

令和6年度山梨県地域医療構想調整会議 (富士・東部構想区域)

日 時 令和7年2月26日(水)
午後4時00分～5時00分
場 所 富士吉田合同庁舎 2階 大会議室

次 第

1 開 会

2 富士・東部保健所長あいさつ

3 議 題

(1) 報告事項

- ・ R5 病床機能報告の結果について 資料○
- ・ 「新たな地域医療構想」の策定について 資料○

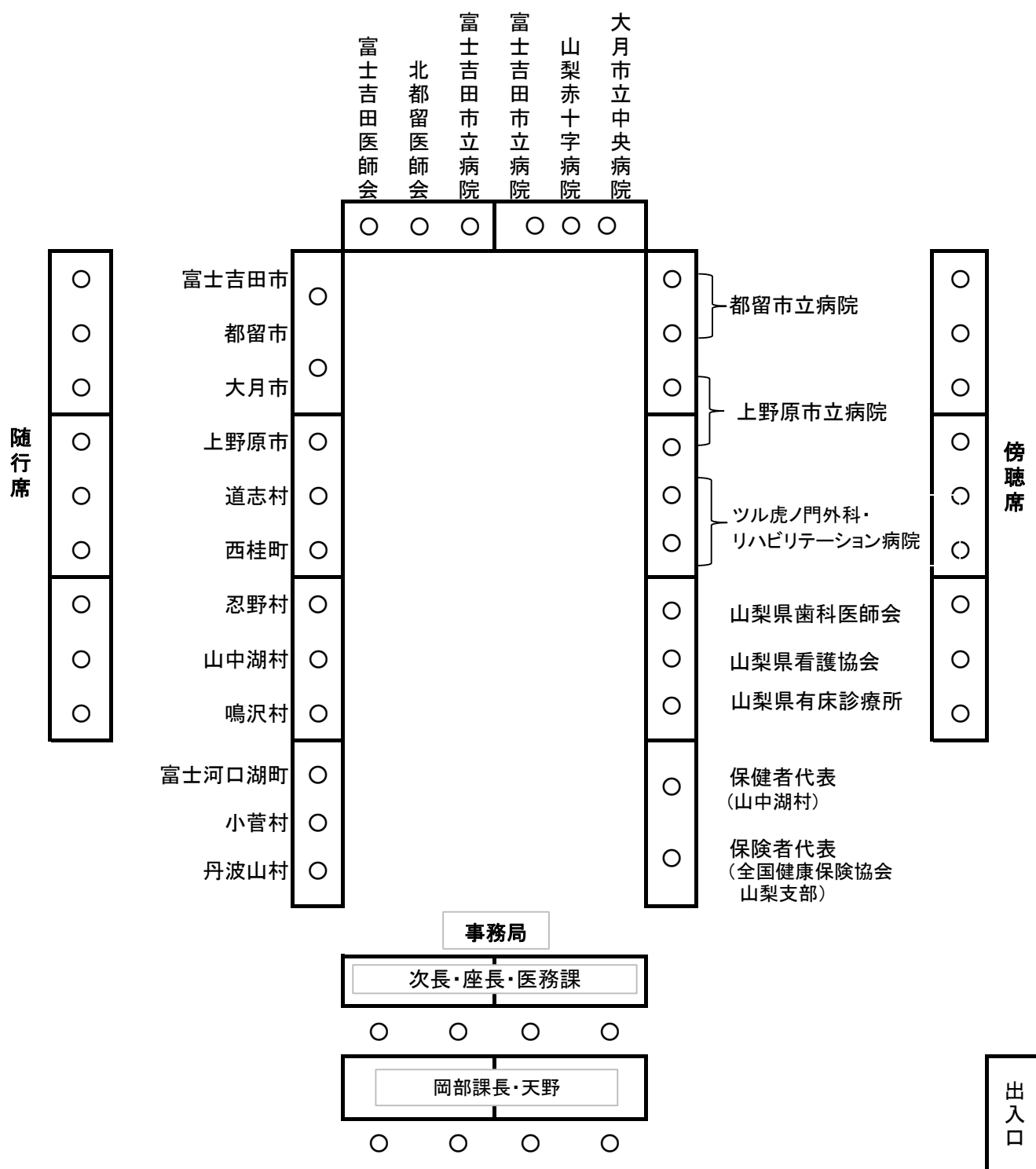
(2) 協議事項

- ・ 病床機能再編支援事業給付金に係る単独
病床機能再編計画書について 資料○
- ・ 紹介受信重点医療機関について 資料○

(3) その他

4 閉 会

令和6年度山梨県地域医療構想調整会議(富士・東部構想区域) 座席表



病床が担う医療機能について

毎年の病床機能報告においては、各医療機関のご判断で、病棟ごとに病床が担う医療機能を下記4つの中から1つ選択し、ご報告いただいております。

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、診療密度が特に高い医療を提供する機能 【高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例】 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室など、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
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腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

病床機能別の集計結果の概要

(単位:床)

構想区域	医療機能	平成26年 (2014年) (7月1日現在)	令和4年 (2022年) (7月1日現在)	令和5年 (2023年) (7月1日現在)	増減 C-B	令和7年 (2025年)	増減 D-C
		病床機能報告 (稼働病床数) A	病床機能報告 (最大使用病床数) B	病床機能報告 (最大使用病床数) C		地域医療構想 における 必要病床数 D	
中北	高度急性期	1,167	736	704	△ 32	403	301
	急性期	1,962	1,753	1,771	18	1,353	418
	回復期	263	777	690	△ 87	1,227	△ 537
	慢性期	1,486	1,312	1,296	△ 16	1,161	135
	計	4,878	4,578	4,461	△ 117	4,144	317
峡東	高度急性期	0	0	0	0	48	△ 48
	急性期	776	503	498	△ 5	279	219
	回復期	639	876	872	△ 4	978	△ 106
	慢性期	587	363	341	△ 22	419	△ 78
	計	2,002	1,742	1,711	△ 31	1,724	△ 13
峡南	高度急性期	0	0	0	0	0	0
	急性期	310	251	314	63	78	236
	回復期	26	35	0	△ 35	102	△ 102
	慢性期	124	136	105	△ 31	83	22
	計	460	422	419	△ 3	263	156
富士・東部	高度急性期	11	14	14	0	84	△ 70
	急性期	866	611	624	13	318	306
	回復期	0	179	188	9	259	△ 71
	慢性期	151	81	76	△ 5	117	△ 41
	計	1,028	885	902	17	778	124
総計	高度急性期	1,178	750	718	△ 32	535	183
	急性期	3,914	3,118	3,207	89	2,028	1,179
	回復期	928	1,867	1,750	△ 117	2,566	△ 816
	慢性期	2,348	1,892	1,818	△ 74	1,780	38
	計	8,368	7,627	7,493	△ 134	6,909	584

