
	計			39	25	64	
宮川病院	1	宮川病院	急性期	41	0	41	一般病棟15対1入院基本料
	計			41	0	41	
巨摩共立病院	1	4階病棟	急性期	53	0	53	一般病棟7対1入院基本料
	2	3階病棟	回復期	50	0	50	回復期リハビリテーション病棟入院料2
	3	1階病棟	慢性期	0	48	48	療養病棟入院基本料2
	計			103	48	151	
高原病院	1	療養病床	慢性期	0	42	42	療養病棟入院基本料2
	計			0	42	42	
白根徳洲会病院	1	2階病棟	急性期	8	0	8	一般病棟7対1入院基本料
	2	3階病棟	急性期	41	0	41	一般病棟7対1入院基本料
	3	4階病棟	急性期	56	0	56	一般病棟7対1入院基本料
	4	6階病棟	回復期	40	0	40	回復期リハビリテーション病棟入院料2
	5	5階病棟	慢性期	0	54	54	療養病棟入院基本料1
	計			145	54	199	
診療所 合計			高度急性期	19		19	
			急性期			202	
			回復期	12		12	
			慢性期	45		45	
			(未選択)	29		29	
	計			307	0	307	
総計				3,905	1,238	5,143	

(3) 必要病床数等

目指すべき姿

医療機能ごとに、2014年の病床機能報告の集計結果(稼働病床数ベース)と地域医療構想における2025年の必要病床数を比較してみると、以下のようになります。

図表26 病床機能報告と必要病床数(中北)



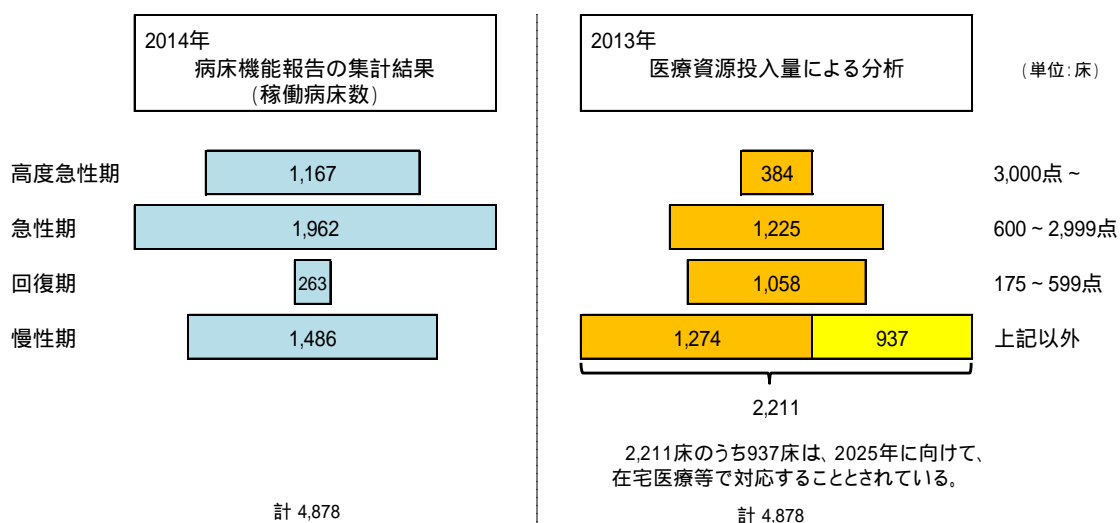
前述したとおり、病床機能報告の集計結果を分析に使用するにあたっては、一定の制約がありますが、その点を踏まえたうえで比較を行うと、全体では734床の減、医療機能別では、高度急性期で764床の減、急性期で609床の減、回復期では964床の増、慢性期で325床の減となっております。

現在の実態

医療機能ごとに、いずれも現在の実態を概ね示している、2014年の病床機能報告の集計結果(稼働病床数ベース)と支援ツールを用いた2013年の医療資源投入量による分析を比較してみると、以下のようになります。

ただし、支援ツールを用いた2013年の医療資源投入量による分析における慢性期については、実際の病床数は把握できず、在宅医療等へ移行すべき分を移行後の病床数しか把握できないため、一定の仮定をおいて算定していることに留意が必要です。

図表27 病床機能報告と医療資源投入量等による分析(中北)



前述のとおり、病床機能報告の数値には正確性を欠く部分があるため、これと支援ツールを用いた2013年の医療資源投入量による分析を比較してみると、一定の乖離があります。

2013年の医療資源投入量による分析において、高度急性期、急性期、回復期の病床数は、既に地域医療構想における2025年の必要病床数に近いものになっています。

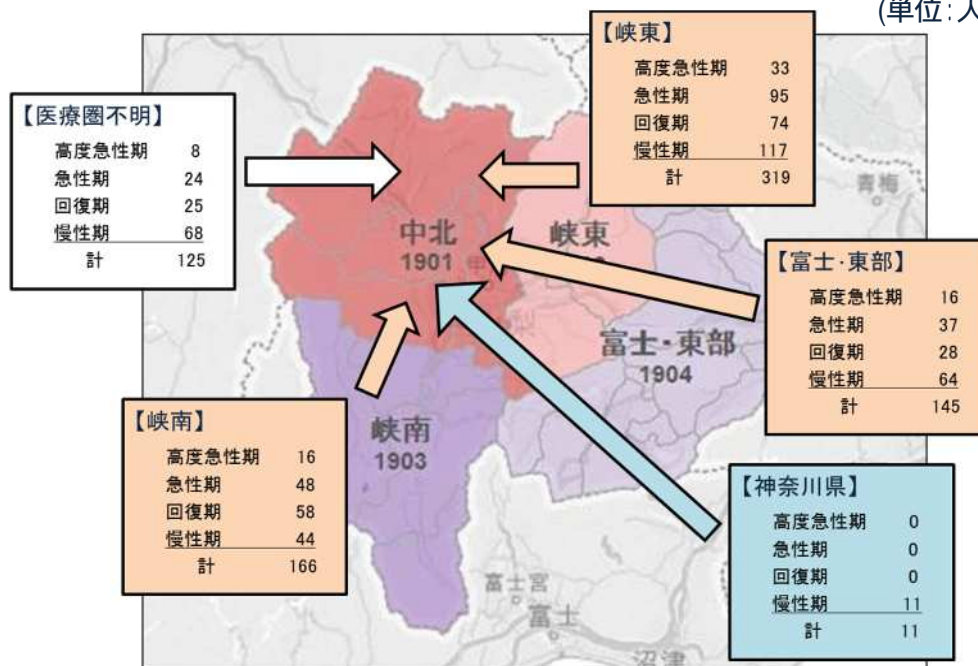
一方、慢性期の病床数については、2013年において2,211床と推計されますが、このうち、一般病床における医療資源投入量175点未満に相当する病床、療養病床における医療区分1の患者数の70%に相当する分の病床の合計は937床と推計され、これらについては、2025年に向けて、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設などにおいて提供される医療である、在宅医療等に対応することとされているため、今後の課題となります。

2025 年において流入する医療需要

地域医療構想における 2025 年の必要病床数は、以下の流入数を加味したものとなっています。

図表 28 医療需要の流入の状況(中北)

(単位:人/日)



峡東構想区域からの流入が 319(人/日)と多く見込まれ、慢性期で 117(人/日)、急性期で 95(人/日)が見込まれています。

峡南構想区域から 166(人/日)、富士・東部構想区域から 145(人/日)の流入が見込まれており、県内全域から、全ての医療機能において流入が見込まれています。

他都県からは、神奈川県横浜北部医療圏から慢性期における 11(人/日)の流入が見込まれています。

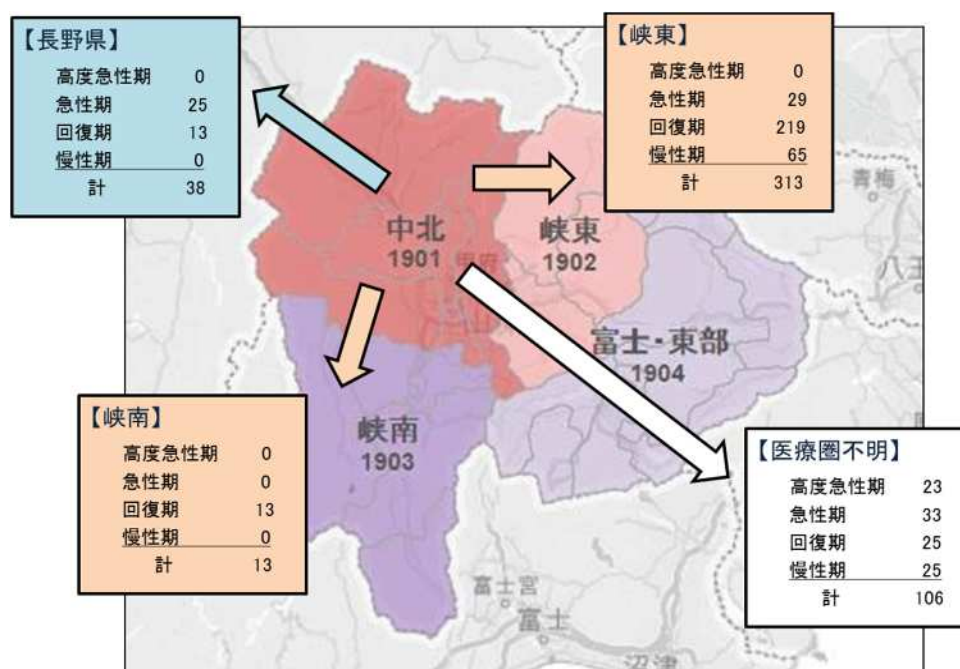
支援ツールにおいては、流入元の二次医療圏ごとでは、10(人/日)未満の箇所については特定の個人が第三者に識別されることを防ぐため、数値を把握できない仕組みとなっておりますが、流入先の二次医療圏ごとの流入の合計数は把握できるため、数値を把握できない箇所の合計数については、上記の図表では「医療圏不明」として記載しています(以下、流出においても同じ)。

2025 年において流出する医療需要

地域医療構想における 2025 年の必要病床数は、以下の流出数を加味したものとなっています。

図表 29 医療需要の流出の状況(中北)

(単位:人/日)



峡東構想区域への流出が 313(人/日)と多く見込まれ、そのうち、回復期で 219(人/日)が見込まれています。

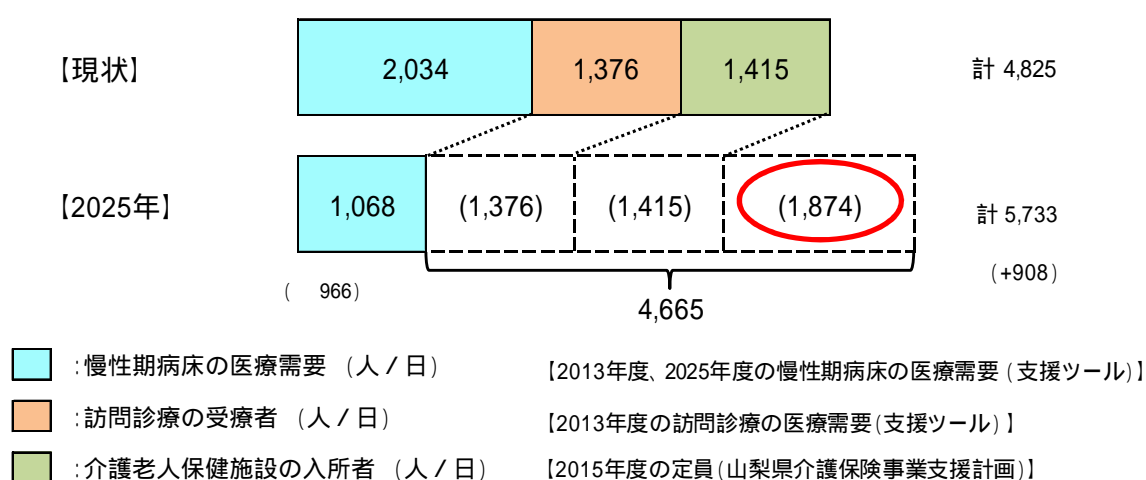
峡南構想区域への流出は 13(人/日)が見込まれ、富士・東部構想区域への流出は見込まれていません。

他都県へは、長野県の諏訪医療圏へ、急性期において 25(人/日)、回復期において 13(人/日)の流出が見込まれています。

今後の慢性期、在宅医療等の方向性

地域医療構想では、一般病床における医療資源投入量 175 点未満に相当する医療需要、療養病床における医療区分1の患者数の70%に相当する医療需要、地域差の解消分に相当する医療需要については、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設などにおいて提供される医療である、在宅医療等に対応することとされていますが、その方向性は以下のとおりです。

図表30 慢性期、在宅医療等の方向性(中北)



現状については、慢性期病床の医療需要は2013年の医療資源投入量による分析で算出した病床数を病床稼働率92%で除して算出し、訪問診療の受療者は支援ツールより算出し、介護老人保健施設の入所者は山梨県介護保険事業支援計画の定員と同様であると仮定して算出しています。

2025年については、慢性期、在宅医療等に対応すべき医療需要5,733(人/日)のうち、慢性期病床における医療需要が1,068(人/日)と推計され、在宅医療等における医療需要は4,665(人/日)と推計されます。

在宅医療等における医療需要4,665(人/日)のうち、訪問診療の受療者、介護老人保健施設の入所者については現状と同様であると仮定した場合、追加的に在宅医療等での対応が必要になるのは、1,874(人/日)となり、この部分への対応が今後の課題となります。

なお、この試算は一定の仮定をおいて行ったものであり、あくまでも方向性を示したものととなっております。

2 峡東構想区域

(1) 人口等

年齢階級ごとの人口

推移については、概ね全県と同じ傾向ですが、65歳以上人口は、2020年頃から頭打ちとなり、75歳以上人口は、2030年頃ピークを迎え、その後、減少していくと見込まれています。

図表31 人口(峡東)

(単位:万人)



図表32 人口の変化率(峡東)

(2010年を基準)



総数 0～14歳 15～64歳 65歳以上 75歳以上(再掲)

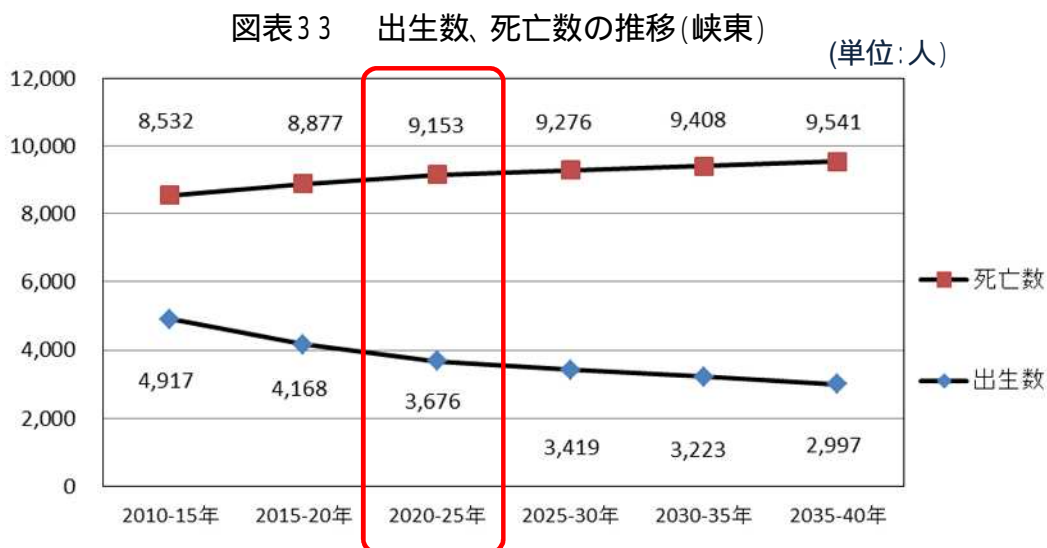
(単位:人)

年齢	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
0～14歳	19,301	16,662	14,313	12,614	11,144	10,211	9,541
15～64歳	84,676	78,152	72,896	68,055	63,254	57,263	50,984
65歳以上	37,311	40,906	42,673	42,803	42,390	42,411	42,308
75歳以上(再掲)	19,784	21,233	22,946	25,587	26,586	26,225	25,522
総数	141,288	135,720	129,882	123,472	116,788	109,885	102,833

(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)国立社会保障・人口問題研究所

出生数、死亡数

推移については、概ね全県と同じ傾向であり、出生数は減少を続け、死亡数は増加を続けると見込まれています。このことから、人口の自然減は更に進んでいくと見込まれています。



