

# 第8次医療計画、地域医療構想等について

# 目次

1. 第8次医療計画、地域医療構想等の検討・取組の進め方 ……P. 3
2. 医療提供体制を取り巻く状況～超高齢化・人口急減の到来～ ……P. 9

## (参考)

1. 新型コロナウイルス感染症への対応関係 ……P. 25
2. 地域医療構想関係 ……P. 59
3. 外来医療・かかりつけ医機能関係 ……P. 82
4. 医師の働き方改革・医師確保対策関係 ……P. 95
5. その他 ……P.101

# 1.第8次医療計画、地域医療構想等の検討・取組の進め方

## 第8次医療計画、地域医療構想等の検討・取組に当たって

- 医療のアクセスや質を確保しつつ、持続可能な医療提供体制を確保していくため、これまで、医療機能の分化・強化、連携や、地域包括ケアシステムの推進、かかりつけ医機能の充実等の取組を進めてきた。
- 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等の重要性、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下で必要な医療を面として提供することの重要性などが改めて認識された。
- 当面、まずは、足下の新型コロナウイルス感染症対応に引き続き全力を注ぐとともに、今般の新型コロナウイルス感染症対応により浮き彫りとなった課題にも対応できるよう、質の高い効率的・効果的な医療提供体制の構築に向けた取組を引き続き着実に進めることが必要である。
- 一方で、この間も、人口減少・高齢化は着実に進みつつあり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとともに、今後は、特に生産年齢人口の減少に対応するマンパワーの確保や医師の働き方改革に伴う対応が必要になることを踏まえ、地域医療構想を引き続き着実に推進し、人口構造の変化への対応を図ることが必要である。

# 新型コロナウイルス感染症への対応

## これまでの対応状況

- 新型コロナウイルス感染症への対応として、医療提供体制については、「全体像（次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像）」や「保健・医療提供体制確保計画」等に基づき、以下の対応に取り組んでいるところ。
  - ・ 病床の確保、臨時の医療施設の整備、医療機関の役割分担・連携の促進
  - ・ 自宅・宿泊療養者への対応
  - ・ 医療人材の確保
  - ・ ITを活用した稼働状況の見える化 など

## 今後の検討・取組の進め方

- 今後の新興感染症等の感染拡大時にも機動的に対策を講じられるよう、医療法の改正により、第8次医療計画（2024年度から2029年度まで）より、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。
- 「厚生科学審議会感染症部会」における感染症法に基づく基本指針・予防計画等の議論と整合性を図りながら、第8次医療計画の記載事項について検討。
- 具体的には、感染拡大時に迅速かつ柔軟に病床や人材の確保ができるよう、平時からの取組、感染拡大時の取組などに関し、「全体像」、「保健・医療提供体制確保計画」等に基づくこれまでの取組を踏まえ、必要な対策を検討。
  - ※ 政府としては、これまでの対応を客観的に評価し、次の感染症危機に備えて、本年6月を目途に、危機に迅速・的確に対応するための司令塔機能の強化や、感染症法の在り方、保健医療体制の確保など、中長期的観点から必要な対応をとりまとめることとしている。
- 5疾病・5事業及び在宅医療などの他の医療計画の記載事項についても、第7次医療計画の中間見直し以降の状況の変化として、今般の新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえて検討。

# 人口構造の変化への対応

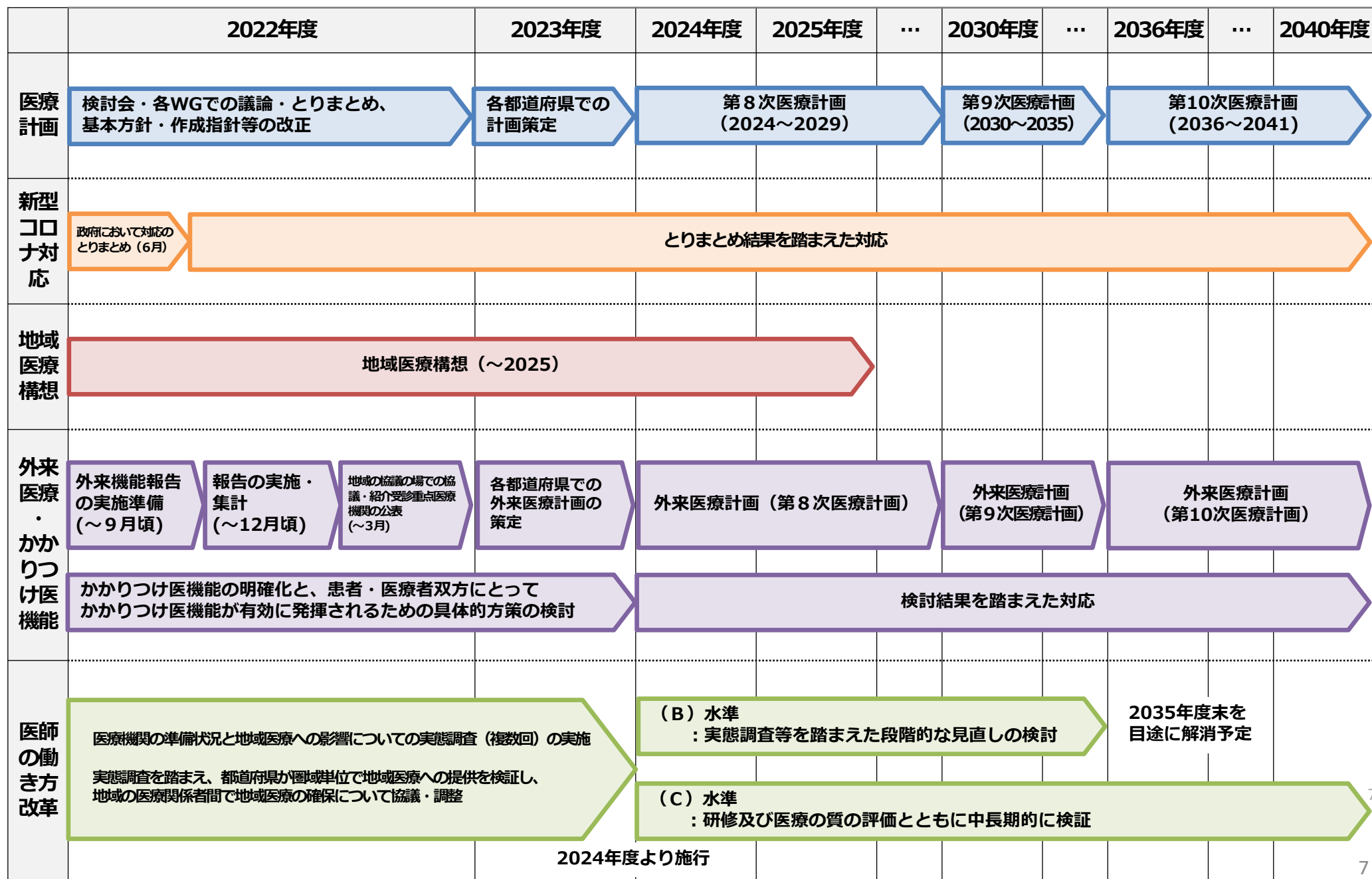
## これまでの対応状況

- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、地域医療構想に関する取組の進め方については、都道府県に可能な限りの対応をお願いする一方で、厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとしていた。
- 地域における外来機能の明確化・連携を進め、患者の流れの円滑化を図るため、外来機能報告・紹介受診重点医療機関を導入。

## 今後の検討・取組の進め方

- 地域医療構想については、高齢化・人口減少が加速化することや、2024年度から医師の時間外労働の上限規制が適用され、2035年度末に暫定特例水準を解消することとされていることを踏まえれば、着実に推進する必要がある。
- 令和3年12月10日の地域医療確保に関する国と地方の協議の場において、各都道府県で、第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを行うとともに、検討状況について定期的に公表を行うことについて確認がなされた。
- 厚生労働省においては、各地域における検討状況を適時・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ついて、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援していくこととしている（今後、全ての都道府県に対して重点支援区域の申請の意向の有無を聞く）。
- また、外来機能の明確化・連携に向けて、かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策について検討を進める。

# 医療提供体制改革に係る今後のスケジュール



# 医療提供体制をめぐる課題

- 今後の検討・取組に当たっては、「1. 新型コロナ対応に関する課題」に対応するとともに、超高齢化・人口急減といった「2. 2040年を見据えた人口構造の変化への対応」が求められるのではないか。

## 1. 新型コロナ対応に関する課題

- ・ 人材面を始めとした高度急性期対応
- ・ 地域医療を面として支える医療機関等の役割分担・連携（情報共有を含む）
- ・ チーム・グループによる対応など外来・在宅医療の強化
- ・ デジタル化・見える化への対応

など

## 2. 2040年を見据えた人口構造の変化への対応

- ・ 生産年齢人口の減少に対応するマンパワーの確保
- ・ 人口減少地域における医療機能の維持・確保や医師の働き方改革に伴う対応
- ・ 超高齢化・人口急減による入院・外来医療ニーズの変化
- ・ 医療介護複合ニーズ・看取りニーズの増加（特に都市部）

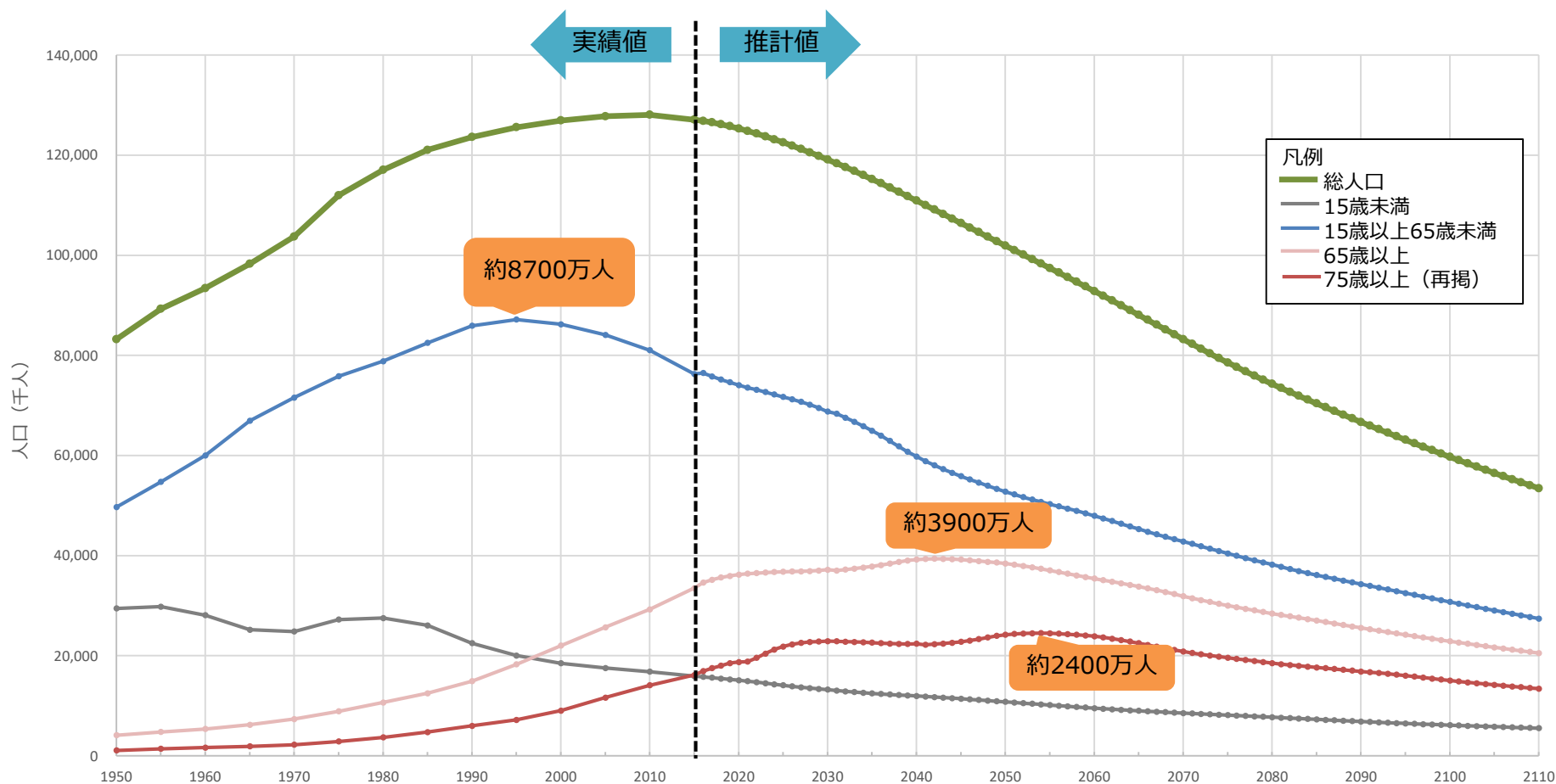
など



## 2.医療提供体制を取り巻く状況～超高齢化・人口急減の到来～

# 人口動態① 2040年頃に65歳以上人口のピークが到来する

- 我が国の人口動態を見ると、現役世代(生産年齢人口)の減少が続く中、いわゆる団塊の世代が2022年から75歳(後期高齢者)となっていく。
- その後も、2040年頃まで、65歳以上人口の増加が続く。



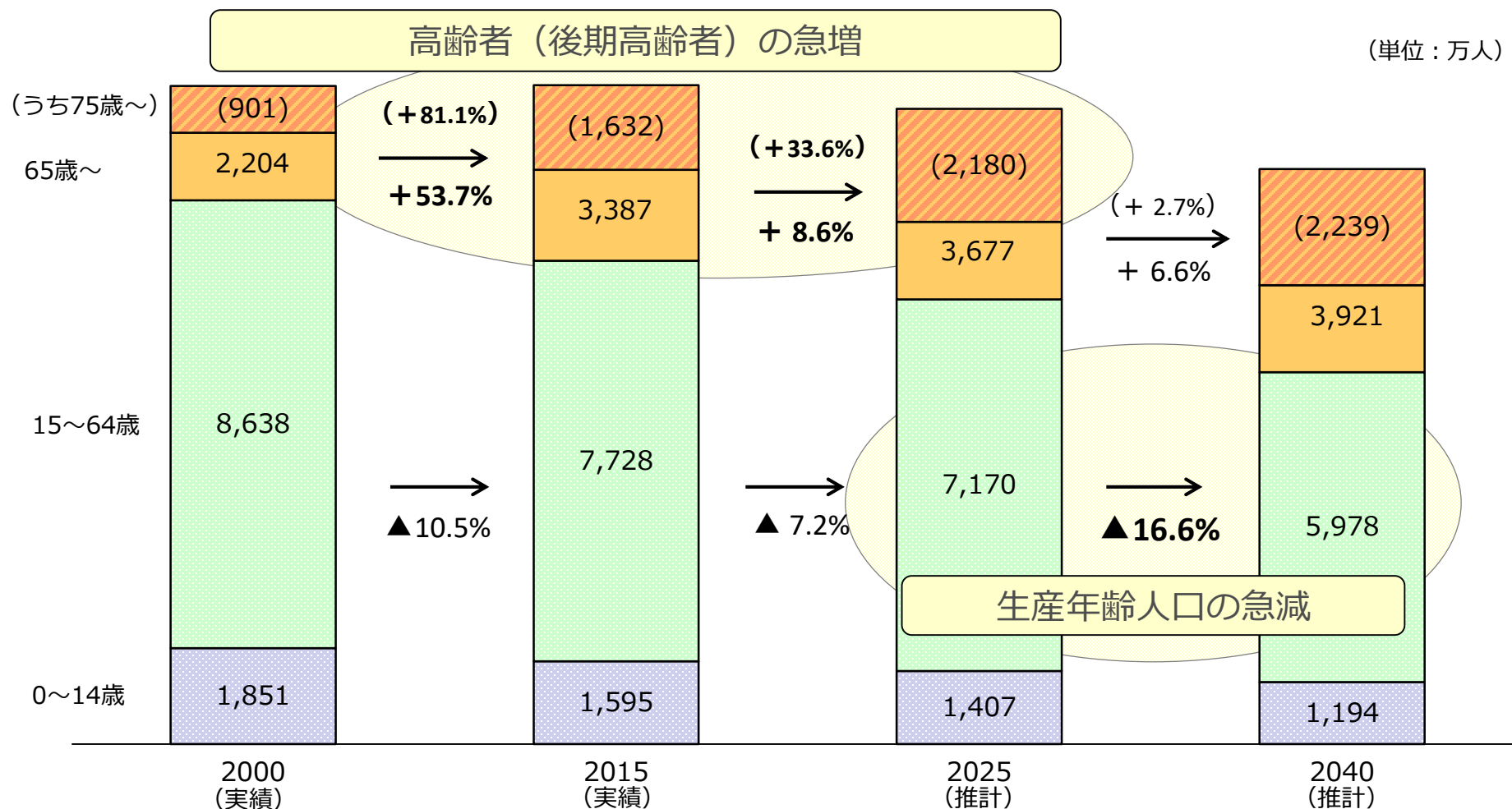
出典：国立社会保障・人口問題研究所「年齢（4区分）別人口の推移と将来推計」「総数、年齢4区分別総人口および年齢構造係数」

※ 2015年までは国勢調査の実績値、2016年以降は推計値。

# 人口動態② 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

○ 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかになる一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

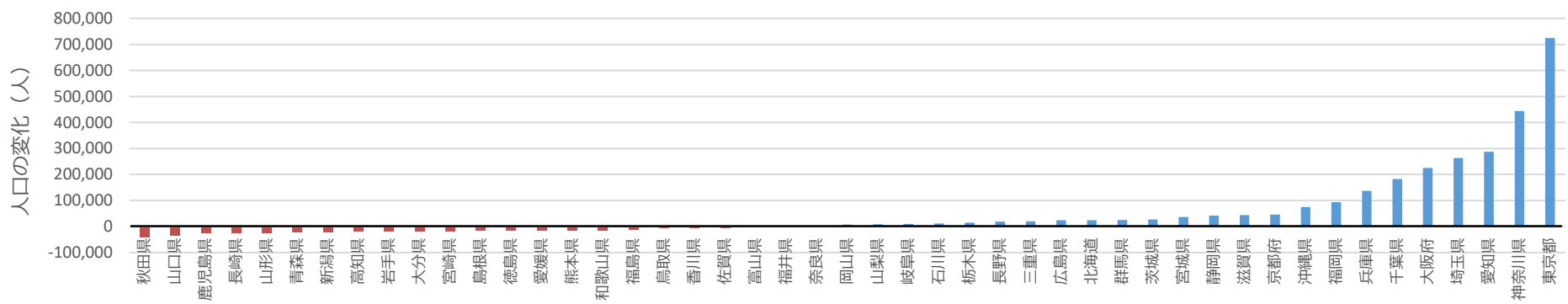
【人口構造の変化】



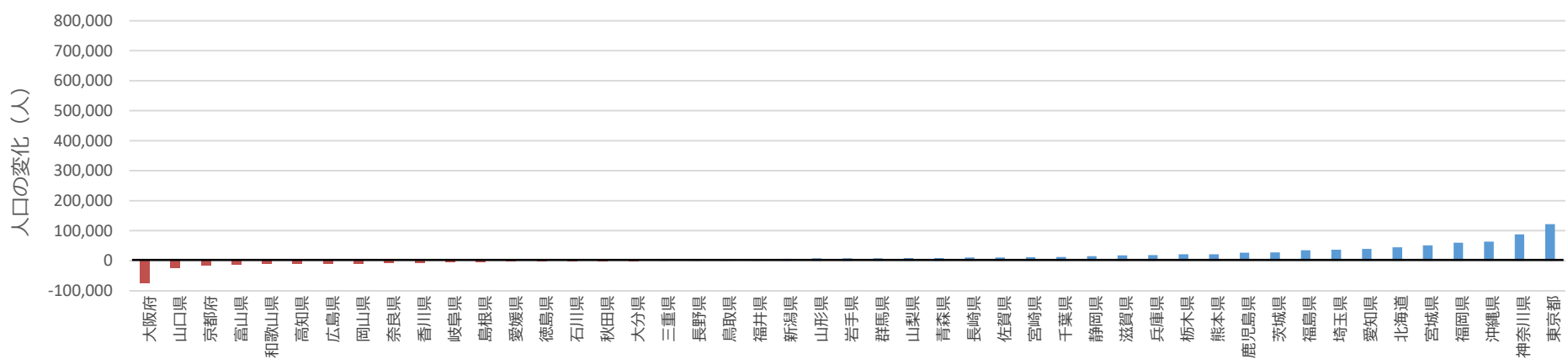
# 人口動態③ 65歳以上人口は急増してきたが、今後は減少する都道府県が発生する

- 都道府県単位で見ると、2025年から2040年にかけて、65歳以上人口が減少する都道府県が発生する(計21県)。他方、引き続き増加する都道府県は計26都道府県で、特に東京都・神奈川県をはじめとする都市部では増加数が多い。
- また、75歳以上人口で見ると、減少する都道府県は計17府県で、大阪府は減少数が多い。一方で、75歳以上人口が引き続き増加する都道府県は計30県だが、増加数は緩やかとなる。

2025年から2040年にかけての65歳以上の人口の動態



2025年から2040年にかけての75歳以上人口の動態 (再掲)

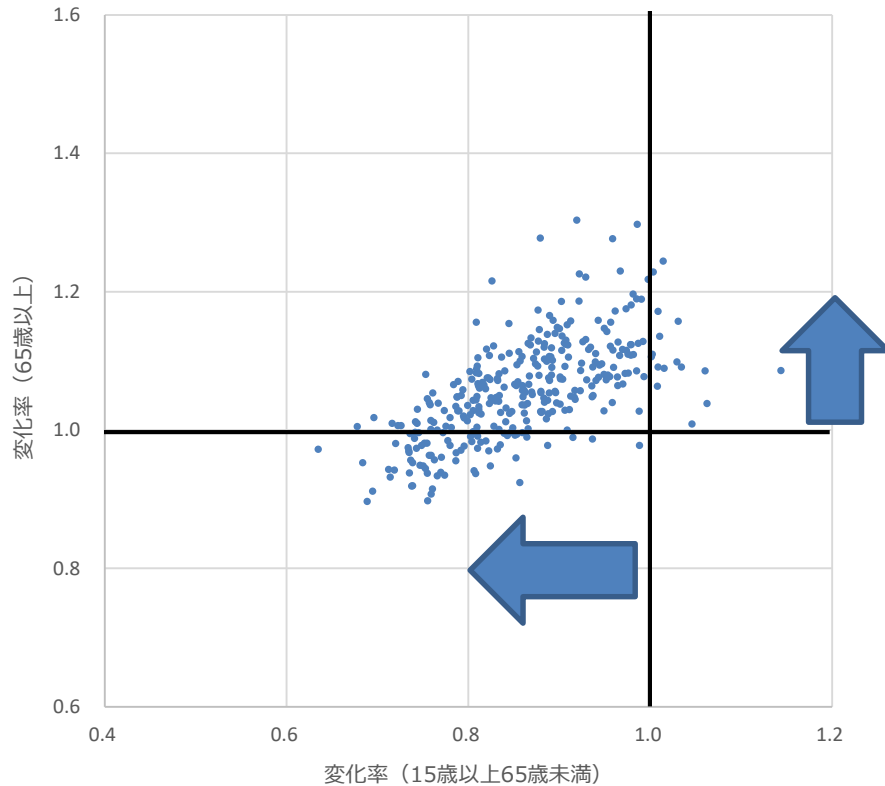


# 人口動態④ 高齢者の減少と現役世代の急減が同時に起こる2次医療圏が数多く発生する

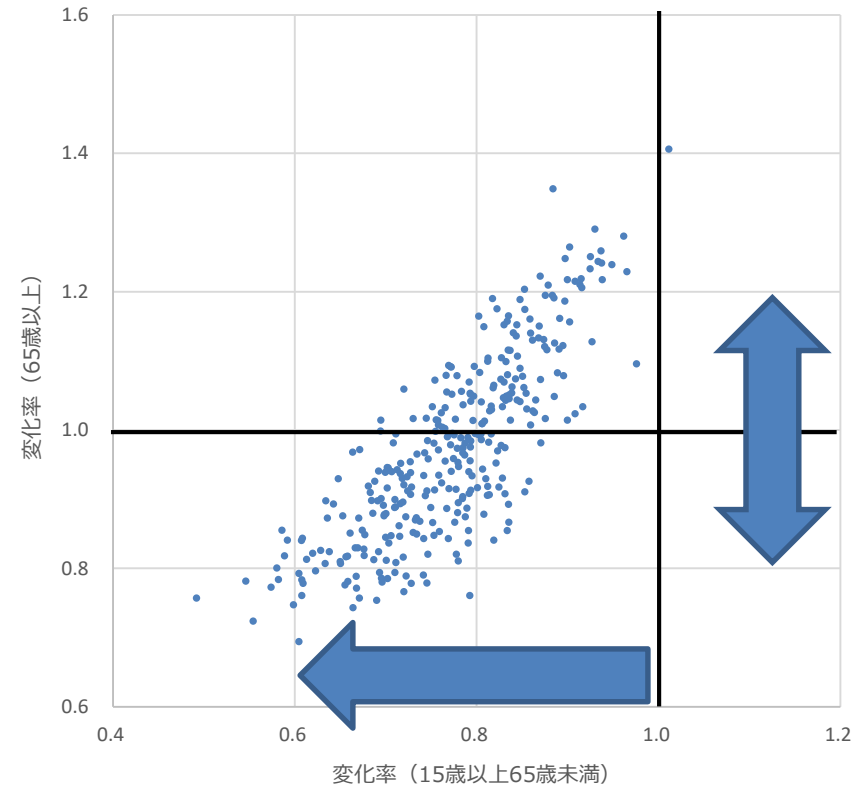
- 2次医療圏単位で見ると、2015年から2025年にかけて、多くの地域で、65歳以上人口の増加と生産年齢人口の減少が起きる。
- 2025年から2040年にかけては、65歳以上人口が増加する地域(132の医療圏)と減少する地域(197の医療圏)に分かれる。また、多くの地域で生産年齢人口が急減する。

## 2次医療圏ごとの人口変化率

2015年→2025年



2025年→2040年



出典：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30（2018）年推計）」

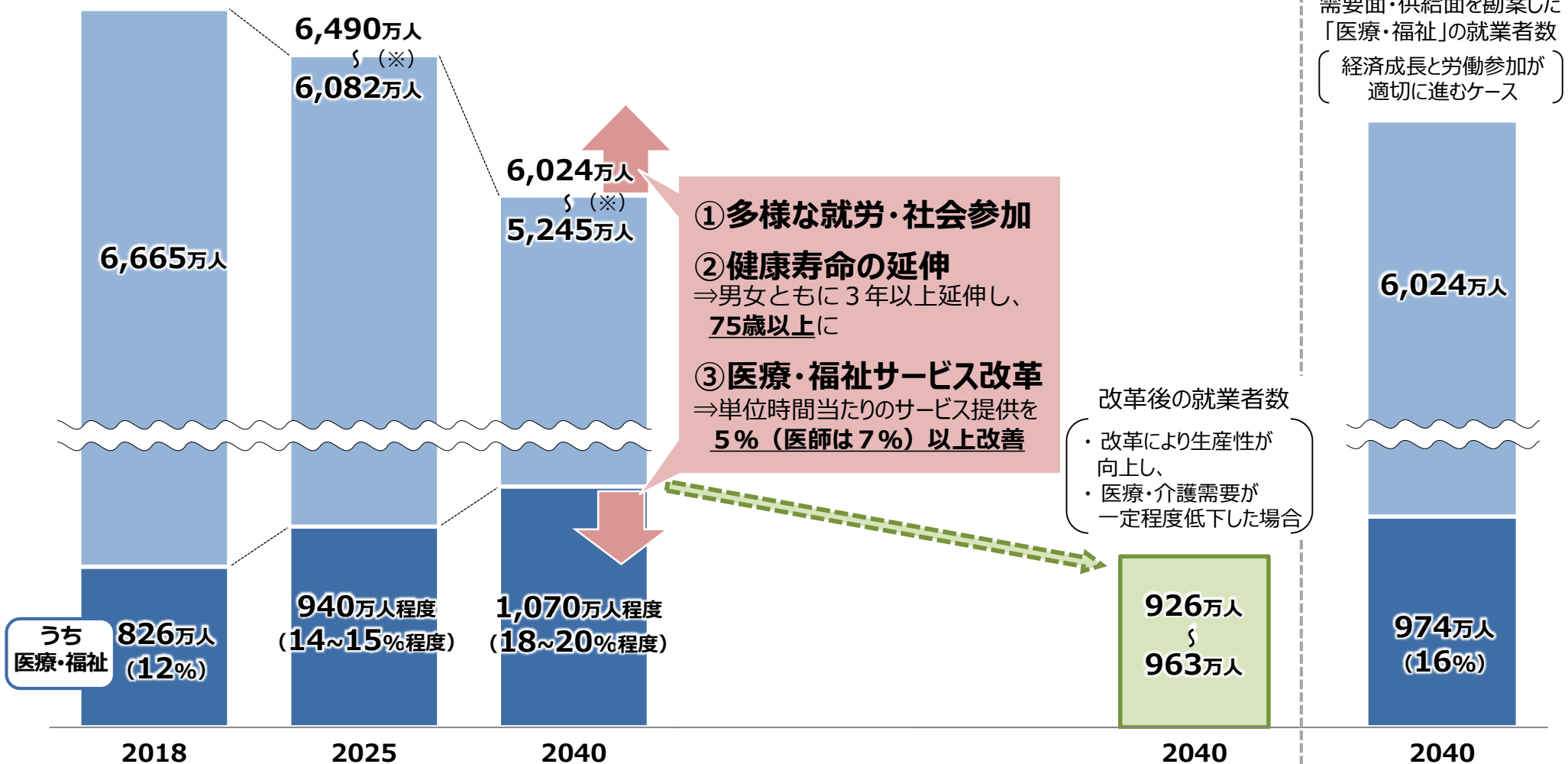
※ 2015年は国勢調査の実績値。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

# マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移

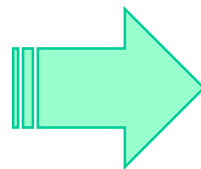
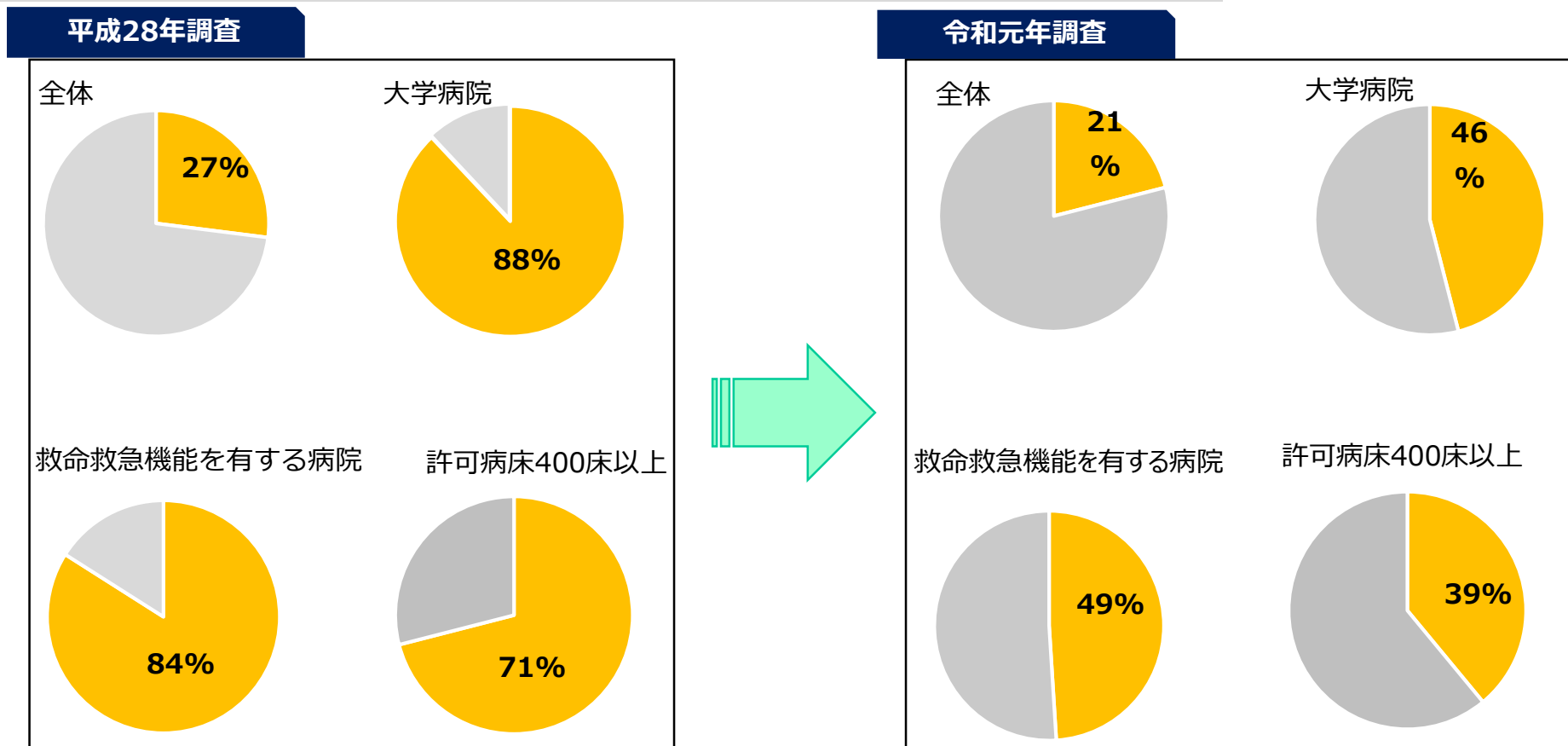


※総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」(2019年3月)による。  
 総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。  
 ※2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。

# マンパワー② 働き方改革への対応が求められる

- 2024年度から、医師の時間外・休日労働時間の上限規制が開始される。
- 過去の調査において時間外労働が年1860時間を超えると推定される、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる病院の割合は、平成28年調査と比べれば減少しているものの、大学病院・救命救急機能を有する病院・許可病床400床以上の病院においては、いまだ4割程度を占めており、施行に向けて、労働時間の短縮を進めていく必要がある。

時間外労働が年1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合



※ H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

※ R元年調査：診療外時間から指示の無い診療外時間を除外し、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

※※ 平成30年病床機能報告救急機能とは、救急告示病院、二次救急病院、救命救急（三次救急）病院のいずれかに該当するもので、救命救急機能は、三次救急病院に該当するもの。なお、救急車受入件数は、平成30年病床機能報告で報告された件数から抽出した。

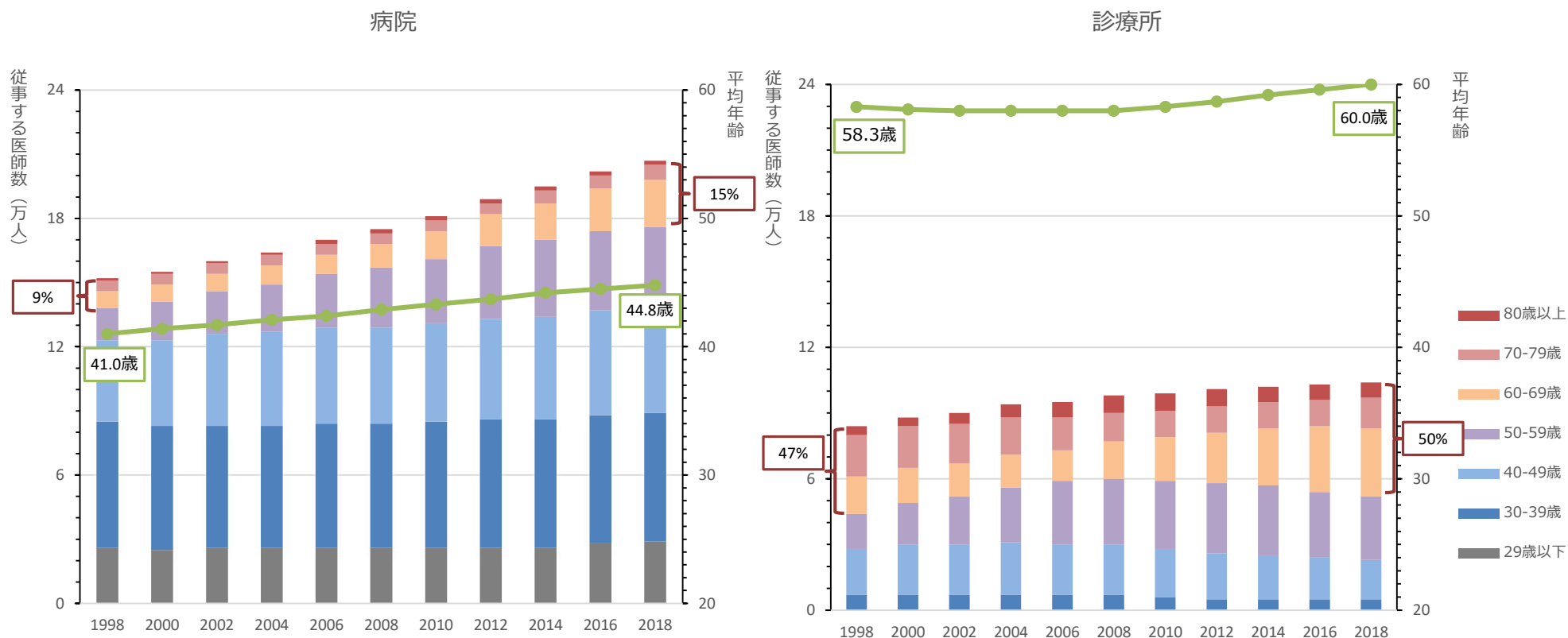




# マンパワー④ 提供者側（医師）の高齢化も進展している

- 病院に従事する医師数は、ここ20年で5.5万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は15%に増加しており、平均年齢は44.8歳まで上昇している。
- 診療所に従事する医師数は、ここ20年で2.0万人増加しているが、60歳以上の医師が占める割合は50%程度で、平均年齢は60.0歳まで上昇している。

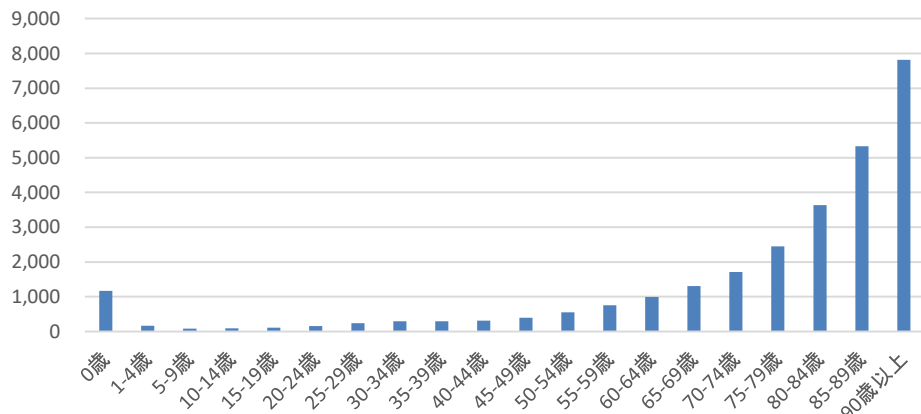
## 年齢階級別にみた病院従事する医師数及び平均年齢の年次推移



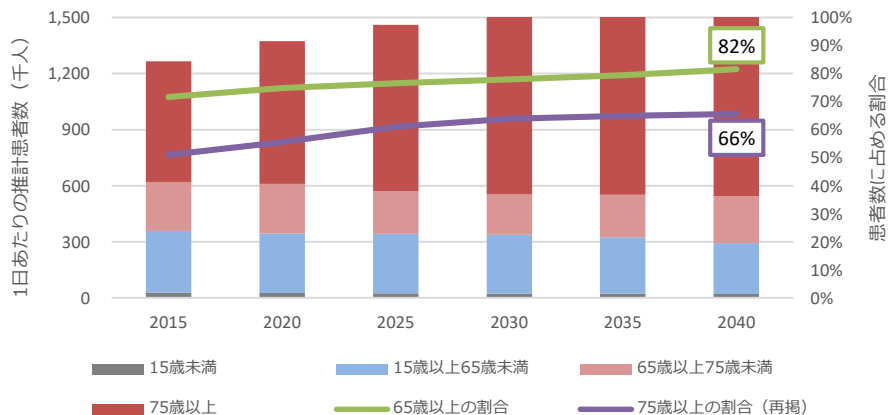
# 医療需要の変化① 入院患者数は、全体としては増加傾向にある

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに90の医療圏が、また2035年までには261の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

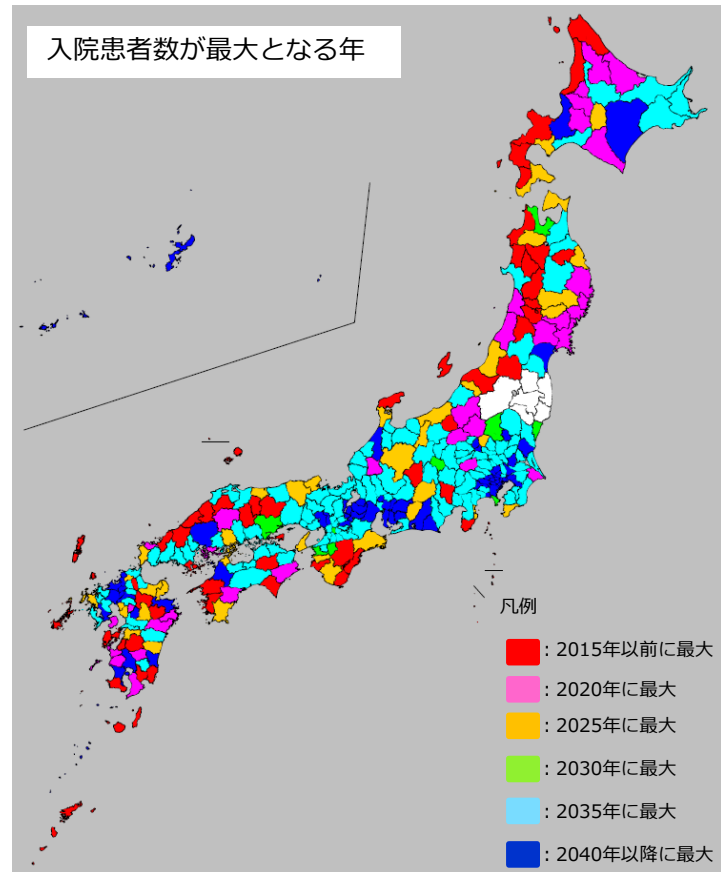
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」

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30（2018）年推計）」

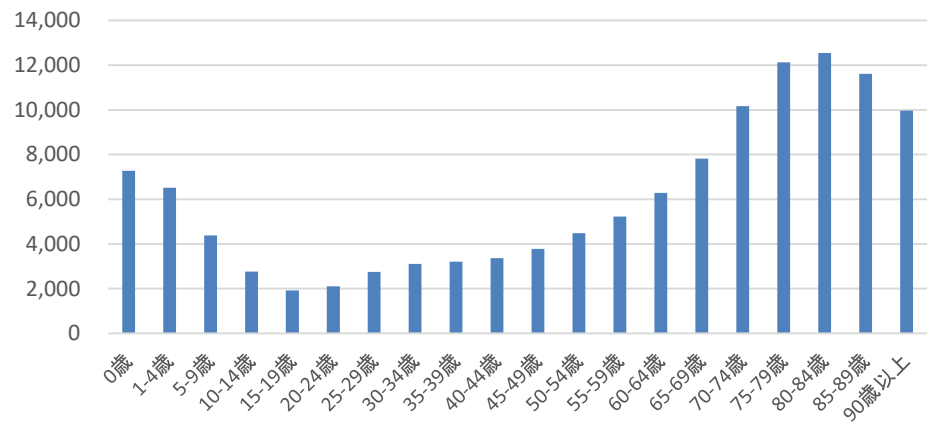
※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の2次医療圏を除く329の2次医療圏について集計。

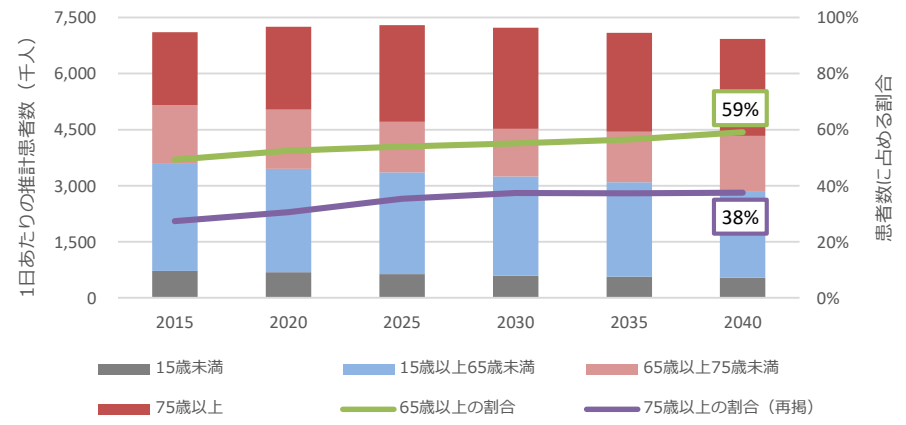
# 医療需要の変化② 外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに217の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

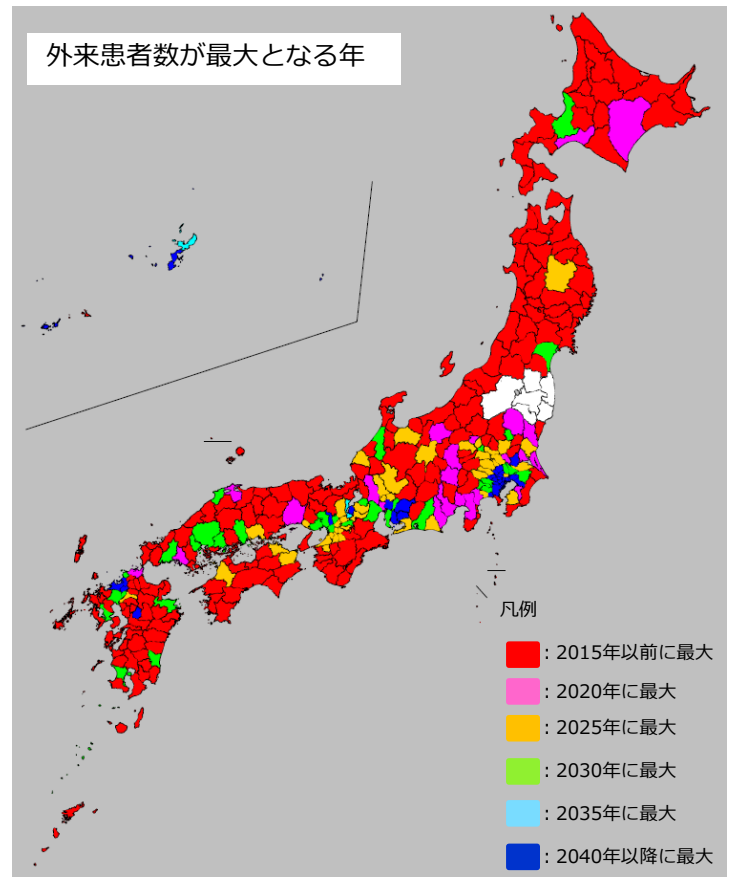
外来受療率（人口10万対）



外来患者数推計



外来患者数が最大となる年

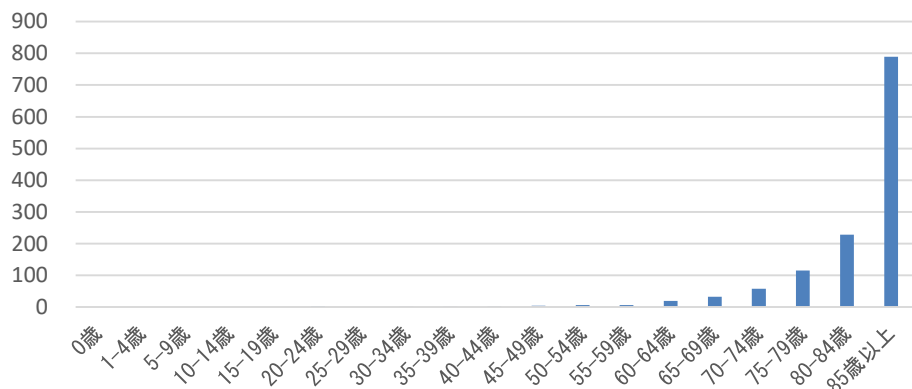


出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」  
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」  
 ※ 「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。  
 ※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。  
 ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

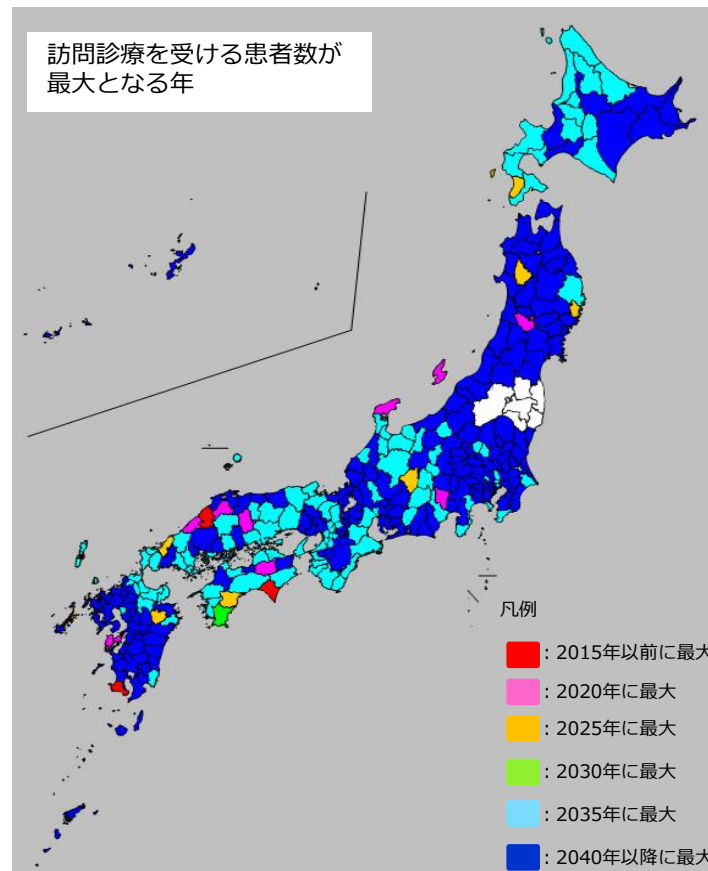
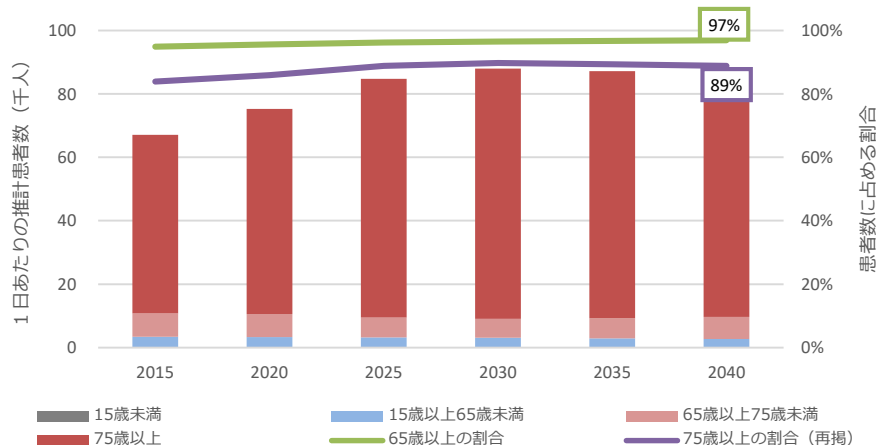
# 医療需要の変化③ 在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

- 全国での在宅患者数は、2030年にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。

訪問診療受療率（人口10万対）



訪問診療利用者数推計



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」

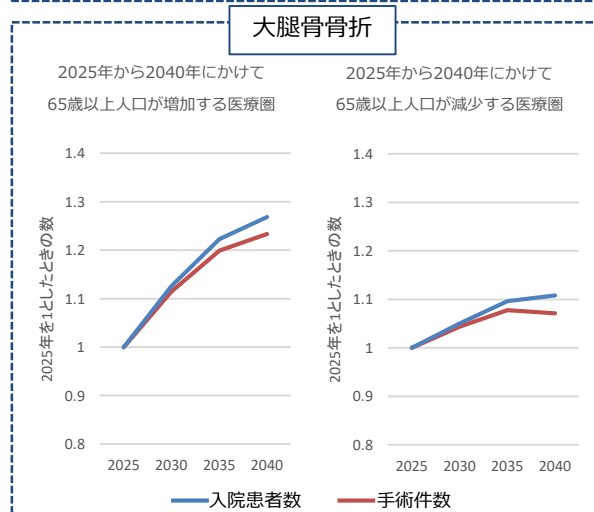
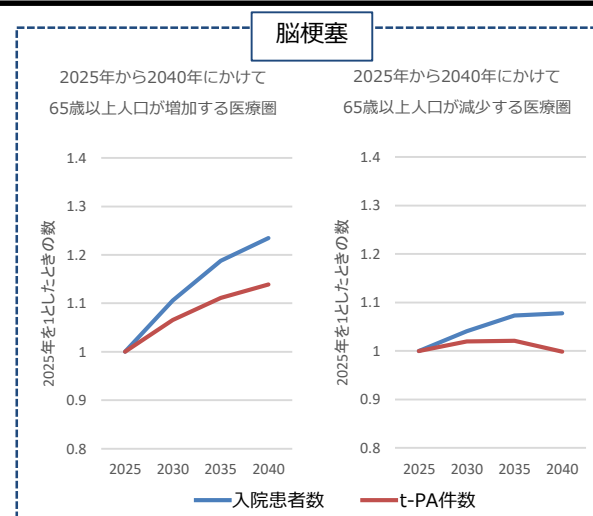
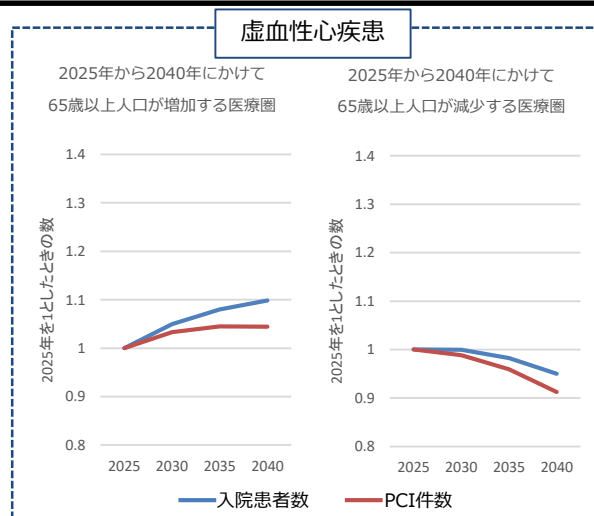
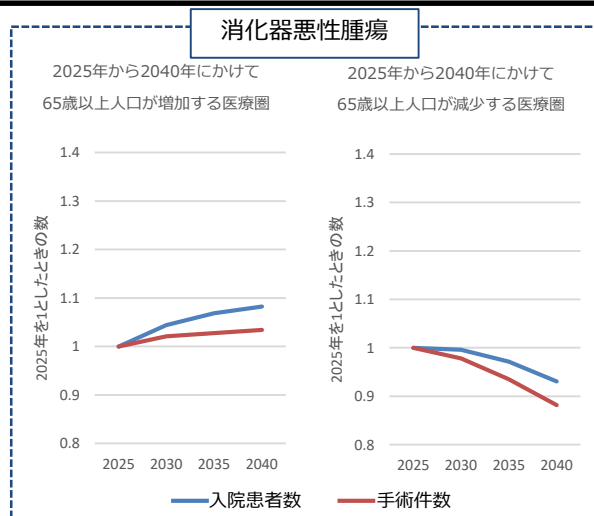
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

# 医療需要の変化④ 超高齢化・人口急減で、急性期の医療ニーズが大きく変化する

- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する2次医療圏(132の医療圏)では、急性期の医療需要が引き続き増加することが見込まれるが、がん・虚血性心疾患・脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は大幅な増加が見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が減少する2次医療圏(197の医療圏)では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。



