

令和3（2021）年度第2回県北地域医療構想調整会議次第

（書面開催）

1 議 題

- （1）今後の地域医療構想調整会議等の進め方について 【資料1】
- （2）外来医療計画に係る医療設備・機器等の効率的な活用等について 【資料2】
- （3）令和2（2020）年度病床機能報告結果について 【資料3】
- （4）令和3（2021）年度医療機能分化・連携支援事業費補助金について
（回復期機能転換施設整備助成費） 【資料4】
- （5）新型コロナウイルス感染症への対応について 【資料5】
- （6）医療法の改正に伴う対応等について 【資料6】

令和3（2021）年度 地域医療構想の進め方について

医療政策課

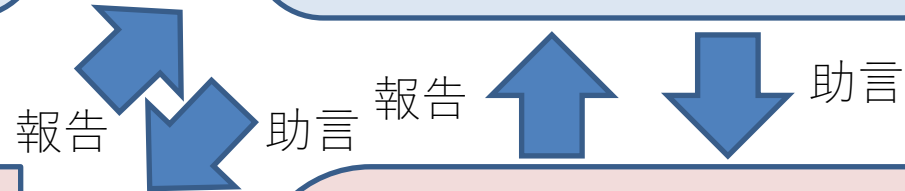
地域医療構想の実現に向けた推進体制

地域医療構想調整会議（県）

- ・調整会議議長、県医師会長、県病院協会、県保険者協議会、調整会議議長を除く郡市医師会の代表、（議題に応じた参加者）
- ・年2回程度開催
- ・調整会議における県の方針、協議の優先度の決定 等

栃木県医療介護総合確保推進協議会

- ・医療関係者、介護関係者、市町等
- ・年2回程度開催
- ・将来目指すべき医療提供体制の検討、協議
- ・地域医療介護総合確保基金に係る計画の策定及び進捗管理 等



地域医療構想調整会議

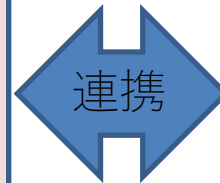
- ・医療関係者、介護関係者、市町等
- ・年2回程度開催
- ・将来目指すべき医療提供体制の検討、協議
- ・地域医療介護総合確保基金事業の提案や実施への提言 等

病院及び有床診療所会議 （部会扱い）

- ・全ての病院及び有床診療所
- ・年2回程度開催
- ・従来の病院等情報交換会の機能を見直し、合意・承認の機能を有する会議として、より個別具体的な協議の実施

医療・介護の体制整備に係る協議の場

- ・調整会議＋介護療養病床を有する病院、診療所等＋市町（介護保険事業担当課）
- ・年1回程度開催
- ・地域での慢性期の療養等に関する、在宅医療の資源確保や医療・介護連携体制の構築・将来の医療需要に対応するサービスごとの整備目標・見込み量について、達成状況の共有



地域医療構想調整会議等スケジュール

	県全体	各構想区域
5月		第1回 地域医療構想調整会議
6月		
7月	第1回 医療介護総合確保基金協議会	
8月		
9月		第2回 地域医療構想調整会議（書面）
10月		第3回 地域医療構想調整会議 + 第1回 医療・介護の体制整備に係る協議の場
11月		
12月		
1月		
2月	医療データ活用セミナー	第1回 病院・有床診療所会議
3月	栃木県地域医療構想調整会議 第2回 医療介護総合確保基金協議会	

地域医療構想調整会議等の議題等（予定）

会議名等	主な議題等（予定）
<p style="text-align: center;">第2回 調整会議</p> <p style="text-align: center;">〔 令和3年9月 書面会議形式 〕</p>	<p>【議題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 今年度の地域医療構想の進め方について ・ 外来医療計画に係る医療設備・機器等の効率的な活用について ・ 新型コロナウイルス感染症への対応に係る協議について ・ 病床機能再編支援事業費給付金の活用について <p>【情報提供】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 令和2(2020)年度病床機能報告結果[速報値]について ・ 医療法の改正に伴う対応等について
<p style="text-align: center;">第3回 調整会議</p> <p style="text-align: center;">〔 令和3年10月～12月 ※開催形式は感染状況により検討 〕</p>	<p>【議題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ DPCデータ等を活用した診療科や分野ごとの機能分担について（「具体的対応方針の再検証」に係る協議を見据えた検討） ・ 新型コロナウイルス感染症への対応に係る協議について
<p style="text-align: center;">第1回 病院・有床診療所会議</p> <p style="text-align: center;">〔 令和4年2月～3月 ※開催形式は感染状況により検討 〕</p>	<p>【議題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 公的・公立2025プラン並びに意向調査及び役割調査結果について ・ 非稼働病棟に係る意向確認等について ・ 新型コロナウイルス感染症への対応に係る協議について

※ **医療機能分化・連携支援事業費補助金・外来医療計画の共同利用計画書の協議**等については、医療機関等からの申請があった場合に議題とする。

※ 新型コロナウイルス感染症の感染状況によって、時期や議題については、変更となる可能性がある。

参考：国における検討状況について

- 第8次医療計画の策定に向け、「第8次医療計画等に関する検討会」を立ち上げて検討。
- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目については、本検討会の下に、以下の4つのワーキンググループを立ち上げて議論。（構成員は、座長と相談の上、別途定める）
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定。

第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、現在「医師供給分科会」で議論。
次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。

【新興感染症等】

感染症対策（予防計画）に関する検討の場 等

連携

【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

報告

地域医療構想及び 医師確保計画に 関するWG

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等に 関するWG※

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・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 等

※検討事項の取りまとめ後、外来医療計画ガイドラインに関する検討の場として改組を予定。

在宅医療及び 医療・介護連携に 関するWG（仮称）

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

救急・災害医療 提供体制に関する WG（仮称）

- 以下に関する詳細な検討
- ・第8次医療計画の策定に向けた救急医療提供体制の在り方
- ・第8次医療計画の策定に向けた災害医療提供体制の在り方 等

* へき地医療、周産期医療、小児医療については、第7次医療計画の策定に向けた検討時と同様、それぞれ、以下の場で専門的な検討を行った上で、「第8次医療計画等に関する検討会」に報告し、協議を進める予定。

- ・へき地医療
厚生労働科学研究の研究班
- ・周産期医療、小児医療
有識者の意見交換

地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ

<目的>

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するため、地域医療構想及び医師確保計画を通じて、病床の機能の分化・連携の取組と、地域の医療ニーズに応じた医師の適正な配置を一体的に進めていく必要がある。
- 本ワーキンググループは、地域医療構想の推進及び令和6年度からの次期医師確保計画の策定に向けて必要な事項について検討することを目的に開催するものである。

<検討事項>

- 地域医療構想策定ガイドライン及び医師確保計画策定ガイドラインについて
- その他地域医療構想及び医師確保計画の策定並びに施策の実施に必要な事項

<検討状況>

- 7月29日 第1回WG

地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ 構成員（計11名）

○：座長

伊藤 伸一	一般社団法人日本医療法人協会会長代行
猪口 雄二	公益社団法人日本医師会副会長
今村 知明	奈良県立医科大学教授
大屋 祐輔	一般社団法人全国医学部長病院長会議理事
○尾形 裕也	九州大学名誉教授
岡留 健一郎	一般社団法人日本病院会副会長
小熊 豊	公益社団法人全国自治体病院協議会会長
織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長
幸野 庄司	健康保険組合連合会理事
櫻木 章司	公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
野原 勝	全国衛生部長会

今後の検討事項

令和3年7月29日
地域医療構想及び医師確保に
関するWG資料（一部改）

1. 地域医療構想

(1) 各地域における検討・取組状況に関するさらなる把握

- 再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証
- 民間医療機関も含めた再検証対象医療機関以外の医療機関における対応方針の策定（策定済の場合、必要に応じた見直しの検討）

※ 新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮しつつ、各地域において地域医療構想調整会議を主催する都道府県等とも協議を行い、具体的な工程の設定について検討（2023年度に各都道府県において第8次医療計画の策定作業が進められることを念頭に置き、2022年度中を目途に地域医療構想の実現に向けた地域の議論が進められていることが重要となることにも留意）

(2) 地域における協議・取組の促進策に関する検討

- 新型コロナ対応の経験も踏まえた、地域医療構想調整会議など都道府県による取組の在り方
- 積極的に検討・取組を進めている医療機関・地域に対する支援の在り方 等

(3) 2025年以降を見据えた枠組みの在り方に関する検討

一体的に取り組むための
具体的方策

2. 医師偏在対策（医師確保計画）

(1) 各都道府県における計画の策定状況や取組状況に関するさらなる把握

(2) 次期医師確保計画の策定（ガイドライン改定）に向けた検討

- 医師偏在指標や医師多数区域・医師少数区域の在り方
- 医師の確保の方針や目標医師数の在り方
- 医師確保に向けた効果的な施策の在り方 等

令和3年度	4月～6月	6/3 医療部会 6/18 第1回第8次医療計画等に関する検討会	<ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症対策（予防計画）に関する検討の場における検討状況も踏まえつつ、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設定 ○ 本検討会において、新興感染症等対応の議論と、一般医療（5疾病5事業・在宅医療）等の議論との間で整合性を図る観点から検討（例えば、新興感染症等対応と一般医療とのバランスなど）
	7月～9月	8/6 第2回第8次医療計画等に関する検討会	
	10月～12月	<p>■ 新型コロナウイルス対応の振り返りを含めた今後の議論に向けたヒアリング等</p> <p>↓</p>	
	1月～3月		
令和4年度	4月～6月	各論点に関する議論	
	7月～9月		
	10月～12月	<p>↓</p> <p>取りまとめに向けた議論</p> <p>↓</p>	
	1月～3月		

* 社会保障審議会医療部会に報告しながら検討を進める

- 第8次医療計画の策定に向けた検討を進めるに当たり、まずは、医療現場・自治体等の関係者から、
 - ・ 今般の新型コロナウイルス感染症対応における取組状況
 - ・ 今後の新興感染症等対応に向けた課題等についてヒアリングを行うことが有益ではないか。