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)国立社会保障・人口問題研究所

(2) 医療資源

平成27年12月31日現在、地域医療構想の対象となる一般病床または療養病床を有する医療機関は、病院が13施設、有床診療所が4施設、合計で17施設あります。

また、同日現在、許可病床ベースでは、一般病床が1,417床、療養病床が649床、合計で2,066床となっております。

人口10万対の一般病床は1,038.3床、療養病床は475.6床であり、いずれも県内の構想区域の中で最も多くなっております。

なお、平成28年2月1日現在、在宅療養支援病院は2施設、在宅療養支援診療所は14施設、訪問看護ステーションは8施設となっております。

医療従事者については、人口10万対の医師(医療施設の従事者)において、全県で222.4人であるところ、188.5人となっております。

また、平成 26(2014)年の病床機能報告の概要は以下のとおりです。病床機能報告では、平成 26(2014)年 7 月 1 日時点での状況を報告しているため、許可病床数は上記のものとは一部異なっているものがあります。

図表 3 4 2014 年の病床機能報告の概要(峡東)

2014年7月1日現在

医療機関	病棟		医療機能	許可病床数			入院基本料 ・特定入院料
				一般	療養	計	
山梨市立牧丘病院	1	一般病棟	急性期	30	0	30	一般病棟13対1入院基本料
	計			30	0	30	
甲州市立勝沼病院	1	2F病棟	急性期	51	0	51	一般病棟15対1入院基本料
	計			51	0	51	
加納岩総合病院	1	3A病棟	急性期	40	0	40	一般病棟7対1入院基本料
	2	3B病棟	急性期	40	0	40	一般病棟7対1入院基本料
	3	4A病棟	急性期	40	0	40	一般病棟7対1入院基本料
	4	4B病棟	急性期	40	0	40	一般病棟7対1入院基本料
	計			160	0	160	
山梨厚生病院	1	1-3病棟	急性期	50	0	50	一般病棟7対1入院基本料
	2	1-4病棟	急性期	50	0	50	一般病棟7対1入院基本料
	3	1-5整形病棟	急性期	28	0	28	一般病棟7対1入院基本料
	4	1-5小児病棟	急性期	18	0	18	小児入院医療管理料3
	5	2-3病棟	急性期	49	0	49	一般病棟7対1入院基本料
	6	2-4病棟	急性期	50	0	50	一般病棟7対1入院基本料
	7	2-1病棟	慢性期	38	0	38	特殊疾患病棟入院料1
	8	2-2病棟	慢性期	52	0	52	障害者施設等10対1入院基本料
計			335	0	335		
塩山市民病院	1	一般病棟(2階病棟)	急性期	52	0	52	一般病棟13対1入院基本料
	2	一般病棟(3階病棟)	急性期	50	0	50	一般病棟13対1入院基本料
	3	産科小児科病棟	急性期	18	0	18	一般病棟13対1入院基本料
	4	療養病棟	慢性期	0	60	60	療養病棟入院基本料1
計			120	60	180		
笛吹中央病院	1	3病棟	急性期	54	0	54	一般病棟7対1入院基本料
	2	2病棟	慢性期	52	0	52	障害者施設等10対1入院基本料
	3	4病棟	慢性期	44	0	44	障害者施設等10対1入院基本料
	計			150	0	150	

2014年7月1日現在

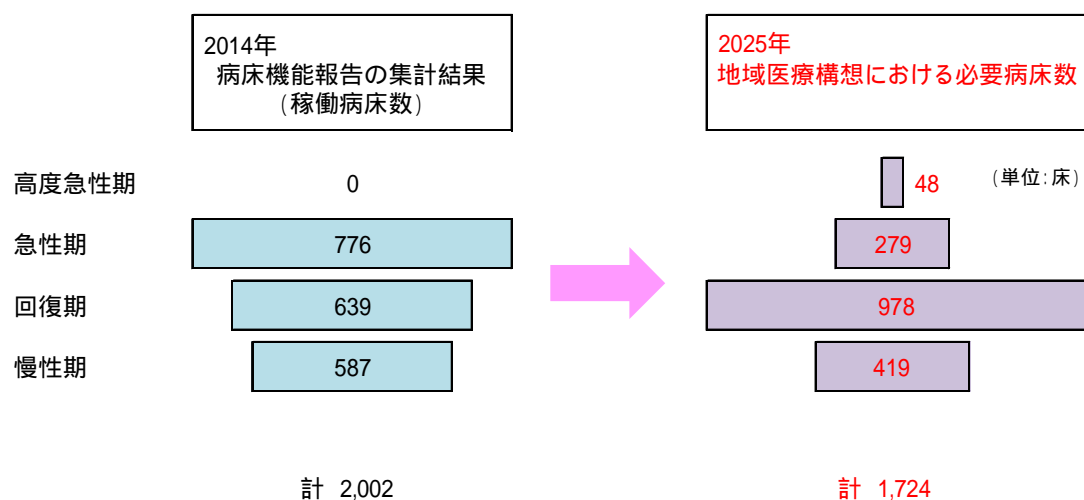
医療機関	病棟		医療機能	許可病床数			入院基本料 ・特定入院料
				一般	療養	計	
石和温泉病院	1	2A病棟	回復期	43	0	43	回復期リハビリテーション病棟入院料2
	2	3A病棟	回復期	37	0	37	回復期リハビリテーション病棟入院料2
	3	3B病棟	回復期	48	0	48	回復期リハビリテーション病棟入院料2
	4	2B病棟	慢性期	0	54	54	療養病棟入院基本料2
	計			128	54	182	
甲州リハビリテーション病院	1	3階病棟	回復期	45	0	45	回復期リハビリテーション病棟入院料1
	2	4階病棟	回復期	0	45	45	回復期リハビリテーション病棟入院料1
	3	5階病棟	回復期	0	44	44	回復期リハビリテーション病棟入院料1
	4	2階病棟	慢性期	46	0	46	障害者施設等10対1入院基本料
	計			91	89	180	
一宮温泉病院	1	3F	急性期	77	0	77	一般病棟13対1入院基本料
	2	2F	回復期	0	46	46	回復期リハビリテーション病棟入院料1
	計			77	46	123	
石和共立病院	1	一般病棟入院基本料(1...	急性期	49	0	49	一般病棟10対1入院基本料
	2	回復期リハビリテーショ...	回復期	50	0	50	回復期リハビリテーション病棟入院料1
	計			99	0	99	
山梨リハビリテーション病院	1	2階病棟	回復期	0	45	45	回復期リハビリテーション病棟入院料1
	2	3階病棟	回復期	0	45	45	回復期リハビリテーション病棟入院料1
		4階病棟	回復期	0	45	45	回復期リハビリテーション病棟入院料1
	計			0	135	135	
春日居サイバーナイフ・リハビリ病院	1	B棟	回復期	0	46	46	回復期リハビリテーション病棟入院料3
	2	C棟	回復期	0	40	40	回復期リハビリテーション病棟入院料3
	3	D棟	回復期	60	0	60	回復期リハビリテーション病棟入院料3
	4	A棟	慢性期	0	54	54	療養病棟入院基本料1
	計			60	140	200	
富士温泉病院	1	3B病棟	慢性期	43	0	43	一般病棟15対1入院基本料
		2F病棟	慢性期	0	60	60	療養病棟入院基本料2
		3C病棟	慢性期	0	48	48	療養病棟入院基本料2
	計			43	108	151	
診療所 合計			急性期	31	0	31	
			慢性期	19	18	37	
	計			50	18	68	
総計				1,394	650	2,044	

(3) 必要病床数等

目指すべき姿

医療機能ごとに、2014年の病床機能報告の集計結果(稼働病床数ベース)と地域医療構想における2025年の必要病床数を比較してみると、以下のようになります。

図表35 病床機能報告と必要病床数(峡東)



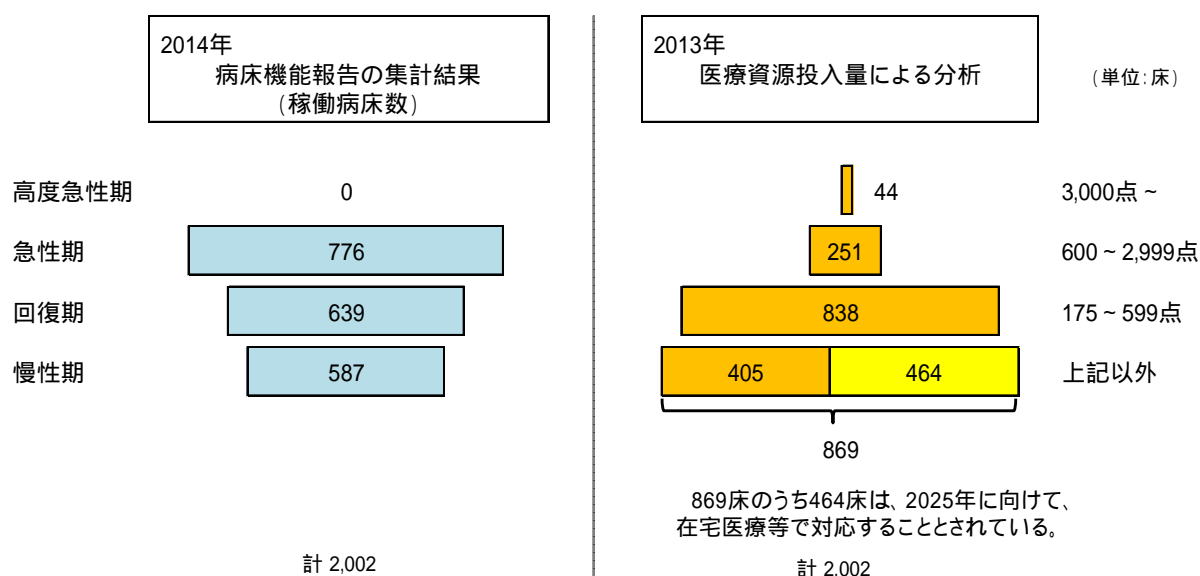
前述したとおり、病床機能報告の集計結果を分析に使用するにあたっては、一定の制約がありますが、その点を踏まえたうえで比較を行うと、全体では278床の減、医療機能別では、高度急性期で48床の増、急性期で497床の減、回復期では339床の増、慢性期で168床の減となっております。

現在の実態

医療機能ごとに、いずれも現在の実態を概ね示している、2014年の病床機能報告の集計結果(稼働病床数ベース)と支援ツールを用いた2013年の医療資源投入量による分析を比較してみると、以下のようになります。

ただし、支援ツールを用いた2013年の医療資源投入量による分析における慢性期については、実際の病床数は把握できず、在宅医療等へ移行すべき分を移行後の病床数しか把握できないため、一定の仮定をおいて算定していることに留意が必要です。

図表36 病床機能報告と医療資源投入量等による分析(峡東)



前述のとおり、病床機能報告の数値には正確性を欠く部分があるため、これと支援ツールを用いた2013年の医療資源投入量による分析を比較してみると、一定の乖離があります。

2013年の医療資源投入量による分析において、高度急性期、急性期、回復期の病床数は、既に地域医療構想における2025年の必要病床数に近いものになっています。

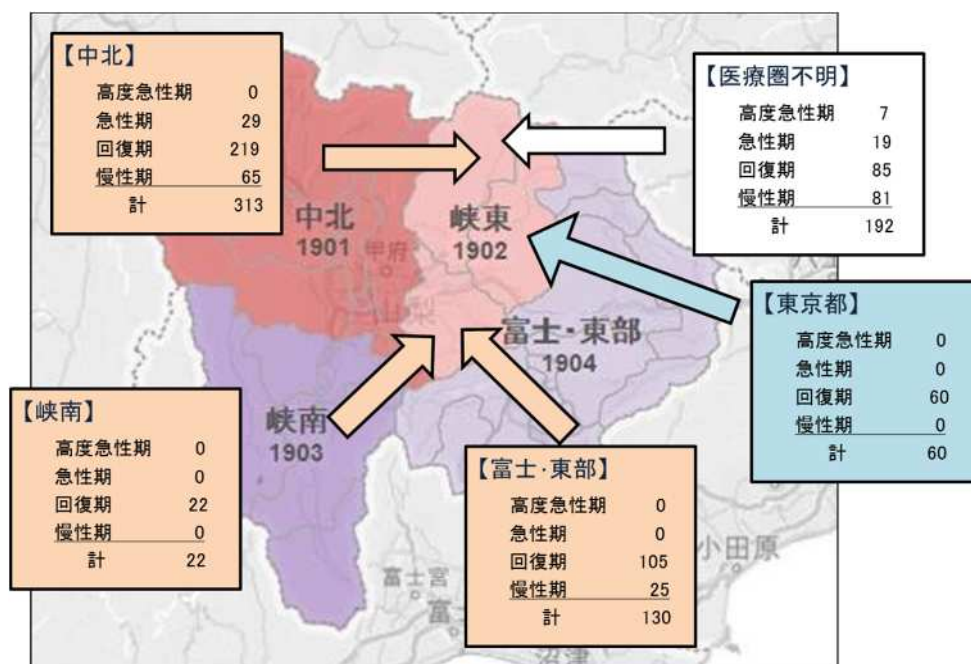
一方、慢性期の病床数については、2013年において869床と推計されますが、このうち、一般病床における医療資源投入量175点未満に相当する病床、療養病床における医療区分1の患者数の70%に相当する分の病床の合計は464床と推計され、これらについては、2025年に向けて、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設などにおいて提供される医療である、在宅医療等に対応することとされているため、今後の課題となります。

2025 年において流入する医療需要

地域医療構想における 2025 年の必要病床数は、以下の流入数を加味したものとなっています。

図表37 医療需要の流入の状況(峡東)

(単位:人/日)



中北構想区域からの流入が 313(人/日)と多く見込まれ、そのうち、回復期で 219(人/日)が見込まれています。

回復期について、峡南構想区域から 22(人/日)、富士・東部構想区域から 105(人/日)の流入が見込まれ、県内全域から回復期における流入が見込まれています。

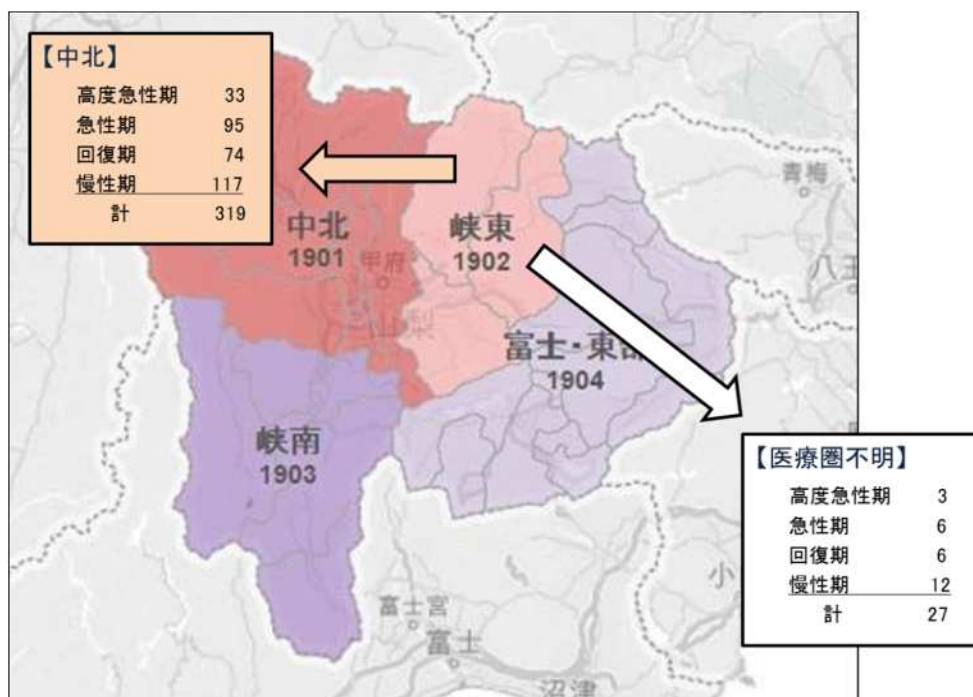
他都県からは、東京都の 5 つの医療圏から回復期において合計で、60(人/日)の流入が見込まれています。

2025 年において流出する医療需要

地域医療構想における 2025 年の必要病床数は、以下の流出数を加味したものとなっています。

図表38 医療需要の流出の状況(峡東)

(単位:人/日)