出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）（2019年度分、医政局において集計）

患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類」

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30（2018）年推計）」

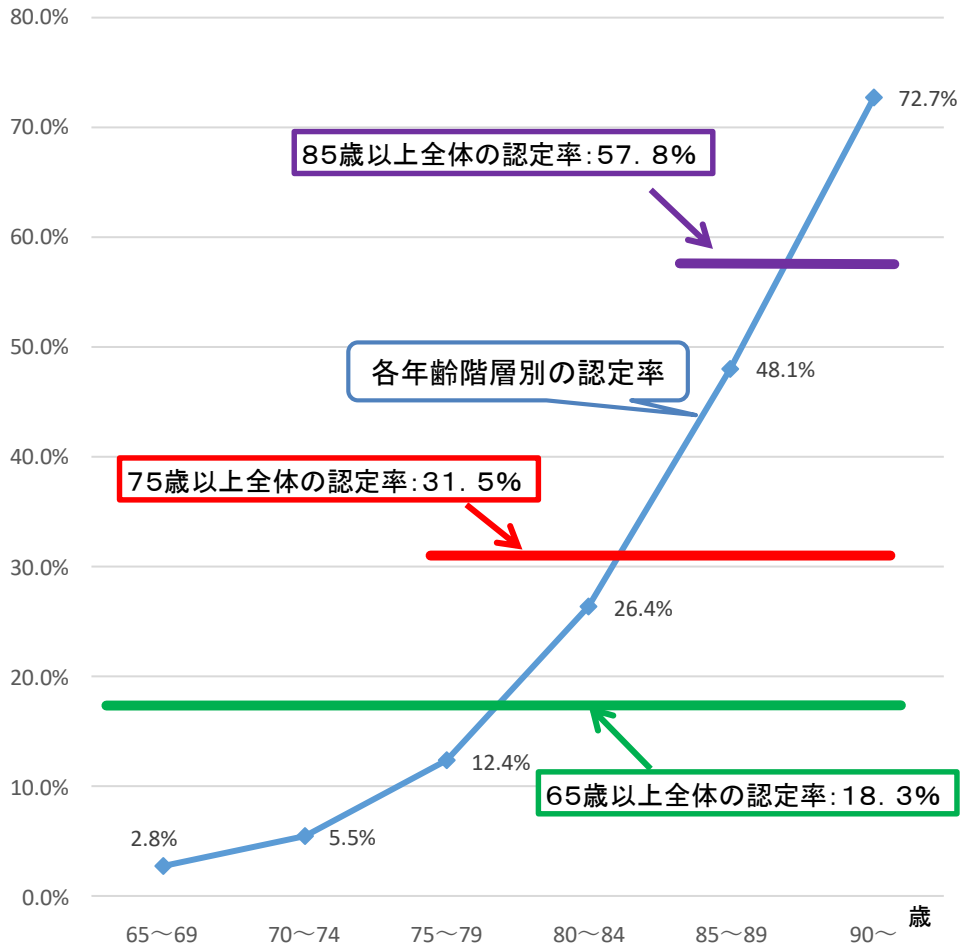
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和2年1月1日現在）」

- ※ 入院患者数は、各疾患の都道府県ごとの入院受療率に二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 手術件数・PCI件数・t-PA件数は、NDBの集計（下記定義による）による実績値から、令和2年1月1日時点での住民人口を用いて都道府県ごとの受療率を算出し、二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 消化器悪性腫瘍の手術件数とは、消化管及び肝胆膵等にかかる悪性腫瘍手術の算定回数の合計である。
- ※ 虚血性心疾患のPCI件数とは、「経皮的冠動脈形成術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等の算定回数の合計である。
- ※ 脳梗塞のt-PA（アルテプラゼによる血栓溶解療法）件数とは、「超急性期脳卒中加算」の算定回数の合計である。
- ※ 大腿骨骨折の手術件数とは、「人工骨頭挿入術（股）」の算定回数の合計である。
- ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について推計。

# 医療需要の変化⑤ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

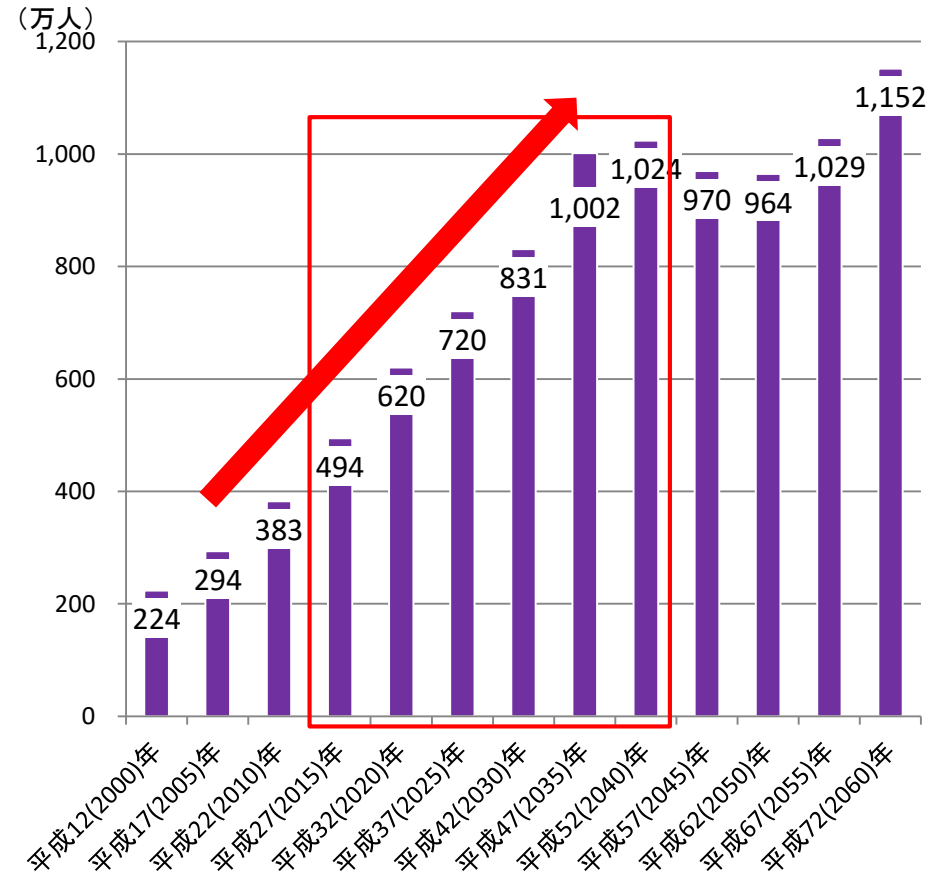
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

## 年齢階級別の要介護認定率



出典: 2020年9月末認定者数(介護保険事業状況報告)及び2020年10月1日人口(総務省統計局人口推計)から作成

## 85歳以上の人口の推移

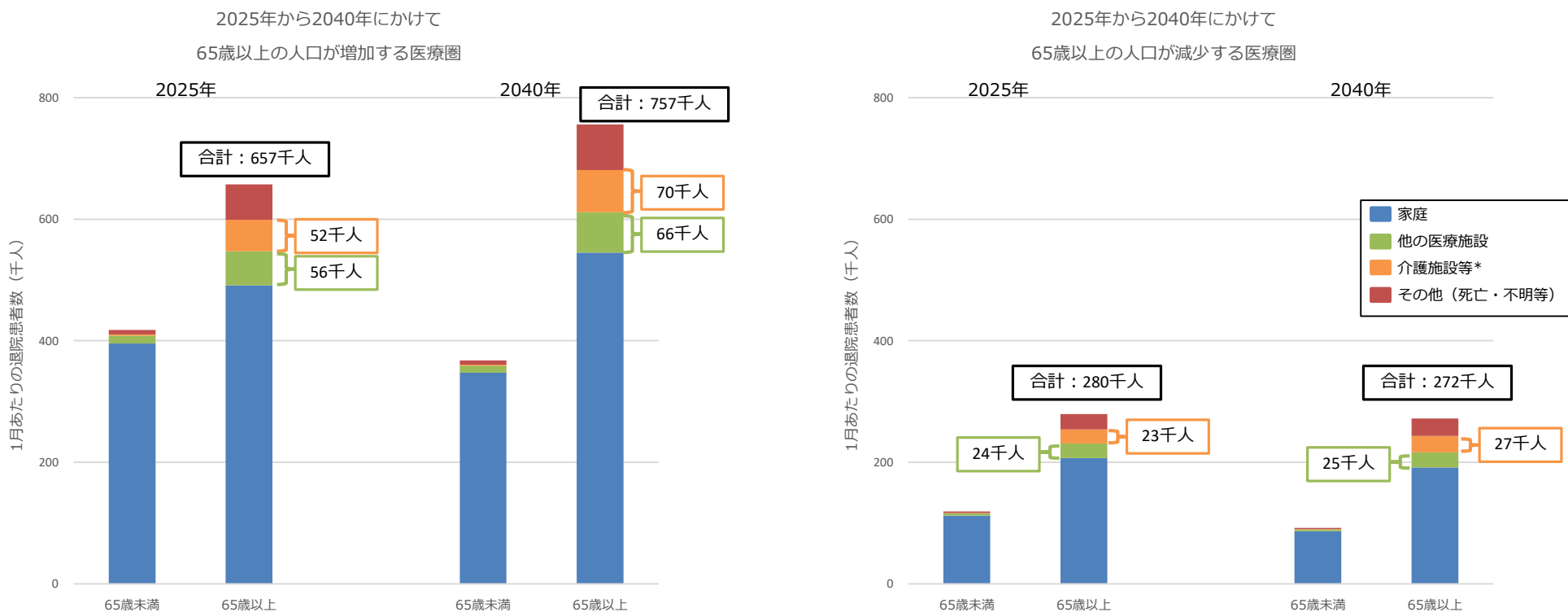


出典: 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計  
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

# 医療需要の変化⑥ 介護施設等・他の医療施設へ退院する患者数が増加する

- 2025年から2040年にかけて65歳以上の人口が増加する医療圏(132の医療圏)では、65歳以上の退院患者数は2040年に向けて15%増加するが、そのうち、介護施設等(介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設)へ退院する患者数は34%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は18%増加すると見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上の人口が減少する医療圏(197の医療圏)では、65歳以上の退院患者数は2040年に向けて減少するが、そのうち、介護施設等へ退院する患者数は16%増加し、他の医療施設へ退院する患者数は微増すると見込まれる。

## 退院患者の退院先の推移



出典：患者調査（平成29年）「推計退院患者数、入院前の場所×性・年齢階級別」「推計退院患者数、退院後の行き先×性・年齢階級別」

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30（2018）年推計）」

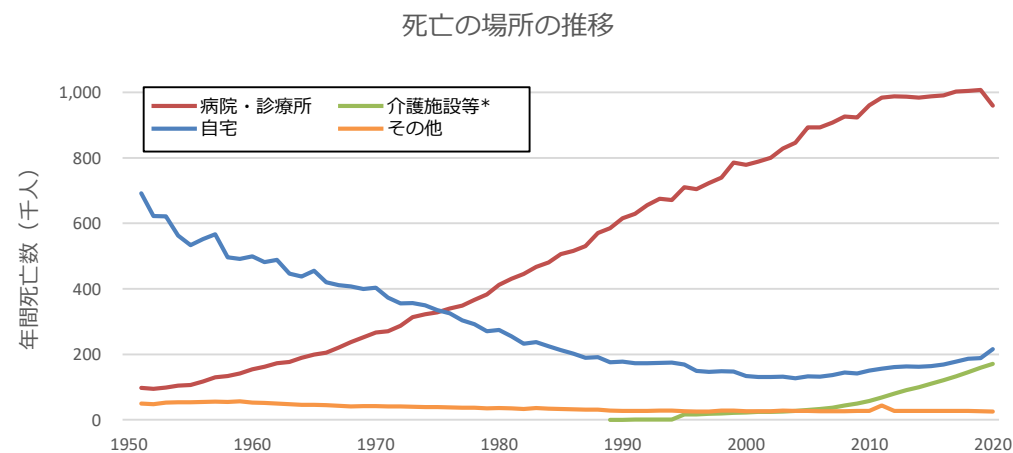
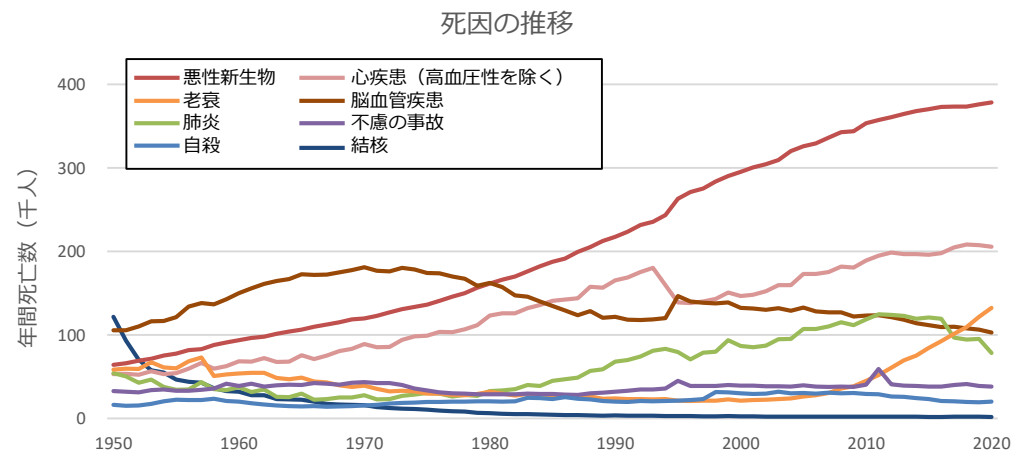
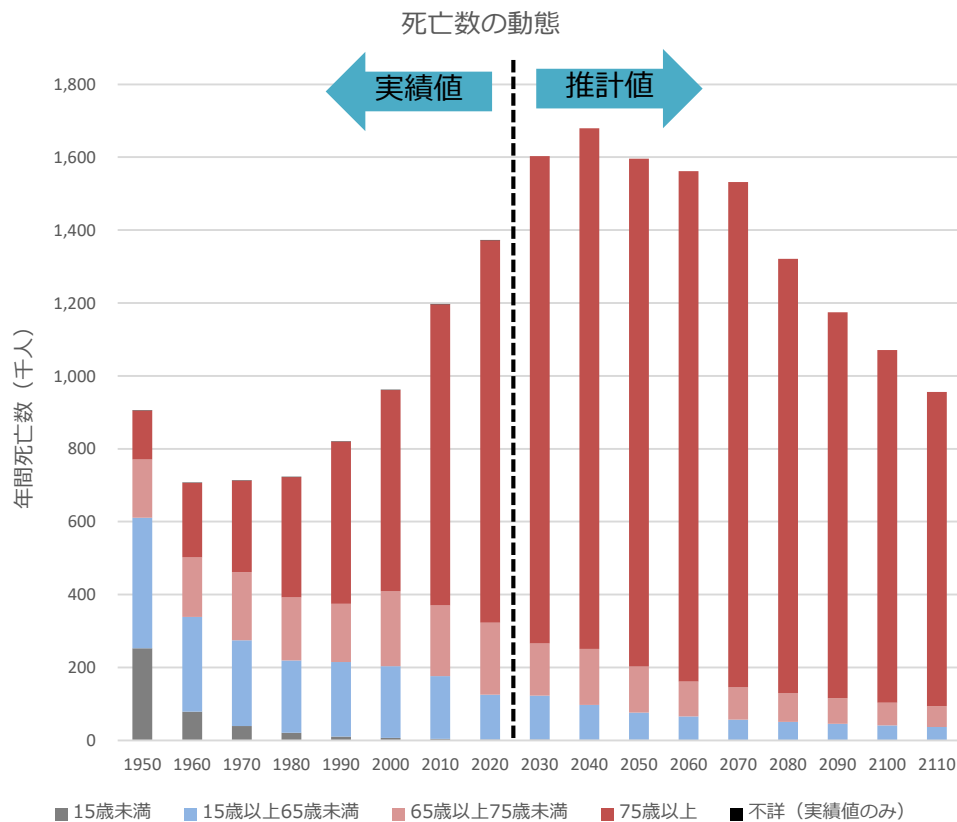
\*介護施設等：介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設

※ 退院患者数は、患者調査の時点での人口を用いて受療率を算出し、将来の推計人口を掛け合わせて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

# 医療需要の変化⑦ 死亡数が一層増加する

- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。
- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「性・年齢（5歳階級）別死亡数」「出生中位（死亡中位）推計：男女年齢4区分別死亡数（総人口）」、厚生労働省「人口動態統計」

\*介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム

※ 2020年までは実績値、2021年以降は推計値。



## 参考 1. 新型コロナウイルス感染症への対応関係

【基本的考え方】

- ワクチン、検査、治療薬等の普及による予防、発見から早期治療までの流れをさらに強化するとともに、最悪の事態を想定して、次の感染拡大に備える
- 今夏のピーク時における急速な感染拡大に学び、今後、感染力が2倍(※)となった場合にも対応できるよう、医療提供体制の強化、ワクチン接種の促進、治療薬の確保を進める
- こうした取組により、重症化する患者数が抑制され、病床ひっ迫がこれまでより生じにくくなり、感染拡大が生じて、国民の命と健康を損なう事態を回避することが可能となる。今後は、こうした状況の変化を踏まえ、感染リスクを引き下げながら経済社会活動の継続を可能とする新たな日常の実現を図る
- 例えば感染力が3倍(※)となり、医療がひっ迫するなど、それ以上の感染拡大が生じた場合には、強い行動制限を機動的に国民に求めるとともに、国の責任において、コロナ以外の通常医療の制限の下、緊急的な病床等を確保するための具体的措置を講ずる

(※)「感染力が2(3)倍」とは、若年者のワクチン接種が70%まで進展し、それ以外の条件が今夏と同一である場合と比較し、新たな変異株の流行や、生活行動の変化などによる、「今夏の実質2(3)倍程度の感染拡大が起こるような状況」のことである

1. 医療提供体制の強化

＜今後の感染拡大に備えた対策＞

1) 病床の確保、臨時の医療施設の整備

入院を必要とする者が、まずは迅速に病床又は臨時の医療施設等に受け入れられ、確実に入院につなげる体制を11月末までに整備

- 今夏と比べて約3割増の患者（約1万人増（約2.8万人→約3.7万人））の入院が可能に
  - ・病床の増床や臨時の医療施設における病床確保（約5千人増（病床約6千床増の8割（使用率）））
  - ・感染ピーク時において確保病床使用率8割以上を確保（約5千人増）
  - ・入院調整の仕組みの構築、スコア方式の導入等による療養先の決定の迅速・円滑化
    - ※公的病院の専用病床化（約2.7千人の入院患者の受入増（病床増約1.6千床分））
- 今夏と比べて約4倍弱（約2.5千人増）の約3.4千人が入所できる臨時の医療施設・入院待機施設を確保

3) 医療人材の確保等

感染拡大時に臨時の医療施設等が円滑に稼働できるよう、医療人材の確保・配置調整を担う体制を構築

- ・医療人材派遣に協力可能な医療機関数、派遣者数を具体化
- ・人材確保・配置調整等を一体的に担う体制を構築
- ・公立公的病院から臨時の医療施設等に医療人材を派遣

5) さらなる感染拡大時への対応

- 今後、地域によって、仮に感染力が2倍を超える水準になり、医療のひっ迫が見込まれる場合、国民に更なる行動制限(※)を求めるとともに、国の責任において、**コロナ以外の通常医療の制限の下、緊急的な病床等を確保するための追加的な措置を講ずる**
  - ・国・都道府県知事は地域の医療機関に診療等について最大限の協力を要請
  - ・コロナ患者受入病院に、短期間の延期ならリスクが低いと判断される予定手術・待機手術の延期等を求める
  - ・公立公的病院に追加的な病床確保や医療人材派遣等を要求。民間医療機関にも要請

○感染力が2倍を超え、例えば3倍となり、更なる医療のひっ迫が見込まれる場合、大都市のように感染拡大のリスクが高く病床や医療人材が人口比で見ても少ない地域等について、当該地域以外の医療機関に、コロナ以外の通常医療の制限措置を行い、医療人材派遣等を行うよう、国が要求・要請。こうした措置が速やかに解除されるよう、国民には更なる行動制限(※)を求める

※更なる行動制限については、具体的には、人との接触機会を可能な限り減らすため、例えば、飲食店の休業、施設の使用停止、イベントの中止、公共交通機関のダイヤの大幅見直し、職場の出勤者数の大幅削減、日中を含めた外出自粛の徹底など、状況に応じて、機動的に強い行動制限を伴う要請を行う

2) 自宅・宿泊療養者への対応

全ての自宅・宿泊療養者に、陽性判明当日ないし翌日に連絡をとり、健康観察や診療を実施できる体制を確保

- ・保健所の体制強化
- ・今夏と比べて約3割増の宿泊療養施設の居室の確保（約1.4万室増（約4.7万室→約6.1万室））
- ・従来の保健所のみでの対応を転換し、約3.2万の地域の医療機関等と連携してオンライン診療・往診、訪問看護等を行う体制を構築

症状の変化に迅速に対応して必要な医療につなげ、また重症化を未然に防止する体制を確保

- ・全ての自宅療養者にパルスオキシメーターを配付できるよう総数で約69万個を確保
- ・入院に加え外来・往診まで様々な場面で中和抗体薬・経口薬を投与できる体制構築

4) ITを活用した稼働状況の徹底的な「見える化」

医療体制の稼働状況をG-MISやレセプトデータなどを活用して徹底的に「見える化」

- ・病床確保・使用率（医療機関別・毎月）
- ・治療薬の投与者数（都道府県別・毎月）
- ・オンライン診療・往診等自宅療養者に対する診療実績（地域別・毎月）

※上記の数値は11月11日時点のもの

## 2. ワクチン接種の促進

**11月中に希望する方への接種を概ね完了見込み**

**12月から追加接種を開始。追加接種対象者のうち、希望する全ての方が接種を受けられるよう体制を確保**

- **11月中に希望する方への2回のワクチン接種を概ね完了見込み** (11/11公表時点接種率：1回目78.2% 2回目74.5%)
  - ・今後も若年者を含め1回目・2回目未接種者に対する接種機会を確保
  - ・小児(12歳未満)への接種について、企業から薬事申請がなされ、承認に至った場合には厚生科学審議会の了承を得た上で接種を開始
- **12月から追加接種を開始。2回目接種完了から概ね8か月以降に、追加接種対象者のうち希望する全ての方が受けられるよう体制を確保**
  - ・2回目接種を完了した全ての方に追加接種可能なワクチン量を確保(来年は3億2千万回分の供給契約を締結済み)
  - ・12月からの接種に向けて都道府県・市町村で体制を整備。国は全額国費を基本として必要な支援を行う
  - ・2回目接種完了者のほぼ全てが追加接種の対象者となった場合、来年3月を目途に職域接種による追加接種を開始

## 3. 治療薬の確保

**経口薬は治療へのアクセスを向上・重症化予防により、国民が安心して暮らせるようになるための切り札  
年内の実用化を目指すとともに、必要量を確保**

- **国産経口薬を含む治療薬の開発費用として1薬剤当たり最大約20億円を支援し、経口薬について年内の実用化を目指す**
- **軽症から中等症の重症化リスク保有者が確実に治療を受けられるよう、複数の治療薬を確保し、必要な量を順次納入できるよう企業と交渉を進める**
  - 感染力が2倍となった場合、軽症から中等症の重症化リスク保有者向けに**最大約35万回分**(感染力が3倍となった場合は**最大約50万回分**)の**治療薬が必要な見込み**
    - ・中和抗体薬について、来年(2022年)初頭までに約50万回分を確保
    - ・経口薬について、薬事承認が行われれば速やかに医療現場に供給。合計約60万回分を確保(薬事承認が行われれば年内に約20万回分、年度内に更に約40万回分)
    - ・さらに、今冬をはじめ中期的な感染拡大にも対応できるよう、更なる治療薬の確保に向けて取り組む(経口薬については、追加で約100万回分、計約160万回分確保)

## 4. 国民の仕事や生活の安定・安心を支える日常生活の回復

**感染拡大を防止しながら、日常生活や経済社会活動を継続できるよう、行動制限の緩和の取組を進めていく。具体的内容は、速やかに基本的対処方針において示す。ただし、緊急事態宣言等の下で、コロナ以外の通常医療への制限が必要となる場合等には、行動制限の緩和を停止することがあり得る**

### <誰もが簡易かつ迅速に利用できる検査の拡大・環境整備>

- ・都道府県が、健康理由等でワクチン接種できない者を対象として、経済社会活動を行う際の**検査を予約不要、無料とできるよう支援**併せて**感染拡大時に、都道府県判断により、感染の不安がある無症状者に対し、検査を無料とできるよう支援**
- ・PCR検査の実勢価格を踏まえた保険収載価格の検証、年内を目途に必要な見直し

### <電子的なワクチン接種証明>

- ・これまでは紙で海外渡航用に限定して発行していたが、年内にワクチン接種証明書をデジタル化、国内でも利用可能とする

### <感染状況を評価する新たな基準の考え方>

- ・11月8日のコロナ分科会の提言を受け、医療のひっ迫状況により重点を置いた考え方に見直しを行うこととし、速やかに基本的対処方針を改正

### <新型コロナウイルスの影響を受ける方々への支援>

- ・住民税非課税世帯や子育て世帯・学生などコロナでお困りの皆様に対する給付金等の支援を行う。(詳細は経済対策で決定)

### <今後のさらなる対応>

- ・今後の感染症への対応として、**病床や医療人材の確保等に関する国や自治体の迅速な要請・指示等に係る法的措置を速やかに検討**
- ・また、**行政のあり方も含めた司令塔機能の強化等により、危機管理の抜本的な強化を検討**

# 今夏の感染拡大を踏まえた保健・医療提供体制の整備（各都道府県における保健・医療提供体制確保計画の策定）

- 本年10月1日に事務連絡を発出し、各都道府県において今夏の感染拡大を踏まえた「保健・医療提供体制確保計画」を策定いただくよう依頼。10月末までに各都道府県で策定方針を取りまとめ、11月12日、国において「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」として公表。
- その後、各都道府県において11月末までに方針に沿った具体的な体制の構築が完了し、計画として取りまとめられたため、今般、公表するもの。

## 1) 病床の確保、臨時の医療施設の整備

- 今夏ピーク時の2割増となる入院受入数を国から目標として示し、全体像では3割増をめざすとしていたところ、都道府県と医療機関が協議し3割増の体制を構築。

### <入院受入者数>

今夏のピーク時      今後の最大数  
**約2.8万人**    ⇒    **約3.7万人** (約3割、約1万人の増)

※今夏ピーク時は入院待機者約1千人を含む。

- ・うち、病床増によるもの      **約5千人分**  
 (病床は約6千床増 (約3.9万床→約4.6万床)  
 ※臨時の医療施設のうち病床カウントするものを含む。
- ・うち、病床の使用率向上によるもの **約5千人分**  
 (感染ピーク時の確保病床使用率：約68%⇒約82%)

(参考) 公的病院における受入患者数、病床の増 (12/7時点)

- ・厚生労働大臣から国立病院機構(NHO)・地域医療機能推進機構(JCHO)に、根拠法に基づく病床確保等を要求するなどにより、今夏ピーク時に比べ、受入患者数は**3.2千人(30%)増**、病床数は**2.0千床(15%)増**(全体像時点では受入患者数2.7千人増・病床数1.6千床増)
- ※NHO東京病院において80床の臨時の医療施設を運営

### <臨時の医療施設・入院待機施設>

※臨時の医療施設のうち病床カウントするものを除く。

今夏のピーク時      今後の最大数  
**約0.9千人分**    ⇒    **約3.4千人分** (約4倍弱、約2.5千人増)

※厚労省HPに、コロナ患者を受け入れる医療機関と確保病床数を公

## 3) 医療人材の確保等

- 人材確保・配置調整等を一元的に担う体制を構築。
- 医療ひっ迫時に医療人材の派遣に協力する医療機関と、職種ごとの具体的な派遣可能人数を調整。  
 ※実際の派遣調整は、感染状況等を踏まえて個別に実施

## 2) 自宅・宿泊療養者への対応

- 全ての自宅・宿泊療養者について、陽性判明当日ないし翌日に連絡をとり、健康観察や診療を実施できる体制を構築。

### <保健所体制の強化>

- ・保健所の人員体制を感染拡大状況に応じて段階的に強化(最大対応時は、平時の**約3倍体制**(平均：23.5人→73.3人))