これまでの主な議論（新たな地域医療構想の基本的な方向性（案））

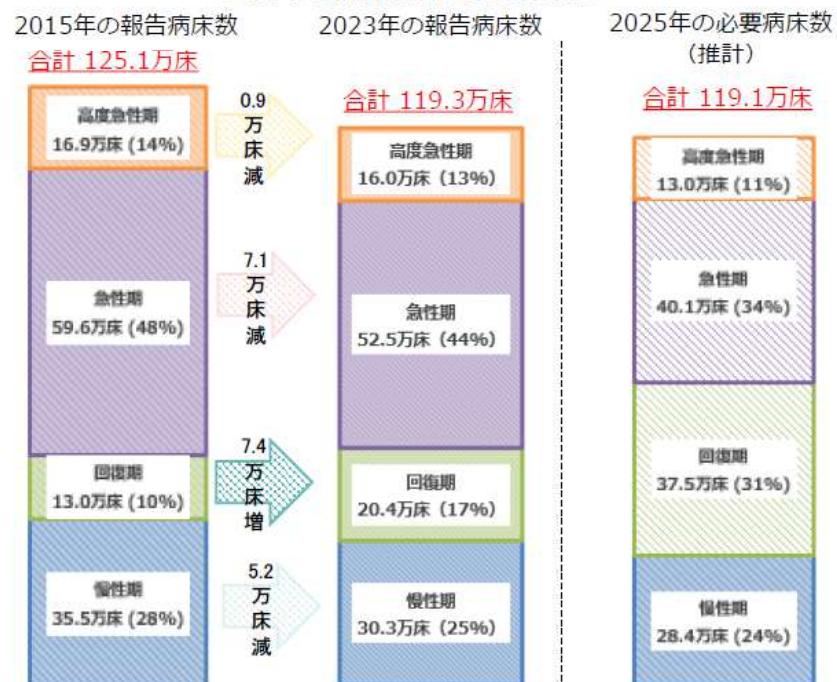
現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

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

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

<全国の報告病床数と必要病床数>



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

新たな地域医療構想

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

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

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

<新たな地域医療構想における基本的な方向性>

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

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

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

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

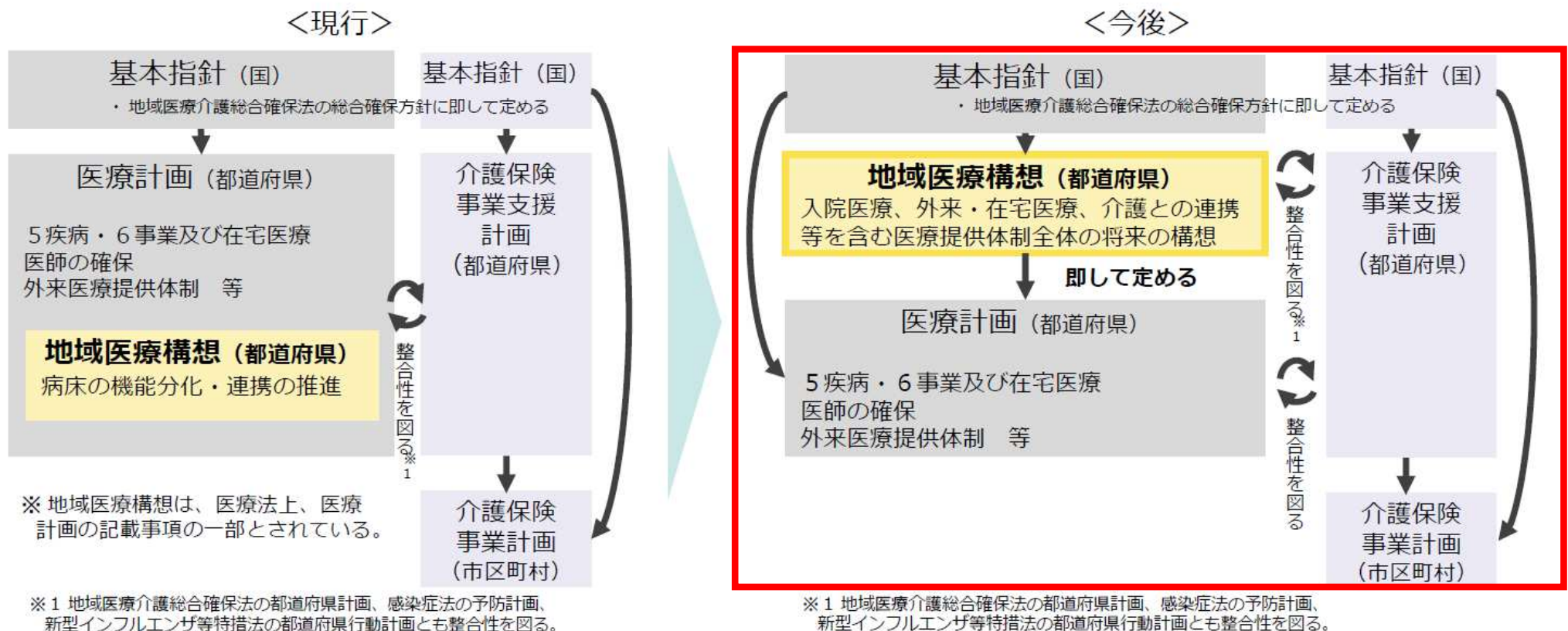
限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