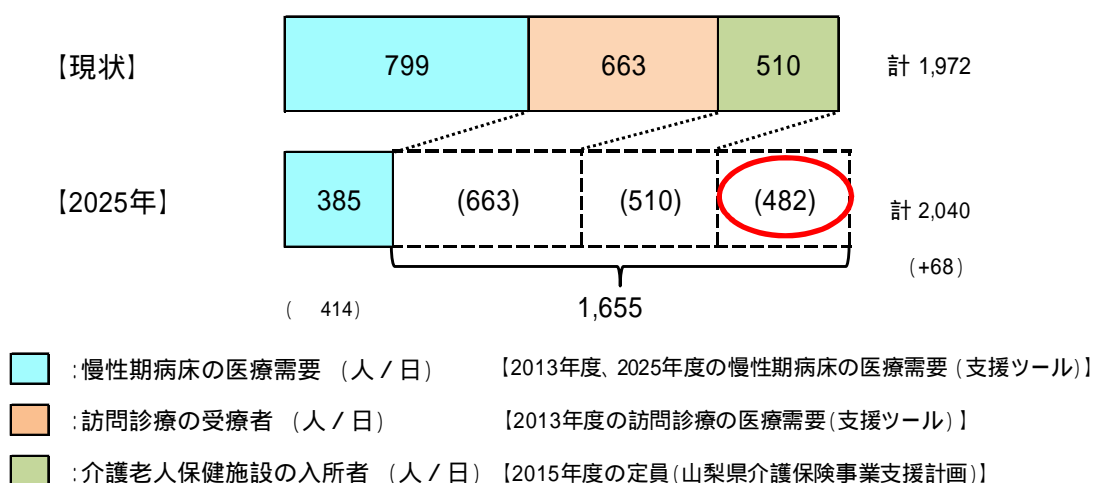
中北構想区域への流出が 319(人/日)見込まれ、そのうち、慢性期で 117(人/日)が見込まれています。

他都県への流出は、ほぼ見込まれておりません。

今後の慢性期、在宅医療等の方向性

地域医療構想では、一般病床における医療資源投入量 175 点未満に相当する医療需要、療養病床における医療区分1の患者数の70%に相当する医療需要、地域差の解消分に相当する医療需要については、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設などにおいて提供される医療である、在宅医療等に対応することとされていますが、その方向性は以下のとおりです。

図表39 慢性期、在宅医療等の方向性(峡東)



現状については、慢性期病床の医療需要は2013年の医療資源投入量による分析で算出した病床数を病床稼働率92%で除して算出し、訪問診療の受療者は支援ツールより算出し、介護老人保健施設の入所者は山梨県介護保険事業支援計画の定員と同様であると仮定して算出しています。

2025年については、慢性期、在宅医療等に対応すべき医療需要2,040(人/日)のうち、慢性期病床における医療需要が385(人/日)と推計され、在宅医療等における医療需要は1,655(人/日)と推計されます。

在宅医療等における医療需要1,655(人/日)のうち、訪問診療の受療者、介護老人保健施設の入所者については現状と同様であると仮定した場合、追加的に在宅医療等での対応が必要になるのは、482(人/日)となり、この部分への対応が今後の課題となります。

なお、この試算は一定の仮定をおいて行ったものであり、あくまでも方向性を示したものととなっております。

3 峡南構想区域

(1) 人口等

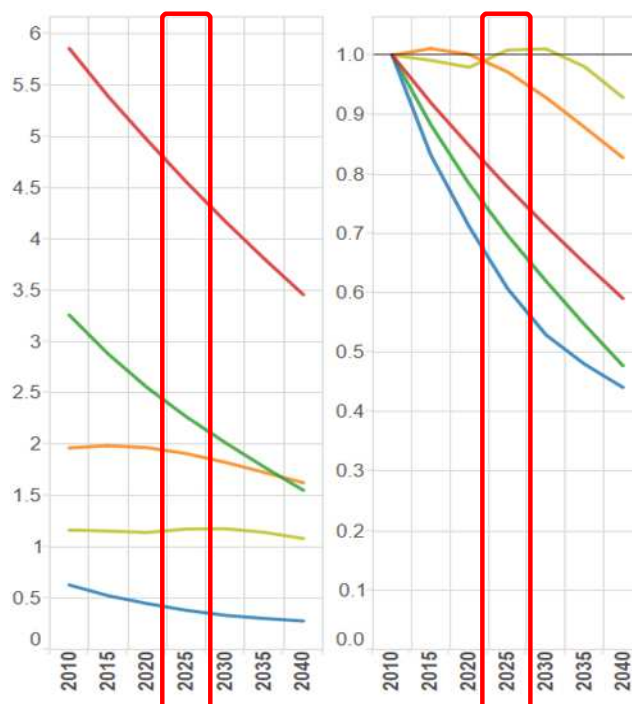
年齢階級ごとの人口

全ての年齢階級において人口が減少し、総数は2025年には2010年と比較して22.4%減少すると見込まれています。

高齢者の絶対数は減少するものの、高齢化率は今後も高まっていく見込みです。

図表40 人口(峡南)
(単位:万人)

図表41 人口の変化率(峡南)
(2010年を基準)



総数 0～14歳 15～64歳 65歳以上 75歳以上(再掲)

(単位:人)

年齢	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
0～14歳	6,283	5,222	4,459	3,799	3,311	3,003	2,756
15～64歳	32,267	28,469	25,208	22,392	19,890	17,532	15,305
65歳以上	19,587	19,772	19,551	18,948	18,083	17,093	16,077
75歳以上(再掲)	11,624	11,505	11,350	11,661	11,660	11,303	10,699
総数	58,137	53,463	49,218	45,139	41,284	37,628	34,138

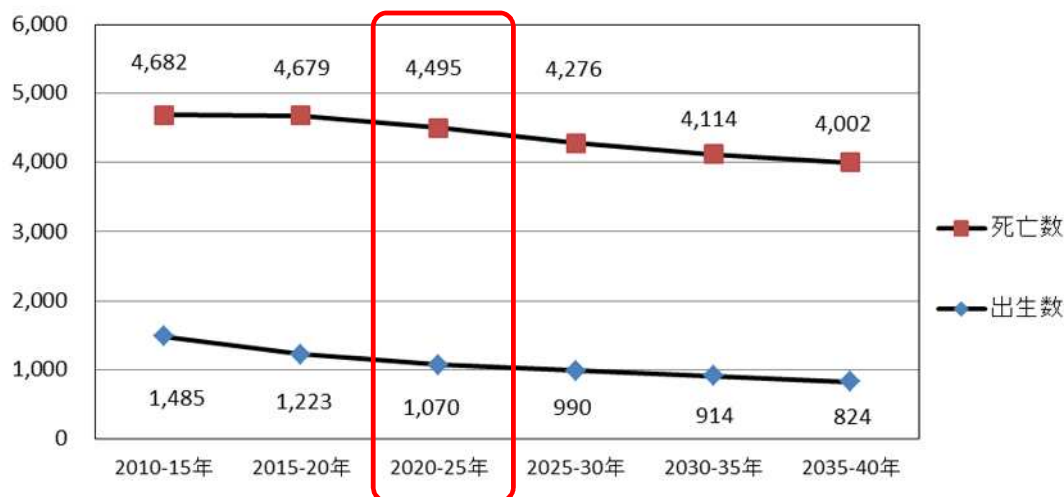
(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)国立社会保障・人口問題研究所

出生数、死亡数

出生数については、全県と同じように減少を続けますが、死亡数については、県内の構想区域で唯一、減少を続けると見込まれています。

図表42 出生数、死亡数の推移(峡南)

(単位:人)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)国立社会保障・人口問題研究所

(2) 医療資源

平成27年12月31日現在、地域医療構想の対象となる一般病床または療養病床を有する医療機関は、病院の6施設であります。

また、同日現在、許可病床ベースでは、一般病床が395床、療養病床が150床、合計で545床となっております。

人口10万対の一般病床は748.6床、療養病床は284.3床であり、一般病床は全県の810.4床を下回り、療養病床は全県の268.9床を上回っています。

なお、平成28年2月1日現在、在宅療養支援病院は2施設、在宅療養支援診療所はなく、訪問看護ステーションは7施設となっております。

医療従事者については、人口10万対の医師(医療施設の従事者)において、全県で222.4人であるところ、115.3人となっております。

また、平成 26(2014)年の病床機能報告の概要は以下のとおりです。病床機能報告では、平成 26(2014)年 7 月 1 日時点での状況を報告しているため、許可病床数は上記のものとは一部異なっているものがあります。

図表 4 3 2014 年の病床機能報告の概要(峡南)

2014年7月1日現在

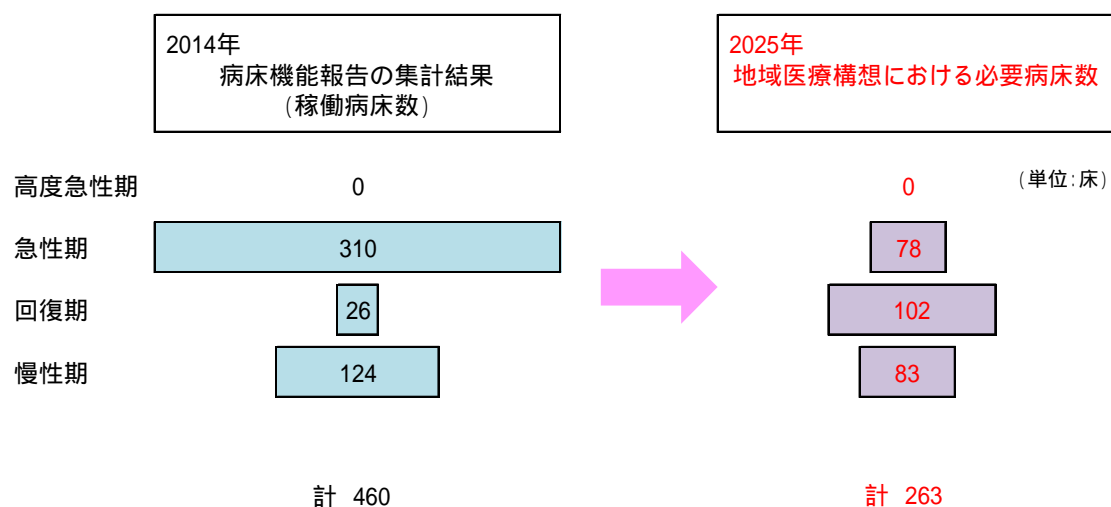
医療機関	病棟		医療機能	許可病床数			入院基本料 ・特定入院料
				一般	療養	計	
飯富病院	1	一般	急性期	61	0	61	一般病棟10対1入院基本料
	2	療養	回復期	0	26	26	療養病棟入院基本料1
	計			61	26	87	
市川三郷病院	1	3F病棟	急性期	50	0	50	一般病棟10対1入院基本料
	2	2F病棟	急性期	40	0	40	一般病棟10対1入院基本料
	計			90	0	90	
富士川病院	1	3階病棟	急性期	53	0	53	一般病棟10対1入院基本料
	2	2階病棟	急性期	57	0	57	一般病棟10対1入院基本料
	計			110	0	110	
しもべ病院	1	5階病棟	慢性期	0	34	34	療養病棟入院基本料1
	2	6・7階病棟	慢性期	0	60	60	療養病棟入院基本料1
	計			0	94	94	
峡南病院	1	一般病棟	急性期	40	0	40	一般病棟15対1入院基本料
	計			40	0	40	
身延山病院	1	3階病棟	急性期	50	0	50	一般病棟10対1入院基本料
	2	2階病棟	慢性期	0	30	30	療養病棟入院基本料1
	計			50	30	80	
診療所 合計			急性期	0	0	0	
			慢性期	0	0	0	
	計			0	0	0	
総計				351	150	504	

(3) 必要病床数等

目指すべき姿

医療機能ごとに、2014年の病床機能報告の集計結果(稼働病床数ベース)と地域医療構想における2025年の必要病床数を比較してみると、以下のようになります。

図表44 病床機能報告と必要病床数(峡南)



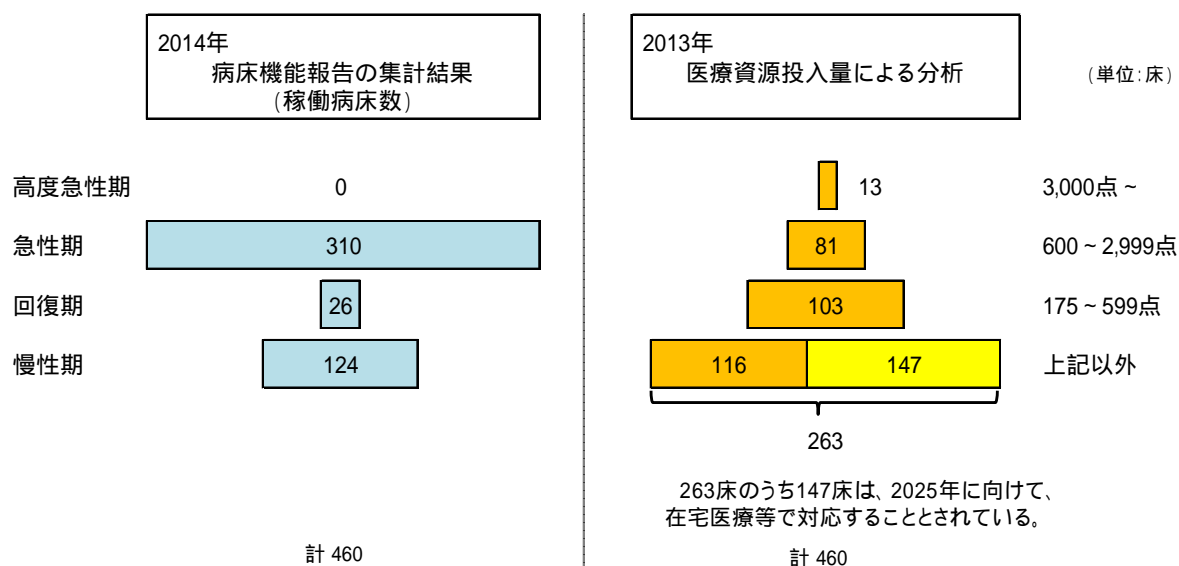
前述したとおり、病床機能報告の集計結果を分析に使用するにあたっては、一定の制約がありますが、その点を踏まえたうえで比較を行うと、全体では197床の減、医療機能別では、高度急性期では増減なし、急性期で232床の減、回復期では76床の増、慢性期で41床の減となっております。

現在の実態

医療機能ごとに、いずれも現在の実態を概ね示している、2014年の病床機能報告の集計結果(稼働病床数ベース)と支援ツールを用いた2013年の医療資源投入量による分析を比較してみると、以下のようになります。

ただし、支援ツールを用いた2013年の医療資源投入量による分析における慢性期については、実際の病床数は把握できず、在宅医療等へ移行すべき分を移行後の病床数しか把握できないため、一定の仮定をおいて算定していることに留意が必要です。

図表45 病床機能報告と医療資源投入量等による分析(峡南)



前述のとおり、病床機能報告の数値には正確性を欠く部分があるため、これと支援ツールを用いた2013年の医療資源投入量による分析を比較してみると、一定の乖離があります。

2013年の医療資源投入量による分析において、高度急性期、急性期、回復期の病床数は、既に地域医療構想における2025年の必要病床数に近いものになっています。

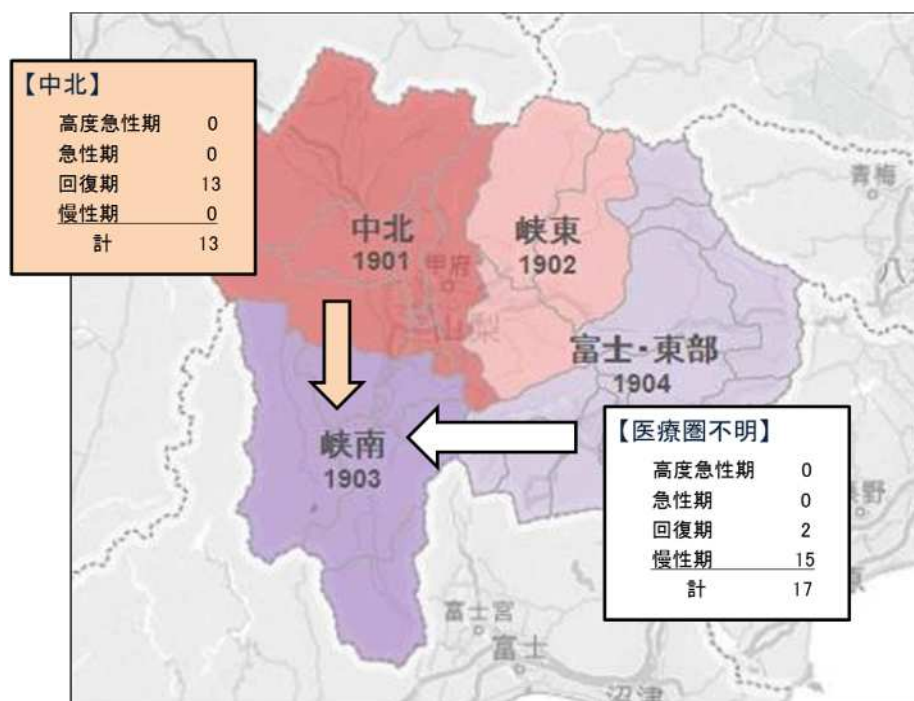
一方、慢性期の病床数については、2013年において263床と推計されますが、このうち、一般病床における医療資源投入量175点未満に相当する病床、療養病床における医療区分1の患者数の70%に相当する分の病床の合計は147床と推計され、これらについては、2025年に向けて、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設などにおいて提供される医療である、在宅医療等に対応することとされているため、今後の課題となります。