- ヒアリングの実施に当たっては、例えば、以下のようなテーマに関し、本検討会の構成員をはじめ、関係団体・関係省庁の協力を得て、ヒアリングに協力いただける方を選定することとしてはどうか。
（具体的な人選は座長と相談の上、決定）
 - ・ 入院体制等の在り方（病床確保、各医療機関における感染防止対策、医療従事者の配置転換など）
 - ・ 地域における役割分担・入院調整の在り方（役割分担の内容、役割分担に向けた調整、入院調整など）
 - ・ 搬送体制の在り方（搬送調整、搬送体制など）
 - ・ 外来体制等の在り方（診療・検査医療機関、宿泊療養・自宅療養の健康観察や医療提供など）
 - ・ 人材確保の支援の在り方（医療機関間での医療従事者派遣、潜在医療従事者の確保など）
 - ・ その他

外来医療計画に係る医療設備・ 機器等の効率的な活用について

医療政策課

【外来医療計画の共同利用方針】

医療機関が対象とする医療機器（※）を購入する場合は、当該医療機器の共同利用に係る計画を作成し、地域医療構想調整会議において確認を行う。

共同利用を行わない場合については、その理由について、地域医療構想調整会議で確認することとします。

※：対象となる医療機器

- ① CT：マルチスライスCT（64列以上、16列以上64列未満、16列未満） その他CT
- ② MRI：3テスラ以上、1.5テスラ以上3テスラ未満、1.5テスラ未満
- ③ PET：PET、PETCT、PETMRI
- ④ 放射線治療：ガンマナイフ、リニアック
- ⑤ マンモグラフィ



- 「医療機器の効率的な活用に係る取組の推進について（令和3年4月12日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）」が発出され、共同利用計画の作成、医療機器の効率的な活用について再周知の要請が行われた。

※ 今後、医療機能情報提供制度等を活用しながら、医療機器の配置状況等について、状況に応じて情報提供を行っていく。

医療機器の効率的な活用に係る取組の推進について（抄）

（令和3年4月12日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）

0 はじめに

- ガイドラインにおいては、医療機関が医療機器を購入する場合は、当該医療機器の共同利用に係る計画（以下「共同利用計画」という。）を作成し、医療機器の協議の場において確認を行うこととし、共同利用を行わない場合については、その理由について協議の場で確認することとしている。

1 医療機器の効率的な活用に係る趣旨・内容の再周知について

- 今後、中長期的に医療機器の共同利用に向けた取組を着実に推進していく観点から、外来医療計画管内市町村（特別区を含む。）を始め、関係団体、医療機関等に対し、共同利用計画の作成等、医療機器の効率的な活用に係る趣旨・内容について、再周知いただきたい。
- 新型コロナウイルス感染症の影響により協議の場を対面形式で開催することが困難な場合等においては、オンラインや書面での開催等とし、また、医療機関が新型コロナウイルス感染症対応のため早急に医療機器を導入する必要がある場合は、当該医療機関による共同利用計画の作成及び協議の場での確認を事後的に行う取扱いとするなど、柔軟に対応いただくようお願いする。

2 医療機器の更新（入替え）やリース契約により医療機器を設置した場合の数

- ガイドラインにおいては、医療機関が医療機器を購入する場合は、共同利用計画を作成することとしている中、医療機器の更新（入替え）やリース契約により医療機器を設置した場合の取扱いに関する照会をいただいておりますが、医療機器の更新（入替え）やリース契約により医療機器を設置した場合についても、共同利用計画の作成を要する場合に該当するものと解しておりますので、併せて周知いただきたい。

3 医療用機器の効率的な配置の促進に向けた特別償却制度について

- 医療保健業の用に供する超電導磁石式全身用MR装置、永久磁石式全身用MR装置、全身用X線CT診断装置（4列未満を除く。）及び人体回転型全身用X線CT診断装置（4列未満を除く。）を購入する医療機関においては、別添「「地域における医療提供体制の確保に資する設備の特別償却制度について」の一部改正について」（令和3年3月31日付け医政発0331第3号医政局長通知）のとおり、医療用機器の効率的な配置の促進に向けた特別償却制度が利用可能な場合があるため併せて周知をお願いする。

令和2年度病床機能報告制度の結果について

資料 3 - 1

- 病床機能報告は、医療機関のそれぞれの病棟が担っている医療機能を把握し、その報告を基に、地域における医療機能の分化・連携を進めることを目的に、医療法第30条の13の規定に基づき実施されている制度です。
- 各医療機関は、その有する病床が主に担っている医療機能を自主的に選択し、病棟単位でその医療機能について毎年1回、都道府県に報告することを求められています。

【栃木県における病床機能報告の活用】

目指すべき医療提供体制の実現に向け、地域医療構想調整会議において各圏域の報告状況を共有し、次の取組の推進を図っています。

- 病床機能の「見える化」による、地域で不足している病床機能への転換の促進
- 各医療機関の役割分担、医療機関間の連携強化

令和2年度病床機能報告(県全体・速報値)

(単位:床)

区分	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟	介護移行	計
2020年	3,114	7,782	1,725	4,147	374		17,142
2025年	3,073	7,777	2,359	3,972	194	244	17,619
必要病床数 (2025年)	1,728	5,385	5,179	3,166			15,458

令和2(2020)年度病床機能報告 集計結果の概要(速報版)

資料3-2

1. 調査時期 : 令和2(2020)年10月

令和3(2021)年8月 医療政策課

2. 提出率

区分	医療機能・構造設備/人員配置	具体的な医療の内容
病院+診療所	100.0% (186/186)	(未実施)
病院	100.0% (86/86)	(未実施)
診療所	100.0% (100/100)	(未実施)

□病床機能報告とは

- 地域における病床機能の分化・連携の推進のため、一般病床又は療養病床を有する病院又は診療所が、
 - その有する一般病床・療養病床において担っている医療機能の現状と今後の方向性を選択し、
 - 病棟単位で構造設備、人員配置等に関する項目及び具体的な医療の内容に関する項目を都道府県に報告するもの。
- 都道府県知事は、報告された事項を公表しなければならない。

3. 結果概要

(1) 県全体

(注) 栃木県地域医療構想において推計された2025年における必要病床数とは別に各医療機関が2025年に見込まれる病床数を報告したものの。

区分	2020年						2025年(報告病床数) (注)							2025年-2020年						
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟	介護移行	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟	介護移行	計
全体	3,114	7,782	1,725	4,147	374	17,142	3,073	7,777	2,359	3,972	194	244	17,619	▲ 41	▲ 5	634	▲ 175	▲ 180	244	477
	18.2%	45.4%	10.1%	24.2%	2.2%	-	17.4%	44.1%	13.4%	22.5%	1.1%	1.4%	-	-0.7%	-1.3%	3.3%	-1.6%	-1.1%	1.4%	-
うち	3,114	6,931	1,485	3,959	216	15,705	3,073	6,960	2,117	3,781	50	190	16,171	▲ 41	29	632	▲ 178	▲ 166	190	466
病院	19.8%	44.1%	9.5%	25.2%	1.4%	-	19.0%	43.0%	13.1%	23.4%	0.3%	1.2%	-	-0.8%	-1.1%	3.6%	-1.8%	-1.1%	1.2%	-
うち	0	851	240	188	158	1,437	0	817	242	191	144	54	1,448	0	▲ 34	2	3	▲ 14	54	11
診療所	0.0%	59.2%	16.7%	13.1%	11.0%	-	0.0%	56.4%	16.7%	13.2%	9.9%	3.7%	-	0.0%	-2.8%	0.0%	0.1%	-1.1%	3.7%	-

(2) 二次保健医療圏

区分	2020年						2025年(報告病床数) (注)							2025年-2020年						
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟	介護移行	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟	介護移行	計
県北	424	1,430	321	815	14	3,004	424	1,326	491	669		88	2,998	0	▲ 104	170	▲ 146	▲ 14	88	▲ 6
	14.1%	47.6%	10.7%	27.1%	0.5%	-	14.1%	44.2%	16.4%	22.3%	0.0%	2.9%	-	0.0%	-3.4%	5.7%	-4.8%	-0.5%	2.9%	-
県西	139	826	102	408	38	1,513	139	807	106	388	19	54	1,513	0	▲ 19	4	▲ 20	▲ 19	54	0
	9.2%	54.6%	6.7%	27.0%	2.5%	-	9.2%	53.3%	7.0%	25.6%	1.3%	3.6%	-	0.0%	-1.3%	0.3%	-1.3%	-1.3%	3.6%	-
宇都宮	499	2,084	486	1,399	115	4,583	503	2,182	776	1,287	47	102	4,897	4	98	290	▲ 112	▲ 68	102	314
	10.9%	45.5%	10.6%	30.5%	2.5%	-	10.3%	44.6%	15.8%	26.3%	1.0%	2.1%	-	-0.6%	-0.9%	5.2%	-4.2%	-1.5%	2.1%	-
県東	47	491	59	166	44	807	47	503	78	206	47		881	0	12	19	40	3	0	74
	5.8%	60.8%	7.3%	20.6%	5.5%	-	5.3%	57.1%	8.9%	23.4%	5.3%	0.0%	-	-0.5%	-3.7%	1.5%	2.8%	-0.1%	0.0%	-
県南	1,964	1,638	517	644	43	4,806	1,919	1,656	641	663	27		4,906	▲ 45	18	124	19	▲ 16	0	100
	40.9%	34.1%	10.8%	13.4%	0.9%	-	39.1%	33.8%	13.1%	13.5%	0.6%	0.0%	-	-1.8%	-0.3%	2.3%	0.1%	-0.3%	0.0%	-
両毛	41	1,313	240	715	120	2,429	41	1,303	267	759	54	0	2,424	0	▲ 10	27	44	▲ 66	0	▲ 5
	1.7%	54.1%	9.9%	29.4%	4.9%	-	1.7%	53.8%	11.0%	31.3%	2.2%	0.0%	-	0.0%	-0.3%	1.1%	1.9%	-2.7%	0.0%	-
計	3,114	7,782	1,725	4,147	374	17,142	3,073	7,777	2,359	3,972	194	244	17,619	▲ 41	▲ 5	634	▲ 175	▲ 180	244	477
	18.2%	45.4%	10.1%	24.2%	2.2%	-	17.4%	44.1%	13.4%	22.5%	1.1%	1.4%	-	-0.7%	-1.3%	3.3%	-1.6%	-1.1%	1.4%	-