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

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

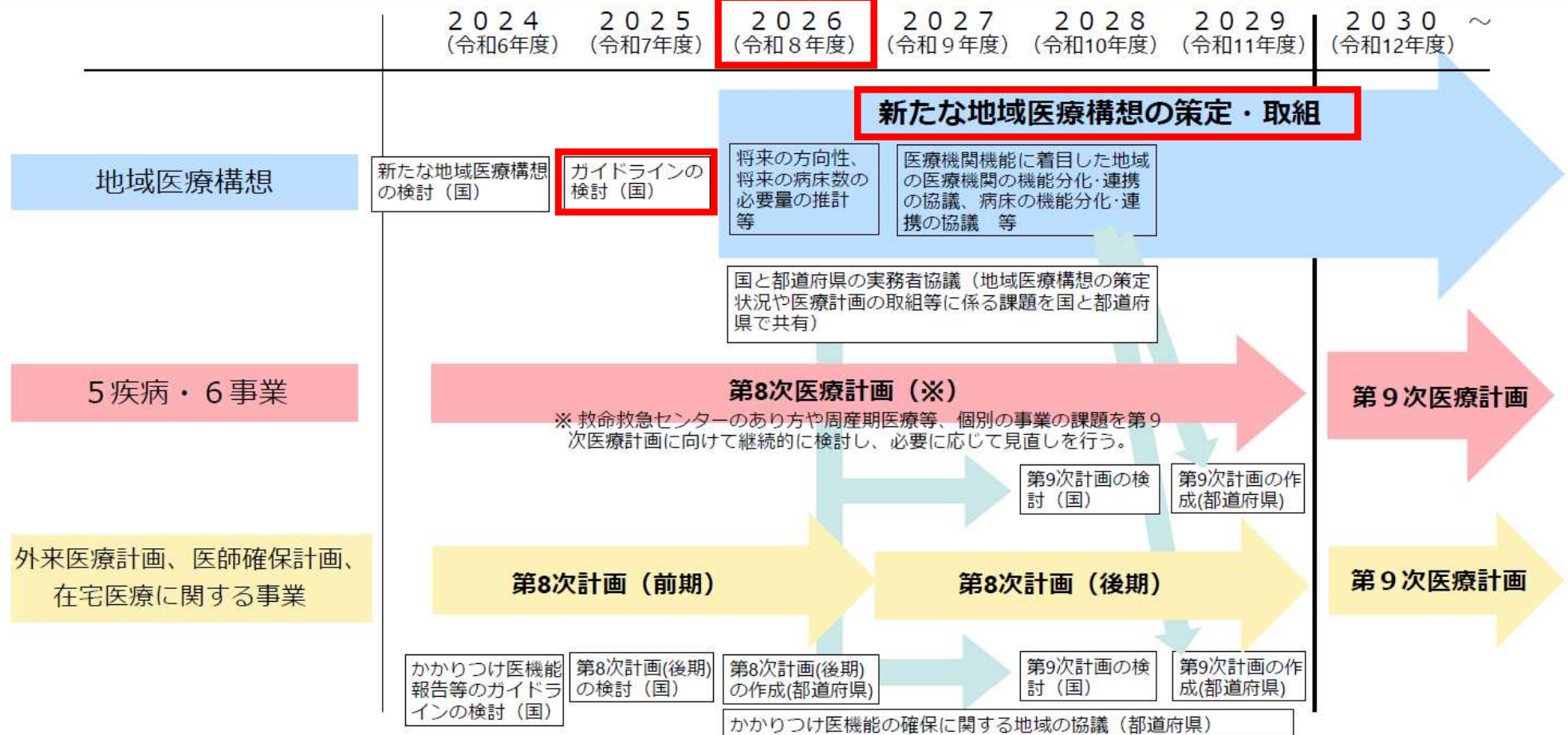
新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理（案）

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



新たな地域医療構想と医療計画の進め方（案）

- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



新たな地域医療構想の記載事項（案）

- 現行の地域医療構想は将来の病床数の必要量、病床の機能分化・連携の推進に関する取組等を定めるものであるが、新たな地域医療構想においては、これらに加えて、地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性、将来の医療機関機能の確保のあり方、医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組等を定めることとしてはどうか。

※ 具体的な記載内容等はガイドラインで検討

現行の地域医療構想の主な記載事項

- 構想区域における将来の病床数の必要量
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- 病床機能の情報提供の推進

新たな地域医療構想の主な記載事項（案）

- 地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性
 - ※ 入院医療、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保等を含む医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性
- 構想区域における将来の医療機関機能の確保のあり方
- 構想区域における将来の病床数の必要量
- 地域医療構想の達成に向けた医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組
- 地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化・連携の推進に関する取組
- 医療機関機能の情報提供の推進
- 病床機能の情報提供の推進
- ※ 具体的な記載内容等はガイドラインで検討

※ 医療計画において、新たな地域医療構想に即して、5 疾病・6 事業及び在宅医療、医師確保、外来医療等に関する具体的な取組を定める。

※ 新たな地域医療構想においても、介護保険事業支援計画等の関係する計画との整合性を図る。

病床機能について（案）②

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 現行制度では、既存病床数が基準病床数を下回る場合は、将来の病床数の必要量を上回っても、基準病床数まで増床が可能である。基準病床数制度と地域医療構想の整合性を確保し、基準病床数制度による効率的な病床整備を図ることが重要である。このため、新たな地域医療構想の実現に向けて、原則6年ごとに策定する医療計画の基準病床数について、連携・再編・集約化を通じた効率的な病床整備を念頭に置いて設定するものとし、基準病床数の算定においては、将来の病床数の必要量を上限とすることとしてはどうか。その際、地域の実情に応じて、医療機関の再編・集約化に伴い必要な場合や、地域の医療機関が果たせない機能を提供する場合等には、特例措置により都道府県は増床等の許可を行うことができることとしてはどうか。（再掲）
- 将来の病床数の必要量の推計については、合計の病床数を上記の基準病床数の設定に活用することとし、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表毎に）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	• 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 • 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 • 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	• 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 • 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- 医育及び広域診療機能
 - ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

新たな地域医療構想において精神医療を位置付ける場合の課題等に関する 検討プロジェクトチーム 取りまとめ概要

新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

○ 以下の観点から、新たな地域医療構想に精神医療を位置付けることが適当。

- 新たな地域医療構想においては、2040年頃を見据え、入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の地域医療構想とする方向で検討を進めている。

→ 地域の医療提供体制全体の中には、精神医療も含めて考えることが適当

- 新たな地域医療構想において精神医療を位置付けることにより、以下の意義が考えられる。

- ・ 2040年頃の精神病床数の必要量を推計 → 中長期的な精神医療の需要に基づく精神医療体制の推進
- ・ 病床機能報告の対象に精神病床を追加 → データに基づく協議・検討が可能
- ・ 精神医療に関する協議の場の開催や一般医療に関する協議の場への精神医療関係者の参画
→ 身体疾患に対する医療と精神疾患に対する医療の双方を必要とする患者への対応等における精神医療と一般医療との連携等の推進
- ・ 地域医療構想の実現に向けた財政支援、都道府県の権限行使 → 精神病床等の適正化・機能分化の推進

○ 新たな地域医療構想に精神医療を位置付けた場合の具体的な内容※は、法律改正後に施行に向けて、必要な関係者で議論する必要がある、精神医療に係る施行には十分な期間を設けることが必要。