2025 年において流入する医療需要

地域医療構想における 2025 年の必要病床数は、以下の流入数を加味したものとなっています。

図表46 医療需要の流入の状況(峡南)

(単位:人/日)



中北構想区域から回復期における流入が13(人/日)見込まれますが、峡東構想区域、富士・東部構想区域からの流入は見込まれておりません。

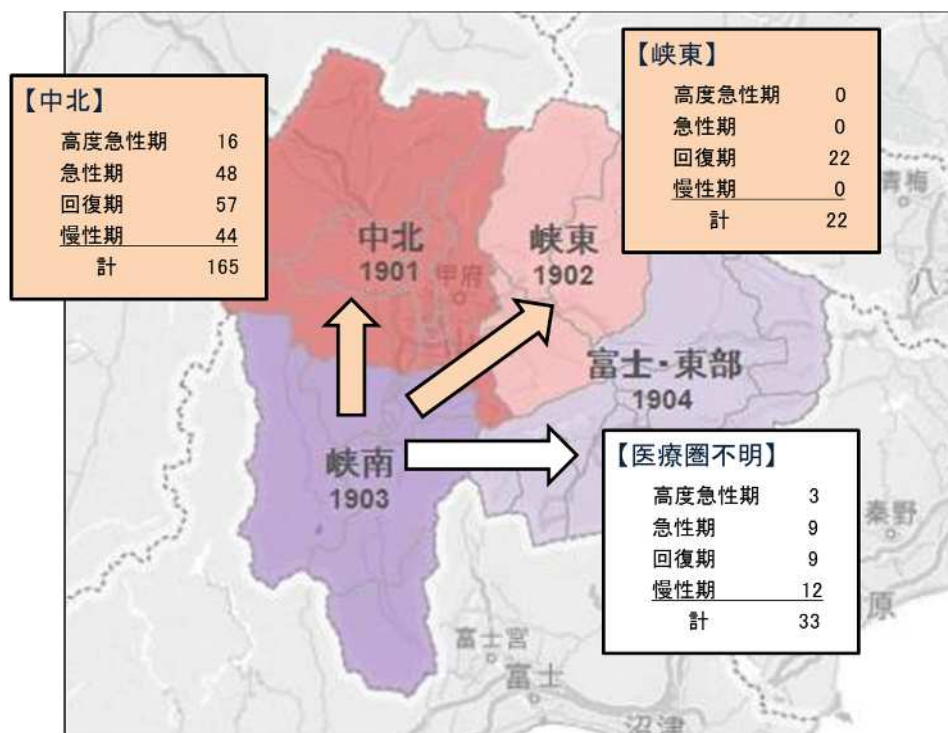
他都県からの流入も、ほぼ見込まれておりません。

2025 年において流出する医療需要

地域医療構想における 2025 年の必要病床数は、以下の流出数を加味したものとなっています。

図表 47 医療需要の流出の状況(峡南)

(単位:人/日)



中北構想区域への流出が 165(人/日)見込まれており、全ての医療機能における流出が見込まれています。

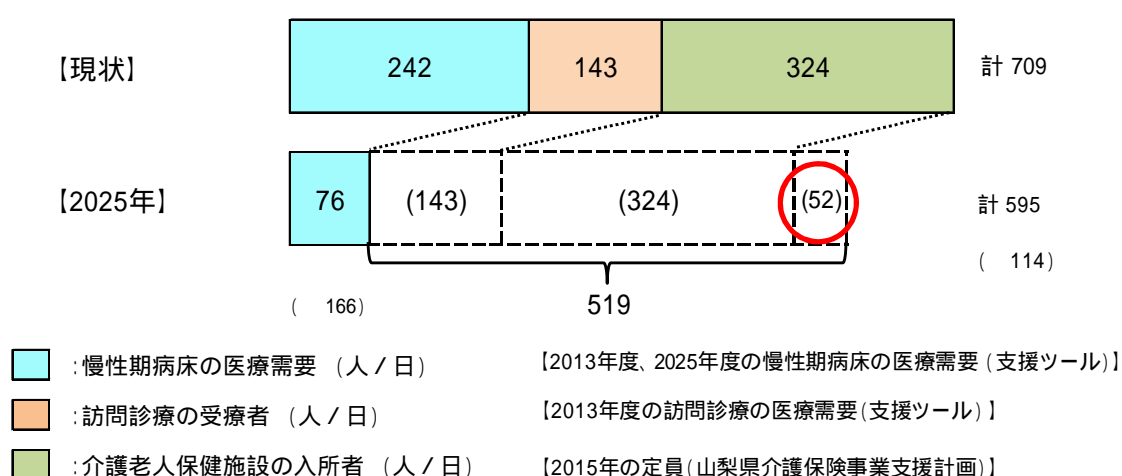
また、峡東構想区域の回復期において 22(人/日)の流出が見込まれています。

他都県への流出は、あまり見込まれておりません。

今後の慢性期、在宅医療等の方向性

地域医療構想では、一般病床における医療資源投入量 175 点未満に相当する医療需要、療養病床における医療区分1の患者数の70%に相当する医療需要、地域差の解消分に相当する医療需要については、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設などにおいて提供される医療である、在宅医療等に対応することとされていますが、その方向性は以下のとおりです。

図表48 慢性期、在宅医療等の方向性(峡南)



現状については、慢性期病床の医療需要は2013年の医療資源投入量による分析で算出した病床数を病床稼働率92%で除して算出し、訪問診療の受療者は支援ツールより算出し、介護老人保健施設の入所者は山梨県介護保険事業支援計画の定員と同様であると仮定して算出しています。

2025年については、慢性期、在宅医療等に対応すべき医療需要595(人/日)のうち、慢性期病床における医療需要が76(人/日)と推計され、在宅医療等における医療需要は519(人/日)と推計されます。

在宅医療等における医療需要519(人/日)のうち、訪問診療の受療者、介護老人保健施設の入所者については現状と同様であると仮定した場合、追加的に在宅医療等での対応が必要になるのは、52(人/日)となり、この部分への対応が今後の課題となります。

なお、この試算は一定の仮定をおいて行ったものであり、あくまでも方向性を示したものととなっております。

4 富士・東部構想区域

(1) 人口等

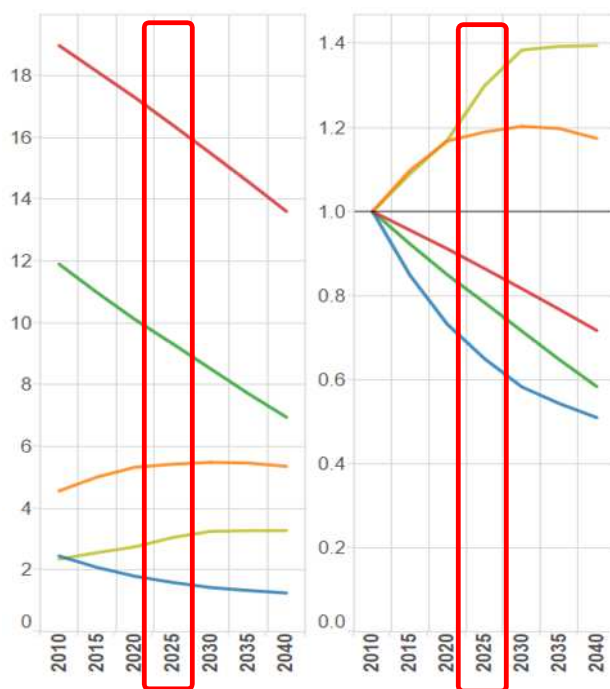
年齢階級ごとの人口

推移については、概ね全県と同じ傾向となっています。

65歳以上人口は、2030年頃ピークを迎えて、その後減少し、75歳以上人口は、2030年頃から頭打ちになると見込まれています。

図表49 人口(富士・東部)
(単位:万人)

図表50 人口の変化率(富士・東部)
(2010年を基準)



総数 0~14歳 15~64歳 65歳以上 75歳以上(再掲)

(単位:人)

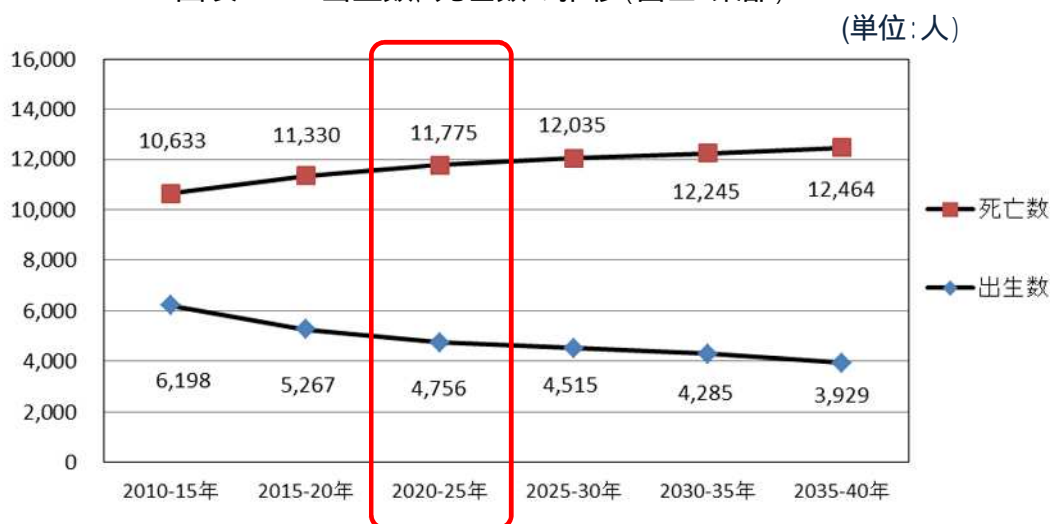
年齢	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
0 ~ 14 歳	24,508	20,809	17,950	15,941	14,298	13,336	12,520
15 ~ 64 歳	119,454	110,293	101,577	93,685	85,606	77,519	69,884
65 歳以上	45,834	50,326	53,541	54,528	55,162	54,948	53,886
75 歳以上 (再掲)	23,632	25,757	27,658	30,725	32,736	32,944	32,992
総数	189,796	181,428	173,068	164,154	155,066	145,803	136,290

(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)国立社会保障・人口問題研究所

出生数、死亡数

推移については、概ね全県と同じ傾向であり、出生数は減少を続け、死亡数は増加を続けると見込まれています。このことから、人口の自然減は更に進んでいくと見込まれています。

図表51 出生数、死亡数の推移(富士・東部)



(出典)「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)国立社会保障・人口問題研究所

(2) 医療資源

平成27年12月31日現在、地域医療構想の対象となる一般病床または療養病床を有する医療機関は、病院が6施設、有床診療所が8施設、合計で14施設あります。

また、同日現在、許可病床ベースでは、一般病床が1,031床、療養病床が172床、合計で1,203床となっております。

人口10万対の一般病床は569.3床、療養病床は95.0床であり、いずれも県内の構想区域の中で最も少なくなっております。

なお、平成28年2月1日現在、在宅療養支援病院はなく、在宅療養支援診療所は10施設、訪問看護ステーションは7施設となっております。

医療従事者については、人口10万対の医師(医療施設の従事者)において、全県で222.4人であるところ、142.4人となっております。

また、平成 26(2014)年の病床機能報告の概要は以下のとおりです。病床機能報告では、平成 26(2014)年 7 月 1 日時点での状況を報告しているため、許可病床数は上記のものの一部異なっているものがあります。

図表 5 2 2014 年の病床機能報告の概要(富士・東部)

2014年7月1日現在

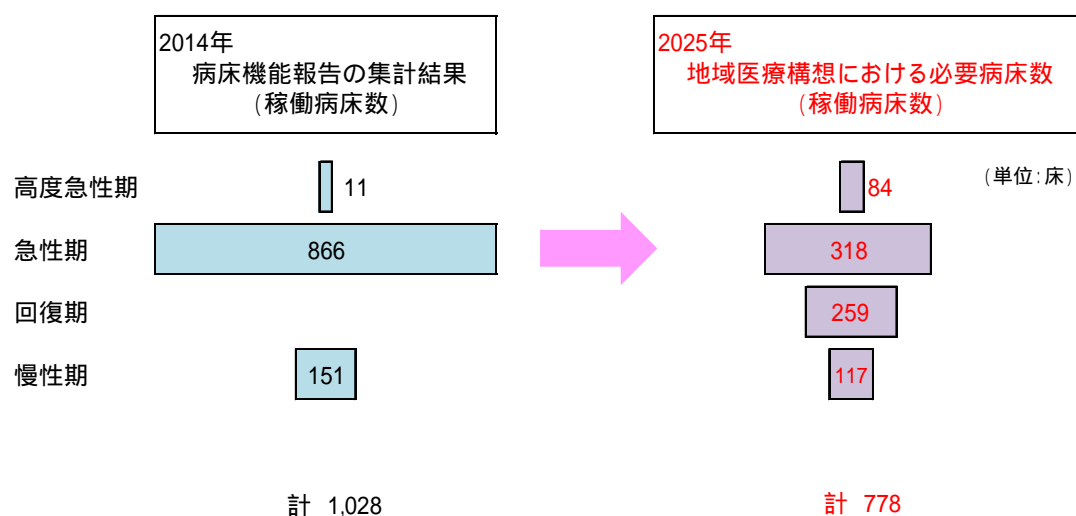
医療機関	病棟	医療機能	許可病床数			入院基本料 ・特定入院料
			一般	療養	計	
富士吉田市立病院	1 3階東病棟	急性期	50		50	一般病棟 7 対 1 入院基本料
	2 3階西病棟	慢性期		50	50	療養病棟入院基本料 1
	3 4階東病棟	急性期	54		54	一般病棟 7 対 1 入院基本料
	4 4階西病棟	急性期	50		50	一般病棟 7 対 1 入院基本料
	5 5階東病棟	急性期	50		50	一般病棟 7 対 1 入院基本料
	6 5階西病棟	急性期	50		50	一般病棟 7 対 1 入院基本料
	計			254	50	304
山梨赤十字病院	1 2階東病棟	急性期	53		53	一般病棟 10 対 1 入院基本料
	2 3階東病棟	急性期	51		51	一般病棟 10 対 1 入院基本料
	3 2階西病棟	急性期	58		58	一般病棟 10 対 1 入院基本料
	4 3階西病棟	急性期	51		51	一般病棟 10 対 1 入院基本料
	5 長期療養型病棟	慢性期		45	45	療養病棟入院基本料 2
	6 HCU	高度急性期	8		8	ハイケアユニット入院医療管理料 1
	7 NICU	高度急性期	3		3	新生児特定集中治療室管理料
計			224	45	269	
大月市立中央病院	1 東 4 階病棟	急性期	42		42	一般病棟 10 対 1 入院基本料
	2 東 3 階病棟	急性期	42		42	一般病棟 10 対 1 入院基本料
	3 南 3 階病棟	慢性期		32	32	療養病棟入院基本料 2
	4 南 2 階病棟	急性期	60		60	一般病棟 10 対 1 入院基本料
計			144	32	176	
都留市立病院	1 北病棟	急性期	30		30	一般病棟 10 対 1 入院基本料
	2 3階病棟	急性期	55		55	一般病棟 10 対 1 入院基本料
	3 4階病棟	急性期	55		55	一般病棟 10 対 1 入院基本料
計			140	0	140	
上野原市立病院	1 2階東病棟	急性期	53		53	一般病棟 10 対 1 入院基本料
	2 3階東病棟	急性期	50		50	一般病棟 10 対 1 入院基本料
	3 3階西病棟	(休床)	32		32	届出なし
計			135	0	135	
ツル虎ノ門外科・リハビリテーション病院	1 3階一般病棟	急性期	49		49	一般病棟 15 対 1 入院基本料
	2 2階療養病棟	慢性期		25	25	療養病棟入院基本料 2
計			49	25	74	
診療所 合計		急性期	68		68	
		慢性期	12		12	
		(未選択)	8		8	
	計			88	0	88
総計			1,034	152	1,186	