### <宿泊療養施設の更なる確保>

- ・宿泊療養施設の確保居室数  
 今夏のピーク時      今後の最大数  
**約4.7万室**    ⇒    **約6.6万室** ※全体像から+約5千室  
 (約4割、約1.9万室の増)  
 ※最大宿泊療養者数の見込みは約5.0万人

### <地域の医療機関等との連携体制の確保>

- ・オンライン診療・往診、訪問看護の実施等により、全国でのべ**約3.4万**医療機関等と連携した健康観察・診療体制を構築。  
 ※全体像から+約1千  
 (内訳) 医療機関約1.2万、訪問看護ST約1千、薬局約2万  
 ※最大自宅療養者数の見込みは約17.8万人

- 症状の変化に迅速に対応して必要な医療につなげ、また重症化を未然に防止する体制を構築。

- ・パルスオキシメーターの確保数：**約70万個** (全自宅療養者に配布)
- ・中和抗体薬を、入院に加えて外来・往診まで様々な場面で投与できる体制を構築

- ・医療人材の派遣に協力する医療機関数      : **約2千施設**
- ・協力する施設から派遣可能な医師数      : **約3千人**
- ・協力する施設から派遣可能な看護職員数    : **約3千人**

# オミクロン株を踏まえた保健医療提供体制の点検・強化について

- 12月22日、都道府県に事務連絡を発出し、オミクロン株の発生を踏まえた保健医療提供体制の点検・強化を依頼
- ↳ まん延防止等重点措置適用県（広島・山口・沖縄）については、各県HPで点検結果を公表済み
- 1月12日、厚生労働省HPにおいて全都道府県の点検結果を公表するとともに、点検結果も踏まえた更なる対応強化を依頼

## 1) 保健医療提供体制の点検・強化の結果

- 全都道府県において、保健医療提供体制の点検・強化を確認
  - ・ パルスオキシメーターを自宅療養開始当日ないし翌日に配布する体制の構築
  - ・ すべての感染者に陽性判明当日ないし翌日に連絡をとり、速やかに、かつ継続して健康観察や診療を受けられる体制の構築
  - ・ 病床稼働のためのフェーズ上げの迅速化や感染拡大に応じた患者の療養先の振り分けの考え方の切替えの迅速化 等

### <まん延防止等重点措置適用県における即応病床化>

【広島県】 1月中旬までに即応病床517床→804床に引上げ

【沖縄県】 医療機関に対して1週間程度の準備期間で即応病床化を要請、順次即応病床304床→924床に引上げ

【山口県】 1月21日目途で即応病床330床→549床に引上げ

※ なお、1月17日からNHO等による沖縄県に対する看護師派遣を予定しているほか、その他の公的病院による広域派遣も調整中

- 健康観察・診療を実施する医療機関の拡大を確認

### <健康観察・診療を実施する医療機関数（全国）>

2021年11月末時点      2022年1月点検結果  
約1.2万      ⇒      約1.6万

- 計画上は自宅療養者を見込んでいなかった10県すべてにおいて、感染者の急激な増加を想定し、自宅療養者への健康観察・診療の体制の構築を推進

※ 検査体制・治療薬供給体制についても、全都道府県で点検・強化を確認

## 2) 保健医療提供体制確保のための更なる対応強化

- 点検結果も踏まえ、オミクロン株の感染急拡大に対応するための更なる対応強化について事務連絡を发出

### 【自宅療養者への支援体制の強化等】

- ・ 健康観察・診療を実施する医療機関の更なる確保やMy HER-SYSや自動架電による健康観察の徹底
- ・ 健康フォローアップセンターの設置の強化と医療機関との連携の確保
- ・ パルスオキシメーターの確実な配布
- ・ 病床の即応化（医療機関と緊密に連携し、病床稼働の準備を開始することで感染拡大時に一週間程度で即座に稼働）

### 【医療提供体制の「見える化」の推進】

- ・ 確保病床について、医療機関名や病床使用率を厚生労働省HPにおいて毎月公表しているところ、1月からは公表までの期間短縮と公表頻度引き上げの実施（月1回⇒月2回）
- ・ 医療機関同士で病床稼働状況を共有する仕組みの徹底

### 【医療従事者の濃厚接触者の待機期間見直し】

- ・ 医療従事者の濃厚接触者については、毎日検査を行う等により、勤務を行うことを可能とする取扱いを再周知

### 【入院から自宅療養等への切替え】

- ・ 入院患者について重症化の恐れが低くなった段階で自宅療養等へ切替えが可能であることを再周知あわせて、退院時の移送体制の整備等

# 新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けて

## ○新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療法改正（医療計画の記載事項追加））

新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方については、令和2年10月から12月にかけて、「医療計画の見直し等に関する検討会」や同検討会の「地域医療構想ワーキンググループ」において、計8回にわたり議論を行い、報告書(※)がとりまとめられた。

※「新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方（令和2年12月15日）」

- 新興感染症等の感染拡大時には、新興感染症等以外の通常医療の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

**今般の新型コロナ対応の知見や課題を踏まえ、新興感染症等の感染拡大時に、病床の確保等、必要な対策が機動的に講じられるよう、令和3年医療法改正により、令和6年度からの第8次医療計画から「医療計画」の記載事項に新興感染症等の対応を追加。**

※ 令和4年度中に、厚生労働省において、「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、各都道府県において、令和5年度中に医療計画を策定。

## ◎医療計画への具体的な記載項目（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

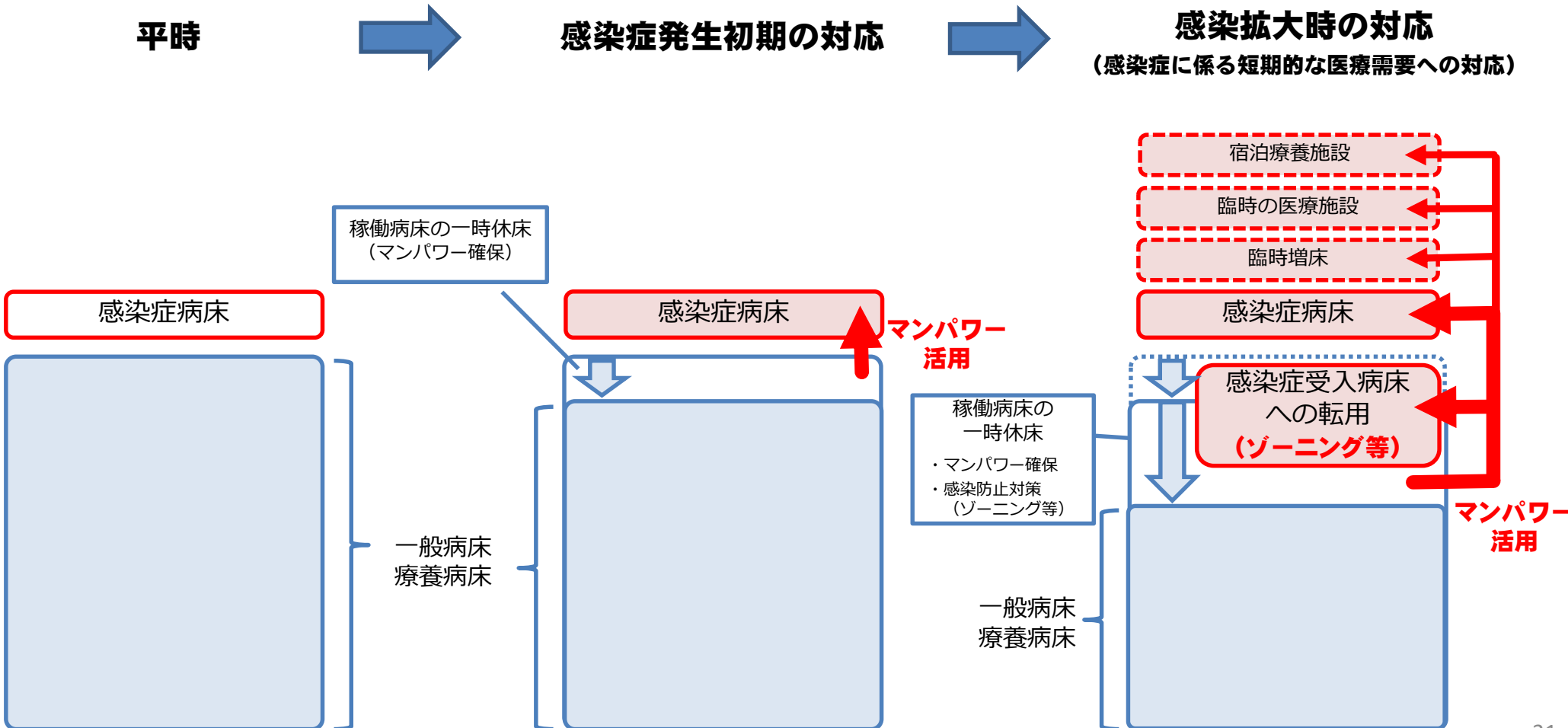
### 【感染拡大時の取組】

- 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

# 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大時の受入体制（イメージ）

第28回地域医療構想に関するワーキンググループ  
(令和2年11月5日) 資料6 (一部改)

- 新型コロナの病床確保に当たっては、感染状況に応じて、新型コロナ以外の通常医療の稼働病床を一時的に休止し、感染防止のためのゾーニングの実施やマンパワー配置の工夫により、新型コロナ病床に転用するとともに、臨時の医療施設等を活用することで対応が行われた。



一次補正(令和2年4月30日成立)【1,490億円】

(医療提供体制整備等の緊急対策)

- ① 新型コロナ緊急包括支援交付金の創設
- ② 診療報酬の特例的な対応(重症の新型コロナ患者への一定の診療の評価を2倍に引上げ等) ※4/24予備費
- ③ 福祉医療機構の優遇融資の拡充(以降、累次の対応)

二次補正(令和2年6月12日成立)【16,279億円】

(事態の長期化に対応した広範な対応)

- ① 新型コロナ緊急包括支援交付金の増額及び対象拡大
  - ・重点医療機関(新型コロナ患者専用の病院や病棟を設定する医療機関)の病床確保等
  - ・患者と接する医療従事者等への慰労金の支給
  - ・新型コロナ疑い患者受入れのための救急・周産期・小児医療機関の院内感染防止対策
  - ・医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援
- ② 診療報酬の特例的な対応(重症・中等症の新型コロナ患者への診療の評価の見直し(3倍に引上げ)等) ※5/26予備費

予備費(令和2年9月15日閣議決定)【11,979億円】

(コロナ受入病院への支援やインフルエンザ流行期への備え)

- ① 新型コロナ患者を受け入れる特定機能病院等の診療報酬・病床確保料の引上げ
- ② インフルエンザ流行期への備え 国による直接執行
  - ・インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援
  - ・インフルエンザ流行期に新型コロナ疑い患者を受け入れる救急医療機関等の支援
- ③ 医療資格者等の労災給付の上乗せを行う医療機関への補助 国による直接執行

三次補正(令和3年1月28日成立)【13,532億円】

(病床の確保や、小児科を含む地域の医療機関への支援)

- ① 診療報酬の特例的な対応による新型コロナからの回復患者の転院支援
- ② 重点医療機関への医師・看護師等派遣の支援強化(既存予算により対応)
  - ・医師:1時間7,550円→15,100円 / 医師以外の医療従事者:1時間2,760円→8,280円 / 業務調整員:1時間1,560円→3,120円
  - ※令和3年8月19日以降に、重症患者に対応する医師以外の医療従事者を派遣する場合には1時間8,280円(令和3年8月19日要綱改正)
- ③ 診療報酬の特例的な対応による小児科等への支援
- ④ 診療・検査医療機関の感染拡大防止等の支援(診療・検査医療機関:100万円) 国による直接執行
- ⑤ 医療機関・薬局等における感染拡大防止等の支援 国による直接執行
  - ・病院・有床診:25万円+5万円×許可病床数 / 無床診:25万円 / 薬局・訪問看護ステーション・助産所:20万円
- ⑥ 新型コロナ緊急包括支援交付金の増額(病床や宿泊料用施設等の確保)

予備費(令和2年12月25日閣議決定)【2,693億円】

(感染拡大を踏まえた病床確保のための更なる緊急支援)

- 病床が逼迫した都道府県において、確保病床数(※)に応じ以下の金額を補助 国による直接執行 ※ 令和2年12月25日から令和3年9月30日までの最大確保病床数
- ・重症者病床数×1,500万円 / その他の患者又は疑い患者用病床数×450万円

- +
- 緊急事態宣言が発令された都道府県においては、以下の金額を上乗せ(令和3年1月7日要綱改正)
- ・令和2年12月25日以降新たに割り当てられた確保病床数×450万円(緊急事態宣言が発令されていない都道府県も、新規割り当て病床は300万円を上乗せ)

予備費(令和3年8月27日閣議決定)【818億円】+令和3年度一次補正予算【21,007億円】

(ワクチン接種体制や病床等の確保をさらに推進)

- 新型コロナ緊急包括支援交付金の増額等(ワクチン接種体制のほか、病床や宿泊利用施設等の確保)



# 新型コロナウイルス感染症患者受入のための病床確保にかかる財政支援について

○ 新型コロナウイルス緊急包括支援交付金において、既応病床（空床）及び休止病床に対する病床確保料を支援しており、その単価はA表のとおり。

(A表) ■重点医療機関			■協力医療機関		■その他医療機関	
病床の種別	特定機能病院等	一般の医療機関	病床の種別		病床の種別	
ICU病床	436,000円/日	301,000円/日	ICU病床	301,000円/日	ICU病床	97,000円/日
HCU病床	211,000円/日	211,000円/日	HCU病床	211,000円/日	重症者・中等症者病床	41,000円/日
その他病床	74,000円/日	71,000円/日	その他病床	52,000円/日	その他病床	16,000円/日



○ 2022年1月以降については、以下のとおり病床確保及び患者受入の実効性を高めるための見直しを行う。

- ① 病床確保料は2022年1月以降も、同じ水準(A表)で当面継続。  
**即応病床使用率(前3か月間)が当該都道府県の平均を30%下回る医療機関**(例: 平均70%の場合は49%未満)について、病床確保料の金額をB表のとおりとする。  
 なお、病床の機能と患者像に乖離があるなど地域の実情によりやむを得ないと都道府県が判断した場合は、この規定を適用しない。
- ② **休止病床**については、現在は上限数がないが、コロナ患者・一般患者受入れのインセンティブを高めるため、**即応病床1床あたり休床2床まで(ICU・HCU病床は休床4床まで)**とする上限を設定する。
- ③ 病床確保料を活用して、新型コロナ対応を行う医療従事者に対して処遇改善を行うことを補助要件に追加する。

※ 病床確保料の対象となる医療機関は、G-MISに病床の使用状況等の入力を実行することにより、入院受入状況等を正確に把握できるようにする。

(B表) ■重点医療機関			■協力医療機関		■その他医療機関	
病床の種別	特定機能病院等	一般の医療機関	病床の種別		病床の種別	
ICU病床	305,000円/日	211,000円/日	ICU病床	211,000円/日	ICU病床	68,000円/日
HCU病床	148,000円/日	148,000円/日	HCU病床	148,000円/日	重症者・中等症者病床	29,000円/日
その他病床	52,000円/日	50,000円/日	その他病床	36,000円/日	その他病床	11,000円/日

※ B表の基準額は、A表の基準額の7割の水準

# 集中治療を提供できる体制の確保

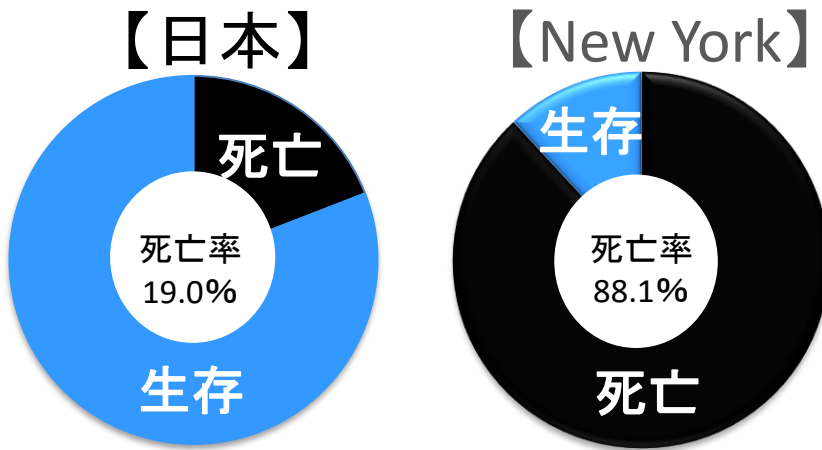
- 集中治療を提供できる体制を確保するためには、集中治療の担う人材確保・派遣・育成、平時から有事へのICU病床の弾力的運用、重症患者の広域搬送が必要であるとの指摘があった。

【第3回第8次医療計画等に関する検討会(令和3年10月13日) 日本集中治療医学会提出資料より】

## COVID-19における医療崩壊を避ける

「集中治療提供体制」の確保が重要である

### 第1波での人工呼吸器(非ECMO) 治療成績



日本集中治療医学会など集計

JAMA 2020

- 我が国の集中治療のレベルは非常に高い！
- ニューヨーク市の悲惨な治療成績は、集中治療専門医以外による管理では、呼吸器を装着しても救命が困難であったことを示す。

→ 「集中治療提供体制」のキャパシティを超えると急激に成績が低下する可能性がある。

→ 「集中治療提供体制」を規定する因子

- ヒト 人材確保・派遣・育成
- ハコ ICU病床弾力的運用(平時/有事)
- モノ 広域搬送、遠隔ICU診療

# 新型コロナウイルス感染症重症患者に対応する医療従事者養成研修事業

## 事業目的

新型コロナウイルス感染症の重症患者に対応可能な医療提供体制を構築するよう、体外式膜型人工肺（ECMO）及び人工呼吸器を扱うことのできる医療従事者を養成することを目的とする。

## 事業内容

新型コロナウイルス感染症の重症患者に対して、ECMO及び人工呼吸器を適切に取り扱うことのできる医療従事者を養成するため、次の研修を実施する。

（ア）新型コロナ患者対応ECMO研修

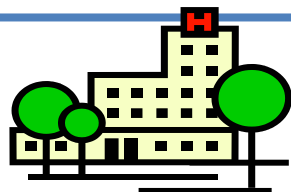
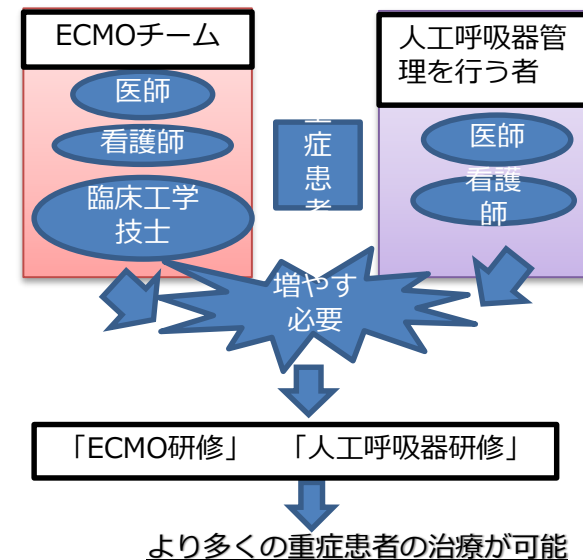
（イ）新型コロナ患者対応人工呼吸器研修

〔実施者〕 都道府県

〔基準額〕

- ・ 新型コロナ患者対応ECMO研修（基礎編及び応用編）  
1 開催当たり 4,500,000円
- ・ 新型コロナ患者対応人工呼吸器研修（基礎編及び応用編）  
1 開催当たり 2,000,000円

〔研修事業受託者〕 NPO法人日本ECMOnet 等



医師、看護師、臨床工学技士

※本研修の受講者にかかる、派遣元医療機関の派遣後の診療体制を構築するための経費、派遣する医師等の旅費・宿泊費等の費用に関しては別途、「**新型コロナウイルス重症患者を診療する医療従事者派遣体制の確保事業**」が活用可能（※）。



派遣



本研修（新型コロナウイルス感染症重症患者に対応する医療従事者養成研修事業）

※上限額：医師 1人1時間あたり 7,550円、看護師・臨床工学技士 1人1時間あたり 2,760円

# 重症者治療搬送調整等支援事業

## 事業目的

新型コロナウイルス感染症患者への治療提供について、集中治療に習熟した専門家のネットワーク等により、医療機関のサポートを行い、全国での医療提供体制を支えることを目的とする。

## 事業内容

- ① 集中治療専門医等による相談窓口等業務  
診療にあたっている医師から、人工呼吸管理方法、ECMOの導入方法、ECMOの管理方法等について、電話等により相談があった場合に、必要な指導及び対応を行う。
- ② ECMOの取扱いに精通した医師等の派遣調整業務  
ECMOの導入や管理に要する技術的支援を行うECMOの取扱いに精通した医師等を、要請のあった医療機関に派遣する。  
※人工呼吸器やECMOを用いた治療が可能な医療従事者を養成するための研修については、別途「新型コロナウイルス感染症重症患者に対応する医療従事者養成研修事業」において実施。
- ③ 都道府県調整本部※等における搬送調整業務支援 ※県内の患者受入れを調整する機能を有する組織・部門  
都道府県の求め等に応じて、搬送調整業務等に係る支援等を行う。 等

## 実施状況及び事業の実績

- 令和2年度の実績は以下。49名のECMO専門家が24時間対応。
  - ①相談窓口業務： 電話相談：133件（令和2年5月～令和3年3月31日までの期間。）
  - ②派遣調整業務： 現地訪問・指導：44件
  - ③搬送調整業務支援： 搬送調整の依頼があった件数：151件。実際に搬送支援を行った件数：149件（※）  
（うちECMO導入済み患者の搬送：14件）※一部は、搬送時に同乗するECMO専門家を派遣して搬送を実施。
- 令和3年度については、日本集中治療医学会に委託し実施。

# 新型コロナウイルス感染症対応看護職員養成事業

【事業目的】新型コロナウイルス感染症の対応には、看護職員の人材確保が不可欠である。その為、新型コロナウイルス感染症患者に対応するために必要な知識や技術を身につけた看護職を養成することで、各地域の医療提供体制を維持・確保することを目的とする。必要な知識・技術は、看護を提供する患者の重症度等により異なるため、内容に応じ複数の種類の研修が必要とされる。また、研修コンテンツ及び研修スキームを作成することで、臨床現場や開催者（都道府県等）の研修実施に係る負担軽減を図る

## I. 研修実施事業 新型コロナウイルス感染症に対応するための看護職員向け各種研修を実施する（都道府県）

### 1.重症患者対応研修

新型コロナウイルス感染症  
重症患者に対応する看護実践  
のために必要な知識・技術の  
向上

### ①特定行為研修

- ◆対象◆  
特定行為研修修了者で新型コロナウイルス感染症に係る高度な行為（呼吸器操作等）を実践する可能性のある看護師
- ◆内容◆  
新型コロナウイルス感染症患者への看護実践において必要とされる、新型コロナウイルス感染症の看護実践に関連する特定行為の知識・技術

### ②集中治療室等用

- ◆対象◆  
集中治療室等において新型コロナウイルス感染症重症患者への対応を行う可能性のある看護職員
- ◆内容◆  
新型コロナウイルス感染症重症患者への看護実践のために必要な知識・技術（主に人工呼吸器及び体外式膜型人工肺（ECMO）が必要な患者の全身状態の観察や管理について）

### 2.軽～中等症患者対応研修

新型コロナウイルス感染症  
軽～中等症患者に対する看護  
実践のために必要な知識・技  
術の向上

### ③一般病棟・入院待機施設用

- ◆対象◆  
一般病棟（集中治療室等以外）、入院待機施設で新型コロナウイルス感染症の対応を行う可能性がある看護職員
- ◆内容◆  
新型コロナウイルス感染症軽～中等症患者への看護実践のために必要な知識・技術（特に重症化予防、早期発見、急変時対応等）

### ④自宅療養者用

- ◆対象◆  
新型コロナウイルス感染症の自宅療養者の対応を行う可能性がある看護職員
- ◆内容◆  
新型コロナウイルス感染症軽～中等症の自宅療養者への看護実践のために必要な知識・技術（特に自宅療養者の全身管理、家族への指導、行政等との連携、ICTの活用）

## II. 研修準備事業 ②③で使用可能な研修コンテンツ・研修体制の準備を行う（日本看護協会）

研修実施事業の実施主体における負担を軽減するため、研修実施事業の②③で活用可能な研修コンテンツの企画・作成や、コンテンツ配信、広報・周知、修了者リスト作成等の、研修体制の構築を行う。

# 新型コロナウイルス感染症に伴う看護職員確保の取組

## ○ ナースバンク事業【潜在看護職の復職支援】

- ・ 潜在看護職等の就業促進を行うナースバンク事業の実施
- ・ ワクチン接種のための潜在看護職のさらなる活用（就業準備金として3万円を支給）【R3.5.21～R3.12.4】
- ・ コロナ関連業務を経験した潜在看護職に対し、臨時の医療施設等で活用するためのスキルアップ研修等の実施【R3補正予算】  
【1/30時点の就業実績：19,825名】 主な就業先：ワクチン接種業務 13,898名、宿泊療養施設 3,256名、保健所・PCRセンター等 1,723名

## ○ 地域の医療提供体制確保のための看護職員の派遣調整【看護職員の在籍型出向等】

- ・ 潜在看護職員が新型コロナウイルス感染症関連業務に就業するために必要な研修等を実施【R2補正予算】
- ・ 広域での看護職員の応援派遣要請をする仕組みを整理【R2補正予算】
- ・ 緊急的な看護人材ニーズに対応した人材調整等の仕組みを整理【R3補正予算】  
【R2年度の広域派遣の実績：39名（北海道 4名、大阪府 4名、宮城県 31名）、R3年度の広域派遣の実績：57名（沖縄県）】

## ○ 看護系大学の教員や大学院生や看護師等養成所の教員の医療機関等への支援（協力依頼）

- ・ 看護系大学の教員や大学院生の支援状況  
【1/7時点の支援状況：50大学、延べ 6,283名】 主な支援先：保健所等 2,751名、ワクチン支援 1,590名、病院等 1,258名
- ・ 看護師等養成所の教員のワクチン業務支援状況  
【11月末時点の支援状況：延べ 8,309名】

## ○ 保健所支援のための看護職員人材バンク（IHEAT）

【12/10末時点の登録者数：保健師、医師等 約3,500名】 派遣実績：延べ 1,538名

## ○ 看護職員等处遇改善事業補助金【R3補正予算】

地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、収入を1%程度（月額4,000円）引き上げるための措置（R4.2～9月までは補助金、10月以降は診療報酬）

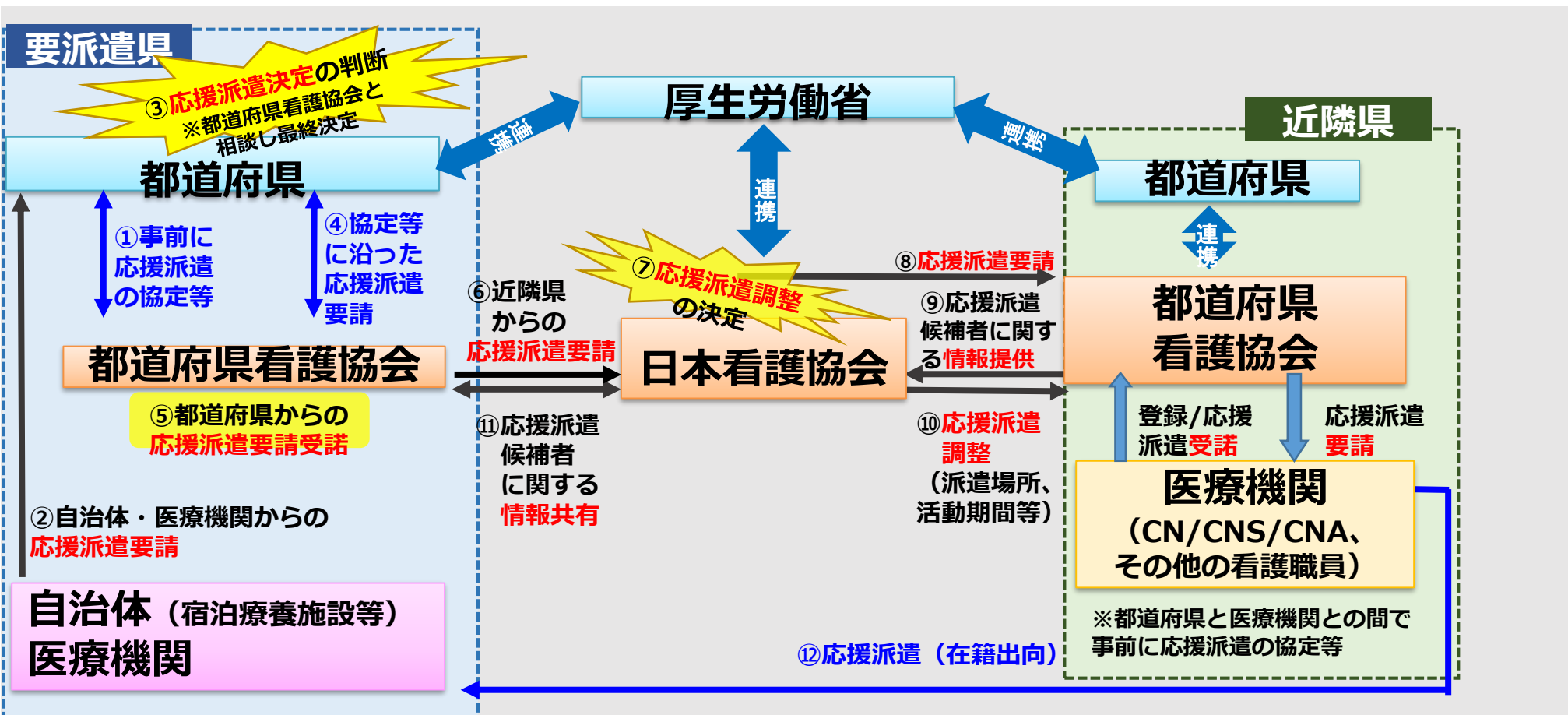
## ○ さらに、就労支援の強化のために、デジタル改革関連法案において、マイナンバーを活用した資格管理と潜在看護師の把握、ナースセンターを通じた就労支援の強化に取り組む（施行時期：令和6年度中）