●医療機関別の結果については、栃木県ホームページに掲載します。

4. 2025年における必要病床数との比較

(1) 2020年－2025年における必要病床数

	2020年						2025年における必要病床数※						2020年－2025年における必要病床数					
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計
県北	424	1,430	321	815	14	3,004	232	830	922	501	0	2,485	192	600	▲ 601	314	14	519
県西	139	826	102	408	38	1,513	105	459	358	272	0	1,194	34	367	▲ 256	136	38	319
宇都宮	499	2,084	486	1,399	115	4,583	437	1,457	1,363	1,167	0	4,424	62	627	▲ 877	232	115	159
県東	47	491	59	166	44	807	61	271	200	154	0	686	▲ 14	220	▲ 141	12	44	121
県南	1,964	1,638	517	644	43	4,806	687	1,735	1,762	573	0	4,757	1,277	▲ 97	▲ 1,245	71	43	49
両毛	41	1,313	240	715	120	2,429	206	633	574	499	0	1,912	▲ 165	680	▲ 334	216	120	517
計	3,114	7,782	1,725	4,147	374	17,142	1,728	5,385	5,179	3,166	0	15,458	1,386	2,397	▲ 3,454	981	374	1,684

※栃木県地域医療構想において推計された将来の病床数の必要量

(2) 2025年報告病床数－2025年における必要病床数

	2025年(報告病床数)						2025年における必要病床数※						2025年(報告病床数)年－2025年における必要病床数					
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計
県北	424	1,326	491	669	88	2,998	232	830	922	501	0	2,485	192	496	▲ 431	168	88	513
県西	139	807	106	388	73	1,513	105	459	358	272	0	1,194	34	348	▲ 252	116	73	319
宇都宮	503	2,182	776	1,287	149	4,897	437	1,457	1,363	1,167	0	4,424	66	725	▲ 587	120	149	473
県東	47	503	78	206	47	881	61	271	200	154	0	686	▲ 14	232	▲ 122	52	47	195
県南	1,919	1,656	641	663	27	4,906	687	1,735	1,762	573	0	4,757	1,232	▲ 79	▲ 1,121	90	27	149
両毛	41	1,303	267	759	54	2,424	206	633	574	499	0	1,912	▲ 165	670	▲ 307	260	54	512
計	3,073	7,777	2,359	3,972	438	17,619	1,728	5,385	5,179	3,166	0	15,458	1,345	2,392	▲ 2,820	806	438	2,161

5. 前年度比較

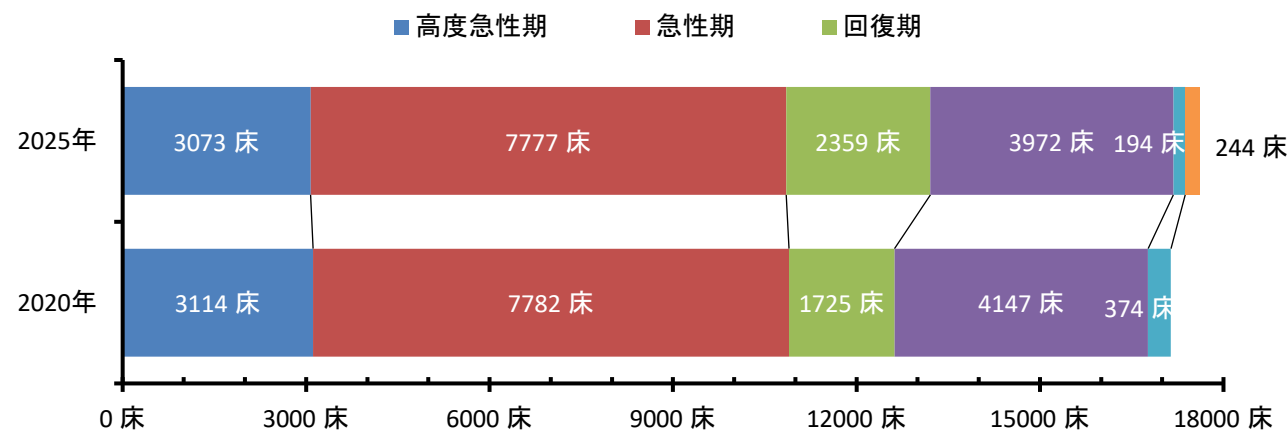
(1) 県全体

	2019年						2020年						2020年－2019年					
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計
全体	2,941	7,954	1,705	4,369	472	17,441	3,114	7,782	1,725	4,147	374	17,142	173	▲ 172	20	▲ 222	▲ 98	▲ 299
	16.9%	45.6%	9.8%	25.1%	2.7%	-	18.2%	45.4%	10.1%	24.2%	2.2%	-	1.3%	-0.2%	0.3%	-0.9%	-0.5%	-
うち 病院	2,941	6,999	1,515	4,219	295	15,969	3,114	6,931	1,485	3,959	216	15,705	173	▲ 68	▲ 30	▲ 260	▲ 79	▲ 264
	18.4%	43.8%	9.5%	26.4%	1.8%	-	19.8%	44.1%	9.5%	25.2%	1.4%	-	1.4%	0.3%	0.0%	-1.2%	-0.5%	-
うち 診療所	0	955	190	150	177	1,472	0	851	240	188	158	1,437	0	▲ 104	50	38	▲ 19	▲ 35
	0.0%	64.9%	12.9%	10.2%	12.0%	-	0.0%	59.2%	16.7%	13.1%	11.0%	-	0.0%	-5.7%	3.8%	2.9%	-1.0%	-

(2) 二次保健医療圏

	2019年						2020年						2020年－2019年					
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計
県北	424	1,461	283	815	36	3,019	424	1,430	321	815	14	3,004	0	▲ 31	38	0	▲ 22	▲ 15
	14.0%	48.4%	9.4%	27.0%	1.2%	-	14.1%	47.6%	10.7%	27.1%	0.5%	-	0.1%	-0.8%	1.3%	0.1%	-0.7%	-
県西	47	916	102	410	38	1,513	139	826	102	408	38	1,513	92	▲ 90	0	▲ 2	0	0
	3.1%	60.5%	6.7%	27.1%	2.5%	-	9.2%	54.6%	6.7%	27.0%	2.5%	-	6.1%	-5.9%	0.0%	-0.1%	0.0%	-
宇都宮	495	2,098	486	1,639	105	4,823	499	2,084	486	1,399	115	4,583	4	▲ 14	0	▲ 240	10	▲ 240
	10.3%	43.5%	10.1%	34.0%	2.2%	-	10.9%	45.5%	10.6%	30.5%	2.5%	-	0.6%	2.0%	0.5%	-3.5%	0.3%	-
県東	47	529	59	187	44	866	47	491	59	166	44	807	0	▲ 38	0	▲ 21	0	▲ 59
	5.4%	61.1%	6.8%	21.6%	5.1%	-	5.8%	60.8%	7.3%	20.6%	5.5%	-	0.4%	-0.2%	0.5%	-1.0%	0.4%	-
県南	1,887	1,659	541	625	94	4,806	1,964	1,638	517	644	43	4,806	77	▲ 21	▲ 24	19	▲ 51	0
	39.3%	34.5%	11.3%	13.0%	2.0%	-	40.9%	34.1%	10.8%	13.4%	0.9%	-	1.6%	-0.4%	-0.5%	0.4%	-1.1%	-
両毛	41	1,291	234	693	155	2,414	41	1,313	240	715	120	2,429	0	22	6	22	▲ 35	15
	1.7%	53.5%	9.7%	28.7%	6.4%	-	1.7%	54.1%	9.9%	29.4%	4.9%	-	0.0%	0.6%	0.2%	0.7%	-1.5%	-
計	2,941	7,954	1,705	4,369	472	17,441	3,114	7,782	1,725	4,147	374	17,142	173	▲ 172	20	▲ 222	▲ 98	▲ 299
	16.9%	45.6%	9.8%	25.1%	2.7%	-	18.2%	45.4%	10.1%	24.2%	2.2%	-	1.3%	-0.2%	0.3%	-0.9%	-0.5%	-

(参考) 2020年vs2025年 (報告病床数) 県全体



☆高度急性期
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

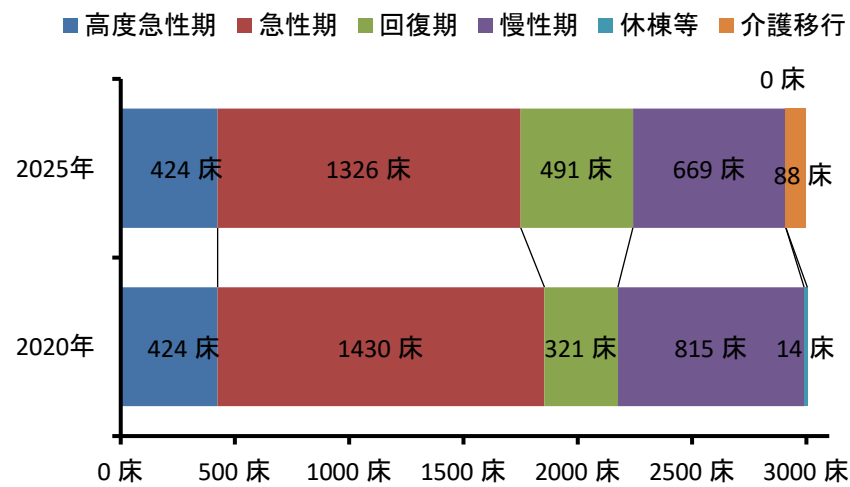
☆急性期
急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

☆回復期
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)

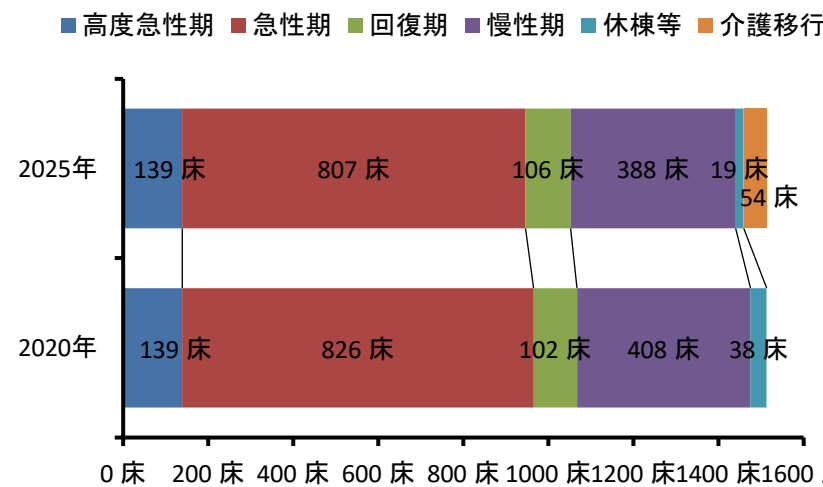
☆慢性期
長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
長期にわたり療養が必要な重度の障害者 (重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