(3) 必要病床数等

目指すべき姿

医療機能ごとに、2014年の病床機能報告の集計結果(稼働病床数ベース)と地域医療構想における2025年の必要病床数を比較してみると、以下のようになります。

図表53 病床機能報告と必要病床数(富士・東部)



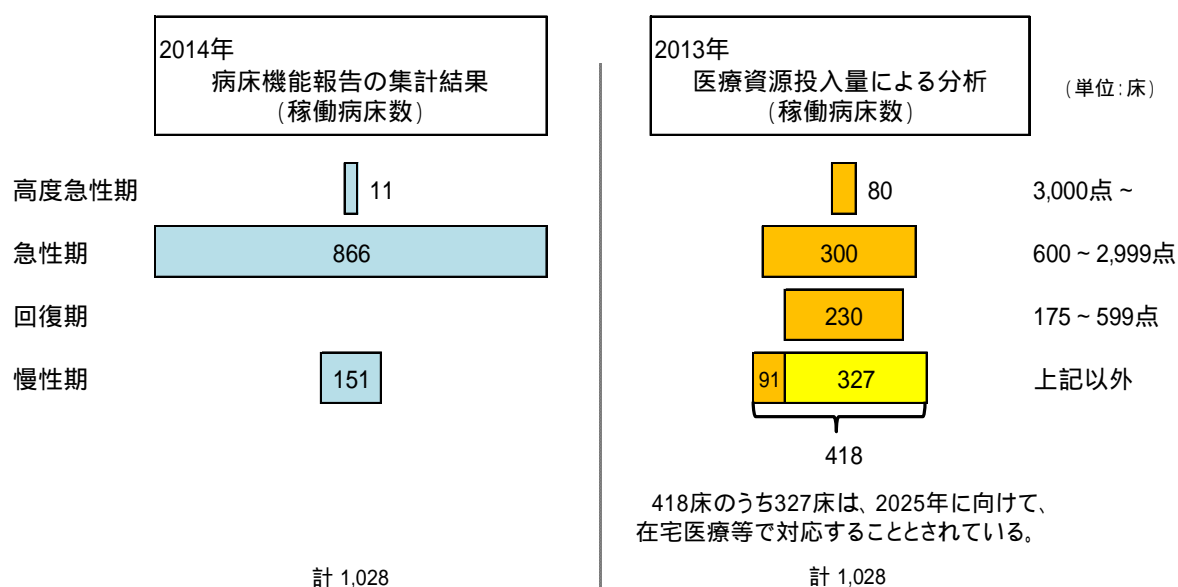
前述したとおり、病床機能報告の集計結果を分析に使用するにあたっては、一定の制約がありますが、その点を踏まえたうえで比較を行うと、全体では250床の減、医療機能別では、高度急性期で73床の増、急性期で548床の減、回復期では259床の増、慢性期で34床の減となっております。

現在の実態

医療機能ごとに、いずれも現在の実態を概ね示している、2014年の病床機能報告の集計結果(稼働病床数ベース)と支援ツールを用いた2013年の医療資源投入量による分析を比較してみると、以下のようになります。

ただし、支援ツールを用いた2013年の医療資源投入量による分析における慢性期については、実際の病床数は把握できず、在宅医療等へ移行すべき分を移行後の病床数しか把握できないため、一定の仮定をおいて算定していることに留意が必要です。

図表54 病床機能報告と医療資源投入量等による分析(富士・東部)



前述のとおり、病床機能報告の数値には正確性を欠く部分があるため、これと支援ツールを用いた2013年の医療資源投入量による分析を比較してみると、一定の乖離があります。

2013年の医療資源投入量による分析において、高度急性期、急性期、回復期の病床数は、既に地域医療構想における2025年の必要病床数に近いものになっています。

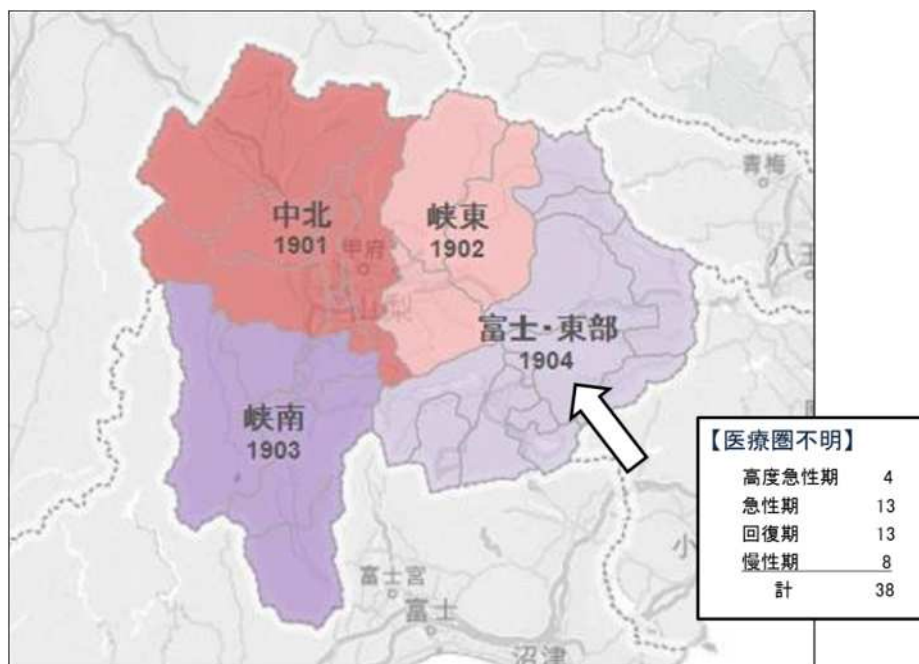
一方、慢性期の病床数については、2013年において418床と推計されますが、このうち、一般病床における医療資源投入量175点未満に相当する病床、療養病床における医療区分1の患者数の70%に相当する分の病床の合計は327床と推計され、これらについては、2025年に向けて、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設などにおいて提供される医療である、在宅医療等に対応することとされているため、今後の課題となります。

2025 年において流入する医療需要

地域医療構想における 2025 年の必要病床数は、以下の流入数を加味したものとなっています。

図表55 医療需要の流入の状況(富士・東部)

(単位:人/日)



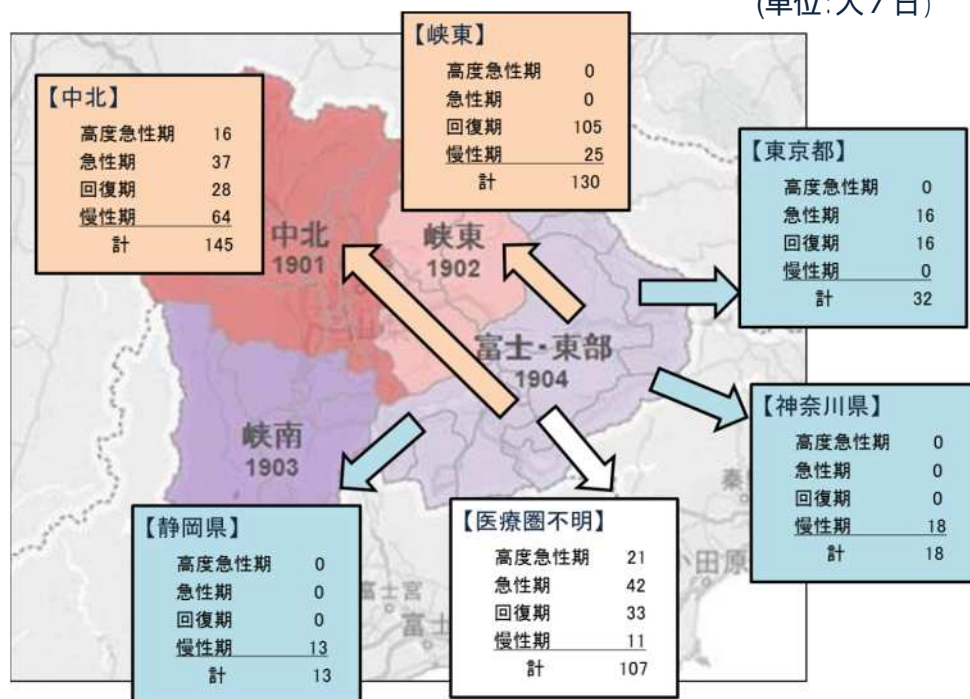
県内、他都県の構想区域からの流入は、ほぼ見込まれておりません。

2025 年において流出する医療需要

地域医療構想における 2025 年の必要病床数は、以下の流出数を加味したものとなっています。

図表 5.6 医療需要の流出の状況(富士・東部)

(単位:人/日)



中北構想区域への流出が 145(人/日)見込まれており、全ての医療機能における流出が見込まれています。

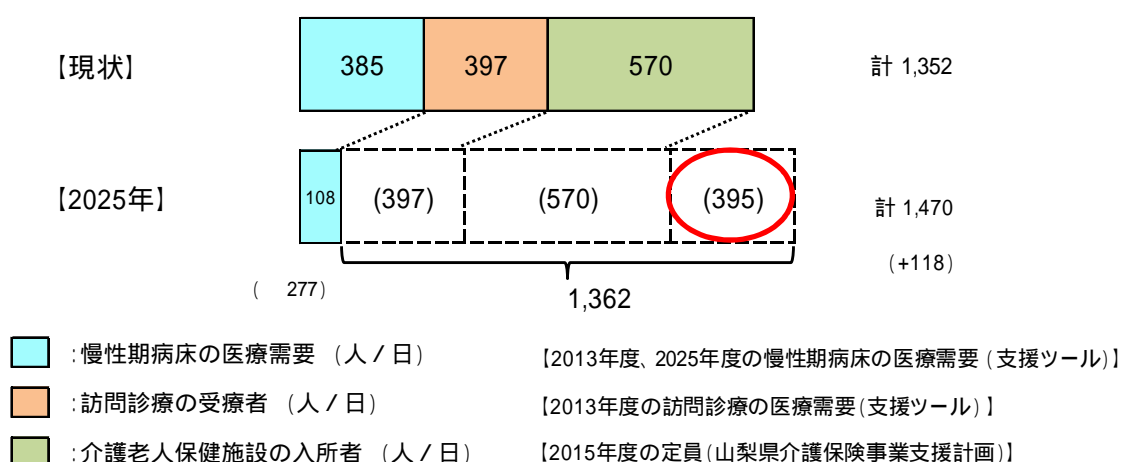
また、峡東構想区域への流出が 130(人/日)見込まれており、そのうち、回復期において 105(人/日)が見込まれています。

他都県との間では、東京都の南多摩医療圏へ急性期において 16(人/日)、回復期において 16(人/日)、神奈川県相模原医療圏へ慢性期において 18(人/日)、静岡県の駿東田方医療圏へ慢性期において 13(人/日)の流出が見込まれています。

今後の慢性期、在宅医療等の方向性

地域医療構想では、一般病床における医療資源投入量 175 点未満に相当する医療需要、療養病床における医療区分1の患者数の70%に相当する医療需要、地域差の解消分に相当する医療需要については、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設などにおいて提供される医療である、在宅医療等に対応することとされていますが、その方向性は以下のとおりです。

図表57 慢性期、在宅医療等の方向性(富士・東部)



現状については、慢性期病床の医療需要は2013年の医療資源投入量による分析で算出した病床数を病床稼働率92%で除して算出し、訪問診療の受療者は支援ツールより算出し、介護老人保健施設の入所者は山梨県介護保険事業支援計画の定員と同様であると仮定して算出しています。

2025年については、慢性期、在宅医療等に対応すべき医療需要1,470(人/日)のうち、慢性期病床における医療需要が108(人/日)と推計され、在宅医療等における医療需要は1,362(人/日)と推計されます。

在宅医療等における医療需要1,362(人/日)のうち、訪問診療の受療者、介護老人保健施設の入所者については現状と同様であると仮定した場合、追加的に在宅医療等での対応が必要になるのは、395(人/日)となり、この部分への対応が今後の課題となります。

なお、この試算は一定の仮定をおいて行ったものであり、あくまでも方向性を示したものととなっております。

第6章 地域医療構想の実現に向けた方向性

1 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、地域医療構想の実現のためには地域保健医療計画を着実に推進していく必要があります。

とりわけ、将来の医療需要の変化に対応した体制を構築するためには、現在の医療資源を最大限に活用するとともに、適切な病床機能の転換等を図っていく必要があります。

特に、慢性期機能については、入院医療のほか、在宅医療、介護も含めて地域全体で支える体制づくりが求められます。

これらのことより、県においては、以下に示す(1)～(3)の方向で施策を推進していく必要があります。

ただし、地域の特性、実情はそれぞれ異なるため、地域医療構想策定後も毎年度、構想区域ごとに開催される地域医療構想調整会議における議論の内容、地域住民のニーズを踏まえながら、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を図っていく必要があります。

なお、以下に示す(1)～(3)に記載する事項については地域医療構想策定時点のものであるため、今後予定されている地域保健医療計画の見直し時などに改めて検討を行い、必要に応じて、平成30年度を始期とする見直し後の地域保健医療計画に記載していきます。また、同時期に見直しを行うこととされている介護保険事業支援計画については、地域医療構想との整合を図っていきます。

施策の実施にあたっては、地域医療介護総合確保基金()を有効に活用することとし、必要な事業については医療介護総合確保促進法に基づく山梨県計画に位置付けていきます。

このため、詳細な事業内容、規模については、県予算、地域医療介護総合確保基金の配分額などを踏まえて決定していくこととなります。

地域医療介護総合確保基金

- ・医療介護総合確保促進法第6条に基づき、都道府県が計画した医療及び介護の総合的な確保に関する目標を達成するために必要な事業に要する経費を支弁するため、消費税増収分を活用して、都道府県に設置する基金。

(1) 病床機能の分化・連携の推進

地域の医療ニーズに対応し、患者が病状に応じて適切な医療を将来にわたり持続的に受けられる体制を構築するため、医療機関の自主的な取り組みと医療機関相互の協議により、病床の機能分化・連携を推進する必要があります。

病床の機能転換等の促進

前述のとおり、病床機能報告における医療機能ごとの病床数と、2025年における医療機能ごとの必要病床数を比較することには一定の留意が必要ですが、2025年において不足が明らかである回復期病床への転換等に伴う施設や設備の整備を重点的に支援します。

周産期医療体制の整備や、がん診療連携拠点病院の機能強化など、地域で不足している医療提供体制の充実を図るための取り組みを支援します。

在宅療養者や療養病床の入院患者の実態、訪問看護ステーションの状況を調査し、円滑に在宅療養への移行が図られるよう、必要な支援を行います。

医療機関間の連携の強化

各医療機関の役割分担の更なる明確化を図り、発症から急性期、回復期を経て在宅に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される地域完結型医療の構築に向けて、病院、医科・歯科診療所、訪問看護ステーション等の連携を強化するための取り組みを支援します。

(2) 在宅医療の充実

県民が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の実施に係る拠点の整備や、医療及び介護の連携体制の確保等に取り組む必要があります。

在宅医療サービスの基盤強化

在宅医療の実施の拠点となる在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションなどに必要な設備の整備等を支援します。

訪問歯科診療提供体制の強化、薬局・薬剤師による在宅医療への対応の強化を支援します。

在宅医療を支える多職種連携の強化

訪問診療を行う医師や訪問看護師をはじめとする医療職、介護サービス従事者など、在宅医療を支える各種専門職の連携体制の構築を支援します。

在宅医療に関する住民への普及啓発

住民の在宅医療についての知識、関心を深めるため、適切な情報提供を行い、意識の醸成に努めます。

(3) 医療従事者の確保・養成

病床機能の分化・連携や在宅医療の充実を推進するためには、これらを支える医療従事者を継続的に確保していくことが不可欠であり、医療従事者の偏在解消を図るほか、人材の養成、就業の促進、勤務環境の改善等に取り組む必要があります。