# 看護職員の派遣及び派遣体制の整備

第4回第8次医療計画等に関する検討会  
 (令和3年11月5日)  
 (公社)日本看護協会提出資料(一部改)

## ■看護職員応援派遣体制の整備と実施

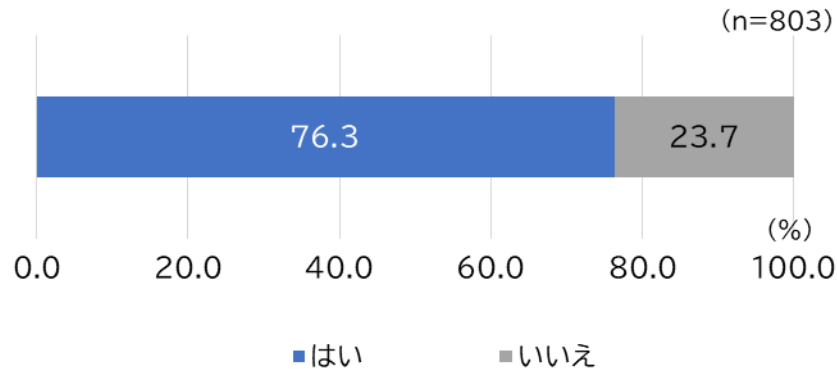
1. 都道府県内の医療機関や宿泊療養施設等への「看護職員の県内派遣の仕組み」の構築および、クラスター発生時等に備え、看護職員を必要とする医療機関等への派遣や、迅速な先遣活動が可能となる体制の構築
2. 各都道府県内における医療機関や宿泊療養施設等からの派遣ニーズが県内の供給量を超えた場合に備え、「県外からの看護職員応援派遣」の仕組みを構築
3. 日本看護協会職員の応援派遣(沖縄県看護協会、大阪市保健所、仙台市内宿泊療養施設等)



## 感染管理認定看護師(CN)・感染症看護専門看護師(CNS)が行った新型コロナウイルス感染症対応

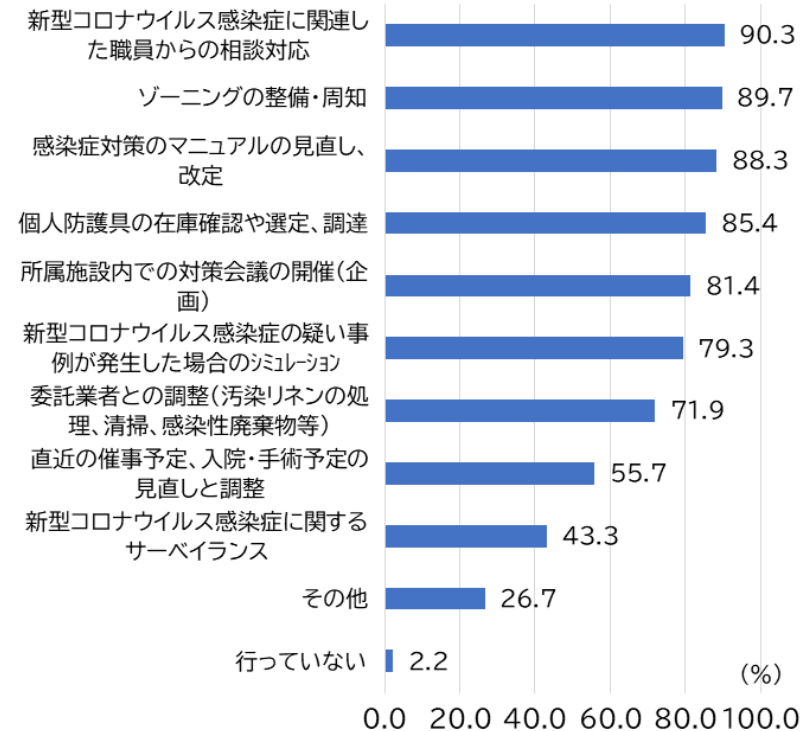
- 「新型コロナウイルス感染症に関連した職員からの相談対応」は90.3%を占めた他、ゾーニングの整備・周知、感染症対策マニュアルの見直し・改定等、幅広く感染管理体制整備を行っている
- 感染管理CN・感染症看護CNSは、新型コロナウイルス感染症対応において、中心的な役割を果たしている

CN・CNSが中心となって新型コロナウイルス感染症対応にあたったか



新型コロナウイルス感染症対応として行ったこと  
～感染管理体制の整備～

(複数回答、n=803)



【出典】日本看護協会「令和2年看護職員の新型コロナウイルス感染症に対応に関する実態調査」



第5回第8次医療計画等に関する検討会  
 (令和3年11月11日)  
 (独)国立病院機構提出資料 (一部改)

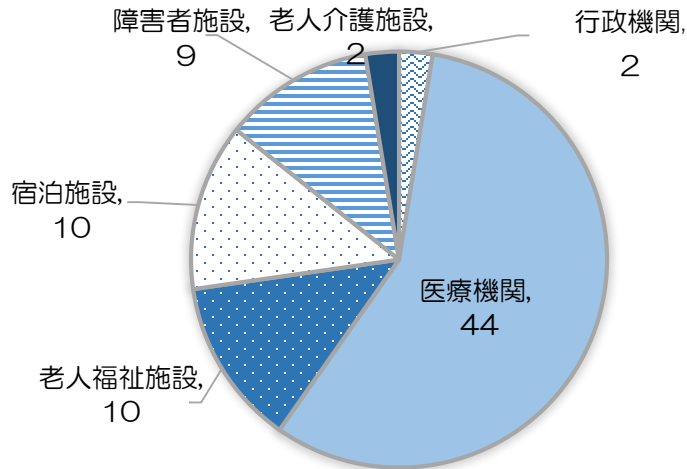
## ○国等からの要請に基づく他の設置主体への看護師派遣実績 (R3.9.30時点)

	令和2年度	令和3年度	合計
派遣先病院数	43	34	77
派遣元病院数	25	69	94
派遣看護師実人数 (人)	99	135	234
派遣看護師延べ人数 (人日)	2,016	1,621	3,637

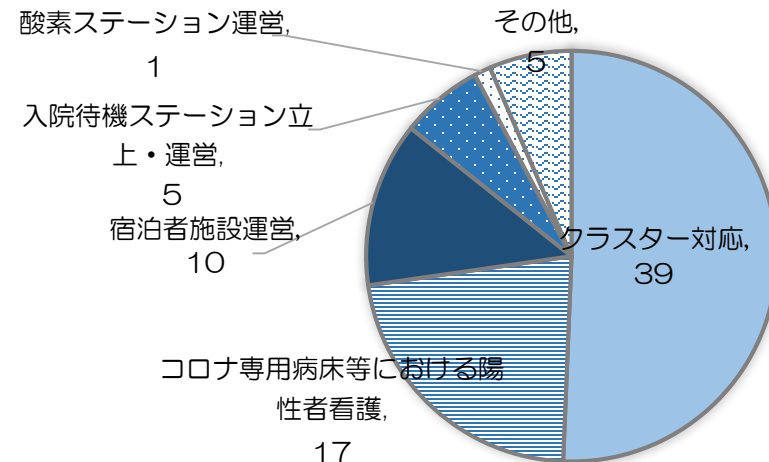


令和3年5月からの厚生労働省からの依頼については、事前に1カ月単位で派遣候補者リストを登録するなど、感染が拡大し医療提供体制がひっ迫している病院やクラスターが発生している病院などへ厚生労働省からの要請に基づき広域的な看護師派遣に協力している。

### ●派遣先施設区分別件数



### ●派遣目的別件数



# 日本赤十字社における看護師派遣の取組

第4回第8次医療計画等に関する検討会  
(令和3年11月5日)  
日本赤十字社提出資料(一部改)

令和4年1月31日時点

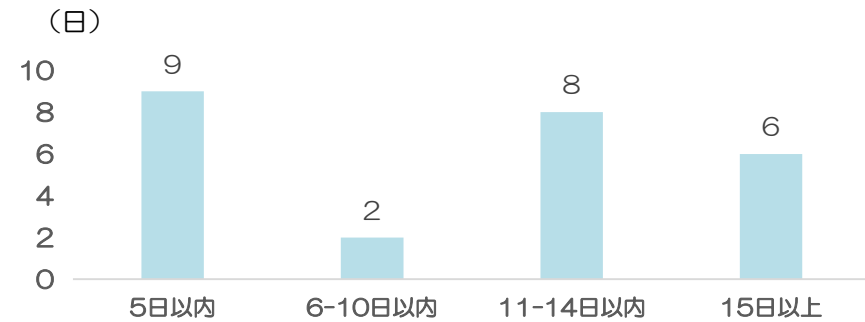
## ■看護師の広域派遣 実績

### ●看護師派遣… 感染小床地域 ⇒ 感染拡大地域

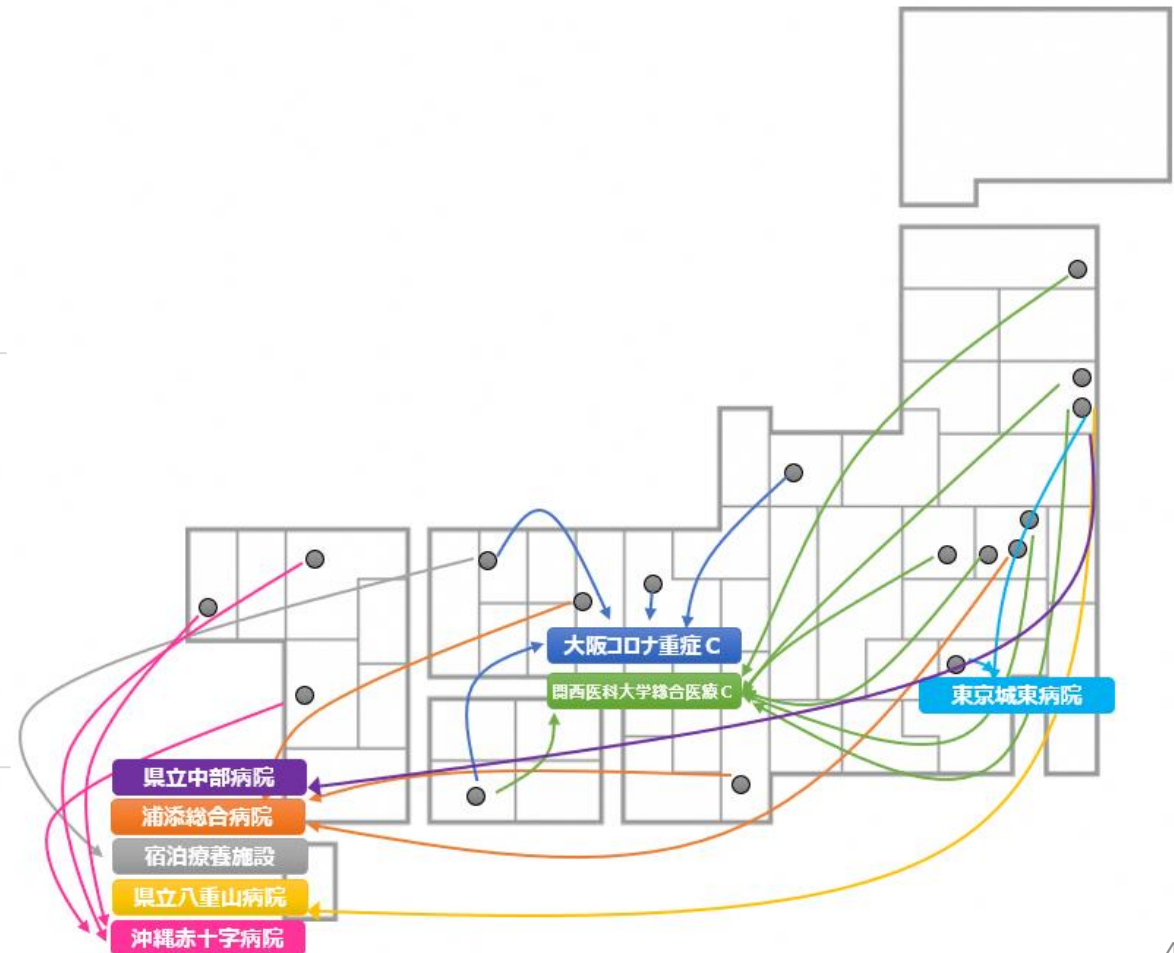
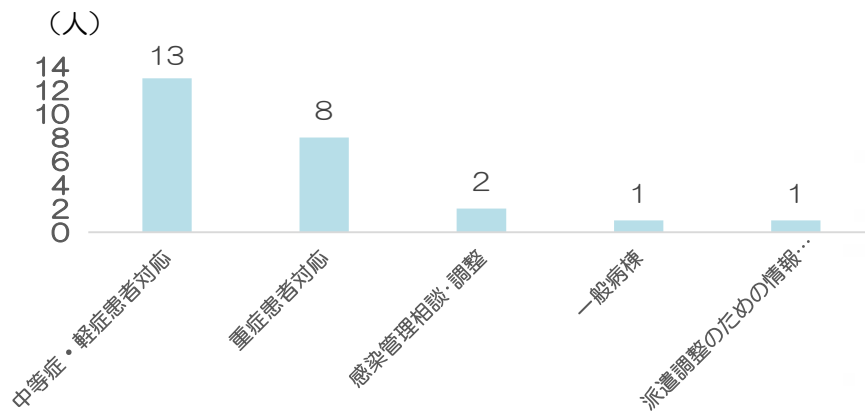
(令和3年4月20日から令和4年1月31日まで)

17施設から30人を派遣 (のべ派遣人数: 427人)

#### ▼派遣期間 (移動日含む)



#### ▼派遣先における業務



## ○ ゾーニングの実施及び看護師配置の工夫により、重症病棟31床を新型コロナ12床に転換。

・重症病棟 31床 ⇒ 新型コロナ 12床に転換

（内訳）

- ・ E-HCU（4 : 1） 22床 ⇒ 12床
- ・ SCU（3 : 1） 9床 ⇒ 0床（閉鎖）

・看護師配置

- ・平日日勤 11人 ⇒ 13~14人
- ・土日祝日 9人 ⇒ 11~12人
- ・夜勤 5人 ⇒ 7~8人

この壁でウイルスをブロック

壁の裏側

壁を設置して職員への  
感染を防止



二番館2階平面図



一番館2階平面図

## 概要

院内感染対策講習会を実施することにより、最新の科学的知見に基づいた適切な知識を医療従事者へ伝達することで、院内感染対策の推進を図る。

## 講習会内容

### ①特定機能病院において院内感染対策を実施する医師、歯科医師、薬剤師、看護師又は臨床検査技師を対象とした講習会

- (1) デバイス関連感染防止対策 (2) 手術部位感染防止対策
- (3) 麻疹・風疹・水痘・ムンプスの感染対策とワクチンプログラム
- (4) 院内感染関連微生物とその国内外の疫学 (5) 微生物検査法とその活用
- (6) 薬剤耐性菌によるアウトブレイク：対応の実際と予防
- (7) 院内感染対策における行政（特に保健所）との連携
- (8) 院内感染対策における特定機能病院の役割 (9) 院内感染法令
- (10) 抗菌薬適正使用支援チームの活動 (11) AMR対策アクションプラン

### ②院内感染に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院等に勤務する医師、看護師、薬剤師及び臨床検査技師を対象とした講習会

- (1) デバイス関連感染防止対策とサーベイランス (2) 手術部位感染防止対策とサーベイランス
- (3) 麻疹・風疹・水痘・ムンプスの感染対策とワクチンプログラム
- (4) 洗浄・消毒・滅菌 (5) 院内感染関連微生物とその検査法
- (6) 薬剤耐性菌によるアウトブレイク：対応の実際と予防
- (7) 院内感染対策における行政（特に保健所）との連携
- (8) 院内感染対策における中核的医療機関の役割 (9) 院内感染法令
- (10) 抗菌薬適正使用支援チームの活動 (11) AMR対策アクションプラン

### ③地域の医療連携体制が求められる病院、診療所（有床、無床）、助産所等に勤務する者を対象とした講習会

- (1) 標準予防策と経路別予防策 (2) 院内感染サーベイランス（デバイス関連感染・症候群）
- (3) 洗浄・消毒・滅菌 (4) 麻疹・風疹・水痘・ムンプスの感染対策とワクチンプログラム
- (5) 血液体液曝露対策とワクチンプログラム (6) 院内感染関連微生物とその検査法
- (7) インフルエンザやノロウイルス感染症などのアウトブレイク対策
- (8) 院内感染対策における行政（特に保健所）との連携 (9) 院内感染法令 (10) 抗菌薬適正使用

### ④新型コロナウイルス感染症に関する特別講習会

対象：医療機関に勤務する医療従事者

- (1) 臨床像、画像、経過
- (2) 環境整備・個人防護具の適正使用、環境消毒、発熱外来/専用病床、非Covid病床/病院における感染対策、院内感染発生時の初期対応、行政・保健所との連携、自宅療養に向けた生活指導

## 開催方法

- ・令和2年度からeラーニングで開催（受託者：日本環境感染学会）
- ・配信開始時期は新型コロナウイルス感染症に関する特別講習会は7月、その他は11月
- ・医療従事者からの講習会内容に関する質問については、各講師が対応。



# 看護補助者向け新型コロナウイルス感染症対応に係る研修動画作成事業

## 【事業背景】

新型コロナウイルス感染症への対応では、病室内の清掃業務やリネン類の洗濯等、平時においては看護補助者や民間業者に委託をしている業務について、看護職員が対応せざるを得ない状況が発生し、看護職員の業務増大が課題となった。

## 【事業概要】

看護職員の業務負担を軽減するためには、看護補助者の安全を担保しつつ業務分担を進めることが必要である。そのため、本事業では医療専門職ではない看護補助者に、感染予防対策における基礎的な知識と技術（清潔・不潔の概念、手指衛生の方法、感染防護具の着脱方法、環境清拭の方法等）を身につけてもらうことをねらいとした教材（動画・テキスト）を作成し、医療機関で活用できるようにした。

※一般社団法人日本環境感染学会HPにて、動画・テキストを無料公開中

[http://www.kankyokansen.org/modules/news/index.php?content\\_id=393](http://www.kankyokansen.org/modules/news/index.php?content_id=393)

## <研修内容の例（テキストより抜粋）>



# 大阪市立十三市民病院における院内感染対策の取組

第5回第8次医療計画等に関する検討会  
(令和3年11月11日)  
大阪市立十三市民病院提出資料

## ➤ 院内感染対策

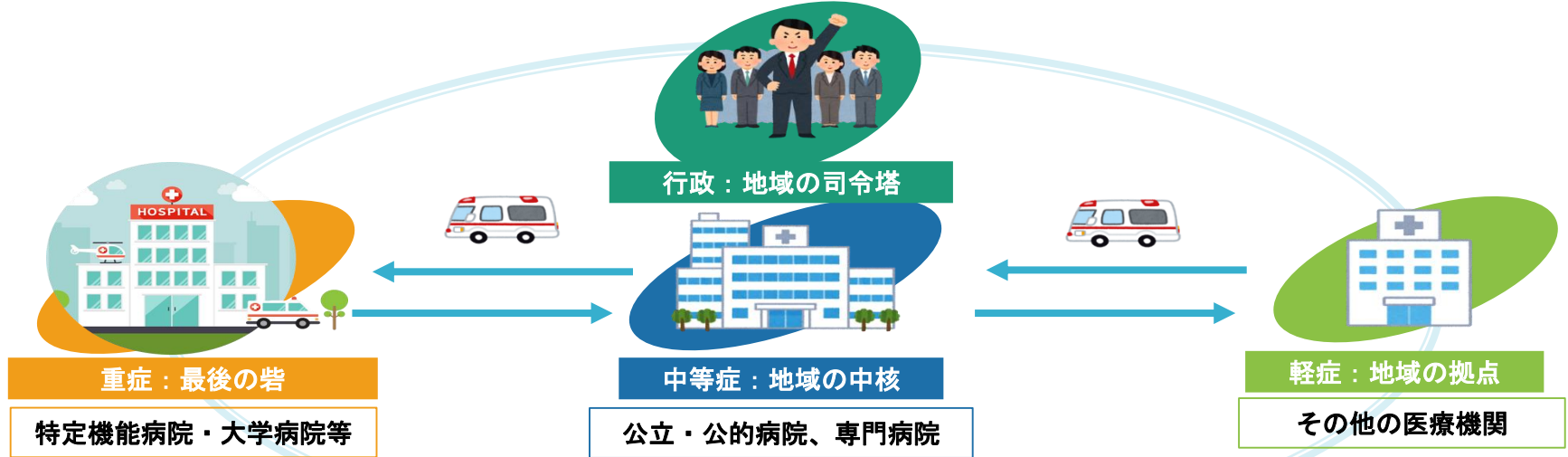
- ・ 大阪市立大学感染症学教室の先生にCOVID-19について講習を受ける
- ・ ICD、ICNを中心に、マニュアルの作成、PPEの着脱講習会
- ・ 毎朝の体調チェックの実施（体温・症状など）
- ・ 廃棄物処理 ⇒ 廃棄物は全て感染性廃棄物として処理
- ・ 病院食の食器を Disposable 食器に変更



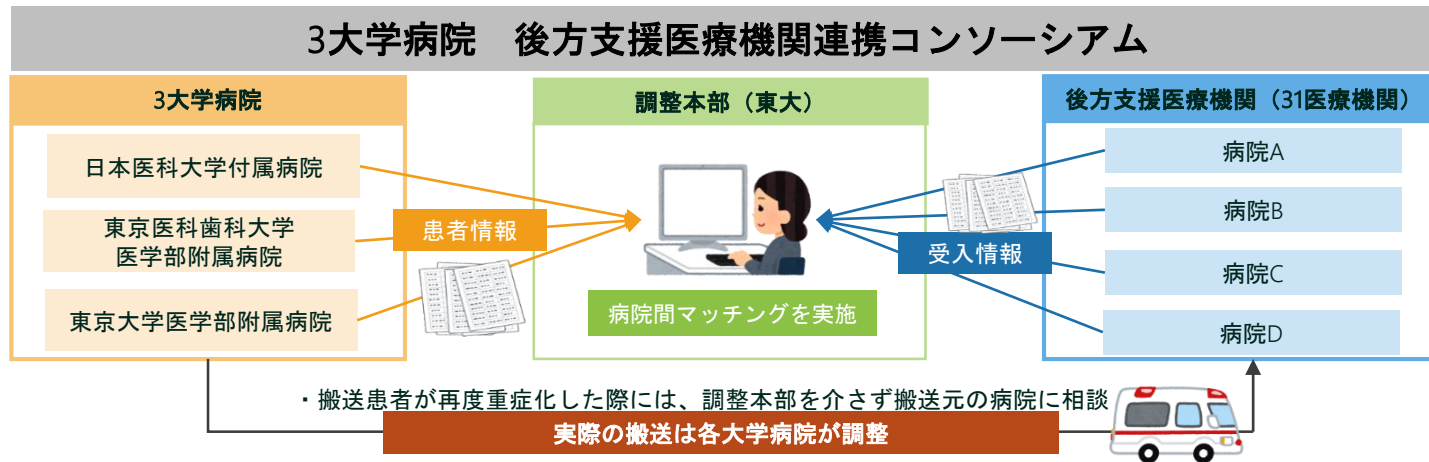
# 医療機関の役割分担の重要性

- 感染拡大時の医療の提供に当たり、特定機能病院・大学病院等において重症者、公立・公的病院や専門病院など地域の中核病院において中等症患者、その他の医療機関において軽症患者の対応を行いつつ連携を行うなど、医療機関の機能分化と相互連携が重要であるという指摘や、後方病床の確保が重要であるという指摘があった。

【第5回第8次医療計画等に関する検討会(令和3年11月11日) 東京大学医学部附属病院提出資料より】



## 医療機関の機能分化と相互連携を推進する医療提供体制の構築



# 大学病院の役割

- 大学病院の役割として、高い専門性を有する医療人材や高度な医療機器・施設を活用し、高度で集学的な治療の提供やがん・難病・救急・周産期等の高度な診療提供と新型コロナ対応の両立を行うことが重要であるという指摘があった。

【第5回第8次医療計画等に関する検討会(令和3年11月11日) 東京大学医学部附属病院提出資料より】



## 求められる機能

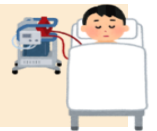
- 高度で集学的な治療の提供
- がん・難病・救急・周産期等の高度な診療提供とCOVID-19診療の両立

## ヒト：高い専門性を有する医療人材



- ✓ 救急科専門医、集中治療医、感染症専門医等の高い専門性を有する医師
- ✓ 認定・専門看護師等、専門的な知識や実践力を持つ看護師
- ✓ ECMO等の生命維持管理装置を取り扱える臨床工学士
- ✓ 検査・診断・治療の診療支援を行う中央診療部門 等

## モノ：高度な医療機器・施設



- ✓ ICU、重症個室等の高度な医療を提供するための施設
- ✓ ECMO、人工呼吸器、先端検査機器等の最先端の設備の保有、医療資源の有効活用
- ✓ 陰圧個室、陰圧手術室等の重症症例に対応できる医療施設



## 役割分担に基づく入院調整

- 1つの医療機関において重症者と軽症者をともに受け入れることで医療資源が分散し、重症者増加への対応が困難。
- 病院長会議において重症患者を受け入れる重点医療機関を明確にし、他の重点医療機関は中等症・軽症患者の受入れを担うよう役割分担を明確化。
- 入院コーディネートセンターでは、各医療機関の役割分担に基づき、患者の容体や各医療機関の受入状況を確認した上で県内の入院・転院調整を一元的に実施。