(参考) 2020年vs2025年 (報告病床数) 二次保健医療圏

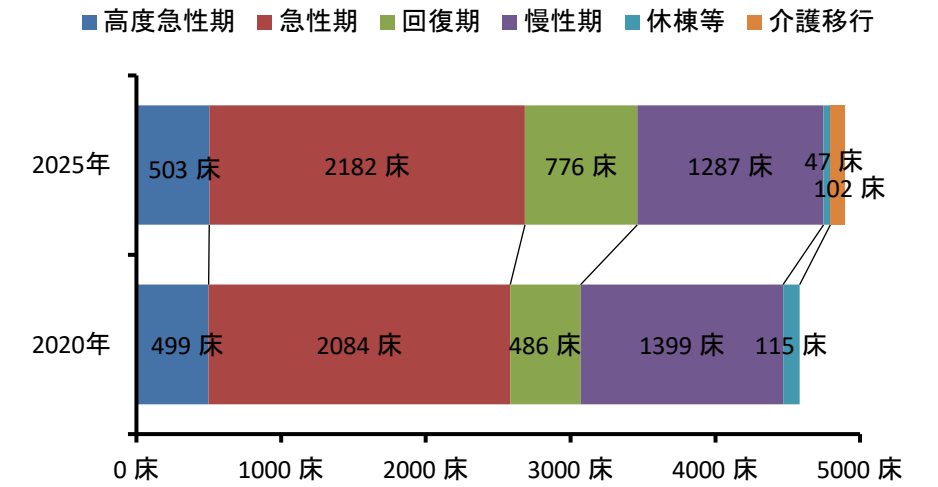
県北



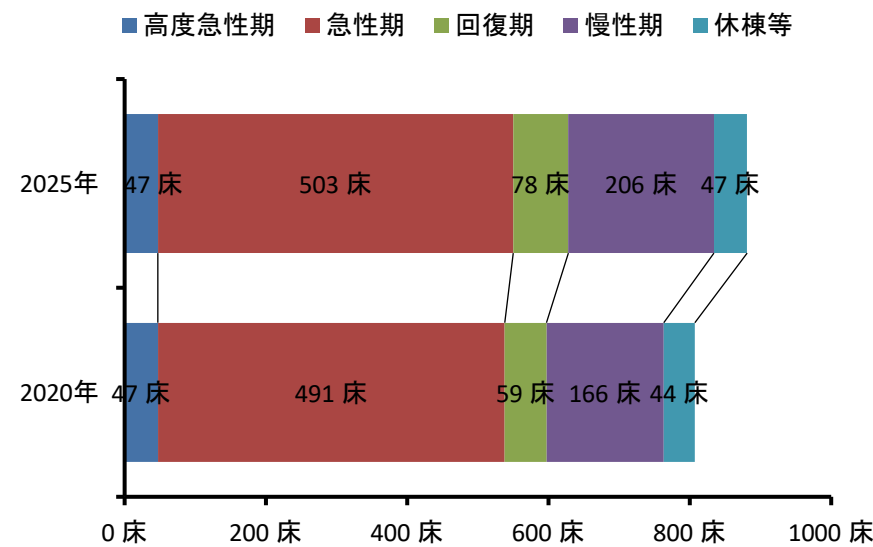
県西



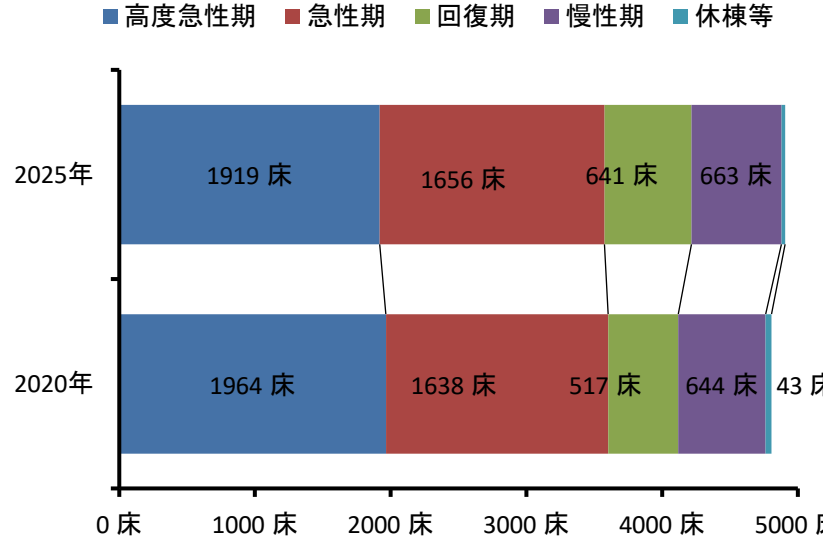
宇都宮



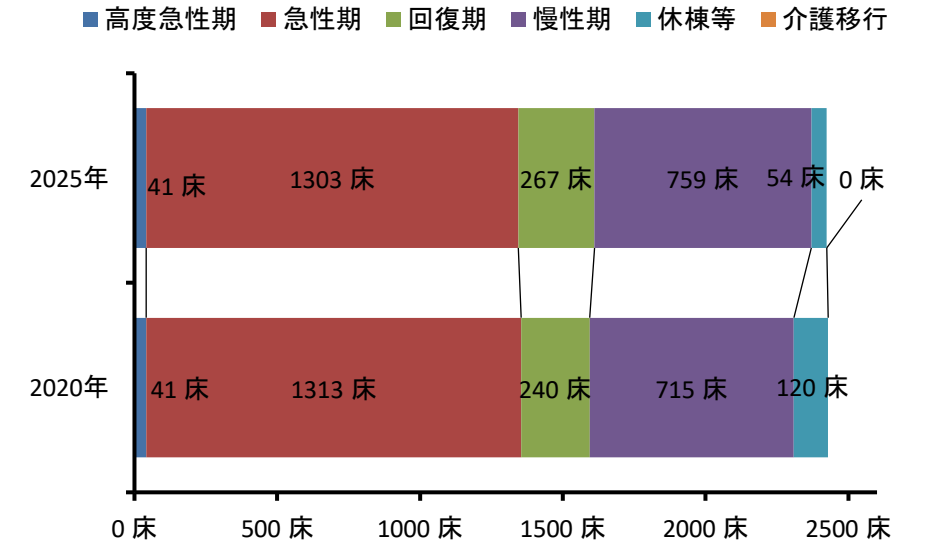
県東



県南



両毛



医療法の改正に伴う対応等 について

医療政策課

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案の概要

改正の趣旨

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観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

< I. 医師の働き方改革 >

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始(令和6年4月1日)に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置(面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等)の実施 等

< II. 各医療関係職種の専門性の活用 >

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

< III. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保 >

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【令和3年4月1日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

< IV. その他 > 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

<Ⅰ. 医師の働き方改革>

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等

<Ⅱ. 各医療関係職種の特長性の活用>

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し

2. 医師養成課程の見直し (医師法、歯科医師法)

<Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保>

**1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の
医療計画への位置付け**

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援

3. 外来医療の機能の明確化・連携

医師の働き方改革

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿

労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する



全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする



質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

医療施設の最適配置の推進

(地域医療構想・外来機能の明確化)

地域間・診療科間の医師偏在の是正

国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進

医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な労務管理の推進

タスクシフト/シェアの推進

(業務範囲の拡大・明確化)

一部、法改正で対応

<行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革(講習会等)
- ・医師への周知啓発等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用 (2024.4～) **法改正で対応**

地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成

評価センターが評価

都道府県知事が指定

医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
A (一般労働者と同程度)	960時間	義務	努力義務
連携B (医師を派遣する病院)	1,860時間		義務
B (救急医療等)	※2035年度末を目標に終了		
C-1 (臨床・専門研修)	1,860時間		
C-2 (高度技能の修得研修)	1,860時間		

医師の健康確保

面接指導

健康状態を医師がチェック

休息時間の確保

連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制(または代償休息)

2024年4月に向けたスケジュール

医師についての時間外労働の上限規制の適用開始（改正労働基準法の施行）

2021年度

2022年度

2023年度

2024年度

時短計画案の作成

都道府県の指定を受けようとする場合は、第三者評価を受審する前までに作成

※時間外労働が年960時間を超えている医師がいる医療機関は、時短計画を作成し取り組むよう努め、その時短計画に基づく取組（PDCA）に対して都道府県が支援

連携B水準

B水準

C-1水準

C-2水準

医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価

労働時間実績や時短の取組状況进行评估

※第三者評価に関する規定は2022年4月施行

都道府県による特例水準医療機関の指定 （医療機関からの申請）

地域医療への影響等を踏まえた都道府県の判断

※都道府県の指定に関する事前準備規定は2022年4月施行

C-1水準

臨床研修・専門研修プログラムにおける時間外労働時間数の明示

※開始年限は、臨床研修部会等において検討

C-2水準

審査組織による医療機関の個別審査

特定の高度な技能の教育研修環境を審査

※審査組織における審査に関する規定は2022年4月施行

時間外労働が年960時間以下の医師のみの医療機関は都道府県の指定不要

特例水準の指定を受けた医療機関

- 時短計画に基づく取組み
- 特例水準適用者への追加的健康確保措置
- 定期的な時短計画の見直し、評価受審

連携B水準

B水準

C-1水準

C-2水準

※一医療機関は一つ又は複数の水準の指定
※特例水準は、指定の対象となった業務に従事する医師に適用される。

労務管理の一層の適正化・タスクシフト／シェアの推進の取組み

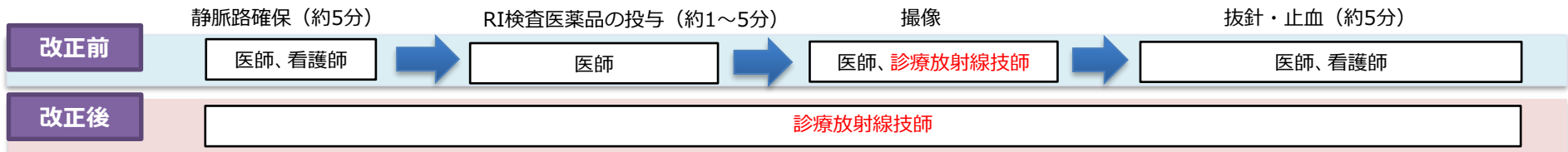
医療関係職種の業務範囲の見直し

- ◆ 関係団体（全30団体）から「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング」を実施
- ◆ ヒアリングで提案された業務のうち、「実施するためには法令改正が必要な業務」について、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」において、安全性の担保等の観点から、タスク・シフト/シェアの推進について検討。
- ◆ 下記について、法律改正により、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士へのタスク・シフト/シェアを推進することで合意。