医師の確保・養成の推進

構想区域ごとの医療需要に対応できるよう、医師不足病院の医師確保支援に取り組むとともに、産科など特に充実する必要のある診療科の支援等を行い、医師の偏在解消に努めます。

看護職員の確保・養成の推進

医療機関等における看護職員不足を解消するため、人材の養成を支援するとともに、離職防止や再就業を促進します。

専門化・多様化する看護ニーズに応えるため、看護職員の資質向上を図り、質の高い看護ケアを提供します。

多様な専門職の確保・養成の推進

チーム医療の推進にあたり、必要に応じて、リハビリテーション関係職、歯科医師、薬剤師など、多様な専門職の確保・養成を支援します。

医療従事者の勤務環境の改善等

医療従事者の負担を軽減し、質の高い医療等を提供する体制を整備するため、各医療機関等が実施する勤務環境改善の取り組みを支援します。

2 推進体制

地域医療構想の実現のためには、2025年に向けて各関係者が継続して取り組んでいく必要があります。

(1) 地域医療構想調整会議の活用

毎年度実施される病床機能報告などにより医療機能の現状を把握し、地域医療構想の進捗状況を確認するとともに、医療機関相互の協議を進め、不足している医療機能への対応などについて具体的な対応策を検討します。

(2) 地域医療介護総合確保基金の活用

医療機関の自主的な取り組みや医療機関相互の協議により進められる対応策を実効性のあるものにするため、基金により必要な財政支援を行っていきます。

資料編

1 医療法施行令(医療審議会に係る部分の抜粋)

(昭和 23.10.27 政令 326)

(都道府県医療審議会)

第 5 条の 16 都道府県医療審議会(以下「審議会」という。)は、委員 30 人以内で組織する。

第 5 条の 17 委員は、医師、歯科医師、薬剤師、医療を受ける立場にある者及び学識経験のある者のうちから、都道府県知事が任命する。

- 2 委員の任期は、2 年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。
- 3 委員は、非常勤とする。

第 5 条の 18 審議会に会長を置く。

- 2 会長は、委員の互選により定める。
- 3 会長は、会務を総理する。
- 4 会長に事故があるときは、委員のうちから互選された者が、その職務を行う。

第 5 条の 19 専門の事項を調査審議させるため必要があるときは、審議会に専門委員 10 人以内を置くことができる。

- 2 専門委員は、学識経験のある者のうちから、都道府県知事が任命する。
- 3 専門委員は、当該専門の事項に関する調査審議が終了したときは、解任されるものとする。
- 4 専門委員は、非常勤とする。

第 5 条の 20 審議会は、会長が招集する。

- 2 審議会は、委員の過半数が出席しなければ、議事を開き、議決を行うことができない。
- 3 議事は、出席した過半数をもって決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

第 5 条の 21 審議会は、その定めるところにより、部会を置くことができる。

- 2 部会に属すべき委員及び専門委員は、会長が指名する。
- 3 部会に部会長を置き、その部会に属する委員の互選により定める。
- 4 審議会は、その定めるところにより、部会の決議をもって審議会の決議とすることができる。
- 5 第 5 条の 18 第 3 項及び第 4 項の規定は、部会長に準用する。

第 5 条の 22 第 5 条の 16 から前条までに定めるもののほか、議事の手続その他審議会の運営に関し必要な事項は、審議会が定める。

2 山梨県医療審議会委員名簿

平成27年5月26日現在

任期 平成26年5月21日～平成28年5月20日

令区分	選出区分	役職名	氏名
医療を提供する立場にある者	医師会	山梨県医師会会長	今井 立史
		山梨県医師会副会長	刑部 利雄
		山梨県医師会副会長	手塚 司朗
		山梨県医師会理事	中澤 良英
	歯科医師会	山梨県歯科医師会会長	井出 公一
		山梨県歯科衛生専門学校長	七沢 久子
	薬剤師会	山梨県薬剤師会会長	幡野 仁
	看護協会	山梨県看護協会会長	藤巻 秀子
	病院等関係者	山梨大学医学部附属病院長	藤井 秀樹
		山梨県民間病院協会会長	功刀 融
		山梨県精神科病院協会会長	山角 駿
		山梨県官公立病院等協議会長	長沼 博文
		山梨県老人保健施設協議会長	横山 宏
		山梨県リハビリテーション病院・施設協議会長	曾根 順子
山梨県訪問看護ステーション連絡協議会長		並木 奈緒美	
医療を受ける立場にある者	山梨県市長会監事	白倉 政司	
	山梨県町村会長	渡邊 凱保	
	山梨県国民健康保険団体連合会理事長	岡部 政幸	
	山梨県社会福祉協議会理事	鷲見 よしみ	
	山梨県交通安全母の会連合会長	池田 春子	
	山梨県連合婦人会長	渡辺 真弓	
学識経験者	山梨大学教授	榎本 信幸	
	山梨県消防長会長	曾雌 芳典	
	弁護士	田中 悟史	
	山梨大学大学院教育学研究科教授	小山 勝弘	
	山梨県立大学看護学部教授	流石 ゆり子	
			26人

3 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)

第3条 検討会に座長を置き、その検討会に属する委員の互選により定める。

2 座長は、会務を総理する。

3 座長に事故あるときは、座長が予め指定した委員が職務を代行する。

(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、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】

平成27年6月20日現在

	所 属	役 職	氏 名
1	山梨県保険者協議会	会長	芦沢 幸彦
2	山梨県医師会	会長	今井 立史
3	山梨県医師会	理事	小俣 二也
4	山梨県民間病院協会	会長	功刀 融
5	山梨県町村会	会長	志村 学
6	山梨県市長会	理事	白倉 政司
7	山梨県立中央病院	院長	土屋 幸治
8	山梨県薬剤師会	副会長	内藤 貴夫
9	山梨県医師会	理事	中澤 良英
10	山梨県官公立病院等協議会	会長	長沼 博文
11	山梨大学医学部附属病院	院長	藤井 秀樹
12	山梨県看護協会	会長	古屋 玉枝
13	山梨県保健所長会	会長	古屋 好美
14	山梨県福祉保健部	参事	堀岡 伸彦
15	山梨県歯科医師会	専務理事	三森 幹夫
16	山梨大学大学院総合研究部	教授	山縣 然太郎
17	山梨県慢性期医療協会	副会長	山崎 弘道

五十音順

4 山梨県地域医療構想調整会議設置要綱

(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について、構想区域における構想の策定及び策定後における将来の病床の必要量を達成するための方策等について検討するため、同法同条の4第13項及び第14項の規定に基づき、構想区域ごと地域医療構想調整会議(以下「調整会議」という。)を設置する。

(構想区域)

第2条 構想区域は、医療法第30条の4第2項第12号に定める区域で、中北医療圏、峡東医療圏、峡南医療圏及び富士・東部医療圏とする。

(組織)

第3条 調整会議は、構想区域ごと別表に掲げる団体及び医療機関等をもって組織する。

(議長)

第4条 調整会議に議長を置き、議長は保健所長が務める。

2 議長は、会務を総理する。

3 議長に事故あるときは、議長が予め指定した者が職務を代行する。

(運営)

第5条 調整会議は、議長が召集する。

2 調整会議は、公開とする。ただし、議長が必要と認める場合は、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6条 調整会議は、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7条 調整会議の庶務は、各保健所において処理する。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、調整会議において定める。

附 則

この要綱は、平成27年10月23日から施行する。

【別表】

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)
<u>地区医師会(3)</u> ・ 甲府市医師会 ・ 中巨摩医師会 ・ 北巨摩医師会 <u>歯科医師会(1)</u> <u>薬剤師会(1)</u> <u>看護協会(1)</u> <u>病院(27)</u> ・ 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 ・ 武川病院 ・ 貢川整形外科病院 ・ 湯村温泉病院 ・ 甲府城南病院 ・ 赤坂台病院 ・ 竜王リハビリテーション病院 ・ 城東病院 ・ 甲府脳神経外科病院 ・ 甲府共立病院 ・ 三枝病院 ・ 恵信甲府病院 ・ 恵信りほく病院 ・ あけぼの医療福祉センター ・ 韮崎市立病院 ・ 市立甲陽病院 ・ 市立塩川病院 ・ 韮崎東ヶ丘病院 ・ 韮崎相互病院 ・ 宮川病院 ・ 巨摩共立病院 ・ 高原病院 ・ 白根徳洲会病院 <u>保険者(1)</u> <u>保健所長</u> 35団体	<u>地区医師会(2)</u> ・ 東山梨医師会 ・ 笛吹市医師会 <u>歯科医師会(1)</u> <u>薬剤師会(1)</u> <u>看護協会(1)</u> <u>病院(13)</u> ・ 市立牧丘病院 ・ 市立勝沼病院 ・ 加納岩総合病院 ・ 山梨厚生病院 ・ 塩山市民病院 ・ 笛吹中央病院 ・ 石和温泉病院 ・ 甲州リハビリテーション病院 ・ 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 ・ 春日居サイバーナイフ・リハビリ病院 ・ 富士温泉病院 <u>保険者(1)</u> <u>保健所長</u> 20団体	<u>地区医師会(2)</u> ・ 西八代郡医師会 ・ 南巨摩郡医師会 <u>歯科医師会(1)</u> <u>薬剤師会(1)</u> <u>看護協会(1)</u> <u>病院(6)</u> ・ 飯富病院 ・ 市川三郷病院 ・ 富士川病院 ・ しもべ病院 ・ 峡南病院 ・ 身延山病院 <u>保険者(1)</u> <u>保健所長</u> 13団体	<u>地区医師会(3)</u> ・ 富士吉田医師会 ・ 都留医師会 ・ 北都留医師会 <u>歯科医師会(1)</u> <u>薬剤師会(1)</u> <u>看護協会(1)</u> <u>病院(6)</u> ・ 富士吉田市立病院 ・ 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 ・ ツル虎ノ門外科・リハビリテーション病院 <u>保険者(1)</u> <u>保健所長</u> 14団体

地域医療構想調整会議は、一般病床、療養病床を有する52病院(公立病院は、市町村及び病院関係者)すべてをメンバーとする。

山梨県地域医療構想(素案)に対する意見

関係団体等からの意見

(1) 寄せられた意見の数 17件 (5団体等)

(2) 寄せられた意見の構想への反映

区 分	件 数
修正加筆等意見反映	0件
記述済み	2件
実施段階検討	10件
反映困難	2件
その他	3件
合 計	17件

パブリックコメント

(1) 寄せられた意見の数 61件 (33人)

(2) 寄せられた意見の構想への反映

区 分	件 数
修正加筆等意見反映	0件
記述済み	0件
実施段階検討	26件
反映困難	14件
その他	21件
合 計	61件

山梨県地域医療構想(素案)に対する関係団体等からの意見

番号	箇所	意見の概要	意見数	地域医療構想への反映状況	
				区分	考え方
1	第1章 総論 3 基本的な考え方	・構想の実現に向けて、地域医療構想調整会議などにおいて、関係団体が建設的な意見を出しやすいよう配慮するとともに、県が主体となって取り組んでいく必要がある。	1	実施段階検討	・医療機関相互の協議が円滑に進むよう、医療機能の現状についてのデータ提供などの取り組みを行って参ります。
2	第4章 2025年の医療需要及び必要病床数等	・2025年における在宅医療等の医療需要8,200(人/日)について、訪問診療受療者数、老健利用者数を仮定とするのではなく、きちんと把握してほしい。	1	反映困難	・訪問診療受療者数については、在宅療養支援診療所などの整備状況、医療従事者の確保の状況の影響を受けるため、現時点で把握することは困難です。 ・また、老健利用者数については、介護保険の保険者である市町村が見込む将来のサービスの必要量や、現在、国において議論されている療養病床の転換先の施設の類型などにもよるため、現時点で把握することは困難です。
3	3 必要病床数、在宅医療等の必要量の推計	・療養病床における医療区分1の患者は、概ね要支援1又は2であるが、今後、この部分は市町村が担っていかなければならないのか。	1	その他	・地域医療構想における在宅医療等とは、介護保険施設等を含めた場所において提供される医療であり、市町村の役割は益々重要になってきますが、地域包括ケアシステムの構築に向け、県と市町村の連携も重要になってくると考えております。
4	第6章 地域医療構想の実現に向けた方向性	・実現に向けた取り組みについて、もう少し具体的な表現にしてほしい。 ・特に、今後、大きな課題となる認知症に対する取り組みについても記載してほしい。	1	実施段階検討	・毎年度、構想区域ごとに開催される、全ての病院などを構成員とする地域医療構想調整会議における議論の内容を踏まえながら、地域の実情に応じた具体的な取り組みを検討して参ります。 ・認知症に対する取り組みについても、検討して参ります。
5		・様々な広報媒体を活用し、将来推計人口、医療機関のかかり方、在宅医療・介護の重要性などについて周知を行い、県民の理解向上に努めてほしい。	1	実施段階検討	・地域医療構想策定後においても、県民への周知に努めていく必要があると考えており、ご意見については今後の取り組みの参考とさせていただきます。
6		・適切な医療機関選択や受療についての周知などの、医療費適正化を視野に入れた取り組みについても検討してほしい。	1	反映困難	・地域医療構想は、将来のあるべき医療提供体制を検討するためのものであり、医療費適正化のためのものではありません。 ・医療費適正化については、県が策定した山梨県医療費適正化計画において、必要な事項が記載されています。
7	1 実現に向けた取り組み	・回復期病床の確保のための方向性を共有できるよう、充足率などの目標や、在宅復帰に向けた医療・リハビリに従事するスタッフの確保についての具体的対応策を示してほしい。	1	実施段階検討	・充足率の目標については、現在、国において、地域医療構想の進捗率を測定する指標について検討しており、今後、その動向を踏まえて対応して参ります。 ・医療・リハビリに従事するスタッフの確保に係る具体的対応策については、現在、国において、医療従事者の需給の見通し、偏在対策等について検討しており、今後、その動向を踏まえて対応して参ります。

山梨県地域医療構想(素案)に対する関係団体等からの意見

番号	箇所	意見の概要	意見数	地域医療構想への反映状況	
				区分	考え方
8		・現状でも在宅サービスが不十分な状況であり、病床が削減されると、更に家族がしわ寄せを受けることになる。	1	その他	<p>・知事には稼働している病床を削減させる権限はなく、地域医療構想は、医療機関の自主的な取り組みや医療機関相互の協議により実現されるものであり、在宅医療の受け皿の整備がされて、結果的に病床が減少していくものです。</p> <p>・医療機関の取り組み状況などを踏まえながら、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、在宅医療の充実など、地域包括ケアシステムの構築に取り組んで参ります。</p>

山梨県地域医療構想(素案)に対する関係団体等からの意見

番号	箇所	意見の概要	意見数	地域医療構想への反映状況	
				区分	考え方
9	第6章 地域医療構想の実現に向けた方向性 1 実現に向けた取り組み	・現状でも特養待機者が多い状況であり、在宅医療等の充実を図るためには、具体的な施策の検討が必要である。	1	実施段階検討	・毎年度、構想区域ごとに開催される、全ての病院などを構成員とする地域医療構想調整会議における議論の内容を踏まえながら、地域の実情に応じた具体的な取り組みを検討して参ります。
10		・住まい、医療、介護、予防、生活支援を一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築に向け、関係機関等への指導など、取り組みを進めてほしい。	2	実施段階検討	・地域包括ケアシステムと地域医療構想は相互に連携するものであり、その構築に向けて取り組んで参ります。
11		・現在でも在宅等からの救急要請が多い状況であり、在宅医療等の需要が増えると、更に救急時の搬送先医療機関との連携などの病院前の救急救護連携が必要になってくるため、連携の強化を支援してほしい。	1	実施段階検討	・ご意見については、救急医療に係る施策の実施や次期山梨県地域保健医療計画の策定の際の参考とさせていただきます。
12		・在宅医療等における医療従事者の確保、地域包括ケアシステム構築のための市町村等との連携についても記載してほしい。	1	記述済み	・「第6章 地域医療構想の実現に向けた方向性」の「1 実現に向けた取り組み」において、「病床機能の分化・連携や在宅医療の充実を推進するためには、これらを支える医療従事者を継続的に確保していくことが不可欠」との記載があります。 ・同様の箇所に、「地域包括ケアシステムの構築を図るため、(中略)医療及び介護の連携体制の確保等に取り組む必要があります」とあり、介護保険の保険者である市町村との連携についての記載があります。
13		・在宅医療を推進していくうえで必要な、介護サービス従事者の確保についても記載してほしい。	1	その他	・具体的な施策は、県が策定した山梨県介護保険事業支援計画に記載されており、引き続き取り組んで参ります。
14		・診療科によっては、山梨大学からの常勤医派遣が困難な状況であり、医師不足を解消すべきである。	1	記述済み	・医療従事者の確保・養成は、医療提供体制の構築のために極めて重要であると認識しており、引き続き取り組んで参ります。 ・現在、国において、医療従事者の需給の見通し、偏在対策等について検討しており、今後、その動向を踏まえて対応して参ります。
15	第6章 地域医療構想の実現に向けた方向性 2 推進体制	・小規模県であるため、構想区域間の連携も視野に入れ、地域医療構想調整会議のほかに、各構想区域のメンバーが継続的に一堂に会して議論する場が必要である。 ・峡南医療センターの将来像として、山梨大学医学部附属病院の第二病院的な形態をイメージするという意見もある。	1	実施段階検討	・医療需要の流出入の状況などを踏まえ、構想区域間の連携は重要であると認識しており、ご意見については今後の取り組みの参考とさせていただきます。
16		・PDCAサイクルが効果的に機能するよう、地域医療構想の進捗状況を確認するための指標等を明確にしてほしい。	1	実施段階検討	・現在、国において、地域医療構想の進捗率を測定する指標について検討しており、今後、その動向を踏まえて対応して参ります。