## 病院間の連携

### (重点医療機関)

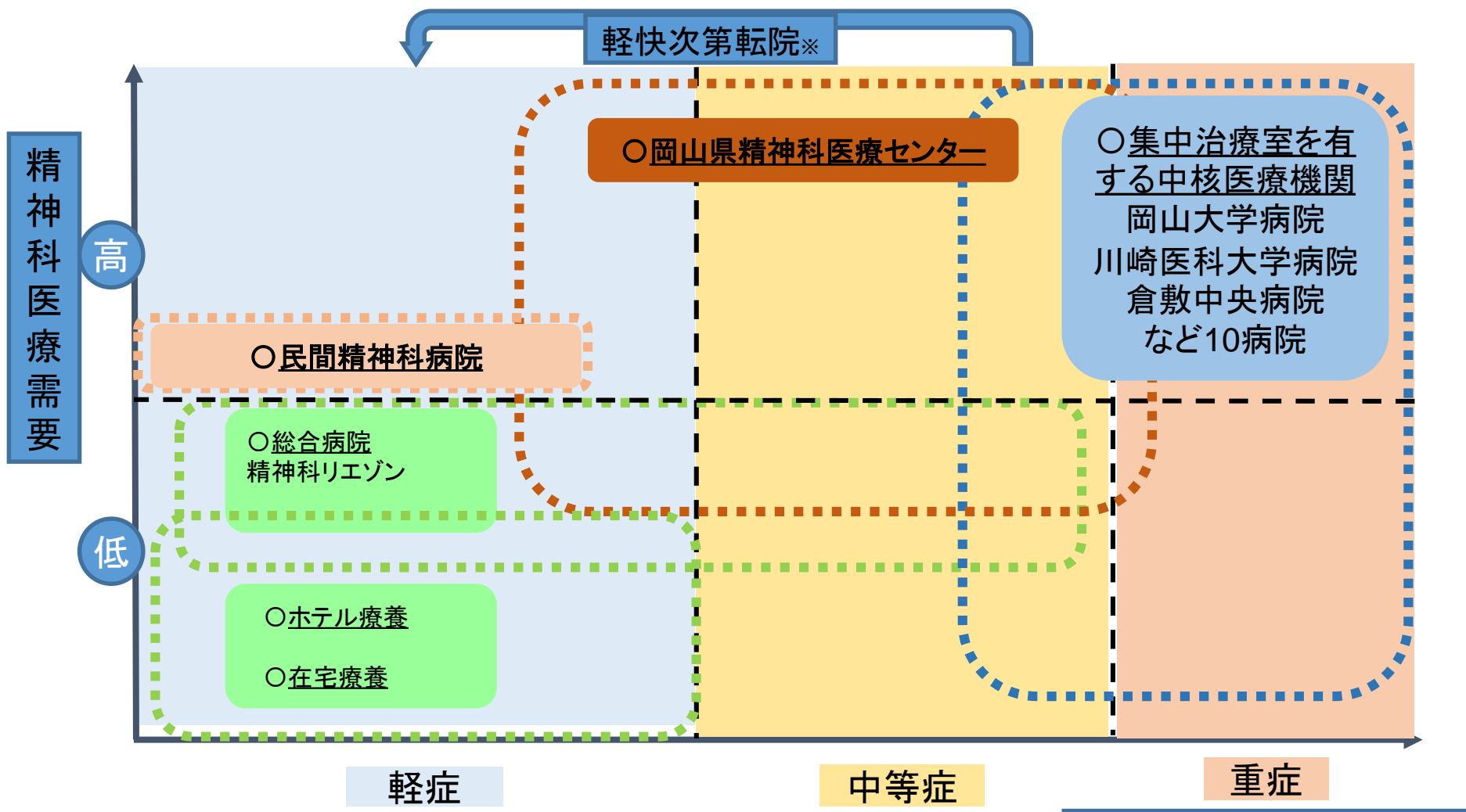
- 軽症患者受入れ医療機関において患者が重症化した場合、重症患者受入れ医療機関に搬送。
- 重症患者の増加に対応し受入れ体制を拡充する必要があるため、重症患者受入れ医療機関においてそれまでに収容していた軽症者・回復患者を他医療機関へ転院。

### (後方支援病院)

- 退院基準を満たしたコロナ回復患者を受け入れる後方支援医療機関を確保（県医師会と連携し県内病院・有床診療所へ協力依頼し39医療機関を設定）。
- 後方支援医療機関リスト作成し、入院医療機関などで共有。各医療機関において回復患者の転院を調整。転院が円滑に進まない場合、入院コーディネートセンターにおいて調整しコロナ病床確保。

# COVID19に係る精神科入院医療提供/連携体制

- 県調整本部に精神科担当医師を配置、県精神科医療センター院長が24時間対応
- 精神障害者の療養先（総合病院/精神科病院/ホテル療養/在宅療養）決定に関与
- 身体疾患/精神症状の重症化に対応して転院調整



※重症ベッドと精神科救急に対応できる医療機関が限られているため、症状軽快(軽症化)すれば、早急に転院が必要



# 臨時の医療施設について

- 入院を必要とする者が確実に入院できる体制を確保するため、自治体に対して、通常の入院病床に加え、新型インフルエンザ等特措法に基づく「臨時の医療施設」を整備することを依頼している。  
(※) 医療の提供に支障が生じた場合に、病院開設の手続等に関する規定を適用除外し、迅速な設置を可能とするもの。
- 各自治体においてこれまで31都道府県57施設(令和3年12月7日)の臨時の医療施設が設置されているが、今般の急速な感染拡大を踏まえ、今後さらに臨時の医療施設の整備が加速していく見込み。
- これに伴い、看護師等の人材確保が大きな課題となっている。

## 全国31都道府県57施設 合計定員4,449名

(北海道(2)、青森(3)、茨城(2)、栃木(2)、千葉(2)、東京(9)、神奈川、新潟、富山(3)、石川(2)、福井、山梨(2)、岐阜、静岡(3)、愛知、三重、滋賀、京都、大阪、奈良、鳥取、広島(3)、山口、徳島、香川、愛媛(2)、高知、佐賀、長崎(2)、大分(2)、沖縄(2))

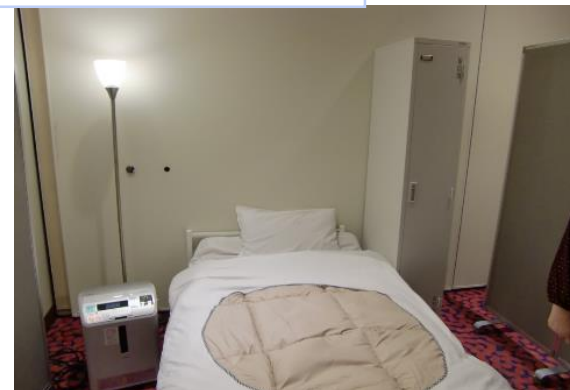
神奈川県：プレハブを設置



東京都：会議室を活用

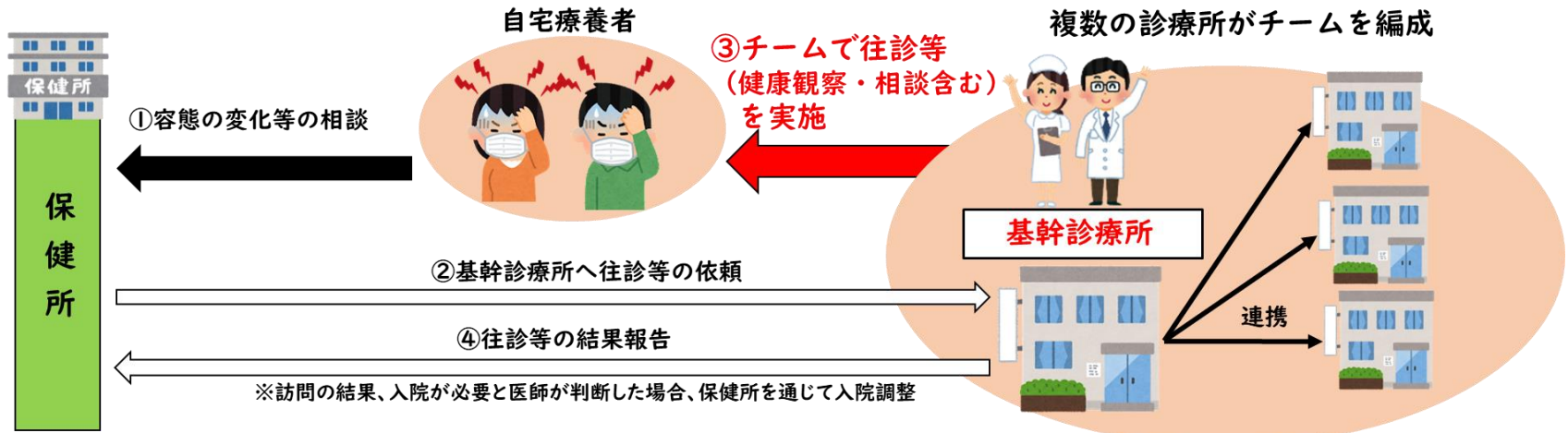


広島県：宿泊療養施設を活用



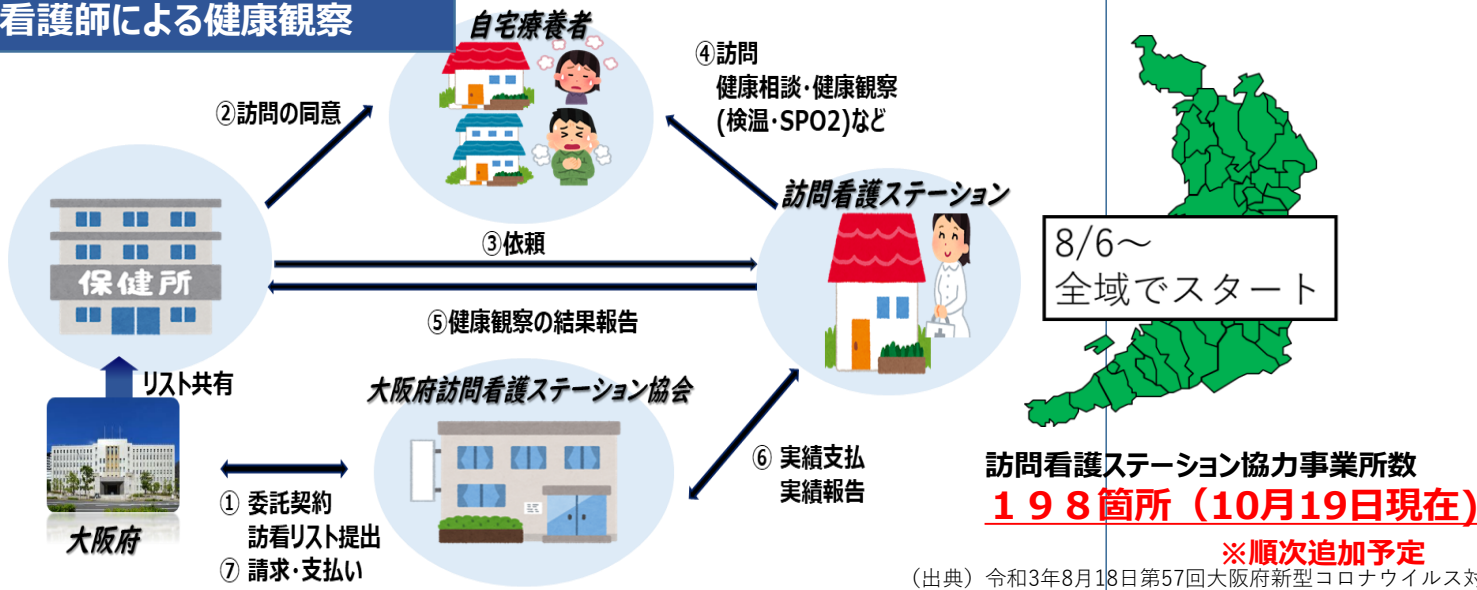
◆ 第五波では自宅療養者へのさらなる支援体制を強化するため、大阪府医師会と連携した平日日中の自宅療養者への往診や、訪問看護ステーション協会と連携した健康観察の仕組みを構築。

## 医師会と連携した平日日中の往診体制



(出典) 令和3年9月2日知事記者会見資料より抜粋

## 訪問看護師による健康観察

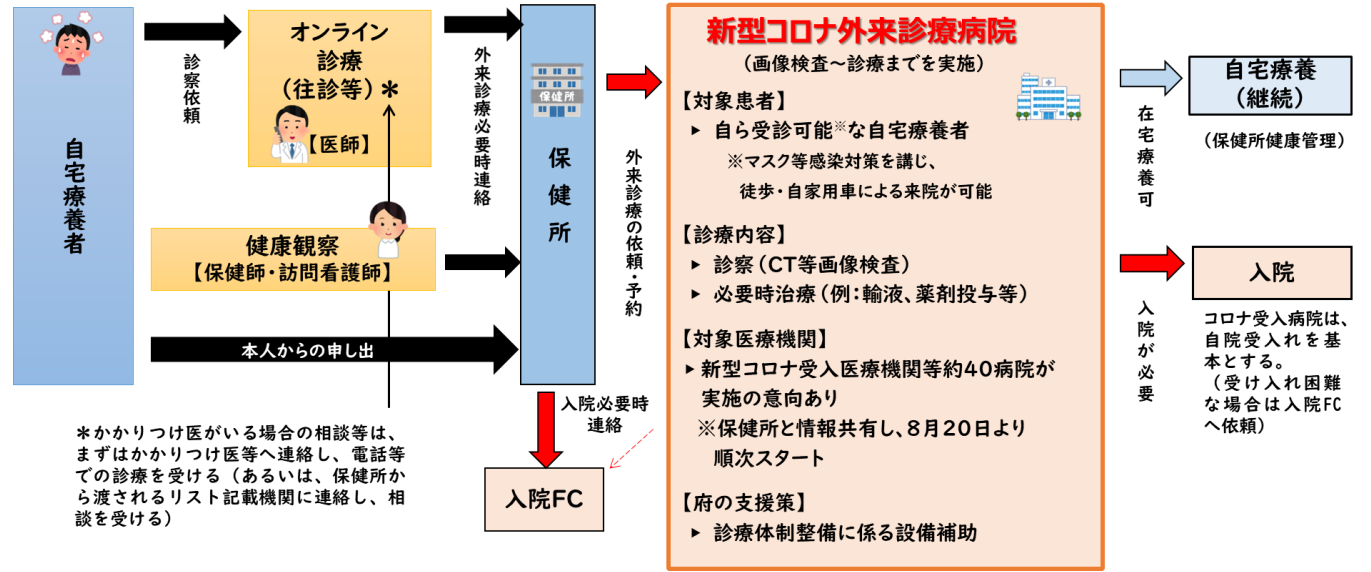


(出典) 令和3年8月18日第57回大阪府新型コロナウイルス対策本部会議資料を一部改変

◆ さらに、自宅療養者が地域で外来診療を受けられるよう、「外来診療病院」を整備したほか、抗体カクテル療法などの中和抗体薬による治療を、入院以外に外来や往診で受けられる「抗体治療医療機関」を整備。

## 外来診療病院の整備

※外来医療機関等への搬送体制についてもあわせて整備



(出典) 令和3年8月18日第57回大阪府新型コロナウイルス対策本部会議資料

## 抗体治療医療機関の整備

### ● 外来での抗体治療実施

216医療機関(98病院、118診療所)

- ・新型コロナ患者等受入医療機関
- ・新型コロナ患者等非受入医療機関 (診療・検査医療機関)
- ・診療所 (診療・検査医療機関)

### ● 往診での抗体治療実施

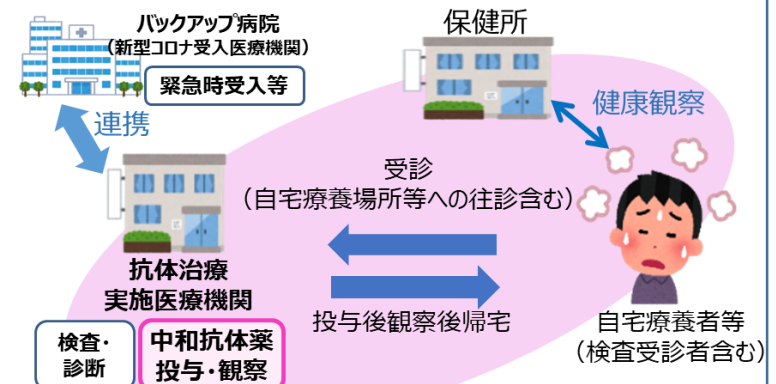
58医療機関(4病院、54診療所)

- ・新型コロナ患者往診 (自宅・施設等) 医療機関

箇所数は令和3年11月1日時点・予定含む

陽性判定者が、保健所からの連絡前でも抗体治療を実施できる体制を確保。

- ・診療・検査医療機関や往診・オンライン診療医療機関からの案内
- ・府案内センターや府HPなどによる案内



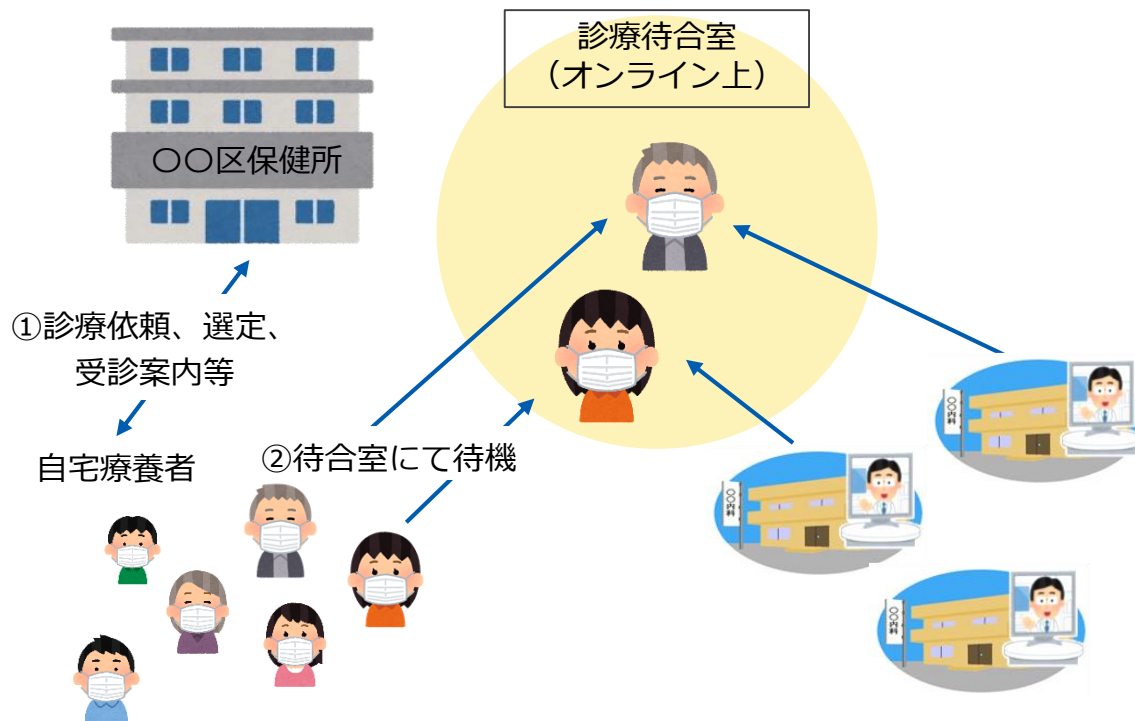
## 概要

- 新型コロナウイルス感染症患者に対し、新規陽性者の急増に対応するため、地域を問わず、自宅療養者に対しオンライン上で多対多形式での遠隔診療を行う。
- 品川モデルを参考に、令和3年9月から先駆的に多摩地域を所管する都保健所にて導入され、12月から都内全域にて導入された。

※オンライン診療について、①初診及び急病急変患者は対面診療が原則、②事前に対面診療により十分な医学的評価を行った上で、診療計画を作成する必要、③症状の変化に対して処方する場合は、その旨をあらかじめ診療計画への記載が必要等の取扱い（オンライン診療の適切な実施に関する指針（平成30年3月））であったが、令和2年4月10日事務連絡により、医師が医学的に可能であると判断した範囲において、初診から電話やオンラインにより診断や処方を行うことが可能となった。

## 主な手順

- ①自宅療養者からの診療依頼を受け、保健所において受診者の選定を行い、URL送付や受診方法の案内を行う。
- ②患者はURLでアクセスし、各種情報を入力する等オンライン上で受付を済ませ、通話ルームで待機。
- ③都内各地域の医師がオンライン上の診療待合室で待機している患者を受付順に診療
- ④一人あたりの診療時間は15分～20分程度。
- ⑤医師会や保健所等において待機室において放置されている患者がいないか、診療を受けていない患者がいないかを確認。

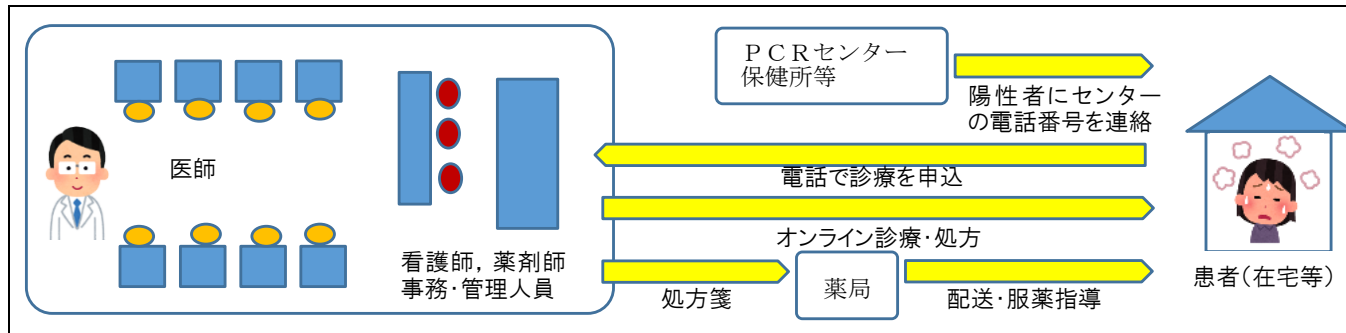


# 広島県における自宅療養者に対するオンライン診療

広島県における新型コロナの感染急拡大を受け、自宅等で療養中の発熱等の症状がある新型コロナの陽性者に対し、早急に医療を提供するため「広島県オンライン診療センター」を開設（令和4年1月14日）。

## 【広島県提供資料より】

区分	内容
設置目的	自宅等で療養中の、発熱等の症状がある新型コロナウイルス感染症の陽性者を <b>早急に医療につなげる</b> 。
対象者	有症状の陽性者に対し、 <b>1日あたり最大600名</b> の診療を行う体制を整備
体制	県医師会等関係団体の協力により、 <b>医師、看護師、薬剤師</b> が常駐
開設時間	9:00～20:00
期待される効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・拠点整備により、有症状の自宅療養者に対する受診機会の拡充</li> <li>・<b>オンライン診療やコロナ診療の経験が少ない医師に対する技術や知識の向上</b> ⇒地域全体の診療レベルの向上</li> </ul>



## 株式会社MICIN(マイシン)の「curon typeC」導入 仮想待合室

【操作画面イメージ】





# 医療機関等情報支援システム(G-MIS\*)について

\* Gathering Medical Information System

全国の医療機関（病院、診療所）から、病院の稼働状況、病床や医療スタッフの状況、受診者数、検査数、医療機器（人工呼吸器等）や医療資材（マスクや防護服等）の確保状況等を一元的に把握・支援

## 必要な医療提供体制を確保

- ホームページから、各病院の稼働状況等を可視化
- マスク等の物資の供給に活用
- 空床確保状況を、患者搬送調整に活用 等

## 【システム導入のメリット】

国民

【医療機関情報】

電話で確認する以外情報を得る方法はなかった

⇒ ホームページから病院の稼働状況の閲覧が可能

⇒ 病床の確保状況・使用率等を「見える化」として公開

医療従事者

【報告】保健所へ電話等で報告

【支援】支援を得るのに時間を要した

⇒ パソコン等での報告により保健所への照会対応不要に

⇒ 医療資材等の支援を迅速に受けることが可能に

保健所・  
都道府県・国

【保健所業務】

保健所が、医療機関に電話等で照会し、都道府県等を通じて国に報告

⇒ 医療機関が直接入力することで、即時に集計され、自治体、国で共有可能に（保健所業務の省力化）

【情報共有】

情報共有に時間を要した

⇒ 迅速な入院調整、医療機器や医療資材の配布調整等が可能に

## 【医療機関の登録状況】

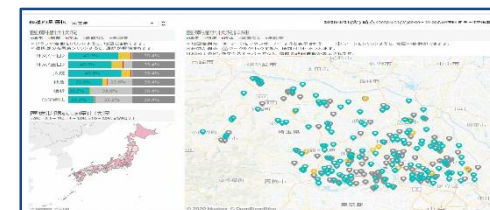
（令和4年2月8日現在）

医療機関	登録医療機関数
病院	8,252
診療所	33,765

## 【G-MIS入力画面イメージ】



## 【ホームページ】



URL: <https://corona.go.jp/dashboard/#opendata>

# 神奈川県において新型コロナ対応のために用いられている情報ツール

- 各病院の新型コロナ対応にかかる病床空き病床数が可視化されることにより、各医療機関が納得感を持ち、患者を受けれることが可能になる。

【第5回第8次医療計画等に関する検討会(令和3年11月11日) 神奈川県医師会提出資料より】

報告日時	医療機関名称	軽症：空き病床数	中等症：空き病床数	重症：空き病床数	電話番号
2020-04-02 14:03	[Redacted]	5	3	6	[Redacted]
2020-04-02 14:02	[Redacted] 病院	31	27	4	[Redacted]
2020-04-02 14:00	神奈川県立 [Redacted]	31	27	4	[Redacted]
2020-04-02 13:56	神奈川県立 [Redacted]	5	3	6	[Redacted]
2020-04-02 13:27	[Redacted]	3	5	8	[Redacted]

図表: 神奈川県医療危機対策本部室提供

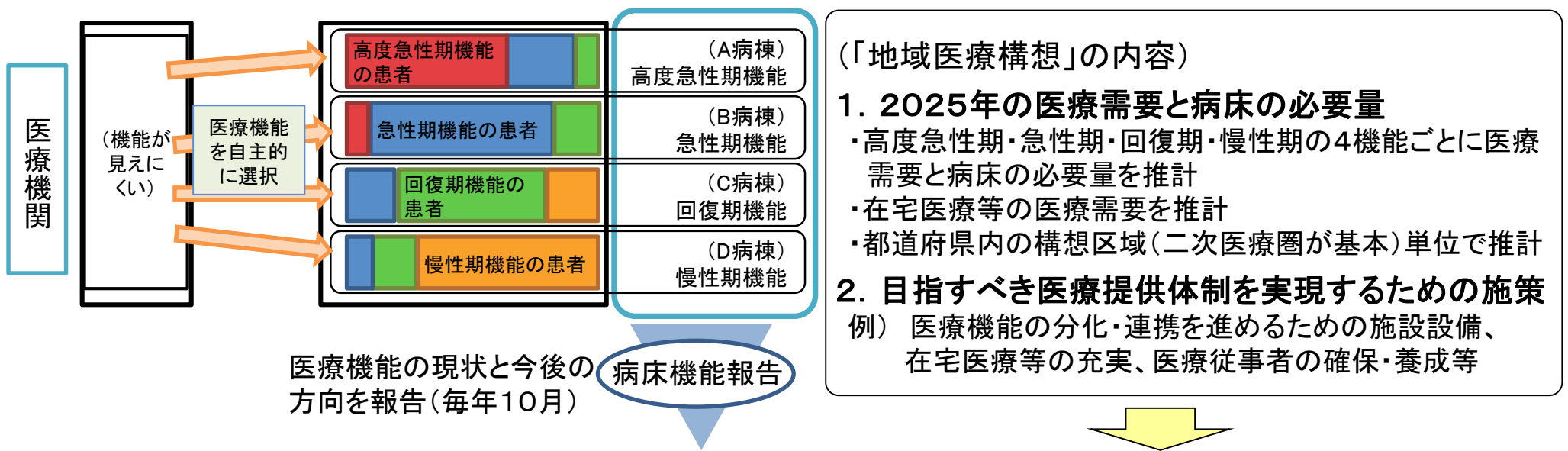
## 参考 2. 地域医療構想関係

# 地域医療構想に係るこれまでの経緯について

2017年3月	全ての都道府県において地域医療構想(2025年の4機能ごとの必要病床量等)を策定 〔新公立病院改革プラン(2017年3月まで),公的医療機関等2025プラン(2017年12月まで)の策定〕
～2019年3月	公立・公的医療機関等において、先行して具体的対応方針の策定 ⇒地域医療構想調整会議で合意
2019年 1月～	厚生労働省医政局「地域医療構想に関するワーキンググループ(WG)」において、公立・公的医療機関等の具体的対応方針について議論(再検証に係るものを含む)を開始
6月21日	骨太の方針2019 閣議決定
9月26日	再検証に係る具体的な対応・手法のとりまとめ、公立・公的医療機関等の診療実績データの公表
10月 4日	第1回 地域医療確保に関する国と地方の協議の場
10月17日～	地方意見交換会(ブロック別)を順次開催
11月 6日～	都道府県の要望に応じ、個別に意見交換会を順次開催
11月12日	第2回 地域医療確保に関する国と地方の協議の場
12月24日	第3回 地域医療確保に関する国と地方の協議の場
2020年 1月17日	医政局長通知「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」を都道府県宛に発出 あわせて、都道府県に対し、「公立・公的医療機関等の診療実績データの分析結果」及び民間医療機関の診療実績データを提供
1月31日	重点支援区域 1回目選定(3県5区域)
3月 4日	医政局長通知「具体的対応方針の再検証等の期限について」を都道府県宛に発出
7月17日	骨太の方針2020 閣議決定
8月25日	重点支援区域 2回目選定(6道県7区域)
8月31日	医政局長通知「具体的対応方針の再検証等の期限について」を都道府県宛に発出
10月29日	第5回 地域医療確保に関する国と地方の協議の場
12月15日	厚生労働省医政局「医療計画の見直し等に関する検討会」において、構想の考え方・進め方の議論を含めた「新型コロナウイルス感染症を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方」をとりまとめ
2021年 1月22日	重点支援区域 3回目選定(2県2区域)
6月18日	骨太の方針2021 閣議決定
12月 3日	重点支援区域 4回目選定(2県3区域)
12月10日	第7回 地域医療確保に関する国と地方の協議の場