※ 病床数の必要量の推計方法、精神病床の機能区分、病床機能報告の報告事項、精神医療の構想区域・協議の場の範囲・参加者、精神科医療機関の医療機関機能等

「新たな地域医療構想」に関するとりまとめ概要について

R6.12.18「新たな地域医療構想に関する検討会とりまとめ概要」

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① **病床機能**
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② **医療機関機能報告** (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ **構想区域・協議の場**
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① **医療機関機能の確保** (実態に合わない報告見直しの求め) |
- ② **基準病床数と必要病床数の整合性の確保等**
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

病床機能再編支援事業給付金に係る単独病床機能再編計画書について

1 事業概要

令和 3 年 5 月 28 日に、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和 3 年法律第 49 号）が公布・一部施行され、厚生労働省において「病床機能再編支援事業」が創設された。

地域医療構想に基づき、以下に掲げる事業を行う県内医療機関に対し給付金を支給することにより、地域医療構想の実現に向けた取組を支援する。

2 対象事業者

①単独支援給付金

平成30年7月1日時点の機能について、高度急性期機能、急性期機能、及び慢性期機能（以下「対象 3 区分」）を選択した病棟の稼働病床数を報告し、いずれかの病床を削減する医療機関

支給要件

- ① 地域医療構想を実現するため、病床削減の対象病院等について、病床の機能分化・連携に必要な病床数の削減を行うものであるという、地域医療構想調整会議の議論の内容及び都道府県医療審議会の意見を踏まえ、都道府県が必要と認めたもの。
- ② 病床削減病院等における**病床削減後の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における稼働病床数の90%以下**であること。
- ③ 同一年度内に病床削減支援給付金の支給を受けていないこと。
- ④ 同一年度内に病床削減病院等の開設者が、同じ構想区域内で開設する病院を増床していないこと。

②統合支援給付金

複数の医療機関が、地域の関係者間の合意の上、地域医療構想に即した病床機能再編を実施し統合する（統合関係医療機関のうち 1 以上の病院が廃止（有床診療所化又は無床診療所化も含む。）となる）場合、当該統合に参加する医療機関

③債務整理支援給付金

地域医療構想に即した病床削減を実施し統合する複数の医療機関のうち、統合によって廃止となる医療機関の未返済の債務を返済するために金融機関から新たに融資を受けた統合後に存続する医療機関



- ・今回、都留市立病院から「病床機能再編支援事業給付金交付要綱（令和 4 年 3 月 3 日施行）」第 3 条（1）アにより病床機能再編に関する計画（以下「単独病床機能再編計画」という。）が作成された。
- ・同要綱第 3 条（1）エにより「単独病床機能再編計画」を地域医療構想調整会議において協議し、令和 7 年 3 月に実施予定の医療審議会での意見も踏まえ、地域医療構想の実現に向けて必要な取り組みであると認められる場合には、給付金の支給要件を満たすものとする。

病床機能再編支援事業給付金交付要綱

(趣旨)

第1条 知事は、地域医療構想（医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）第30条の4第2項第7号に規定する「地域医療構想」をいう。以下同じ。）の実現に向けた取組を支援することを目的として、医療機関（病院又は診療所であって療養病床（法第7条第2項第4号に規定する病床をいう。）又は一般病床（同項第5号に規定する病床をいう。）を有するものをいう。以下同じ。）の病床機能再編に対し、予算の範囲内で給付金を交付するものとし、その交付に関しては、次の各号に定めるもののほか、この要綱に定めるところによる。

- (1) 山梨県補助金等交付規則（昭和38年山梨県規則第25号。以下「規則」という。）
- (2) 地域医療介護総合確保基金管理運営要領（令和3年11月4日医政発1104第1号、老発1104第1号及び保発1104第1号厚生労働省医政局長、老健局長及び保険局長通知「医療介護提供体制改革推進交付金、地域医療対策支援臨時特例交付金及び地域介護対策支援臨時特例交付金の運営について」別紙4）

(給付金の種類)

第2条 給付金の種類は、次のとおりとする。

- (1) 単独支援給付金（医療機関が、地域の関係者間の合意の上、地域医療構想に即した病床機能再編を実施する場合、減少する病床数に応じて支給するものをいう。以下同じ。）
- (2) 統合支援給付金（複数の医療機関が、地域の関係者間の合意の上、地域医療構想に即した病床機能再編を実施し統合する場合、当該統合に参加する医療機関に支給するものをいう。以下同じ。）
- (3) 債務整理支援給付金（複数の医療機関が、地域の関係者間の合意の上、地域医療構想に即した病床機能再編を実施し統合する場合、当該統合によって廃止となる医療機関の未返済の債務を、統合後に存続する医療機関が新たに融資を受けて返済する際の、当該融資に係る利子の全部又は一部に相当する額を支給するものをいう。以下同じ。）

(対象となる要件)

第3条 給付金の支給要件は、次のとおりとする。

- (1) 単独支援給付金にあつては、次のアからエまでに掲げる要件を満たすものであること。
 - ア 平成30年度病床機能報告（法第30条の13第1項に基づく報告をいう。以下同じ。）において、平成30年7月1日時点の病床機能について、高度急性期機能、急性期機能及び慢性期機能（以下「対象3区分」という。）と報告した病床数の減少を伴う病床機能再編に関する計画（以下「単独病床機能再編計画」という。）を作成すること。
 - イ 医療機関における病床機能再編後の対象3区分の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における対象3区分として報告された稼働病床数の合計の90パーセント以下であること。

ウ 自己破産や開設者死亡による廃院等でないこと。

エ 単独病床機能再編計画について、地域医療構想調整会議（法第30条の14第1項に規定する「協議の場」をいう。以下同じ。）の議論の内容及び山梨県医療審議会（法第72条第1項に規定するものをいう。以下同じ。）の意見を踏まえ、地域医療構想の実現に向けて必要な取り組みであると認められるものであること。

（2）統合支援給付金にあっては、次のアからカまでに掲げる要件を満たすものであること。

ア 平成30年度病床機能報告において、平成30年7月1日時点の病床機能について対象3区分と報告した病床数の減少を伴う統合計画に参加する医療機関（以下「統合関係医療機関」という。）であること。

イ 統合関係医療機関のうち、1以上の病院が廃止（有床診療所化又は無床診療所化を含む。）となること。

ウ 統合後、統合関係医療機関のうち1以上の医療機関が運営されること。

エ 統合関係医療機関における統合後の対象3区分の許可病床数の合計が、平成30年度病床機能報告における対象3区分として報告された稼働病床数の合計の10パーセント以上減少すること。