※いずれの行為についても、医師以外が行う場合は、医師の指示の下に行うことが前提

診療放射線技師

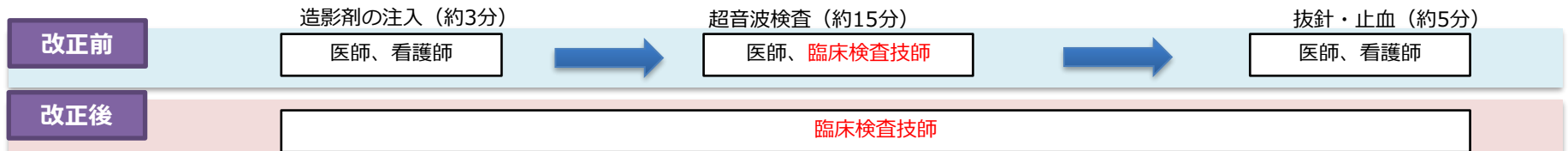
- ✓ RI検査のために、静脈路を確保し、RI検査医薬品を投与する行為、投与終了後に抜針及び止血する行為



- ✓ 医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査

臨床検査技師

- ✓ 超音波検査において、静脈路を確保して、造影剤を接続し、注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血する行為



- ✓ 採血に伴い静脈路を確保し、電解質輸液（ヘパリン加生理食塩水を含む。）に接続する行為

- ✓ 静脈路を確保し、成分採血装置を接続・操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為

臨床工学技士

- ✓ 手術室等で生命維持管理装置や輸液ポンプ・シリンジポンプに接続するために静脈路を確保し、それらに接続する行為
輸液ポンプやシリンジポンプを用いて薬剤（手術室等で使用する薬剤に限る。）を投与する行為、投与終了後に抜針及び止血する行為
- ✓ 心・血管カテーテル治療において、身体に電氣的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為
- ✓ 手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持し、術野視野を確保するために操作する行為

救急救命士

- ✓ 現行法上、医療機関に搬送されるまでの間（病院前）に重度傷病者に対して実施可能な救急救命処置について、救急外来※ においても実施可能とする。

※救急外来とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院(病棟)に移行するまで(入院しない場合は、帰宅するまで)に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。

2024年に向けたタスク・シフト/シェアの見通し

2020年度

2021年度

2022年度

2023年度

2024年度

<労働時間短縮に向けた制度的枠組み>

時短計画案の作成

※時短計画案は、第三者評価を受審する前までに作成

医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価

※第三者評価に関する規定は2022年4月施行

現行制度の下で実施可能な業務について

現行制度の下で
実施可能な業務の整理

通知を发出

- ・実施可能な業務範囲を明確化
- ・特にタスク・シフト/シェアを進めるべき業務を明確化

タスク・シフト/シェアを普及・
推進させるための方策の検討

タスク・シフト/シェアを普及・ 推進させるための方策の実施

- ・マネジメント研修
- ・医師労働時間短縮計画への記載
- ・評価機能による第三者評価 等

タスク・シフト/シェアの進捗状況を定点評価

- ・臨床研修医等の業務評価

法令改正が必要な業務について

タスク・シフト/シェアを
進める項目についての検討

タスク・シフト/シェアを進める
項目について、関係法令を改正

既資格者への
研修の実施

関係法令・カリキュラムの
改正の施行

※労働時間短縮を進める観点からは
可能な限り早期に施行することが
望ましい

業務範囲の見直しに伴う
教育・研修について検討

タスク・シフト/シェアを進める
項目について、具体的な教育・
研修の見直しを検討

タスク・シフト/シェア
の実施

医師の時間外労働の上限規制の適用（2024年4月）

※2024年以降も労働時間の削減が必要であることから、2036年を目標に引き続き検討

1 医師国家試験の受験資格における共用試験合格の要件化

<背景>

- 大学における臨床実習開始前の医学生を全国的に一定の水準に確保することを目的として、公益社団法人「医療系大学間共用試験実施評価機構」が実施する「共用試験」（臨床実習前OSCE、CBT）については、平成17年から正式に実施され、現在は、全ての医学生が受験するなど、大学における医学教育の中で臨床実習前に医学生の知識・技能を試験する機会として確立されている。



<改正の内容>

大学における医学教育の中で重要な役割を果たしている**共用試験**について、**医師国家試験の受験資格の要件として医師法上位置づける**こととする。また、共用試験の合格は医学生が一定水準の技能・態度のレベルに達していることを担保するものであることから、**共用試験に合格していることを臨床実習において医業を行うための要件とする。**

2 医学生が臨床実習において行う医業の法的位置づけの明確化

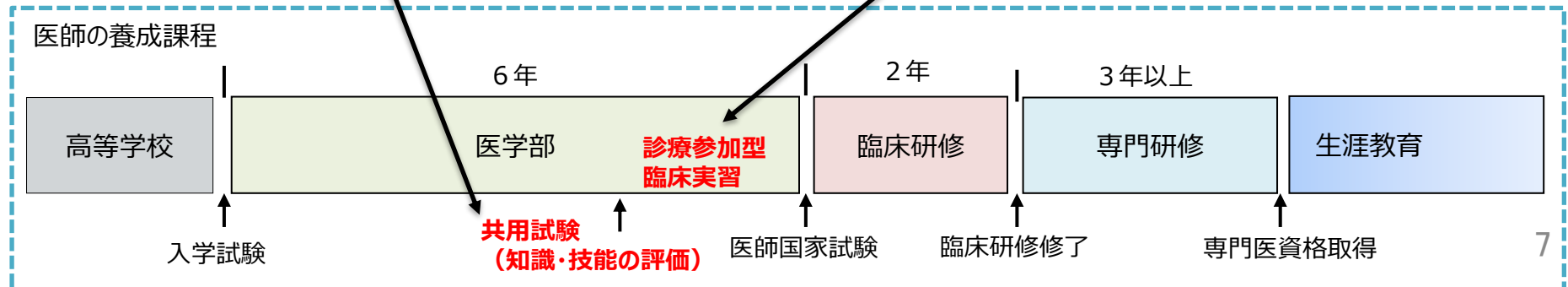
<背景>

- 医師法第17条により医師でないものの医業は禁じられているところ、医師免許を持たない医学生が大学における臨床実習で行う医行為については、その目的・手段・方法が社会通念から見て相当であり、医師の医行為と同程度の安全性が確保される限度であれば基本的に違法性はないと考えられている。
- 一方で、大学が行う臨床実習については、診療参加型の実習が十分に定着しておらず、その要因として、医学生が臨床実習で行う医行為についての法的な担保がなされていないことが指摘されている。



<改正の内容>

医学生がより診療参加型の臨床実習において実践的な実習を行うことを推進し、医師の資質向上を図る観点から、「**共用試験**」に合格した医学生について、**医師法第17条の規定にかかわらず、大学が行う臨床実習において、医師の指導監督の下、医療に関する知識及び技能を修得するために医業を行うことができることとする。**



シームレスな医師養成に向けた共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけについて 医道審議会医師分科会 報告書 概要 (令和2年5月)

- 従来より卒前教育と卒後教育は分断され、連続性が乏しいと評されてきたが、医師が修得すべき知識・技能が増加していることや、プロフェッショナリズム教育の重要性が増していることなどから、**卒前教育においても医学生が診療に参加し、医療現場を中心として一貫して行う必要性が認識**されてきた。
- 医学生が診療チームの一員として診療に参加する診療参加型臨床実習の充実のため、**医学生の質の担保とその医行為について法的な位置付けが重要**。
- 今回は、**(1)共用試験CBTの公的化、(2)共用試験臨床実習前OSCEの公的化、(3)いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ**について検討した。

(1) 共用試験CBTの公的化

- ・ 全大学で実施され、項目反応理論などの**問題の精度管理の手法**や**評価手法が確立**している。
- ・ 医学教育でその位置付けは確立されており、医師国家試験の受験要件とする等による**公的化に相当する試験**である。

(2) 共用試験臨床実習前OSCEの公的化

- ・ 現状の**医学教育の中で臨床実習前に技能と態度を試験する機会**として確立している。
- ・ 臨床実習前に一定水準の技能・態度のレベルに達していることを試験することは極めて重要であり、**共用試験CBTとともに公的化すべき**である。
- ・ 模擬患者が重要な役割を果たしており、全国的に取り組む組織の創設や模擬患者に対する研修体制の整備などの検討が必要。

(3) いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ

- ・ 臨床実習開始前の**共用試験を公的化**することで、一定の水準が公的に担保されることから、実習において医行為を行う、**いわゆるStudent Doctorを法的に位置づけることが可能**となる。
- ・ 実施する行為については、指導する医師が適宜、医学生の能力と患者の状態等を勘案して判断すべき。

共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけによる影響

(1) 医学教育への影響

- ・ 臨床実習の**診療参加型化の促進**につながる。

(2) 医学生(医師)個人への影響

- ・ 手技等を経験する機会が増加し、手技の比重が高い診療科に対する積極的な効果により、**診療科偏在是正に対する効果**が期待される。
- ・ 臨床研修における負担が一部軽減され**医師の働き方改革にも資**することが期待される。

(3) いわゆるStudent Doctorが診療参加型臨床実習を行う際の患者同意等

- ・ **同意を患者から得られやすくなる**ことで、診療参加型臨床実習が促進される。
- ・ 将来的に患者理解が進んだ場合、一般的な処置について、特別な同意取得の必要なく、診療参加型実習において行うことを可能となることが望ましい。