# 地域医療構想について

- 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には、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「**地域医療構想**」として策定。  
 その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「**病床機能報告**」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「**地域医療構想調整会議**」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



都道府県  
医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

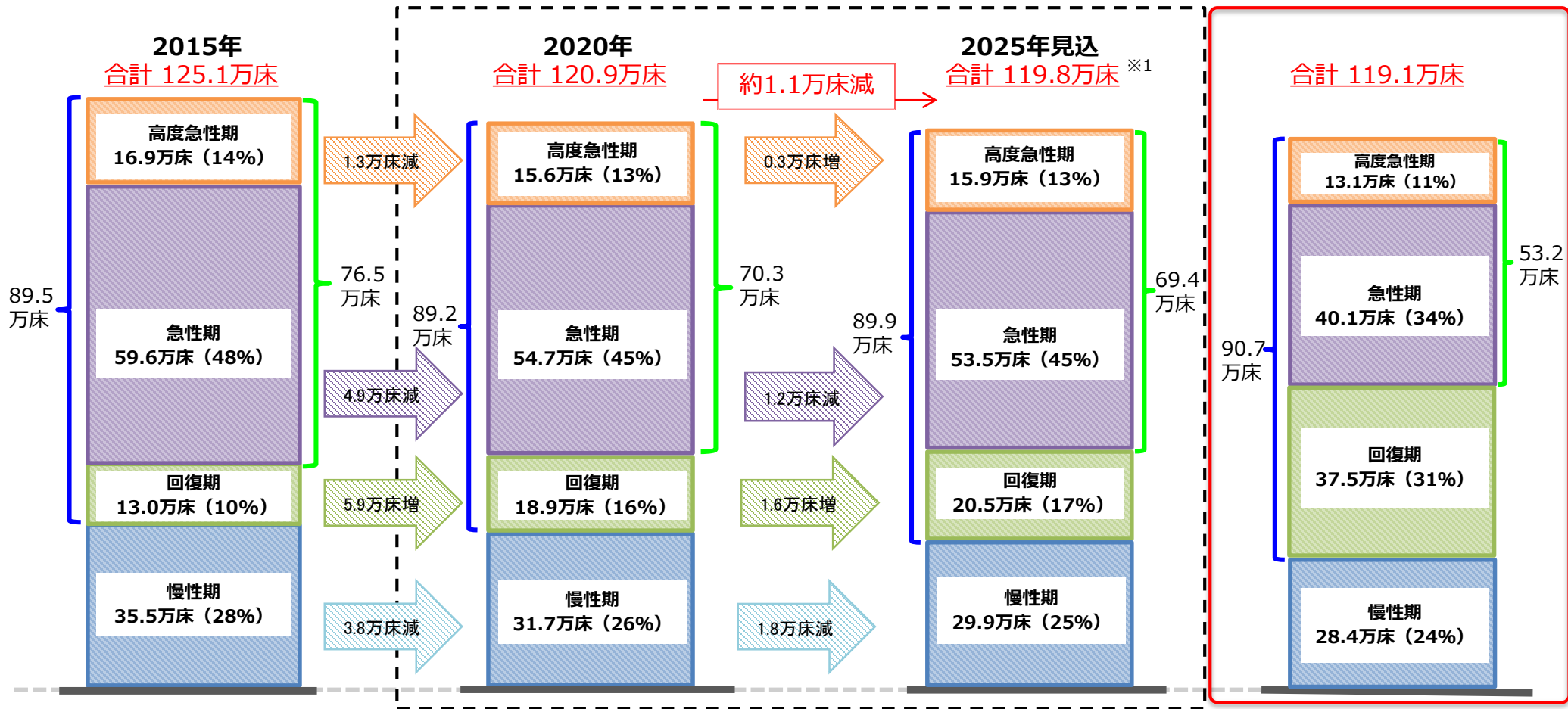
○ 機能分化・連携については、**「地域医療構想調整会議」**で議論・調整。

# 2020年度病床機能報告について

地域医療構想における ※4  
2025年の病床の必要量  
(平成28年度末時点の推計)

## 2015年度病床機能報告

## 2020年度病床機能報告



出典: 2020年度病床機能報告

※1: 2020年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2020年病床機能報告: 12,635/13,137(96.2%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: ICU及びHCUの病床数(\*): 18,482床(参考 2019年度病床機能報告: 18,253床)

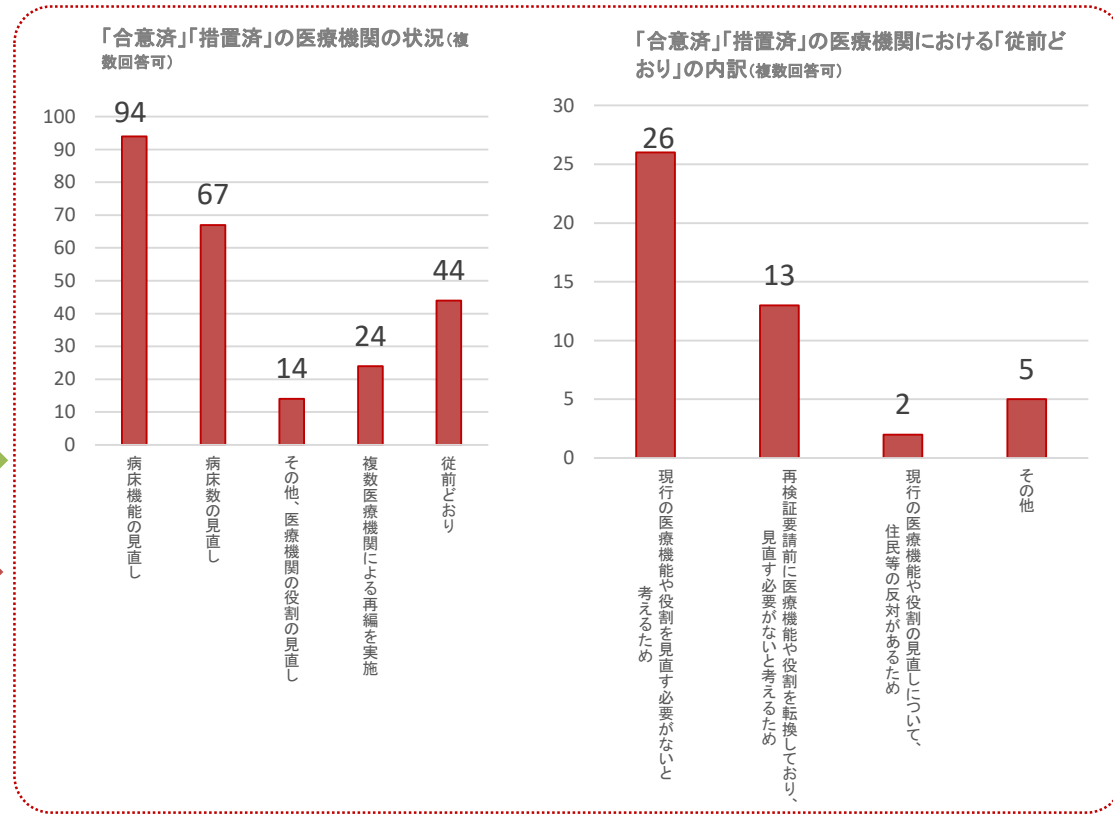
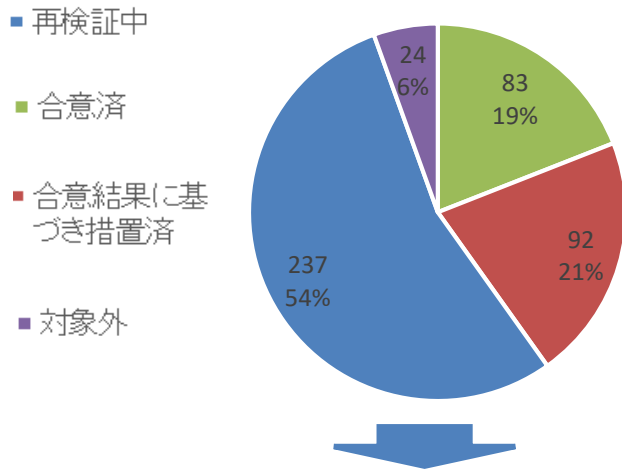
\*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

# 再検証対象医療機関の取組状況

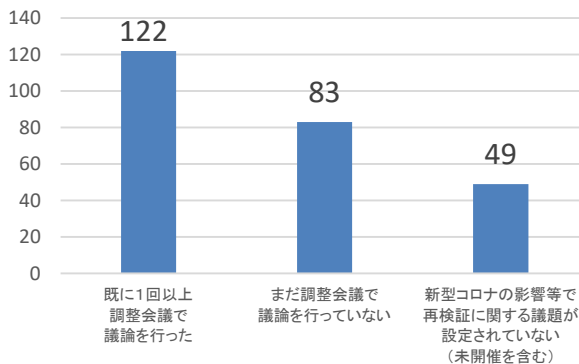
再検証対象医療機関	合意済、再検証結果に基づき措置済又は再検証対象外となった医療機関（※）
436医療機関	199医療機関（46%）

（※）合意済の医療機関数：83医療機関  
 合意結果に基づき措置済の医療機関数：92医療機関  
 再検証対象外の医療機関数：24医療機関

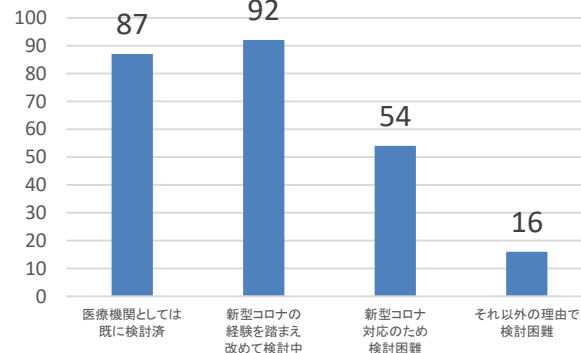
令和3年10月末時点の状況



「再検証中」の調整会議の状況(複数回答可)



「再検証中」の医療機関の状況(複数回答可)



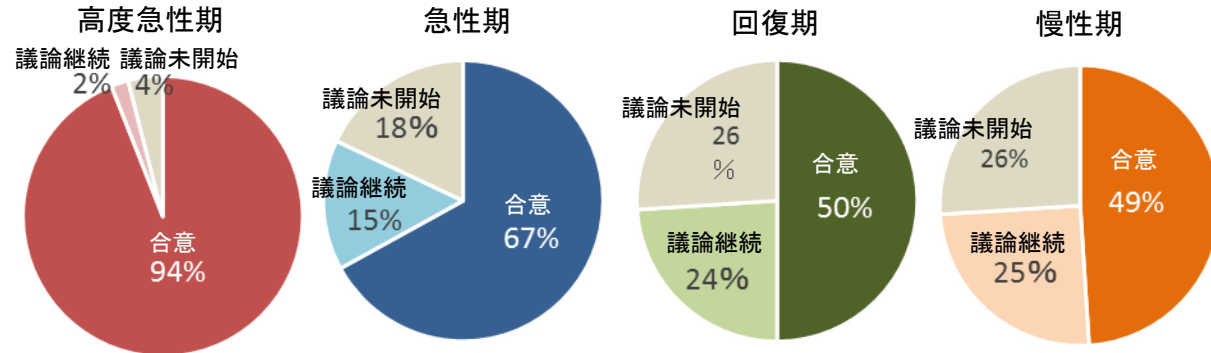
※再検証中の医療機関のうち、コロナ以外の理由で検討が困難な主な理由

- ・圏域内の医療機関において再編統合の検討が続いており、具体的対応方針が未策定であること
- ・重点支援区域の申請を行うことから個々の病院で判断できる段階ではないとのこと
- ・令和4年度以降に一部病棟の建替えを計画しており、建替計画の中で病床削減を含めた病床機能の見直しについて改めて検討することとしていること
- ・国の公的医療機関の見直しの状況を踏まえる必要があること

# 機能別・開設主体別にみた議論の状況

## ■機能区分別にみた議論の状況 (2019年3月末)

	病床数	総計			
		合意	議論継続	議論未開始	合意率
総計	1,288,385	806,923	222,150	17%	63%
高度急性期	163,521	153,392	3,195	2%	94%
急性期	583,010	390,182	89,617	15%	67%
回復期	152,264	76,246	36,287	24%	50%
慢性期	349,745	170,956	86,129	25%	49%
休棟	39,845	16,147	6,922	17%	41%



## ■主な開設主体別にみた議論の状況 (2019年3月末)

(※)2017年度病床機能報告を用いて算出しており、未報告医療機関の病床数は含まれていない。

	病床数	総計 (※)																	
		合意		高度	合意		急性	合意		回復	合意		慢性	合意		休棟	合意		
総計	1,288,385	806,923	63%	163,521	153,392	94%	583,010	390,182	67%	152,264	76,246	50%	349,745	170,956	49%	39,845	16,147	41%	
公立・公的等	都道府県	41,133	38,634	94%	10,841	10,458	96%	24,348	23,022	95%	2,887	2,758	96%	2,122	1,556	73%	935	840	90%
	市町村	127,915	119,504	93%	16,589	16,387	99%	82,746	77,601	94%	12,984	11,797	91%	11,245	10,036	89%	4,351	3,683	85%
	地方独立行政法人	29,382	28,750	98%	11,297	11,294	100%	15,874	15,381	97%	1,075	1,058	98%	544	502	92%	592	515	87%
	国立病院機構	47,327	46,431	98%	7,928	7,928	100%	20,801	20,761	100%	2,764	2,704	98%	14,826	14,030	95%	1,008	1,008	100%
	労働者健康安全機構	12,521	12,322	98%	961	961	100%	10,098	9,998	99%	710	710	100%	188	188	100%	564	465	82%
	地域医療機能推進機構	15,574	15,041	97%	1,916	1,767	92%	11,114	10,804	97%	1,793	1,763	98%	196	196	100%	555	511	92%
	日赤	34,837	34,837	100%	13,294	13,294	100%	17,865	17,865	100%	1,433	1,433	100%	1,400	1,400	100%	845	845	100%
	済生会	22,231	20,594	93%	3,749	3,587	96%	14,337	13,304	93%	2,537	2,431	96%	1,131	908	80%	477	364	76%
	北海道社会事業協会	1,727	1,727	100%	8	8	100%	880	880	100%	308	308	100%	471	471	100%	60	60	100%
	厚生連	31,201	30,430	98%	4,547	4,405	97%	19,571	19,121	98%	3,690	3,590	97%	2,510	2,431	97%	883	883	100%
	健康保険組合等	1,916	1,736	91%	48	48	100%	1,664	1,512	91%	84	56	67%	120	120	100%	0	0	-
	共済組合等	13,529	13,130	97%	4,060	4,060	100%	8,219	7,933	97%	728	685	94%	321	321	100%	201	131	65%
	国民健康保険組合	320	320	100%	4	4	100%	316	316	100%	0	0	-	0	0	-	0	0	-
	上記以外の特定機能病院	61,228	60,598	99%	52,247	51,986	100%	7,879	7,510	95%	86	86	100%	32	32	100%	984	984	100%
上記以外の地域医療支援病院	61,386	58,830	96%	15,807	15,631	99%	39,322	37,545	95%	3,518	3,241	92%	1,894	1,710	90%	845	703	83%	
その他	786,158	324,039	41%	20,225	11,574	57%	307,976	126,629	41%	117,667	43,626	37%	312,745	137,055	44%	27,545	5,155	19%	



- 中長期的な人口構造の変化に対応するための地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床必要量の推計など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく必要があるが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、地域医療構想に関する取組の進め方については、都道府県に可能な限りの対応をお願いする一方で、厚生労働省において改めて整理の上、お示しすることとしていた。（具体的対応方針の再検証等の期限について（令和2年3月4日及び8月31日付け通知））
- 今後、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2023年度までかけて進められることとなるが、その際には、各地域で記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けた検討や病床の機能分化・連携に関する議論等を行っていただく必要があるため、その作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しをお願いしたい。その際、各都道府県においては、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により病床の機能分化・連携等の重要性が改めて認識されたことを十分に考慮いただきたい。  
また、検討状況については、定期的に公表をお願いしたい。
- 厚生労働省においては、改正医療法を受け、第8次医療計画における記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けて、検討状況を適時・適切に各自治体と共有しつつ、「基本方針」や「医療計画作成指針」の見直しを行っていくこととしている。この検討状況については、適宜情報提供していくので参考とされたい。
- 地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものであり、厚生労働省においては、各地域における検討状況を適時・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ついて、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援していく。

社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

KPI第2階層	KPI第1階層	工程（取組・所管府省、実施時期）	22	23	24
<p>○地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数に対する実際に増減された病床数の割合【2025年度に100%】（実際に増減された病床数／地域医療構想の2025年における医療機能別（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の必要病床数を達成するために増減すべき病床数（病床機能報告））</p> <p>○介護療養病床の第8期計画期末までのサービス減量【2023年度末に100%】（2021年1月から2023年度末までに廃止した介護療養病床数／2021年1月の介護療養病床数。厚生労働省「病院報告」）</p>	<p>○地域医療構想調整会議の開催回数【2024年度末までに約2,000回】</p> <p>○重点支援区域の設定の要否を判断した都道府県の割合【2023年度末までに100%】</p>	<p>30. 地域医療構想の実現、大都市や地方での医療・介護提供に係る広域化等の地域間連携の促進</p> <p>a. 第8次医療計画（2024年度～2029年度）における記載事項追加（新興感染症等対応）等に向けて、検討状況を適時・適切に各自治体と共有しつつ、「基本方針」や「医療計画作成指針」の見直しを行う。 中長期的な人口構造の変化に対応するための地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床必要量の推計など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく。</p> <p>b. 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2023年度までかけて進められることとなるため、その作業と併せて、2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しを求める。 また、検討状況については、定期的に公表を求める。 各地域における検討状況を適時・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ついては、その検討・取組を「重点支援区域」や「病床機能再編支援制度」等により支援する。</p> <p>c. 都道府県が運営する地域医療構想調整会議における協議の促進を図る環境整備として、広く地域の医療関係者等が地域医療構想の実現に向けて取り組むことができるよう、議論の促進に必要と考えられる情報・データの利活用の在り方、地域医療構想調整会議等における議論の状況の「見える化」やフォローアップの在り方等について、法制上の位置付けも含め、自治体と丁寧に検討の上、地域医療構想を着実に進めるために必要な措置を講ずる。</p> <p>d. 地域医療構想の議論の進捗状況を踏まえつつ、各都道府県において、第8次医療計画を策定する。</p> <p>e. 介護療養病床について、2023年度末の廃止期限に向け、2021年度介護報酬改定における移行計画を提出していない場合の減算の設定等や予算事業等による移行支援を組み合わせた取組を行う。</p>		<p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p>	<p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p> <p>→</p>

# 「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」の方向性について

令和3年12月10日  
持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化に関する検討会  
中間とりまとめ

## これまでの取組

- 公立病院は、医師不足等による厳しい経営状況を踏まえ、総務省が示した公立病院改革ガイドライン（H19年度）及び新公立病院改革ガイドライン（H26年度）に基づき、公立病院改革プラン及び新公立病院改革プランを策定し、**再編・ネットワーク化、経営の効率化、経営形態の見直しなどに取り組んできた。**
  - ※ 平成20年度から令和2年度にかけて、193公立病院が再編・ネットワーク化に取り組み、公立病院数は943から853に減少（▲9.5%）。また、令和2年度時点で、94病院が独法化、79病院が指定管理に移行しており、全部適用の382病院を含め、計555病院（65.1%）がマネジメントの強化等に取り組んでいる。

## 課題

- **人口減少や少子高齢化に伴う医療需要の変化、医師等の不足を受け、地域医療を支える公立病院の経営は、依然として厳しい状況。**
- 今後、**医師の時間外労働規制への対応も迫られるなど、さらに厳しい状況が見込まれる。**
- また、コロナ対応に公立病院が中核的な役割を果たし、**感染症拡大時の対応における公立病院の果たす役割の重要性が改めて認識されるとともに、病院間の役割分担の明確化・最適化や医師等の確保などの取組を平時から進めておく必要性が浮き彫りとなった。**

## 対応

- こうした課題を踏まえ、持続可能な地域医療提供体制を確保するため、地域医療を支える公立病院の経営強化に向けた新たなガイドラインの策定が必要。
- ガイドライン策定にあたっては、**限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点をこれまで以上に重視するとともに、感染症拡大時の対応という視点も踏まえる必要。**
  - ※ ガイドラインの策定期間については、地域医療構想を含む第8次医療計画策定の進め方を踏まえ、各地方公共団体において、公立病院の経営強化に向けた取組の検討や、公立病院経営強化プランの策定に着手することが可能となるよう、今年度末までに策定することを想定。

## 新たなガイドラインの方向性

- ① **地方公共団体に対する公立病院経営強化プランの策定の要請**
  - i) 策定期間 令和4年度又は令和5年度中に策定
  - ii) プランの期間 策定年度又はその次年度～令和9年度を標準
  - iii) プランの内容 持続可能な地域医療提供体制を確保するため、地域の実情に応じた、公立病院の経営強化のために必要な取組を記載するよう求める
- ② **都道府県の役割の強化**
  - ・ 都道府県の役割としては、地域医療構想の策定主体としての調整機能をこれまで以上に強化することが必要
  - ・ 特に、機能分化・連携強化については、医療資源が比較的充実した都道府県立病院等が中小規模の公立病院との連携・支援を強化していく枠組みも含め、都道府県が積極的に助言・提案していくことが重要

## プランの内容のポイント

地域医療構想の実現や地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割を踏まえ、経営強化のために必要な取組を記載。主なポイントは以下のとおり

### 【ポイント①】機能分化・連携強化の推進

- ・ 地域の中で各公立病院が担うべき**役割や機能を明確化・最適化**（特に、基幹病院に急性期機能を集約し、**医師を確保した上で、それ以外の不採算地区病院等との連携を強化**）

### 【ポイント②】医師・看護師等の確保、働き方改革の推進

- ・ 不採算地区病院等への**医師・看護師等の派遣の強化** ・ **働き方改革の推進**

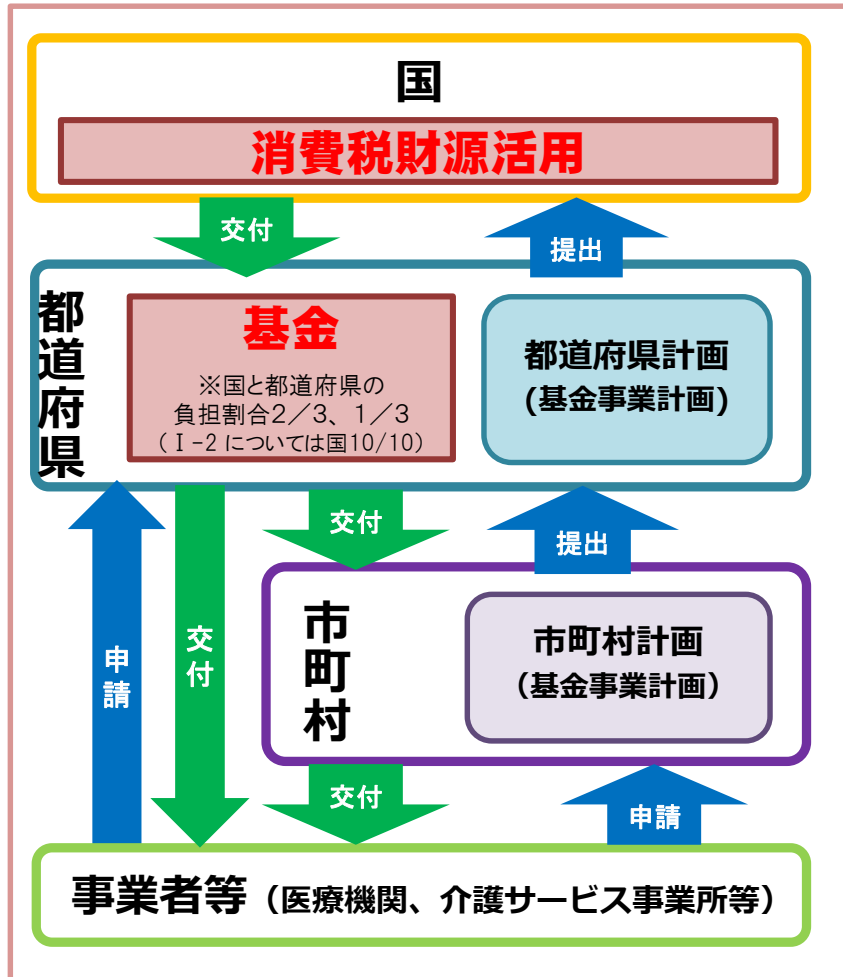
### 【ポイント③】経営形態の見直し

- ・ 柔軟な人事・給与制度を通じ、医師等の確保につながる**経営形態の見直し**

### 【ポイント④】新興感染症に備えた平時からの対応

- ・ ①～③の取組に加え、**感染症拡大時に転用しやすい施設・設備の整備**

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



## 都道府県計画及び市町村計画 (基金事業計画)

- **基金に関する基本的事項**
  - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
  - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
  - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**  
医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
  - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏を念頭に設定。
  - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

## 地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

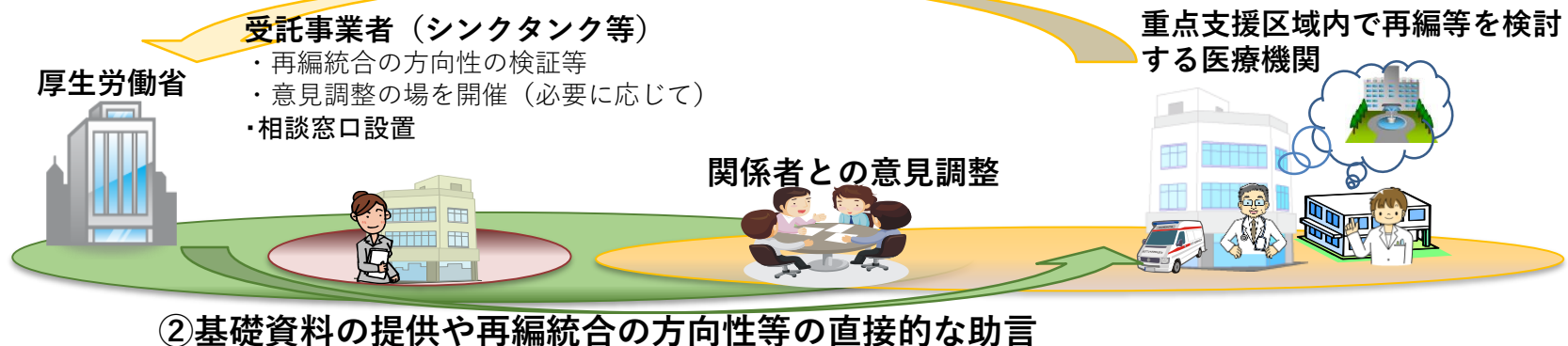
## 現状と課題

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年の地域医療構想の実現に向け、医療機能の移管や、医療機関同士の再編統合の取組を実施していくこととなるが、医療機関間の勤務環境、給与体系、一時的な収益減少等の調整が障壁となる。
- また、2024年の医師の働き方改革を踏まえると、医師の時間外労働を縮減し、地域において効率的な医療提供体制を構築し、医療従事者を効果的かつ効率的に配置する必要があり、これまで以上に高度な調整を要することが見込まれる。
- 特に、国が設定する重点的に支援する区域（重点支援区域）については、都道府県と連携し、再編統合の方向性等について直接助言することとしており、適切な助言を行うために必要な事項の整理やデータの分析を行うとともに、再編・統合の調整過程で発生した課題に迅速に対応していく必要がある。
- 今後も重点支援区域を拡充し、今後も2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、国による助言や集中的な支援を行っていくこととしている。