オ 令和8年3月31日までに統合が完了する計画であり、すべての統合関係医療機関が統合計画に合意していること。

カ 統合計画について、地域医療構想調整会議の議論の内容及び山梨県医療審議会の意見を踏まえ、地域医療構想に実現に向けて必要な取組であると認められるものであること。

（3）債務整理支援給付金にあっては、次のアからオまでに掲げる要件を満たすものであること。

ア 前号のアに規定する統合計画に参加し、統合後に存続している統合関係医療機関であって、統合によって廃止となる医療機関の未返済の債務を返済するために金融機関から新たに融資を受けた医療機関（以下「承継医療機関」という。）であること。

イ 統合関係医療機関のうち、1以上の病院が廃止（有床診療所化又は無床診療所化を含む。）となること。

ウ 統合後、統合関係医療機関のうち1以上の医療機関が運営されること。

エ 金融機関から取引停止処分を受けていないこと。

オ 国税、社会保険料及び労働保険料を滞納していないこと。

（給付金の算定方法）

第4条 給付金の算定方法は、次のとおりとする。

（1）単独支援給付金にあっては、次のアからウにより算定する。

ア 平成30年度病床機能報告において、対象3区分として報告された稼働病床数の合計から1日平均実働病床数（対象3区分の許可病床数に対象3区分の病床利用率を乗じて得た数をいう。）までの間の病床数の減少について、対象3区分の病床利用率に応じ、減少する病床1床あたり次の表に規定する額を乗じて得た額とする。なお、平成3

0年度病床機能報告から令和2年4月1日までに病床機能再編や休棟等により稼働病床数に変更があった医療機関については、平成30年度病床機能報告の対象3区分の稼働病床数又は令和2年4月1日時点の対象3区分の稼働病床数のいずれか少ない方を基準とする。

病床利用率	減少1床あたりの単価
50パーセント未満	1, 140千円
50パーセント以上60パーセント未満	1, 368千円
60パーセント以上70パーセント未満	1, 596千円
70パーセント以上80パーセント未満	1, 824千円
80パーセント以上90パーセント未満	2, 052千円
90パーセント以上	2, 280千円

イ 1日平均実働病床数以下まで病床数が減少する場合は、1日平均実働病床数以下の病床数の減少については、1床あたり2, 280千円を乗じて得た額とする。

ウ ア及びイの算定にあたっては、回復期機能又は介護医療院へ転換する病床数、過去に本給付金又は令和2年度地域医療構想を推進するための病床削減支援給付金の支給対象となった病床数及び同一開設者の医療機関へ融通した病床数は除くこと。

(2) 統合支援給付金にあつては、次のアからエにより算定する。

ア 統合関係医療機関ごとに、平成30年度病床機能報告において、対象3区分として報告された稼働病床数の合計から1日平均実働病床数までの間の病床数の減少について、対象3区分の病床利用率に応じ、減少する病床1床あたり次の表に規定する額を乗じて得た額の合計とする。なお、平成30年度病床機能報告から令和2年4月1日までに病床機能再編や休棟等により稼働病床数に変更があった医療機関については、平成30年度病床機能報告の対象3区分の稼働病床数又は令和2年4月1日時点の対象3区分の稼働病床数のいずれか少ない方を基準とする。

病床利用率	減少1床あたりの単価
50パーセント未満	1, 140千円
50パーセント以上60パーセント未満	1, 368千円
60パーセント以上70パーセント未満	1, 596千円
70パーセント以上80パーセント未満	1, 824千円
80パーセント以上90パーセント未満	2, 052千円
90パーセント以上	2, 280千円

イ 1日平均実働病床数以下まで病床数が減少する場合は、1日平均実働病床数以下の病床数の減少については、1床あたり2, 280千円を乗じて得た額とする。

ウ ア及びイの算定にあたっては、統合関係医療機関間の融通病床数及び回復期機能又は介護医療院へ転換する病床数は除くこと。

エ 「重点支援区域の申請について」（令和２年１月１０日医政地発０１１０第１号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）に基づく重点支援区域として指定された統合関係医療機関については、アからウにより算定された額に１．５を乗じて得た額とする。

（３）債務整理支援給付金にあつては、統合によって廃止となる医療機関の未返済の債務を返済するために、承継医療機関が新たに受けた融資に対する利子の総額とする。ただし、融資機関は２０年、元本に対する利率は年０．５パーセントを上限として算定する。

２ 前項の規定により算出された額に千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。

（給付金の交付申請等）

第５条 給付金の交付を受けようとする医療機関は、別表に掲げる書類を別に定める日までに提出するものとする。

２ 給付金の実績報告については、前項に規定する書類の提出をもって、規則第１２条に規定する実績報告があつたものとみなす。

３ 給付金の額の確定については、規則第１３条の規定にかかわらず、規則第５条の規定による給付金の交付決定により当該給付金の額の確定を行ったものとみなす。

４ 統合支援給付金にあつては、統合後も存続する統合関係医療機関から本給付金に関する事務を一括して取り扱う医療機関（以下「代表医療機関」という。）を定め、統合関係医療機関を代表して代表医療機関が申請を行うものとし、代表医療機関は給付金の分配について、他の統合関係医療機関と協議を行うものとする。

（交付の条件）

第６条 給付金の交付を受けた医療機関は、次のいずれかに該当する場合には、速やかに知事に報告するとともに、知事の返還命令を受けて、給付金の全部又は一部を返還しなければならない。

（１）単独支援給付金については、次に定めるところによる。

ア 単独病床機能再編計画に記載の内容について達成が見込めなくなった場合

イ 給付金の交付決定日から令和８年３月３１日までの間に、申請者が同一の構想区域（法第３０条の４第２項第７号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）に開設する医療機関において、対象３区分の許可病床数を増加させた場合。ただし、特定の疾患に罹患する者が多くなる等の事情により、厚生労働大臣及び知事が特に認め、許可病床数を増加させる場合はこの限りではない。

（２）統合支援給付金については、次に定めるところによる。

ア 統合計画に記載の内容について達成が見込めなくなった場合

イ 給付金の交付決定日から令和８年３月３１日までの間に、統合関係医療機関が対象３区分の許可病床数を増加させた場合。ただし、特定の疾患に罹患する者が多くなる等の事情により、厚生労働大臣及び知事が特に認め、許可病床数を増加させる場合は

この限りではない。

(3) 債務整理支援給付金については、次に定めるところによる。

ア 給付金の交付決定日から令和8年3月31日までの間に、申請者が同一の構想区域に開設する医療機関において、対象3区分の許可病床数を増加させた場合。ただし、特定の疾患に罹患する者が多くなる等の事情により、厚生労働大臣及び知事が特に認め、許可病床数を増加させる場合はこの限りではない。