(4) 地域における実習と地域医療への影響

- ・ 主体性を持って**地域医療を体感**することで、**将来のキャリアに良い影響**が与えられる
- ・ 各養成課程の中で**現状よりも地域に貢献**することが可能となる。

他の診療参加型臨床実習の充実のための取組

(1) 患者の医育機関等へのかかり方

患者自身も共に医師を育てる認識に基づいた、患者の協力が不可欠であり、下記の点を国民に広く周知する取り組みを行う必要がある。

- ・ **いわゆるStudent Doctor**が共用試験に合格し、**診療参加型の臨床実習を行うに足る学生**であること。
- ・ **大学病院はその設置目的に医学生の育成が盛り込まれている**こと。
- ・ 将来的な地域医療や総合的な診療能力を持つ医師の確保のため、大学病院以外の医療機関で臨床実習が行われること。

(2) 診療参加型臨床実習の指導体制

- ・ **教員等が十分に学生教育に時間を充てる**ことができ、**また評価される必要がある**。
- ・ 臨床研修医や専攻医も屋根瓦式に医学生への指導を積極的に行うことが望ましい。

(3) 医学生が加入する保険

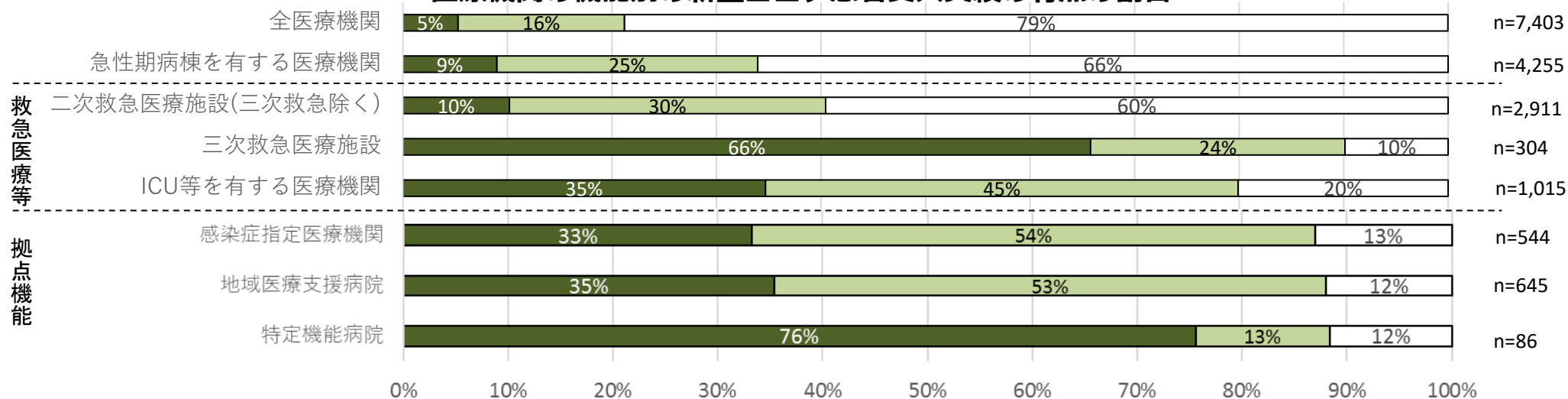
- ・ 医学生を保護する観点から**強く推奨**されるべき。

医療機関の機能別の新型コロナ患者受入実績の有無について

- 全医療機関のうち21%が、新型コロナ患者の受入実績がある医療機関であった。
- 感染症指定医療機関のうち87%、地域医療支援病院のうち88%、特定機能病院のうち89%が、受入実績あり医療機関であった。

対象医療機関：
 G-MISで報告のあった全医療機関（7,403医療機関）
 うち急性期病棟を有する医療機関（4,255医療機関、報告率94%）
 二次救急医療施設（三次救急除く）（2,911医療機関、報告率94%）
 三次救急医療施設（304医療機関、報告率99%）
 ICU等を有する医療機関（1,015医療機関、報告率98%）
 感染症指定医療機関（544医療機関、報告率99%）
 地域医療支援病院（645医療機関、報告率99%）
 特定機能病院（86医療機関、報告率100%）

医療機関の機能別の新型コロナ患者受入実績の有無の割合



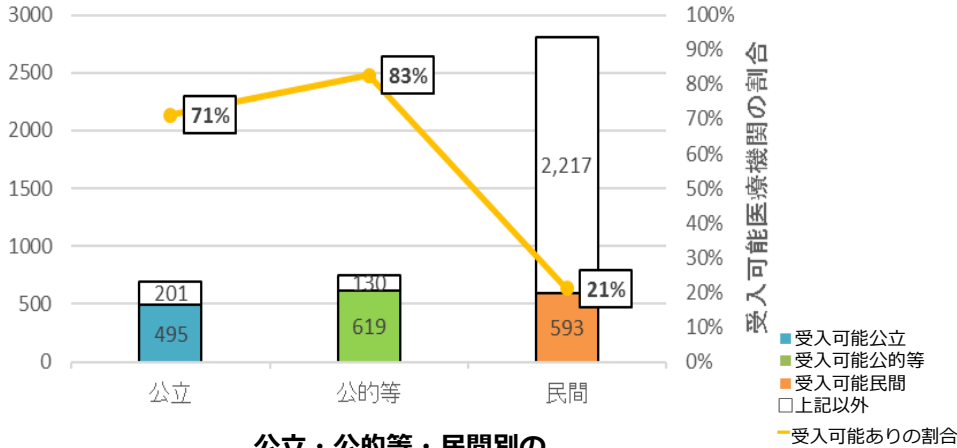
■ 新型コロナ患者で人口呼吸器又はECMOを使用した患者の受入医療機関 ■ 左記以外の新型コロナ患者の受入医療機関 □ 受入実績なし

- ※ 急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
- ※ 三次救急医療施設は「重篤な救急患者の医療を確保することを目的として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画等にもとづき救命救急センターとして指定した医療機関」（平成30年度病床機能報告）
- ※ 二次救急医療施設は三次救急医療施設でないものであって、「救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画の内容等を勘案して必要と認定したもの。また、三次救急医療施設であって、都道府県の医療計画上、二次救急医療施設相当の病院群輪番制病院の指定を受けている場合も含む。」（平成30年度病床機能報告）
- ※ ICU等は平成30年度病床機能報告で特定集中治療室管理料の実績・救命救急入院料1、救命救急入院料2、救命救急入院料3、救命救急入院料4、特定集中治療室管理料1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3、特定集中治療室管理料4、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）、新生児特定集中治療室管理料1、新生児特定集中治療室管理料2、小児特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料1、ハイケアユニット入院医療管理料2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料を算定した実績がある医療機関
- ※ 感染症指定医療機関・・・特定・第一種・第二種感染症指定医療機関、平成31年4月1日時点で551医療機関
- ※ 地域医療支援病院・・・令和2年9月時点で650医療機関
- ※ 特定機能病院・・・令和2年4月1日時点で86医療機関
- ※ 小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある。

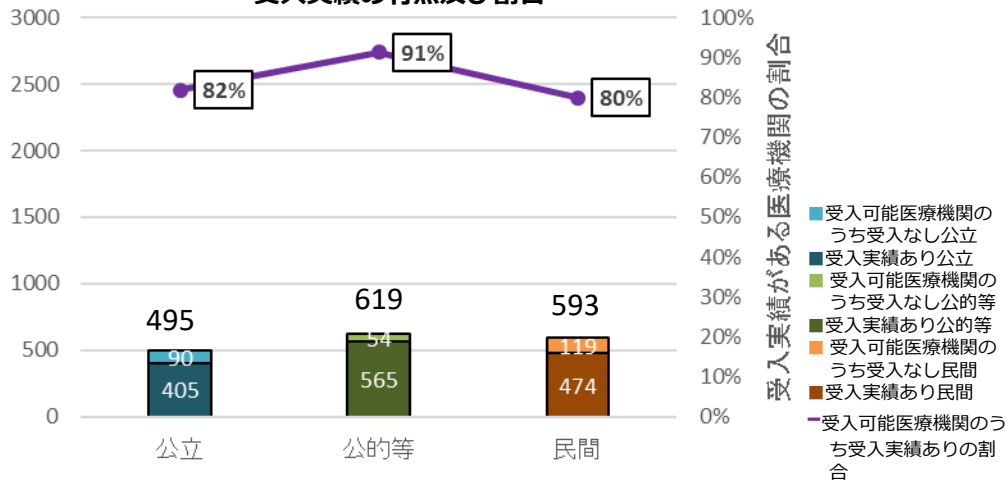
公立・公的等・民間別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績の有無等

- 受入可能医療機関のうち受入実績がある医療機関の割合は、公的等が91%、公立が82%、民間が80%である。
- 人口20万人未満の区域では、公立の占める割合が大きい。100万人以上の構想区域では民間の占める割合が大きく、20万人以上100万人未満の構想区域では公的等の占める割合が大きい。