山梨県地域医療構想(素案)に対するパブリックコメントにおける意見

番号	箇所	意見の概要	意見数	地域医療構想への反映状況	
				区分	考え方
1	4章 2025年の医療需要及び必要病床数等 3 必要病床数、在宅医療等の必要量の推計	・医療費削減が目的で、現実をみていない。経費削減を目指すなら、他にまず手を付けるところがあると思う。医療、福祉、教育などの経費は、簡単に削減すべきではない。もっと時間をかけて、よりよい改革を行ってほしい。	1	反映困難	・地域医療構想は、医療費を削減するためのものではなく、将来のあるべき医療提供体制を検討するためのものです。
2		・これまでの議論が不十分であるため、国に策定の延期を提言し、地域でしっかりと議論を積み上げてほしい。オール山梨で関係者の英知を結集し、よりよい構想にしてほしい。	1	反映困難	・素案の策定にあたっては、医療審議会、地域医療構想策定検討会及び構想区域ごとに設置された地域医療構想調整会議において協議、検討を行うとともに、関係団体及び市町村への意見照会の実施により広くご意見をいただき、反映に努めています。
3		・医師・看護師不足などのため、地域で必要であるにもかかわらず稼働できない病床が多数あるため、一律に稼働していない病床を削減すると、救急医療をはじめとする地域医療が崩壊しかねない。	1	その他	・必要病床数の推計方法は、厚生労働省令で定められているものです。 ・なお、急性期の必要病床数は、病床機能報告の数値と比較すると減少するようにみえますが、参考として算出したレセプトデータの分析結果と比較すると、むしろ増加することになります。
4		・病床削減、病床機能の分化・連携により、病院存続の危機となりかねない。入院できない患者が発生し、たらい回しのような悲劇が起きることを危惧する。	1	その他	・地域医療構想は、将来の地域ごとの医療ニーズを客観的データにより推計するものであり、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にするための方向性を示すものです。 ・知事には稼働している病床を削減させる権限はなく、地域医療構想は、医療機関の自主的な取り組みや医療機関相互の協議により実現されるものです。
5		・2025年の必要病床数は、冬季、インフルエンザ流行期など、医療需要が最大になるときでも対応できるものとなっているのか。	1	その他	・2025年の必要病床数は、2013年度の性・年齢階級別の入院受療率(1日あたり入院患者延べ数/性・年齢階級別の人口)に2025年の性・年齢階級別推計人口の総和を乗じたものを、省令で定められた病床稼働率で除して算定しております。 ・この病床稼働率は、高度急性期では75%、急性期では78%であるなど100%ではないため、余裕を持たせたものとなっています。
6		・急性期病床の減少により、各医療圏の当番制が維持できず、3次救急を担っている県立中央病院へしわ寄せがいき、ここの医療従事者が疲弊して開業などへ流れていくのではないかと。しかも、在宅医療を担うようになる状況ではないだろう。	1	その他	・急性期病床と救急医療は別の概念のものです。 ・地域医療構想では、診療報酬の出来高点数が600点から3,000点までのものを急性期病床としています。一方、救急医療については、緊急性の高い医療であり、3,000点を超える高度な医療、入院の必要がなくその場で帰宅できる場合のような600点未満の医療もあり、必ずしも急性期病床と同等ではなく、受入体制が重要であると捉えています。 ・救急医療の受入が困難となっている主な要因は、医療従事者の不足であると考えられるため、引き続き医療従事者の確保・養成に取り組んで参ります。 ・なお、急性期の必要病床数は、病床機能報告の数値と比較すると減少するようにみえますが、参考として算出したレセプトデータの分析結果と比較すると、むしろ増加することになります。

山梨県地域医療構想(素案)に対するパブリックコメントにおける意見

番号	箇所	意見の概要	意見数	地域医療構想への反映状況	
				区分	考え方
7		<p>・高度急性期、急性期の必要病床数は机上での算出であり、2次、3次救急医療の現場の実感とはかけ離れているため、医療圏ごとのきめ細かな実態調査をもとに、救急を担う病院関係者による綿密な分析と議論を経て算出してほしい。</p>	1	反映困難	<p>・急性期病床と救急医療は別の概念のものです。 ・地域医療構想では、診療報酬の出来高点数が600点から3,000点までのものを急性期病床としています。一方、救急医療については、緊急性の高い医療であり、3,000点を超える高度な医療、入院の必要がなくその場で帰宅できる場合のような600点未満の医療もあり、必ずしも急性期病床と同等ではなく、受入体制が重要であると捉えています。 ・救急医療の受入が困難となっている主な要因は、医療従事者の不足であると考えられるため、引き続き医療従事者の確保・養成に取り組んで参ります。 ・なお、急性期の必要病床数は、病床機能報告の数値と比較すると減少するようにみえますが、参考として算出したレセプトデータの分析結果と比較すると、むしろ増加することになります。</p>
8	4章 2025年の医療需要及び必要病床数等 3 必要病床数、在宅医療等の必要量の推計	<p>・現在でも、救急指定病院は病床確保、救急隊は収容先探しに苦労しているのに、こんなに急性期病床を減らして救急患者の受け入れが可能なのか、救急医療を担っている現場の意見を十分に聞いてほしい。 ・急性期病床では、医療水準確保と安全な医療提供のために7:1看護が不可欠であり、努力して人員体制を整備してきたが、これを一度崩してしまうと再整備には相当の困難を伴う。 ・現在の急性期医療体制を維持・充実させて、地域間格差の解消のために北巨摩、南巨摩、峡東の高度急性期、急性期病床を強化し、医師確保も図り、地域で救急医療が完結できるよう整備していく必要がある。</p>	1	反映困難	<p>・急性期病床と救急医療は別の概念のものです。 ・地域医療構想では、診療報酬の出来高点数が600点から3,000点までのものを急性期病床としています。一方、救急医療については、緊急性の高い医療であり、3,000点を超える高度な医療、入院の必要がなくその場で帰宅できる場合のような600点未満の医療もあり、必ずしも急性期病床と同等ではなく、受入体制が重要であると捉えています。 ・救急医療の受入が困難となっている主な要因は、医療従事者の不足であると考えられるため、引き続き医療従事者の確保・養成に取り組んで参ります。 ・なお、急性期の必要病床数は、病床機能報告の数値と比較すると減少するようにみえますが、参考として算出したレセプトデータの分析結果と比較すると、むしろ増加することになります。</p>
9		<p>・現在でも救急患者の受入病床が不足しているのに、急性期病床を減らしたら救急車のたらい回しなどが起きるのではないかと。</p>	4	その他	<p>・急性期病床と救急医療は別の概念のものです。 ・地域医療構想では、診療報酬の出来高点数が600点から3,000点までのものを急性期病床としています。一方、救急医療については、緊急性の高い医療であり、3,000点を超える高度な医療、入院の必要がなくその場で帰宅できる場合のような600点未満の医療もあり、必ずしも急性期病床と同等ではなく、受入体制が重要であると捉えています。 ・救急医療の受入が困難となっている主な要因は、医療従事者の不足であると考えられるため、引き続き医療従事者の確保・養成に取り組んで参ります。 ・なお、急性期の必要病床数は、病床機能報告の数値と比較すると減少するようにみえますが、参考として算出したレセプトデータの分析結果と比較すると、むしろ増加することになります。</p>

山梨県地域医療構想(素案)に対するパブリックコメントにおける意見

番号	箇所	意見の概要	意見数	地域医療構想への反映状況	
				区分	考え方
10	4章 2025年の医療需要及び必要病床数等 3 必要病床数、在宅医療等の必要量の推計	・現在でも病床不足のため様々な病院と調整しており、これ以上病床が減ると、受診を断ることになりかねない。在宅での医療、看護、介護をもっと充実させてから、構想を策定してほしい。	1	反映困難	・知事には稼働している病床を削減させる権限はなく、地域医療構想は、医療機関の自主的な取り組みや医療機関相互の協議により実現されるものであり、在宅医療の受け皿の整備がされて、結果的に病床が減少していくものです。 ・各医療機関の取り組み状況などを踏まえながら、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、在宅医療の充実など、地域包括ケアシステムの構築に取り組んで参ります。
11		・在宅医療の受け皿がないまま病床が削減されると、行き先のない患者が出てくるので、問題である。	4	その他	・知事には稼働している病床を削減させる権限はなく、地域医療構想は、医療機関の自主的な取り組みや医療機関相互の協議により実現されるものであり、在宅医療の受け皿の整備がされて、結果的に病床が減少していくものです。 ・各医療機関の取り組み状況などを踏まえながら、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、在宅医療の充実など、地域包括ケアシステムの構築に取り組んで参ります。
12		・現在でも特養などの待機者がいるのに、病床が削減されると、家族への負担が増え、働き盛りの年代がリタイア、休職せざるを得ない環境になっていくのではないかと心配する。	1	その他	・知事には稼働している病床を削減させる権限はなく、地域医療構想は、医療機関の自主的な取り組みや医療機関相互の協議により実現されるものであり、在宅医療の受け皿の整備がされて、結果的に病床が減少していくものです。 ・各医療機関の取り組み状況などを踏まえながら、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、在宅医療の充実など、地域包括ケアシステムの構築に取り組んで参ります。
13		・療養病床の減少は、患者、家族に対する思いやりなどの医療の根本が揺るがす考え方であるため、考え直してほしい。	1	反映困難	・知事には稼働している病床を削減させる権限はなく、地域医療構想は、医療機関の自主的な取り組みや医療機関相互の協議により実現されるものであり、在宅医療の受け皿の整備がされて、結果的に病床が減少していくものです。 ・各医療機関の取り組み状況などを踏まえながら、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、在宅医療の充実など、地域包括ケアシステムの構築に取り組んで参ります。
14		・受け皿となる在宅医療の体制整備、介護施設の整備が十分に進んでいるとは思えない。療養病床の減少により、患者と家族は行き場を失う。策定を延期してほしい。	1	反映困難	・知事には稼働している病床を削減させる権限はなく、地域医療構想は、医療機関の自主的な取り組みや医療機関相互の協議により実現されるものであり、在宅医療の受け皿の整備がされて、結果的に病床が減少していくものです。 ・各医療機関の取り組み状況などを踏まえながら、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、在宅医療の充実など、地域包括ケアシステムの構築に取り組んで参ります。 ・介護保険施設等の整備については、介護保険の保険者である市町村が見込む将来のサービスの必要量や、現在、国において議論されている療養病床の転換先の施設の類型などにもよりますが、県として必要な対応を行って参ります。
15	・療養病床の入院受療率の地域差解消について、パターンA～Cのいずれも病床削減を前提に設定されているが、このことを基調に構想が策定されることには反対。	1	反映困難	・必要病床数の推計方法は、厚生労働省令で定められているものです。	

山梨県地域医療構想(素案)に対するパブリックコメントにおける意見

番号	箇所	意見の概要	意見数	地域医療構想への反映状況	
				区分	考え方
16	5章 構想区域ごとの状況 1 中北構想区域 ~ 4 富士・東部構想区域	・公立病院の稼働状況や医師不足により、入院したくてもできない状況があるため、現在の医療資源投入量等による分析結果が2025年の必要病床数に近いとの見解については、数字先行の理由付けのように感じる。	1	その他	・必要病床数の推計方法は、厚生労働省令で定められているものです。 ・医療従事者の確保・養成は、医療提供体制の構築のために極めて重要であると認識しており、引き続き取り組んで参ります。
17	6章 地域医療構想の実現に向けた方向性 1 実現に向けた取り組み	・医療計画における数値目標の達成率が重要であり、そのための施策を推進してほしい。	1	実施段階検討	・数値目標の達成に向け、引き続き施策を推進して参ります。
18		・在宅医療、介護の整備にこれまで以上に力を入れることを期待するが、そのためには、事業計画策定とともに予算をしっかりとつけ、ヒト、モノ、金を集中的に投下することが必要である。	1	実施段階検討	・施策の実施にあたっては、消費税増収分を活用して都道府県に設置された、地域医療介護総合確保基金を有効に活用することとし、必要な事業については医療介護総合確保促進法に基づく山梨県計画に位置付けていきます。
19		・病床を削減するのであれば、施設の確保を含む在宅医療の土台をしっかりと保障する必要がある。地域に責任を押し付けるのではなく、公的責任を明確にしてほしい。	1	その他	・知事には稼働している病床を削減させる権限はなく、地域医療構想は、医療機関の自主的な取り組みや医療機関相互の協議により実現されるものであり、在宅医療の受け皿の整備がされて、結果的に病床が減少していくものです。 ・各医療機関の取り組み状況などを踏まえながら、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、在宅医療の充実など、地域包括ケアシステムの構築に取り組んで参ります。 ・介護保険施設等の整備については、介護保険の保険者である市町村が見込む将来のサービスの必要量や、現在、国において議論されている療養病床の転換先の施設の類型などにもよりますが、県として必要な対応を行って参ります。
20		・病床を削減するのであれば、住み慣れた地域で最後まで安心して暮らせる在宅医療を充実させてほしい。	1	その他	・知事には稼働している病床を削減させる権限はなく、地域医療構想は、医療機関の自主的な取り組みや医療機関相互の協議により実現されるものであり、在宅医療の受け皿の整備がされて、結果的に病床が減少していくものです。 ・各医療機関の取り組み状況などを踏まえながら、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、在宅医療の充実など、地域包括ケアシステムの構築に取り組んで参ります。
21		・現状では、在宅療養する患者を十分に支える仕組みがあるとは思えない。人の命に責任が持てる選択だとは、とても思えない。患者の状況について、数値の分析も必要だが、質もしっかりみて、何が必要かを考えてほしい。	1	実施段階検討	・知事には稼働している病床を削減させる権限はなく、地域医療構想は、医療機関の自主的な取り組みや医療機関相互の協議により実現されるものであり、在宅医療の受け皿の整備がされて、結果的に病床が減少していくものです。 ・各医療機関の取り組み状況などを踏まえながら、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、在宅医療の充実など、地域包括ケアシステムの構築に取り組んで参ります。 ・また、今後、在宅療養者の実態について調査したうえで、必要な施策に取り組んで参ります。