イ 給付金の交付決定後、融資先の変更や繰り上げ返済等を行ったことにより給付金の算定に変動が生じた場合

2 給付金の交付を受けた医療機関は、病床機能再編又は債務整理に関する書類及び給付金に関する書類を整理し、次に掲げる年度終了後5年間保管しなければならない。

(1) 単独支援給付金にあつては、給付金の交付を受けた年度

(2) 統合支援給付金にあつては、統合が完了した年度

(3) 債務整理支援給付金にあつては、利子支払が完了した年度

(状況報告)

第7条 統合支援給付金又は債務整理支援給付金の交付を受けた医療機関は、統合又は利子支払の状況について、次の表に規定する書類により知事に報告するものとする。

給付金の種類	提出書類	提出期限
統合支援給付金	統合計画通りに統合が完了したことを証する書類の写し	統合が完了した日から30日が経過した日まで
債務整理支援給付金	当該年度内の利子支払に係る領収を証する書類の写し	毎年度3月31日まで

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、事業実施について必要な事項は、別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、令和4年3月3日から施行し、令和3年度の給付金から適用する。

別表（第 5 条関係） ※様式は添付を省略しております

給付金の種類	申請書類	添付書類
単独支援給付金	単独支援給付金支給申請書兼口座振込依頼書（様式第 1 号）	1 単独病床機能再編計画 2 支給申請額算定シート（様式第 1－2 号） 3 病床を融通する場合には、病床融通に関する概要（様式第 1－3 号） 4 平成 30 年度病床機能報告の写し 5 病床数の変更を保健所等へ届け出たことを証する書類 6 役員名簿（医療機関の開設者が法人の場合に限る。）
統合支援給付金	統合支援給付金支給申請書兼口座振込依頼書（様式第 2 号）	1 統合計画 2 支給申請額算定シート（様式第 2－2 号及び様式第 2－3 号） 3 支給申請額算定シート総括表（様式第 2－4 号） 4 平成 30 年度病床機能報告の写し 5 統合関係医療機関の役員名簿（医療機関の開設者が法人の場合に限る。）
債務整理支援給付金	債務整理支援給付金支給申請書兼口座振込依頼書（様式第 3 号）	1 統合計画 2 支給申請額算定シート（様式第 3－2 号） 3 承継医療機関と廃止となる医療機関間の残債引継に関する申合せ書、引継債務の明細書及び公認会計士等による意見聴取書 4 新たに受けた融資の貸付契約書の写し及び償還年次表 5 国税の納税証明書、社会保険料納入証明書及び労働保険料等納入証明書

(別添)

資料3-3

単独病床機能再編計画書

作成日：令和6年12月20日

都留市立病院

1. 本事業にかかる単独病床機能再編医療機関の概要

医療機関名称	都留市立病院
開設主体	都留市
所在地	山梨県都留市つる5丁目1-55
構想区域	富士・東部 地域
1日あたり患者数 (病床利用率)	入院患者数 81.4 人/日 (58.2%) 外来患者数 440.7 人/日
標榜診療科	内科、外科、整形外科、脳神経外科、呼吸器外科、消化器外科、形成外科、小児科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、リハビリテーション科
職員数	198人(医師非常勤を除く)
(医師)	15人(常勤)、204人(非常勤)
(看護職員)	119人(助産師9人、看護師97人、准看護師2人、介護福祉士1人、看護助手8人、中材助手2人)
(専門職)	40人(薬剤師5人、理学療法士6人、作業療法士4人、言語聴覚士1人、診療放射線技師6人、臨床検査技師8人、臨床工学士4人、管理栄養士2人、視能訓練士1人、社会福祉士2人、診療情報管理士1人)
(事務職員)	24人(事務職員17人、業務員7人)

	再編前(※)			年度別削減病床数内訳(床)						再編後			削減 病床数
				R2 年 度	R3 年 度	R4 年 度	R5 年 度	R6 年 度	R7 年 度				
高度急性期機能	病棟		床							病棟		床	
急性期機能	3 病棟	140	床						16	3 病棟	110	床	16
回復期機能	病棟		床							病棟	14	床	
慢性期機能	病棟		床							病棟		床	
休棟	病棟		床							病棟		床	
合計	3 病棟	140	床						16	3 病棟	124	床	16
うち 対象 3区分	3 病棟	140	床						16	3 病棟	124	床	16

※ 平成30年度病床機能報告時又は令和2年4月1日時点の対象3区分合計のいずれか少ない方再編前病床数とする。

2 構想区域における現状と課題

1) 現状

- ①国立社会保障・人口問題研究所が国勢調査をもとに算出している将来推計人口によると、富士・東部医療圏域の人口は、2045 年まで断続的に減少していくが、後期高齢者人口（75 歳以上）は、2040 年までは増加し、その後減少に転じている。
また、医療需要は 2025 年以降の減少が顕著であり、介護需要は 2030 年まで増加し、2040 年までは横ばい傾向、2045 年から減少していく。
- ②当院が位置する都留市の人口は、2020 年以降減少傾向となり、年齢階層の内訳では、高齢者（65 歳～74 歳）は 2030 年に減少のピークを迎えた後増加に転じるが、2040 年より再び減少に転ずる。後期高齢者（75 歳以上）は、2030 年までは増加し、2035 年には減少に転ずる。
- ③都留市の医療需要は 2025 年以降減少となる。介護需要は 2035 年まで増加傾向にあるが、2045 年以降は減少傾向となる。
- ④当圏域では、病床機能の急性期が過剰で回復期が不足している状況にある。
本市を含む東部地域においては、リハビリテーションの資源が乏しく急性期治療後の患者は圏外（主に峡東地域）のリハビリ専門病院へ転院するケースが多い。
- ⑤令和 6 年度より、山梨大学整形外科からの医師派遣が非常勤のみとなり、常勤医師不足となったことで、地域における整形外科患者の救急受入れに支障が生じている。
特に、高齢者の転倒骨折や道志村を中心とした交通外傷等への対応が充分ではない。

2) 課題

- ①地域住民の高齢化と人口減少に伴い、急性期の入院患者は減少傾向にあるため、病床の再編が必要である。
- ②急性期治療後や、在宅からの軽度・中等程度に対応できる回復期の病床が不足しているため、実態に即した病床に整備する必要がある。
- ③急性期後の回復期リハビリテーションに加えて、退院後も在宅生活を支えるためのリハビリテーションが必要。