公立・公的等・民間別の
新型コロナ患者受入可能医療機関数及び割合

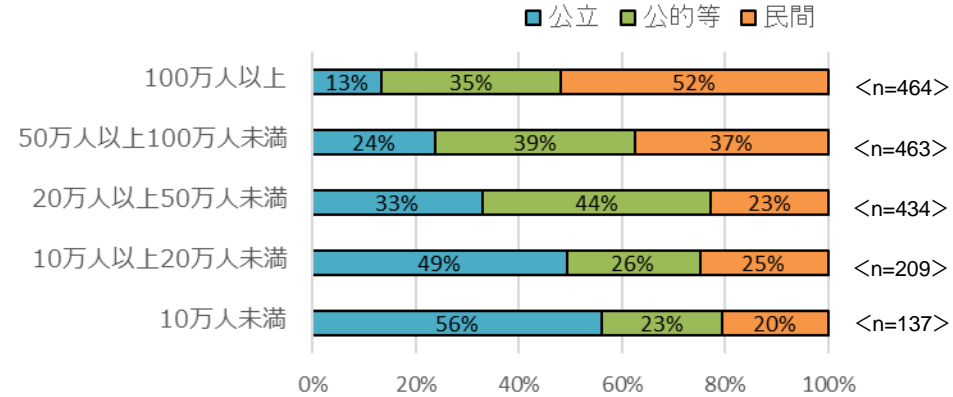


公立・公的等・民間別の
新型コロナ患者受入可能医療機関のうち
受入実績の有無及び割合

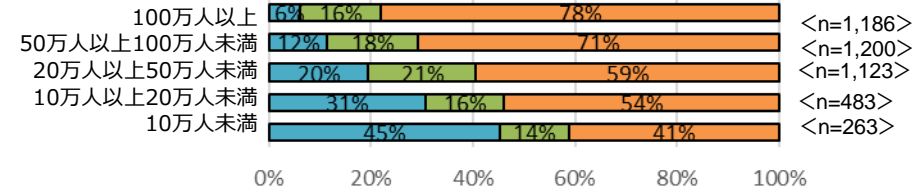


対象医療機関：
G-MISで報告のあった全医療機関のうち高度急性期・急性期病棟を有する医療機関（4,255医療機関）

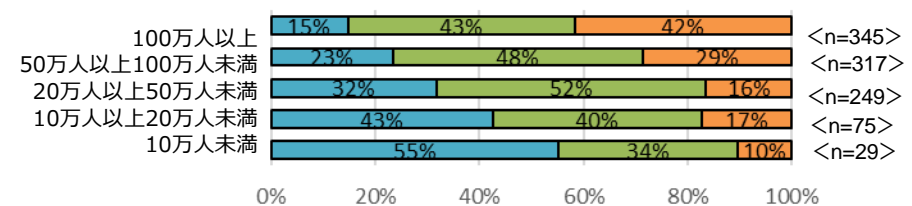
構想区域の人口規模別、公立・公的等・民間別の
新型コロナ患者受入可能医療機関の割合



公立・公的等・民間別の医療機関の割合



ICU等を有する公立・公的等・民間別の医療機関の割合



※ 急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。

※ 公立・・・新公立病院改革プラン策定対象病院 公的等・・・公的医療機関等2025プラン策定対象医療機関 民間・・・公立・公的等以外

1. 新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似
⇒ **いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に**
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施
⇒ **第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加**

◎ 具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
(感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備)
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等
(感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等)
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関間での連携・役割分担
(感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等) 等

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

◎ 医療計画の推進体制等

現行の取扱いに沿って、各都道府県に対し、地域の実情に応じた計画策定と具体的な取組を促す

- 現行の医療法
 - ・ あらかじめ都道府県医療審議会で協議
 - ・ 他法律に基づく計画との調和
- 現行の医療計画作成指針（局長通知）
 - ・ 都道府県医療審議会の下に、5疾病5事業・在宅医療ごとに「作業部会」、圏域ごとに「圏域連携会議」を設置
 - ・ 作業部会、圏域連携会議、地域医療構想調整会議において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携を推進
 - ・ 圏域については、従来の二次医療圏にこだわらず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定

2. 今後の地域医療構想に関する考え方・進め方

(1) 地域医療構想と感染拡大時の取組との関係

- 新型コロナ対応が続く中ではあるが、以下のような**地域医療構想の背景となる中長期的な状況や見通しは変わっていない**。
 - ・ 人口減少・高齢化は着実に進み、医療ニーズの質・量が徐々に変化、マンパワーの制約も一層厳しくなる
 - ・ 各地域において、質の高い効率的な医療提供体制を維持していくためには、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠
- **感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応**することを前提に、**地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持**しつつ、着実に取組を進めていく。

(2) 地域医療構想の実現に向けた今後の取組

【各医療機関、地域医療構想調整会議における議論】

- **公立・公的医療機関等において、具体的対応方針の再検証等を踏まえ、着実に議論・取組**を実施するとともに、**民間医療機関においても、改めて対応方針の策定を進め**、地域医療構想調整会議の議論を活性化

【国における支援】 * 各地の地域医療構想調整会議における合意が前提

- 議論の活性化に資する**データ・知見等を提供**
- 国による助言や集中的な支援を行う「**重点支援区域**」を選定し、積極的に支援
- **病床機能再編支援制度**について、令和3年度以降、消費税財源を充当するための法改正を行い、引き続き支援
- 医療機関の再編統合に伴い資産等の取得を行った際の**税制の在り方**について検討

(3) 地域医療構想の実現に向けた今後の工程

- 各地域の検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域に対して支援。
- **新型コロナ対応の状況に配慮しつつ、都道府県等とも協議を行い、この冬の感染状況を見ながら、改めて具体的な工程の設定(※)について検討**。その際、2025年以降も継続する人口構造の変化を見据えつつ、段階的に取組を進めていく必要がある中、その一里塚として、2023年度に各都道府県において第8次医療計画(2024年度～2029年度)の策定作業が進められることから、**2022年度中を目途に地域の議論が進められていることが重要となることに留意**が必要。

※ 具体的には、以下の取組に関する工程の具体化を想定

- ・ 再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証
- ・ 民間医療機関も含めた再検証対象医療機関以外の医療機関における対応方針の策定(策定済の場合、必要に応じた見直しの検討)

<改正の背景>

- 地域医療構想の実現に向けて積極的に取り組む医療機関に対し、病床機能や医療機関の再編を行う際の課題（雇用、債務承継、初期投資など）に対応するための支援が必要

<改正の概要>

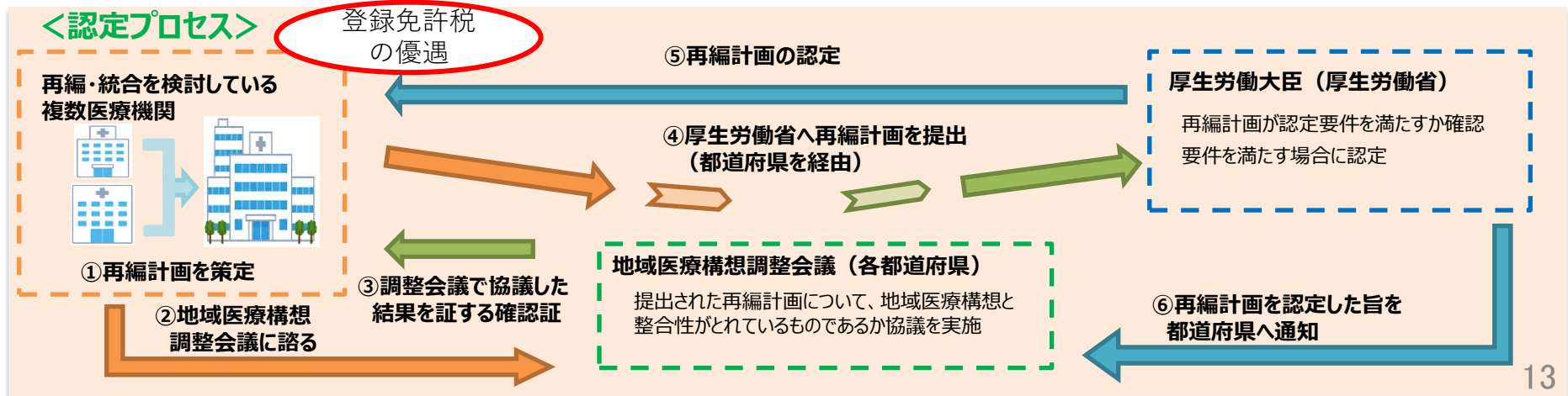
(1) 病床機能再編支援事業を全額国費の事業として地域医療介護総合確保基金へ位置付け

- 令和2年度限りとして措置された「**病床機能再編支援事業**（※）」について、**消費税財源を活用した地域医療介護総合確保基金**の中に位置付け、**全額国負担**の事業として、令和3年度以降も実施

※ 地域医療構想調整会議等の合意を踏まえて、病床機能を再編し、自主的な病床削減や病院統合を行う医療機関に対し、財政支援を実施

(2) 再編計画の認定（税制上の優遇）

- 複数医療機関の再編・統合に関する計画（再編計画）について、厚生労働大臣が認定する制度を創設
- 認定を受けた再編計画に基づき取得した不動産に関し、登録免許税を優遇（租税特別措置法により措置）



病床機能再編支援事業費給付金(単独支援給付金)

1 単独支援給付金

地域医療構想の実現のため、病院又は診療所であって療養病床又は一般病床を有するものが、病床機能再編(病床数の削減)を実施する場合、減少する病床数に応じた給付金を支給する。

支給対象

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、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(単独病床機能再編計画)を作成した医療機関の開設者又は開設者であった者

※地域医療構想の実現を目的としたものではない病床機能再編(経営困難等を踏まえた自己破産による廃院)は支給の対象外

支給要件

- ① 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、都道府県が地域医療構想の実現に向けて必要な取組であると認めたものであること。
- ② 病床機能再編を行う医療機関における**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%以下**であること。

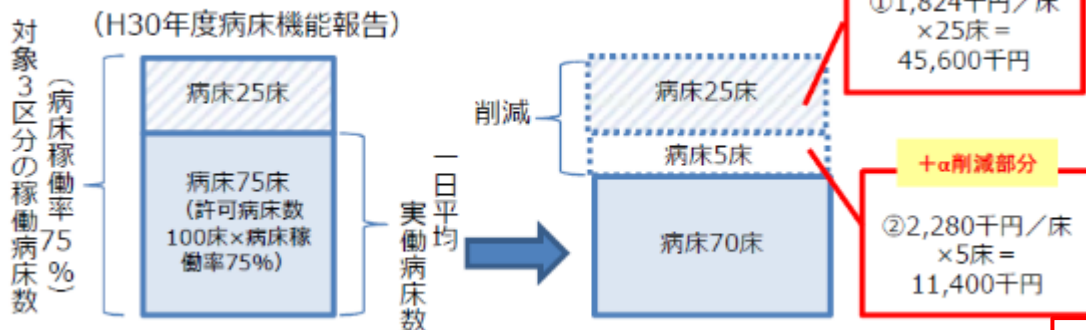
支給額の算定方法

- ① 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病床の稼働病床数の合計から一日平均実働病床数(対象3区分の許可病床数に対象3区分の病床稼働率を乗じた数)までの間の病床数の減少について、対象3区分の病床稼働率に応じ、減少する病床1床当たり下記の表の額を支給

※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場合は、**平成30年度病床機能報告又は令和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こと。**

- ② 一日平均実働病床数以下まで病床数が減少する場合は、一日平均実働病床数以下の病床数の減少については、2,280千円/床を交付
- ③ 上記①及び②の算定に当たっては、**回復期機能・介護医療院に転換する病床数、過去に本事業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を除く。**