山梨県地域医療構想(素案)に対するパブリックコメントにおける意見

番号	箇所	意見の概要	意見数	地域医療構想への反映状況	
				区分	考え方
22	6章 地域医療構想の実現に向けた方向性 1 実現に向けた取り組み	・在宅医療に従事する医師は、少ないばかりが高齢化している。在宅医療等での対応について、具体的な施策を展望してほしい。	1	実施段階検討	・毎年度、構想区域ごとに開催される、全ての病院などを構成員とする地域医療構想調整会議における議論の内容を踏まえながら、地域の実情に応じた具体的な取り組みを検討して参ります。 ・医療従事者の確保・養成は、医療提供体制の構築のために極めて重要であると認識しており、引き続き取り組んで参ります。
23		・在宅医療の充実についての施策が不明確で、大きな不安を感じる。	1	実施段階検討	・毎年度、構想区域ごとに開催される、全ての病院などを構成員とする地域医療構想調整会議における議論の内容を踏まえながら、地域の実情に応じた具体的な取り組みを検討して参ります。 ・住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の充実に向けて取り組んで参ります。
24		・地域、家庭には介護能力が殆どなく、在宅で介護、終末医療を行うとすれば、膨大な医療・介護職が必要となり、特に、ケアワーカー、ケアマネの確保が必要である。低賃金のため介護職のなり手がいないため、国の責任で賃上げ、人員確保を強力に行う必要がある。	1	実施段階検討	・介護サービス従事者の確保に係る具体的な施策については、県が策定した山梨県介護保険事業支援計画に記載されており、医療従事者の確保とともに引き続き取り組んで参ります。 ・ご意見については、今後の取り組みの参考とさせていただきます。
25		・訪問診療、在宅介護の機能強化とスタッフの確保・養成が必要である。	1	実施段階検討	・医療従事者、介護従事者の確保・養成は、医療提供体制の構築のために極めて重要であると認識しており、引き続き取り組んで参ります。
26		・今後、独居世帯が増加し、病院に雇いたくても雇えず、在宅で誰にも気づかれずに亡くなる人が増加する。市町村の状況を把握したうえで検討してほしい。	1	実施段階検討	・今後、在宅療養者の実態について調査したうえで、必要な施策に取り組んで参ります。
27		・在宅医療、介護施設については、医師の体制、施設整備などの困難な課題を抱えており、十分な体制とは言えない。	2	その他	・医療従事者の確保・養成は、医療提供体制の構築のために極めて重要であると認識しており、引き続き取り組んで参ります。 ・介護保険施設等の整備については、介護保険の保険者である市町村が見込む将来のサービスの必要量や、現在、国において議論されている療養病床の転換先の施設の類型などにもよりますが、県として必要な対応を行って参ります。
28		・在宅医療を支える介護分野においても、要となる看護小規模多機能、定期巡回訪問介護・看護については、まだ圧倒的に事業所数が少なく、市町村と協議・協力し、展望について記載してほしい。	1	実施段階検討	・看護小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護などのサービス事業所は、市部を中心として、整備済み、整備予定の市町村が増加しています。 ・これらのサービス事業所は、在宅医療、介護に重要な役割を果たすことから、市町村に対してその必要性を周知するとともに、財政支援等により整備促進に努めて参ります。

山梨県地域医療構想(素案)に対するパブリックコメントにおける意見

番号	箇所	意見の概要	意見数	地域医療構想への反映状況	
				区分	考え方
29	6章 地域医療構想の実現に向けた方向性 1 実現に向けた取り組み	・現在でも特養待機者が多数存在しており、大幅な介護施設の増設が必要である。自助、共助に任せるのではなく、社会的介護に重点を置いてほしい。	1	実施段階検討	・介護保険施設等の整備については、介護保険の保険者である市町村が見込む将来のサービスの必要量や、現在、国において議論されている療養病床の転換先の施設の類型などにもよりますが、県として必要な対応を行って参ります。 ・国民の共同連帯の理念に基いた介護保険制度の趣旨に則り、引き続き社会的介護を推進して参ります。
30		・独居高齢者は、在宅に戻りたくても戻れず、年金が少ないため介護サービスも必要だけ受けられない。在宅で過ごす困難さをもっと知ってほしい。	1	実施段階検討	・国民の共同連帯の理念に基いた介護保険制度の趣旨に則り、引き続き社会的介護の推進に取り組んで参ります。ご意見については、今後の取り組みの参考とさせていただきます。
31		・少子高齢化の影響で親の介護ができない家庭もある。在宅で介護をする子は、経済活動ができなくなる。	1	その他	・国民の共同連帯の理念に基いた介護保険制度の趣旨に則り、引き続き社会的介護の推進に取り組んで参ります。ご意見については、今後の取り組みの参考とさせていただきます。
32		・介護分野の整備は遅れており、在宅で介護度の高い高齢者を見ることは、一般家庭、特に共働き家庭では困難であり、一定収入のある家庭でしか難しい。 ・在宅で看取るためには、相当な医療、介護の充足が必要であり、医療計画における在宅医療の数値目標程度では達成できないと思われる。	1	その他	・国民の共同連帯の理念に基いた介護保険制度の趣旨に則り、引き続き社会的介護の推進に取り組んで参ります。 ・また、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の充実に向けて取り組んで参ります。
33		・在宅系サービスの提供を増やしても、家族のマンパワーには限界がある。	1	その他	・住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の充実に向けて取り組んで参ります。
34		・在宅医療で対応する人が増加することになるが、訪問看護、デイサービス、県のサービスがどこまで充実するのか、資産を持つ人のみが在宅医療が可能という状況でよいのか。在宅医療を推進するのなら、今からでもサービスの見直しが必要ではないか。	1	実施段階検討	・将来の介護サービスの必要量については、地域の高齢者の実情や介護ニーズ等を勘案し、市町村が見込むものであります。 ・今後、増加が見込まれる在宅介護サービスが適切に提供できるよう、市町村と連携して取り組んで参ります。
35		・医師確保、在宅医療、介護についての目標値、具体的施策を示してほしい。	1	実施段階検討	・目標値については、現在、国において、地域医療構想の進捗率を測定する指標について検討しており、今後、その動向を踏まえて対応して参ります。 ・施策については、毎年度、構想区域ごとに開催される、全ての病院などを構成員とする地域医療構想調整会議における議論の内容を踏まえながら、地域の実情に応じた具体的な取り組みを検討して参ります。
36		・「実現に向けた取り組み」における、県による「支援」の中身についても具体的に記載してほしい。	1	実施段階検討	・毎年度、構想区域ごとに開催される、全ての病院などを構成員とする地域医療構想調整会議における議論の内容を踏まえながら、地域の実情に応じた具体的な取り組みを検討して参ります。

山梨県地域医療構想(素案)に対するパブリックコメントにおける意見

番号	箇所	意見の概要	意見数	地域医療構想への反映状況	
				区分	考え方
37	6章 地域医療構想の実現に向けた方向性 1 実現に向けた取り組み	・肝心の医師確保についての施策が具体的に提示されていない。	1	実施段階検討	・医療従事者の確保・養成は、医療提供体制の構築のために極めて重要であると認識しており、引き続き取り組んで参ります。 ・現在、国において、医療従事者の需給の見通し、偏在対策等について検討しており、今後、その動向を踏まえて対応して参ります。
38		・医師不足が続けば地域の中小病院を中心に当直、日直を担う医師がいなくなり、救急医療をはじめとする地域医療が立ちいかなくなるため、医療機関への支援など、医師確保のための抜本的、具体的な取り組みを強化してほしい。	1	実施段階検討	・医療従事者の確保・養成は、医療提供体制の構築のために極めて重要であると認識しており、引き続き取り組んで参ります。 ・現在、国において、医療従事者の需給の見通し、偏在対策等について検討しており、今後、その動向を踏まえて対応して参ります。
39		・時間外の救急医療を担う医師が不足しており、やむなく救急輪番から撤退する病院が多くなっているため、当直ができる医師を増やす対策が重要である。	1	実施段階検討	・医療従事者の確保・養成は、医療提供体制の構築のために極めて重要であると認識しており、引き続き取り組んで参ります。 ・現在、国において、医療従事者の需給の見通し、偏在対策等について検討しており、今後、その動向を踏まえて対応して参ります。
40		・地域の医師不足により、在宅医療を担う医師の高齢化が著しくなり、また、大病院において地域との連携などに時間を使うことが少なくなっている。 ・臨床研修医制度は、地域の病院への医師配置を困難にしているため、再考の余地がある。このような状況であるため、地域での在宅医療は困難。	1	実施段階検討	・医療従事者の確保・養成は、医療提供体制の構築のために極めて重要であると認識しており、引き続き取り組んで参ります。 ・現在、国において、医療従事者の需給の見通し、偏在対策等について検討しており、今後、その動向を踏まえて対応して参ります。
41		・医師確保に関する施策を実施してほしい。山梨大学から不足する夜間救急の当直医を派遣してもらう仕組みをつくってほしい。山梨大学に地域医療を担う医師を養成する枠をつくってほしい。	1	実施段階検討	・医療従事者の確保・養成は、医療提供体制の構築のために極めて重要であると認識しており、引き続き取り組んで参ります。 ・現在、国において、医療従事者の需給の見通し、偏在対策等について検討しており、今後、その動向を踏まえて対応して参ります。
42	6章 地域医療構想の実現に向けた方向性 2 推進体制	・医師、患者、住民の目線で医療機関、行政等と一緒に考えていく必要があるため、そのためのシステムを構築してほしい。	1	実施段階検討	・地域医療構想の実現に向け、各関係者が継続して取り組んでいく必要があるため、地域医療構想調整会議などを活用し協議を行って参ります。
43		・医療と介護の一体的な検討のため、地域医療構想調整会議に介護関係の委員を加えてほしい。	1	実施段階検討	・ご意見については、今後の取り組みの参考とさせていただきます。
44	その他	・現在でも必要な人が入院できない状況があるが、病院がいつでも県民を守ってくれることが大切である。	1	実施段階検討	・病床のみならず在宅等での対応を含め、患者の状態に応じた適切な医療を切れ目なく提供できる体制の構築に向けて、取り組んで参ります。

山梨県地域医療構想(素案)に対するパブリックコメントにおける意見

番号	箇所	意見の概要	意見数	地域医療構想への反映状況	
				区分	考え方
45	その他	・地域で必要なものは何か、どうしたら医療・介護を守れるのかという視点で策定するべきであり、十分な議論のないままの策定には反対。	1	反映困難	・地域医療構想は、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を整備するという視点で策定されるものであります。 ・素案の策定にあたっては、医療審議会、地域医療構想策定検討会及び構想区域ごとに設置された地域医療構想調整会議において協議、検討を行うとともに、関係団体及び市町村への意見照会の実施により広くご意見をいただき、反映に努めています。
46		・県民の間や議会で大いに議論し、専門家の力を借りて研究を進めていく必要があり、策定を延期してほしい。	1	反映困難	・素案の策定にあたっては、医療審議会、地域医療構想策定検討会及び構想区域ごとに設置された地域医療構想調整会議において協議、検討を行うとともに、関係団体及び市町村への意見照会の実施により広くご意見をいただき、反映に努めています。 ・医療審議会、地域医療構想策定検討会においては、学識経験者が委員に就任しており、必要な助言をいただいております。
47		・様々なマスメディアを使って、構想を県民に知らせる努力をしてほしい。わかりやすく説明し、広く意見を求めてほしい。	1	実施段階検討	・素案の策定にあたっては、医療審議会、地域医療構想策定検討会及び構想区域ごとに設置された地域医療構想調整会議において協議、検討を行うとともに、関係団体及び市町村への意見照会の実施により広くご意見をいただき、反映に努めています。
48		・成人の夜間休日の1次救急について、甲府市の小児初期救急医療センターのように医療圏ごとに医師会立などで夜間休日診療所を設置することを検討してほしい。病床削減後に病床を効率的に活用するためには、初期診療を一元化することが有効である。	1	実施段階検討	・初期救急医療の提供に関しては、地域の実情に応じた方策の検討が必要であるため、市町村が事業主体となっております。 ・ご意見については、救急医療に係る施策の実施や次期地域保健医療計画策定の際の参考とさせていただきます。
49		・小児以外の1次救急を充実するために、もっと人件費をつけてほしい。	1	実施段階検討	・初期救急医療の提供に関しては、地域の実情に応じた方策の検討が必要であるため、市町村が事業主体となっております。 ・ご意見については、救急医療に係る施策の実施や次期地域保健医療計画策定の際の参考とさせていただきます。
50		・従来の病院完結型では発生しなかった、病院移動に伴う移送業者への患者負担が生じるため、診療報酬からの支払い、公費の援助を検討してほしい。	1	反映困難	・現状では、負担の発生状況が不明であるため、対応は困難であります。
51		・今回の診療報酬改定で連携パスの部分が削減されたが、せっかく定着してきたのに医療機関間の連携が消失してしまうので、県の事業として継続してほしい。	1	反映困難	・毎年度、構想区域ごとに開催される、全ての病院などを構成員とする地域医療構想調整会議における議論の内容を踏まえながら、取り組みについて検討いたします。

山梨県地域医療構想(素案)に対するパブリックコメントにおける意見

番号	箇所	意見の概要	意見数	地域医療構想への反映状況	
				区分	考え方
52	その他	・不要不急な救急車の出動回数を減らすため、「選択的尊厳死」の制定を政府に働きかけてほしい。認知症になる前は本人の申告、なった後は家族の同意をもとに実施できるようにしていく必要がある。そうでないと、病床不足、救急などへの対応ができなくなる。	1	反映困難	・ご意見については、今後の取り組みの参考とさせていただきますが、十分な議論が必要な事項であると考えられます。
53		・医療保険制度を圧迫している慢性期患者について、保険制度から除外し、福祉事業直轄の費用分担としてほしい。 ・医療費が軽微な段階で健康保持を図るようするため、初診料を低額または皆無にし、予防を医療行為に含めて、初期対応を充実してほしい。	1	反映困難	・診療報酬に関わる事項であるため、国における議論が必要であると考えられます。
54		・医療・介護の未来を考えるためには、高齢社会で問題になる孤立、貧困についての現状分析、対策の検討が必要である。	1	実施段階検討	・地域医療構想は、将来のあるべき医療提供体制を検討するためのものですが、高齢者における孤立、貧困の問題は重要な課題であるため、ご意見については今後の取り組みの参考とさせていただきます。

山梨県地域保健医療計画への追加記載について (在宅療養支援診療所等の病床設置)

【概要】

『届出により一般病床を設置した診療所』に「医療法人雙寿会ことぶき診療所」(富士・東部医療圏)を追加記載。

【以下、山梨県地域保健医療計画 33p抜粋】

診療所における一般病床の設置

診療所の一般病床については、平成19年から病院の病床と同様、既存病床数に算定されることとなったため、原則として基準病床数の範囲内でのみ設置が可能になっています。

しかし、医療法第7条第3項及び同法施行規則第1条の14第7項第1号から第3号までに該当するものとして医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所については、許可ではなく届出により一般病床を設置することができます。

届出により一般病床が設置できる診療所は、次のとおりですが、届出があった直後の医療審議会へ報告後、医療計画へ追加記載することとします。

- (1) 在宅療養支援診療所等、地域において必要とされる在宅医療の機能を有する診療所
- (2) へき地に設置される診療所
へき地 「無医地区」又は「無医地区に準じる地区」
- (3) 小児医療、周産期医療等地域において良質かつ適切な医療が提供されるために特に必要な診療所

【届出により一般病床を設置した診療所】

医療圏	診療所名	所在地	病床数
中北	産科婦人科清水クリニック	甲府市向町 450-5	11床
中北	今井整形外科医院	甲府市上阿原町 1151	15床
富士・東部	医療法人雙寿会ことぶき診療所	富士吉田市上暮地 5-8 - 16	19床

ことぶき診療所の病床の内訳：14床（在宅医療）、5床（小児医療）

医療法人の設立認可等の状況について

平成27年度 医療法人設立認可状況

理事長 氏名	法人の名称 及び所在地	開設しようとする診療所			会計年度	設立当初の 役員数	認可年月日
		名称	診療科目	病床			
1 しづや たかし 澁谷 貴	医療法人 コール 南巨摩郡富士川町青柳町 989番地1	しづや眼科	眼科	0	8月1日 ～ 7月31日	理事長 1 理事 2 監事 1	平成27年 8月5日
2 なかむら みちあき 中村 道明	医療法人 道葉会 中巨摩郡昭和町河西211番地2 常永土地区画整理地内44街区11区画	中村眼科	眼科	0	7月1日 ～ 6月30日	理事長 1 理事 2 監事 1	平成27年 8月5日
3 やぶさき のぼる 藪崎 昇	医療法人 昇裕会 甲府市下石田2丁目16-6	やぶさき泌尿器 クリニック	泌尿器科	0	9月1日 ～ 8月31日	理事長 1 理事 2 監事 1	平成28年 1月4日
4 まつざき ぜんせい 松崎 全成	医療法人 まつざきクリニック 南アルプス市下宮地624	まつざきクリニック	耳鼻咽喉科 アレルギー科	0	6月1日 ～ 5月31日	理事長 1 理事 2 監事 1	平成28年 1月4日
5 おだ ひとし 小田 均	医療法人 仁慈会 上野原市コモアしおつ3丁目20-12	小田歯科医院	歯科 小児歯科	0	1月1日 ～ 12月31日	理事長 1 理事 6 監事 1	平成28年 1月4日

(参考)

平成27年4月1日現在の医療法人数		平成28年4月1日現在	
医科	198 法人 (うち一人医師医療法人 157法人)	202	(161)
歯科	37 法人 (うち一人医師医療法人 33法人)	38	(34)
計	235 法人 (うち一人医師医療法人 190法人)	240	(195)