3. 病床機能再編計画の概要

1) 病床機能再編の目的及び地域医療構想の実現との関係

富士・東部圏域の地域医療構想によると、急性期病床が過剰で回復期病床が不足していることが示されている。当院の位置する東部地域においても、急性期病床は十分に確保されているものの、回復期病床は少なく、特にリハビリテーションの資源に乏しいことから、急性期治療後の患者は圏外のリハビリ専門病院へ転院するケースが多く、高齢患者にとっては、遠方への転院が負担になっている。

これらを背景に、当院では令和 2 年に急性期病床の一部を回復期機能である地域包括ケア病床へ転換して、急性期治療後も転院することなく当院でリハビリテーションが受けられる体制を整備した。

これにより、在宅復帰を促進するとともに在宅医療の体制整備へと繋がっている。

今後、地域住民の高齢化はますます進み、退院後の在宅生活において入退院を繰り返す場合も、当院で支えられるよう機能を充実させることが必要である。

よって、地域の実情に合わせた病床機能を拡充することを目的に、地域包括ケア病床を更に増床し、併せて、急性期病床を減床することで、地域医療構想の実現に資することとしたい。

2) 病床機能再編により地域医療の機能に支障をきたさない理由（定量的・定性的に）

令和元年度から令和5年度までの急性期病床の平均利用率は約57%であり、病床機能報告での最大利用病床数は120床であったことから、急性期病床の一部を削減または再編しても、地域医療の機能に支障はきたさないと考えられる。

平成30年度病床機能報告 (平成30年7月1日時点)	機能	許可病床数	稼働病床数
	高度急性期	床	床
	急性期	140 床	140 床
	回復期	床	床
	慢性期	床	床
	休棟等	床	床
	病床数合計	140 床	140 床



平成30年7月1日時点から
下記移床・転換がある場合に記入

令和元年度病床機能報告 (令和元年7月1日時点)	機能	許可病床数	稼働病床数
	高度急性期	床	床
	急性期	140 床	140 床
	回復期	床	床
	慢性期	床	床
	休棟等	床	床
	病床数合計	140 床	140 床

同一開設者の医療機関への 病床融通数	介護医療院への転換数
床	床
床	床
床	床
床	床
床	床
床	床



令和2年度病床機能報告 (令和2年4月1日時点)	機能	許可病床数	稼働病床数
	高度急性期	床	床
	急性期	140 床	140 床
	回復期	床	床
	慢性期	床	床
	休棟等	床	床
	病床数合計	140 床	140 床

令和元年7月1日時点から
下記移床・転換がある場合に記入

同一開設者の医療機関への 病床融通数	介護医療院への転換数
床	床
床	床
床	床
床	床
床	床
床	床



令和3年度病床機能報告 (令和3年4月1日時点)	機能	許可病床数	*稼働病床数
	高度急性期	床	床
	急性期	140 床	120 床
	回復期	床	床
	慢性期	床	床
	休棟等	床	床
	病床数合計	140 床	120 床

令和2年4月1日時点から
下記移床・転換がある場合に記入

同一開設者の医療機関への 病床融通数	介護医療院への転換数
床	床
床	床
床	床
床	床
床	床
床	床

*令和3年度から稼働病床数は各病棟の最大利用数の合計値



令和4年度病床機能報告 (令和4年4月1日時点)	機能	許可病床数	稼働病床数
	高度急性期	床	床
	急性期	140 床	112 床
	回復期	床	床
	慢性期	床	床
	休棟等	床	床
	病床数合計	140 床	112 床

令和3年4月1日時点から
下記移床・転換がある場合に記入

同一開設者の医療機関への 病床融通数	介護医療院への転換数
床	床
床	床
床	床
床	床
床	床
床	床

*稼働病床数・・・各病棟の最大利用数の合計値



令和4年4月1日時点から
下記移床・転換がある場合に記入

令和5年度病床機能報告 (令和5年4月1日時点)	機能	許可病床数	稼働病床数
	高度急性期	床	床
	急性期	140 床	102 床
	回復期	床	床
	慢性期	床	床
	休棟等	床	床
	病床数合計	140 床	102 床

同一開設者の医療機関への 病床融通数	介護医療院への転換数
床	床
床	床
床	床
床	床
床	床
床	床

*稼働病床数・・・各病棟の最大利用数の合計値



令和5年4月1日時点から
下記移床・転換がある場合に記入

令和6年度病床機能報告 (令和6年4月1日時点)	機能	許可病床数	稼働病床数
	高度急性期	床	床
	急性期	140 床	119 床
	回復期	床	床
	慢性期	床	床
	休棟等	床	床
	病床数合計	140 床	119 床

同一開設者の医療機関への 病床融通数	介護医療院への転換数
床	床
床	床
床	床
床	床
床	床
床	床

*稼働病床数・・・各病棟の最大利用数の合計値



令和6年4月1日時点から
下記移床・転換がある場合に記入

病床機能再編完了時点 (令和7年6月1日時点)	機能	許可病床数	稼働病床数
	高度急性期	床	床
	急性期	110 床	110 床
	回復期	14 床	14 床
	慢性期	床	床
	休棟等	床	床
	病床数合計	124 床	124 床

同一開設者の医療機関への 病床融通数	介護医療院への転換数
床	床
床	床
床	床
床	床
床	床
床	床

4. 具体的な計画

1) スケジュール

令和7年2月(予定) 地域医療構想調整会議にて承認を得る。
令和7年3月(予定) 医療審議会の承認を得る。
令和7年4月1日 試行的に多床室のベッドを再編しながら運用開始。
令和7年7月1日 地域包括ケア病床を10床から14床へ変更。
急性期病床を130床から110床へ変更。
全124床での運用を開始する。

2) 単独病床機能再編後の方策、診療体制など

病床機能再編後は、地域包括ケア病床が増床され、回復期機能が充実されることから急性期治療後のリハビリ提供が拡充するとともに、在宅からの緊急入院にも対応できるベッドとして活用が拡大する。

3) 再編後の概要

医療機関名称	都留市立病院
構想区域	富士・東部地域
許可病床数	124 床
区分ごとの病床数	急性期110床、回復期(地域包括ケア病床)14床
標榜診療科	内科、外科、整形外科、脳神経外科、呼吸器外科、消化器外科、形成外科、小児科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科、リハビリテーション科

単独病床機能再編完了年月日	令和 7年 7月 1日
---------------	-------------

※ 再編計画期間は、令和2年4月1日から令和8年3月31日までのものに限る

紹介受診重点医療機関に係る協議 (富士・東部医療圏)