【イメージ】



※補助金の算定の計算には休床分は含めない

病床稼働率	削減した場合の1床あたり単価
50%未満	1,140千円
50%以上60%未満	1,368千円
60%以上70%未満	1,596千円
70%以上80%未満	1,824千円
80%以上90%未満	2,052千円
90%以上	2,280千円

→ ①45,600千円 + ②11,400千円 = 57,000千円 の交付

病床機能再編支援事業費給付金（統合支援給付金）

2 統合支援給付金

地域医療構想の実現のため、複数の医療機関が、病床機能再編（病床数の削減）を実施し統合する場合、当該統合に参加する医療機関に給付金を支給する。

支給対象

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、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、支給要件のすべてを満たす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。）の開設者

支給要件

- ① 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、都道府県が地域医療構想の実現に向けて必要な取組であると認めたものであること。
- ② 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。）となること。
- ③ 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ていること。
- ④ **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計画に合意していること。
- ⑤ 統合関係医療機関の対象3区分の**総病床数の10%以上減少すること。**

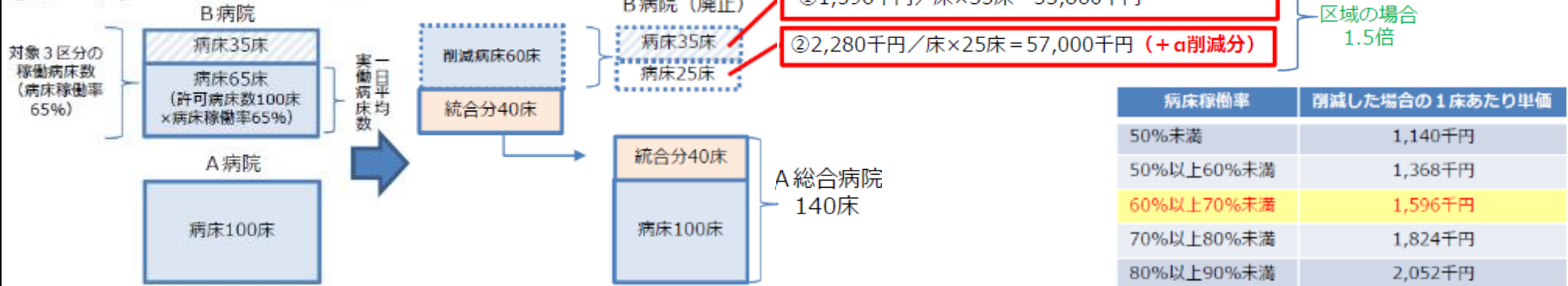
支給額の算定方法

① 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病床の稼働病床数の合計から、一日平均実働病床数（対象3区分の許可病床数に対象3区分の病床稼働率を乗じた数）までの間の病床数の減少について、対象3区分の病床稼働率に応じ、減少する病床1床当たり下記の表に基づいて算出された額の合計額を支給

※ 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場合は、**平成30年度病床機能報告又は令和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こと。**

- ② 一日平均実働病床数以下まで病床数が減少する場合は、一日平均実働病床数以下の病床数の減少については、2,280千円/床を交付
- ③ 上記①及び②の算定に当たっては、**統合関係医療機関間の病床融通数、回復期機能・介護医療院に転換する病床数を除く。**
- ④ 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、算定された金額に**1.5を乗じて算定された額の合計額を支給**

【イメージ】（H30年度病床機能報告）



※補助金の算定の計算には休床分は含めない

→ ①55,860千円 + ②57,000千円 = 112,860千円 の交付

病床機能再編支援事業費給付金(債務整理支援給付金)

3 債務整理支援給付金

地域医療構想の実現のため、複数の医療機関が、病床機能再編(病床数の削減)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に係る給付金を支給する。

支給対象

地域医療構想の実現に資する統合計画に参加し、統合後に存続している医療機関であって、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。)の開設者

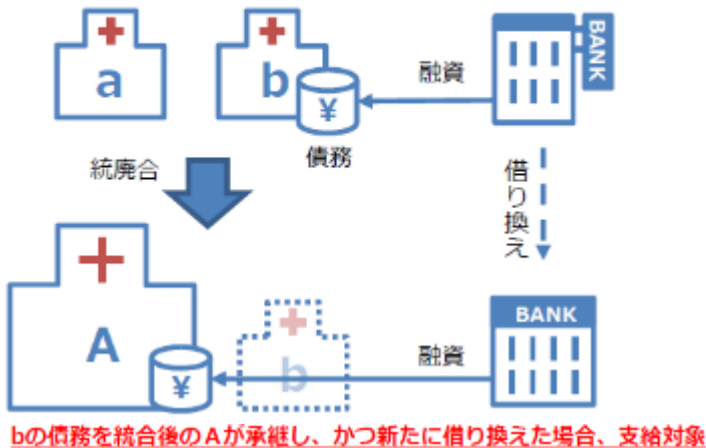
支給要件

- ① 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、都道府県が地域医療構想の実現に向けて必要な取組であると認めた統合計画による統合後に存続している医療機関であること。(「2 統合支援給付金」の支給対象であること。)
- ② 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。)となること。
- ③ 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ていること。
- ④ 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ていること。
- ⑤ 金融機関から取引停止処分を受けていないこと。
- ⑥ 国税、社会保険料又は労働保険料を滞納していないこと。

支給額の算定方法

承継医療機関が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受けた融資に対する利子の総額
ただし、融資期間は20年、元本に対する利率は年0.5%を上限として算定

【イメージ】



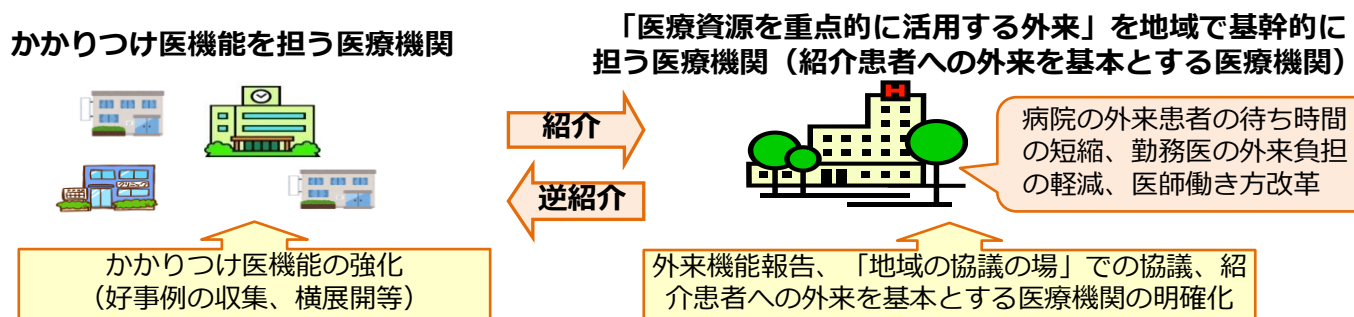
1. 外来医療の課題

- 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 (案)

- 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**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（紹介患者への外来を基本とする医療機関）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



〈「医療資源を重点的に活用する外来」のイメージ〉

- 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）

「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関について(案)

趣旨

- 患者にいわゆる大病院志向がある中で、日常行う診療はかかりつけ医機能を担う身近な医療機関で受け、必要に応じて紹介を受けて、患者自身の状態に合った他の医療機関を受診し、さらに逆紹介によって身近な医療機関に戻るといった流れをより円滑にすることが求められている。
 - このため、外来機能の明確化・連携に向けた取組の第一歩として、「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)に着目し、これを地域で基幹的に担う医療機関を明確化することで、患者にとって、紹介を受けて受診することを基本とする医療機関を明確化する。
- ⇒ これにより、病院で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、医師働き方改革にも資することが期待される。

明確化の方法

- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)として、基本的に以下の機能が考えられる。その具体的な内容は、今後さらに専門的な検討の場において検討する。
 - ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ③ 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等)
- 「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関の明確化については、地域の実情を踏まえることができるよう、上記の①～③の割合等の国が示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することで決定。その方法として、外来機能報告(仮称)(NDBを活用し医療機関の事務は極力簡素化)で報告。

(参考)地域医療支援病院との関係について

- 地域医療支援病院は、かかりつけ医等への支援を通じて地域医療の確保を図る医療機関であり、紹介患者に対する医療提供のほか、医療機器等の共同利用、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等も要件とされている。
- 現在検討している「医療資源を重点的に活用する外来」(仮称)を地域で基幹的に担う医療機関は、地域における患者の流れをより円滑にする観点から、特定機能病院や地域医療支援病院以外に、紹介患者への外来を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担う医療機関を明確化するもの。紹介患者に対する医療提供という観点では、両者の役割は一部重複することとなる。18

※ 今後、その機能をより明確にするため、地域連携のあり方等については更に検討。

- 医療資源が重点的に活用される外来医療として、外来化学療法を行う外来や、日帰り手術を行う外来のようなものがある。
- 一方、医療資源が重点的に活用される入院医療を提供する際も、治療前の説明・検査や治療後のフォローアップのため、同一の医療機関で入院前後に外来医療が提供される。
- これらの外来医療を実施する医療機関では、特定の治療等を行うに当たり、地域の実情に応じて集約化を図ることが効果的・効率的と考えられる①高額等の医療機器・設備や、②特定の領域に特化した知見を有する医師・医療人材が必要になると考えられる。

イメージ

・外来で医療資源が重点的に活用される医療(例:外来化学療法を行う場合)

外来化学療法

参考 診療報酬における外来化学療法加算の施設基準の概要

- ・専用のベッドを有する治療室を保有
- ・一定の医師、看護師、薬剤師を配置
- ・緊急時に患者が入院できる体制の確保

・医療資源が重点的に活用される入院医療の前後の外来医療(例:入院で悪性腫瘍手術を受ける場合)

かかりつけ医で
悪性腫瘍疑いと診断(外来)

治療前の
説明、検査
(外来)

治療後の
フォローアップ
(外来)

安定したら再びかかりつけ医でフォローアップ(外来)

悪性腫瘍手術
(入院)

悪性腫瘍手術を実施するためには、例えば以下のような設備、人員が必要。

- ・手術前、手術後の管理を行うために設備、人員ともに充実した入院病棟
- ・全身麻酔により手術を実施できる手術室
- ・手術を実施できる経験を積んだ医師、看護師等の医療従事者