※R7.1.6時点 外来機能報告暫定データより

外来機能報告制度（紹介受診重点医療機関）について

外来医療の機能の明確化・連携

1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
- ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、**「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介受診重点医療機関）を明確化**
- ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

➡ 患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与

かかりつけ医機能を担う医療機関



紹介受診重点医療機関



〈「医療資源を重点的に活用する外来」〉

- 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来 など）
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療 など）
- 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来 など）

選定の基準

【紹介受診重点外来の基準】

初診に占める重点外来の割合：40%以上

かつ再診に占める重点外来の割合：25%以上

【上記を満たさない場合】

紹介率：50%以上かつ逆紹介率40%以上

いずれの場合も「**紹介受診重点医療機関の役割を担う意向がある**」ことが必要

外来機能報告制度を活用した紹介受診重点医療機関に係る協議の進め方

別紙

		意向あり	意向なし
紹介受診重点外来の基準	満たす	1 紹介受診重点医療機関 ＊「外来医療に係る協議の場」での確認	2 「外来医療に係る協議の場」での協議 ・富士吉田市立病院
	満たさない	3 「外来医療に係る協議の場」での協議	4

「外来医療に係る協議の場」での協議

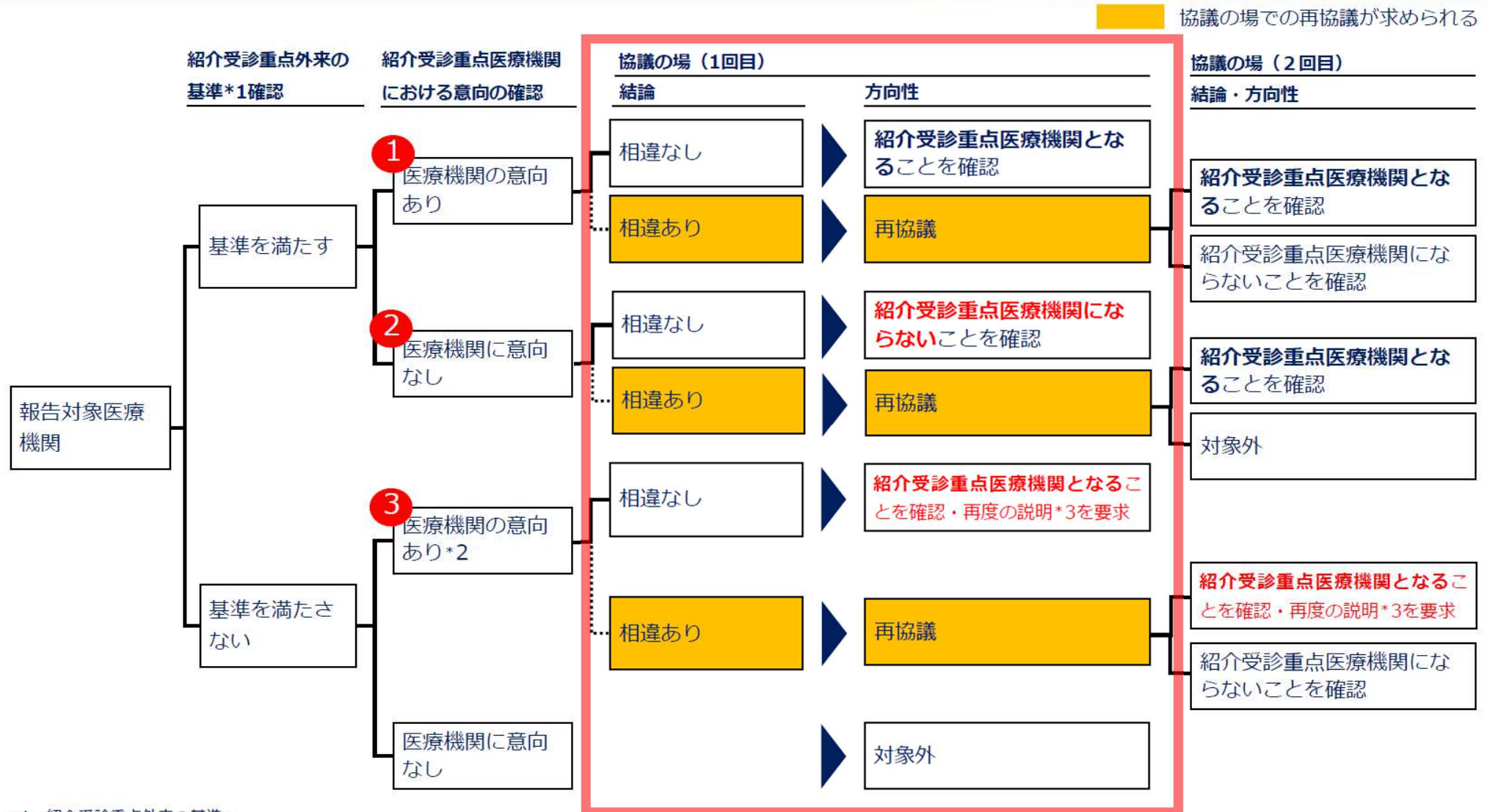
1 【「基準を満たす・意向あり」本県の方考え方】
特別な事情がない限り、紹介受診重点医療機関として選定する

2 【「基準を満たす・意向なし」本県の方考え方】
当該医療機関に「意向なし」の理由を確認した上で、紹介受診重点医療機関に選定しない

3 【「基準未達成・紹介率達成・意向あり」本県の方考え方】
紹介率・逆紹介率の基準を達成している場合は、当該医療機関が将来紹介受診重点外来の基準を達成するための具体策を確認した上で、紹介受診重点医療機関として選定する

4 【「基準未達成・意向なし」本県の方考え方】
協議の対象としない

協議フローについて



- *1 紹介受診重点外来の基準：
 ・初診基準：40%以上（初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）
 ・再診基準：25%以上（再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合）
 *2 紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上を参考の水準とする。
 *3 基準の達成に向けたスケジュール等を書面又は口頭で説明を求め、その内容を公表する。

（参考）「外来機能報告等に関するガイドライン」

協議を行い、最終的に医療機関の意向と協議の場の結論が合致したものに限り、紹介受診重点医療機関として公表を行う

紹介受診重点医療機関の公表

- **結果通知**

ご意見取りまとめ後、知事→医療機関管理者宛てに
通知

- **公表（県ホームページ）**

1日付けで**紹介受診重点医療機関リスト**を公表

（例：3月中に選定⇒4月1日に公表）

⇒**診療報酬の起算日と公表日が一致**

※地域医療構想調整会議の資料及びいただいた
ご意見等についても公表