## 事業内容

- 重点支援区域の医療機関の再編等の方向性の検証等のための勤務環境や給与体系及び一時的な収益の減少等の調査分析
- 重点支援区域の国、都道府県及び医療機関による分析手法等の意見調整の場の設置
- 病床機能の再編等を検討する医療機関に対する再編の際に必要な対策のための基礎資料（財務シミュレーション、統合した際のデメリットを縮小するための諸施策の立案、人材統合のための研修、人事配置等の対策等）の提供・作成支援
- 医療機関との相談窓口を設置し、医療機能の分化・連携の検討に必要な対策のための基礎資料の作成に関する助言
- 再編等が地域住民に与える影響から、補うべき医療機能を分析し、アクセシビリティの観点から代替医療機能を持つ最適な医療機関への交通手段の確保に向け提供すべき通院手段とその費用便益分析を支援

### <重点的に支援する区域の事業のイメージ> ①データの提出、再編統合の方向性等の相談



# 重点支援区域について

## 1 基本的な考え方

- 都道府県は、当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する。なお、選定は複数回行うこととする。
- 重点支援区域の申請または選定自体が、医療機能再編等の方向性を定めるものではない上、重点支援区域に選定された後も医療機能再編等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意が必要。

## 2 選定対象・募集時期

- 対象となるのは、「複数医療機関の医療機能再編等事例」とし、以下①②の事例も対象となり得る。
  - ① 再検証対象医療機関（※）が対象となっていない再編統合事例
  - ② 複数区域にまたがる再編統合事例

## 3 支援内容

- 重点支援区域に対する国による**技術的・財政的支援**は以下を予定。

### 【技術的支援】（※）

- ・ 地域の医療提供体制や、医療機能再編等を検討する医療機関に関するデータ分析
- ・ 関係者との意見調整の場の開催 等

### 【財政的支援】

- ・ 地域医療介護総合確保基金の優先配分
- ・ 病床機能の再編支援を一層手厚く実施

※ 今般の新型コロナへの対応を踏まえ、地域における今後の感染症対応を見据えた医療提供体制の構築に向けた検討に資するよう、国の検討会等における議論の状況について情報提供を行う。

## 4 重点支援区域設定の要否

- 今後、全ての都道府県に対して重点支援区域の申請の意向の有無を聴取。

## 5 選定区域

- これまでに以下の**12道県17区域**の重点支援区域を選定。

### 【1回目（令和2年1月31日）選定】

- ・ 宮城県（仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域）
- ・ 滋賀県（湖北区域）
- ・ 山口県（柳井区域、萩区域）

### 【2回目（令和2年8月25日）選定】

- ・ 北海道（南空知区域、南檜山区域）
- ・ 新潟県（県央区域）
- ・ 兵庫県（阪神区域）
- ・ 岡山県（県南東部区域）
- ・ 佐賀県（中部区域）
- ・ 熊本県（天草区域）

### 【3回目（令和3年1月22日）選定】

- ・ 山形県（置賜区域）
- ・ 岐阜県（東濃区域）

### 【4回目（令和3年12月3日）に選定した重点支援区域】

- ・ 新潟県（上越区域、佐渡区域）
- ・ 広島県（尾三区域）

- 中長期的な人口減少・高齢化の進行を見据えつつ、今般の新型コロナウイルス感染症への対応により顕在化した地域医療の課題への対応を含め、地域の実情に応じた質の高い効率的な医療提供体制を構築する必要がある。
- こうした中、地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の意見を踏まえ、自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等に取り組む際の財政支援\*1を実施する。
- 令和2年度に予算事業として措置された本事業について法改正を行い、新たに地域医療介護総合確保基金の中に位置付け、引き続き事業を実施する。【補助スキーム：定額補助（国10/10）】

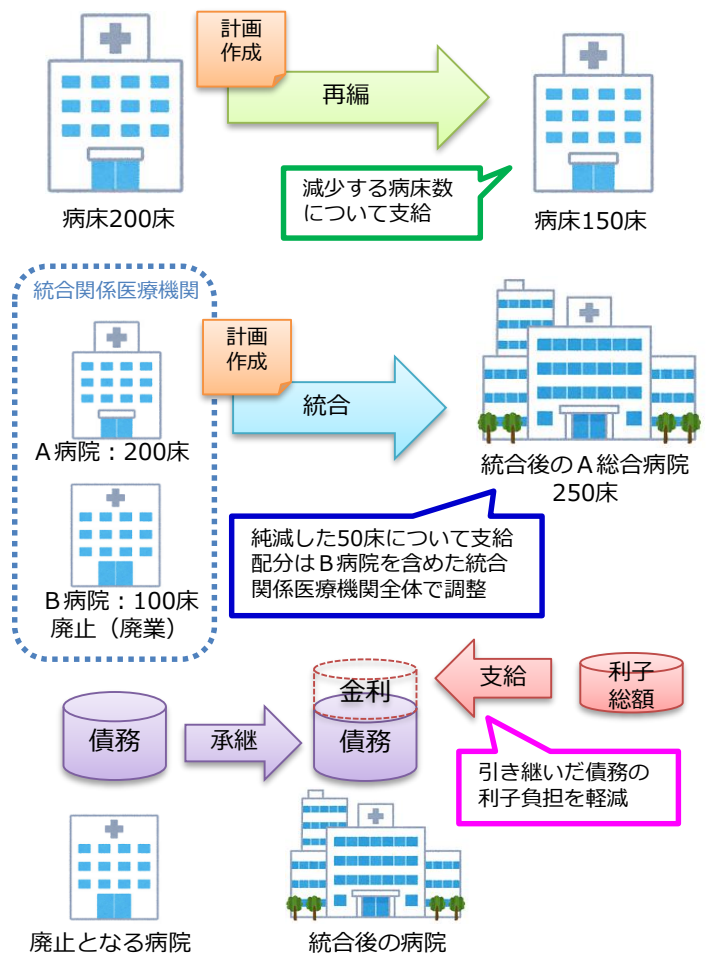
## 「単独医療機関」の取組に対する財政支援

**【1.単独支援給付金支給事業】**  
 病床数の減少を伴う病床機能再編に関する計画を作成した医療機関（統合により廃止する場合も含む）に対し、減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給  
 ※病床機能再編後の対象3区分\*2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%以下となること

## 「複数医療機関」の取組に対する財政支援

**【2.統合支援給付金支給事業】**  
 統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合のコスト等に充当するため、統合計画に参加する医療機関（統合関係医療機関）全体で減少する病床1床当たり、病床稼働率に応じた額を支給（配分は統合関係医療機関全体で調整）  
 ※重点支援区域として指定された関係医療機関については一層手厚く支援  
 ※統合関係医療機関の対象3区分の総病床数が10%以上減少する場合に対象

**【3.債務整理支援給付金支給事業】**  
 統合（廃止病院あり）に伴い病床数を減少する場合において、廃止される医療機関の残債を統合後に残る医療機関に承継させる場合、当該引継債務に発生する利子について一定の上限を設けて統合後医療機関へ支給  
 ※統合関係医療機関の対象3区分の総病床数の10%以上減少する場合に対象  
 ※承継に伴い当該引継ぎ債務を金融機関等からの融資に借り換えた場合に限る



\*1 財政支援 ……使途に制約のない給付金を支給  
 \*2 対象3区分……高度急性期機能、急性期機能、慢性期機能

# 地域医療構想実現に向けた税制上の優遇措置の創設

## 1. 概要

令和3年度税制改正大綱を踏まえ、「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」の施行の日から令和5年3月31日までの間の措置として、医療機関の開設者が、再編計画に基づき、医療機関の再編に伴い取得する土地又は建物の所有権の移転登記等に対する登録免許税の税率を、次のとおり軽減する措置を講ずる。

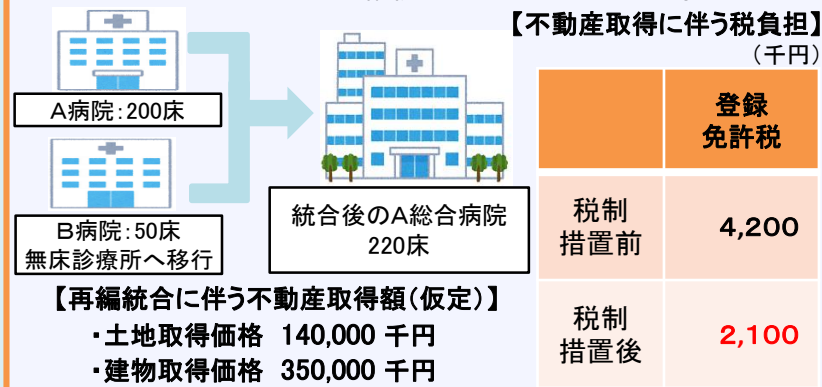
- ① 土地の所有権の移転登記 1,000分の10（本則：1,000分の20）
- ② 建物の所有権の保存登記 1,000分の2（本則：1,000分の4）

## 2. 制度の内容

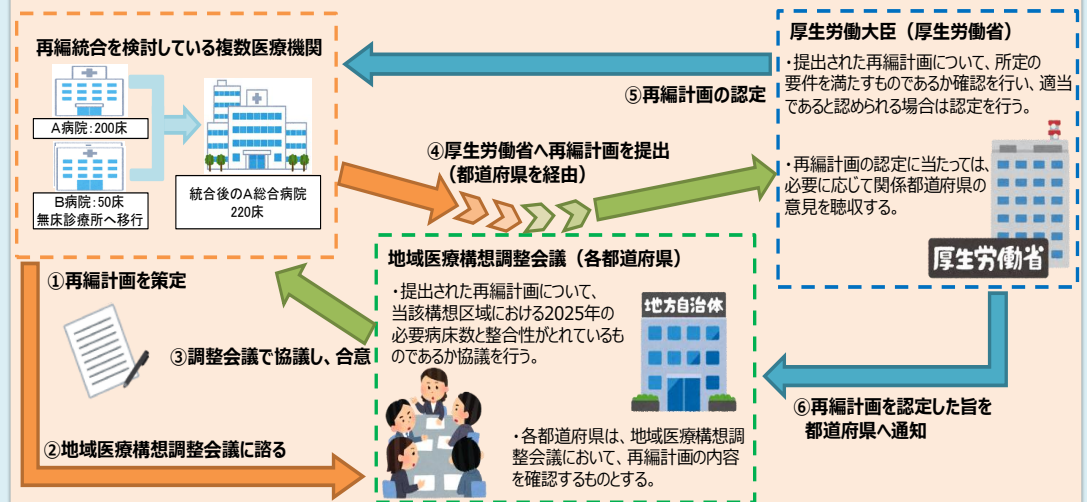
厚生労働大臣が認定した再編計画（地域医療構想調整会議における協議に基づくものであることが条件）に基づき、医療機関の開設者が再編統合のために取得した資産（土地・建物）について、登録免許税の税率を軽減する。

### 複数病院の再編統合に係る 税制支援の具体的イメージ

（実際に行われた再編統合事例をもとにした想定）



### 再編計画認定までのプロセス



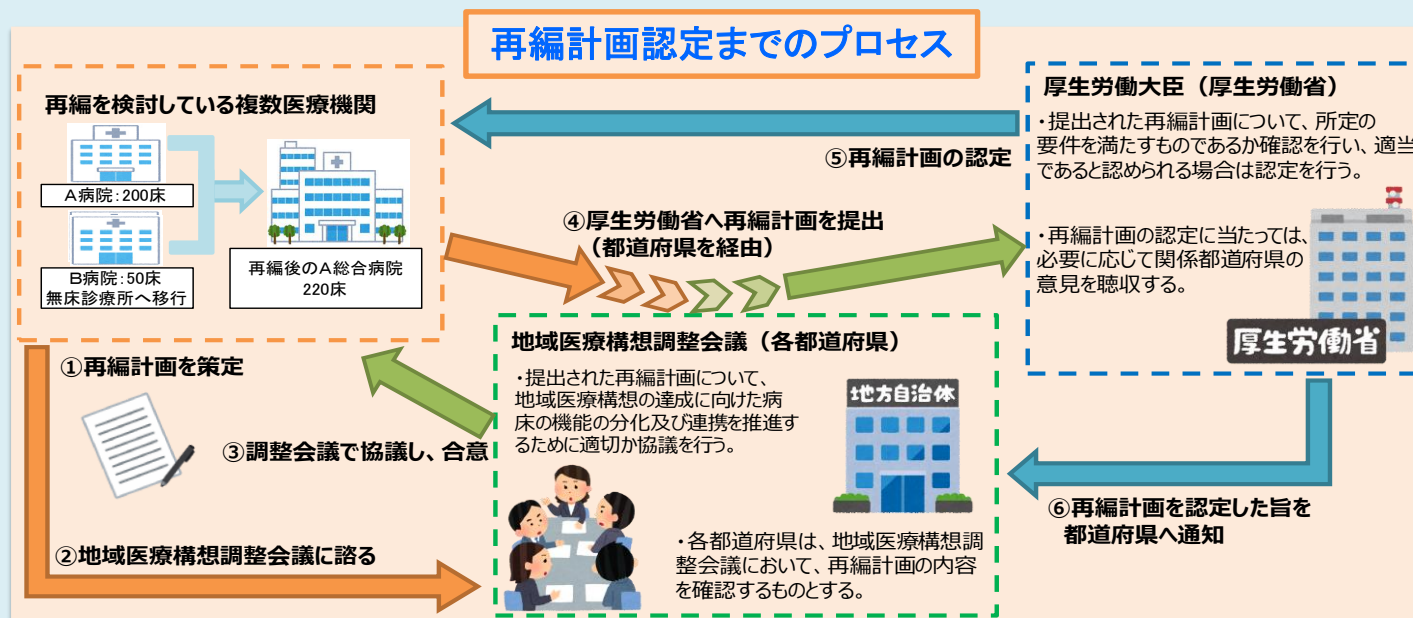


## 1. 大綱の概要

医療機関の開設者が、医療介護総合確保法に規定する認定再編計画に基づく医療機関の再編に伴い取得した一定の不動産に係る不動産取得税を軽減する特例措置を令和6年3月31日まで講ずる。

## 2. 制度の内容

- 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における認定再編計画（地域医療構想調整会議において合意されていることが条件）に基づき取得した一定の資産（用地・建物）について、不動産取得税の課税標準を現行の2分の1に軽減する。



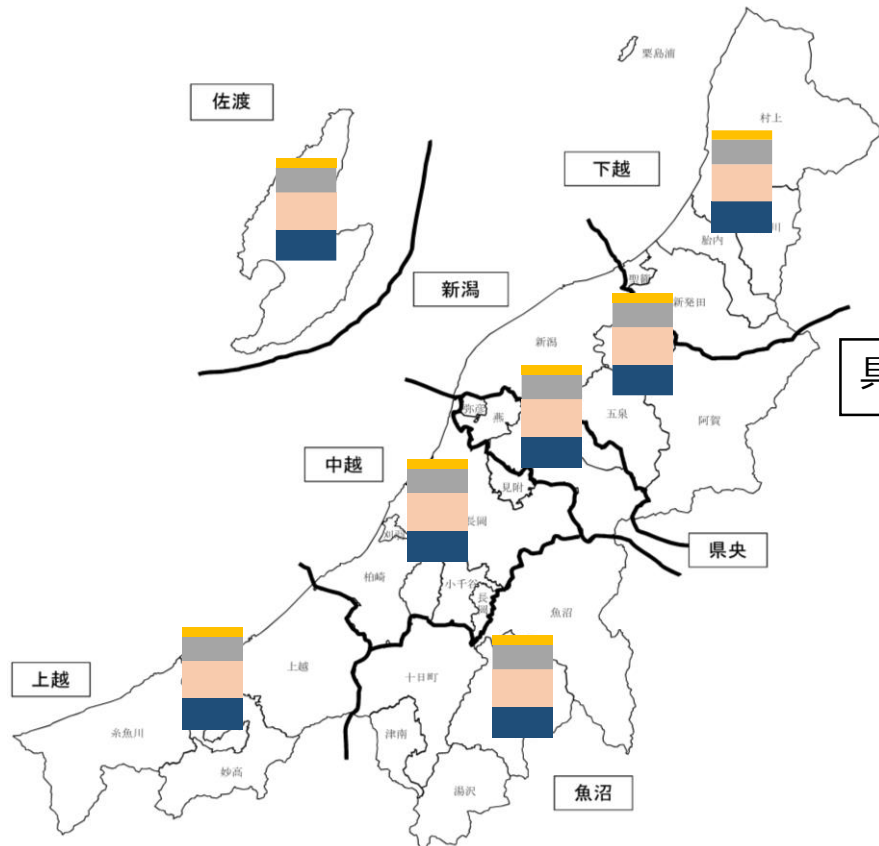
# 具体的な体制像の議論の必要性

- 地域医療構想の策定により将来必要になると考えられる入院需要量(病床数)は示したものの、医師の働き方改革への対応も視野に入れ、持続可能な入院医療体制の確保に向けて、具体的な体制像を検討する必要があるとの指摘があった。

【第2回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(令和3年12月3日) 新潟県提出資料より】

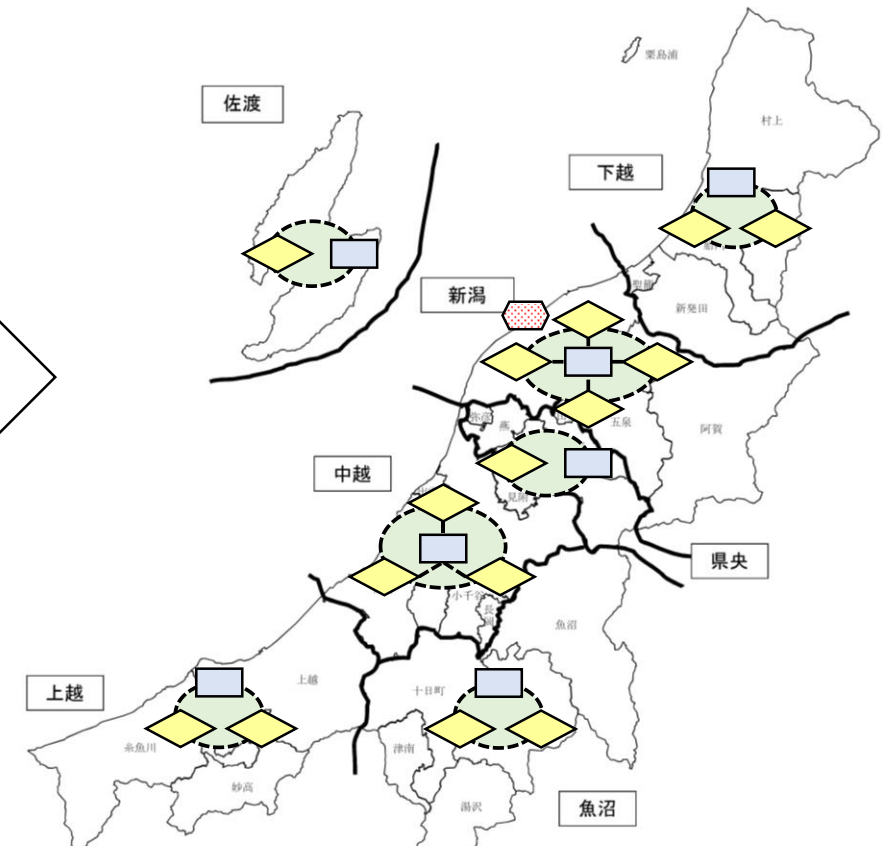
## <地域医療構想>

各構想区域に将来必要になると考えられる入院需要量(病床数)を医療機能ごとに推計したもの。



具体化

## <将来の医療提供体制の具体像(イメージ)>



# 地域で高度な医療を支える柱となる病院と地域包括ケアシステムを支える医療機関の役割分担

- 具体的な体制像の検討に当たって、医療ニーズの変化と医師の働き方改革の両方に対応しながら、医療の質を確保・向上していくためには、「地域で高度な医療を支える柱となる病院」と「地域包括ケアシステムを支える医療機関」との役割分担による体制づくりが重要との指摘があった。

## 【第2回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(令和3年12月3日) 新潟県提出資料より】

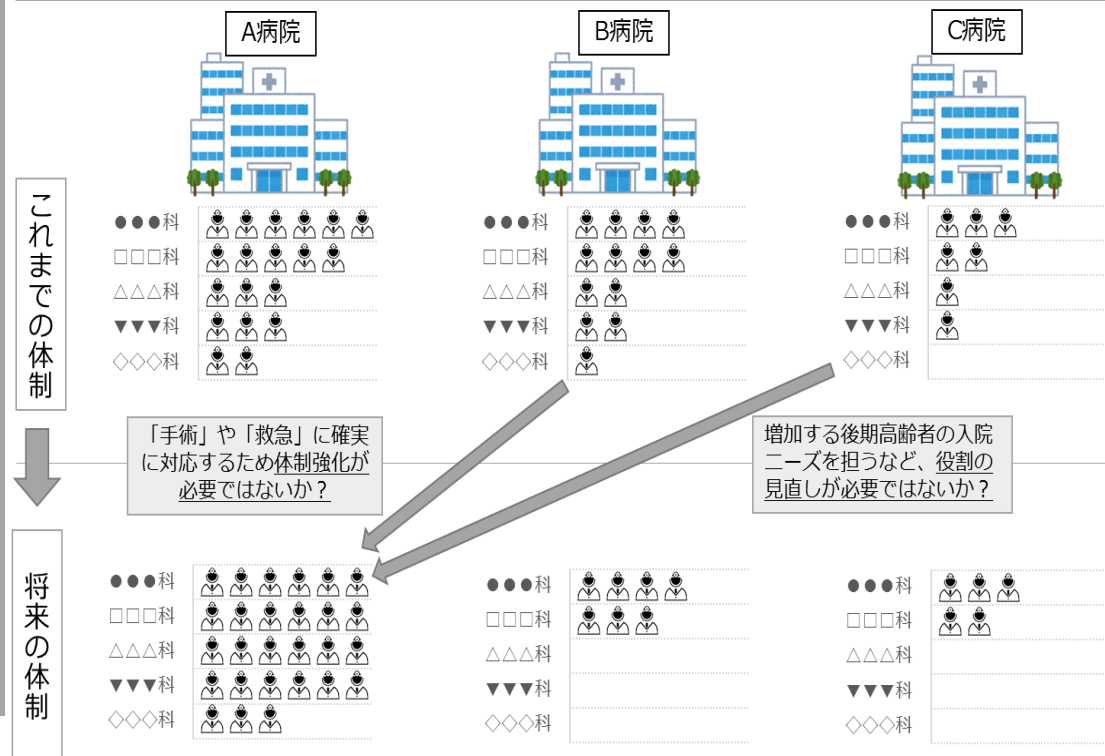
### ＜各病院の役割の基本的なイメージ＞

	地域で高度な医療を支える柱となる病院	地域包括ケアシステムを支える医療機関	
		救急拠点型	地域密着型
脳卒中・急性心筋梗塞等の高度・専門的な治療、手術機能	↑↓		
重症患者の救急受入れ機能			
休日・夜間の救急受入れ機能		↑	
サブアキュート機能（軽・中等症患者の救急受入れ機能）			↑
在宅医療の後方支援機能（かかりつけ患者の救急受入れ機能等）			↑
ポストアキュート機能（長期急性期患者や回復期患者の受入れ、治療機能）			↑

※ 上記以外の機能の役割分担については、別途検討する必要がある。

### 地域医療構想の必要性を踏まえた整理

- 圏域ごとに特定の病院に医師等を集約し、「手術」や「救急」に確実に対応
- それ以外の病院では、役割を見直す



# 病床機能再編に当たっての課題

- 地域包括ケア病棟に代表される「地域包括ケアシステムを支える医療機関」においては、軽症急性期や急性期経過後の受け入れ・退院支援、在宅医療機能などを中心に担うことが想定される。病床機能の再編に当たって、急性期から回復期への機能転換においては、地域包括ケア病棟のような在宅復帰に向けた医療の確立、看護職のスキルの適応、急性期偏重の意識改革などの課題があるとの指摘があった。

【第2回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(令和3年12月3日) 新潟県提出資料より】

## 急性期から回復期への機能転換における課題

### 1. 在宅復帰に向けたケア等の確立

- ・ いわゆる地域包括ケア入院料を算定するような「在宅復帰に向けた医療」を提供するモデルが未確立
- ・ 看護配置を13：1に縮小した上で、様々な状態の早期の急性期患者を他病院（特に設置主体が異なる場合）から受け取り、在宅復帰させるまでの一連のプロセス標準化が課題

### 2. 看護職のスキル適応

- ・ 上記課題に看護職スキルを対応させる必要がある  
（後期高齢者中心に「在宅復帰に向けた医療」である回復期医療を提供することは、急性期とは違った意味で看護的に手がかかる）

### 3. 急性期偏重の医療従事者意識改革

- ・ 急性期機能を掲げることが医師確保や経営の上で有利という認識が未だみられる。
- ・ 一方、県内には在宅復帰に向けた医療を中心に据えた上で医師確保に成功したり、安定的な経営を行っている事例あり、事例やノウハウの横展開を更に図る必要がある

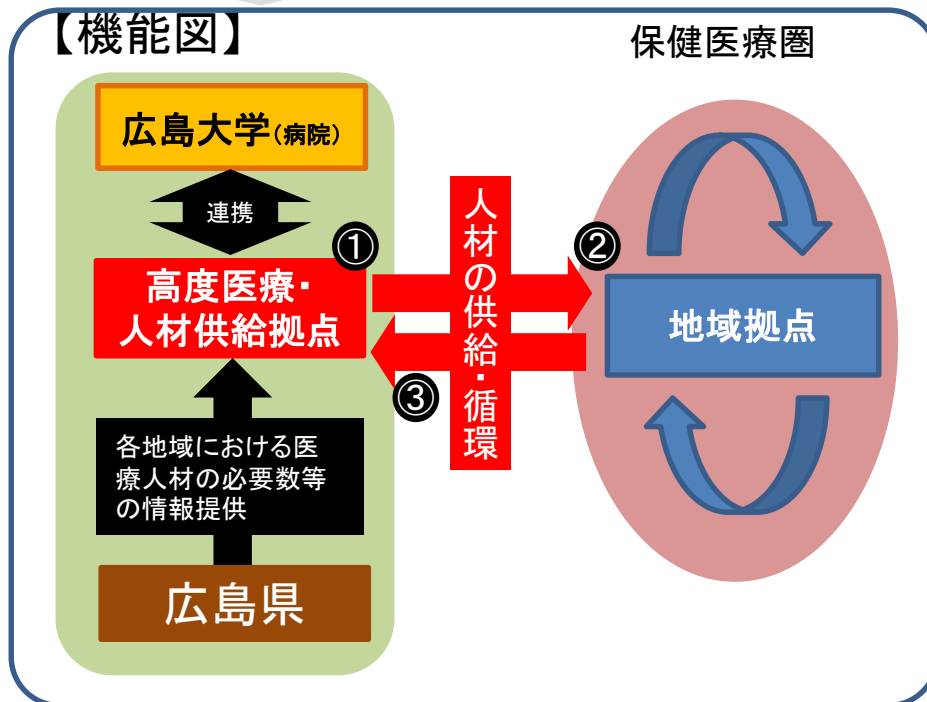
# 大学との連携による高度医療の提供と地域医療の確保の両立

- 県全体の医療を考え、地域医療構想の達成に向けた取組を推進するためには、大学病院と連携して、高度医療の提供と地域医療の確保の両立を図るための仕組みが必要があるとの指摘があった。

【第2回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(令和3年12月3日) 広島県提出資料より】

高度医療機能と地域の医療体制を確保するため、次の機能を有する「高度医療・人材供給拠点」の整備を検討する。

- ① 症例及び医療人材を集積し、人材を育成する機能
- ② 公立・公的病院に求められる高度・専門医療を提供する機能
- ③ 保健医療圏ごとの「地域拠点」に人材を供給する機能
- ④ 新興・再興感染症発生時に医療を提供する機能



【高度医療・人材供給拠点】

高度医療の提供と地域医療を確保するための人材供給の拠点

【地域拠点】

二次医療圏内で医療人材を配分する拠点

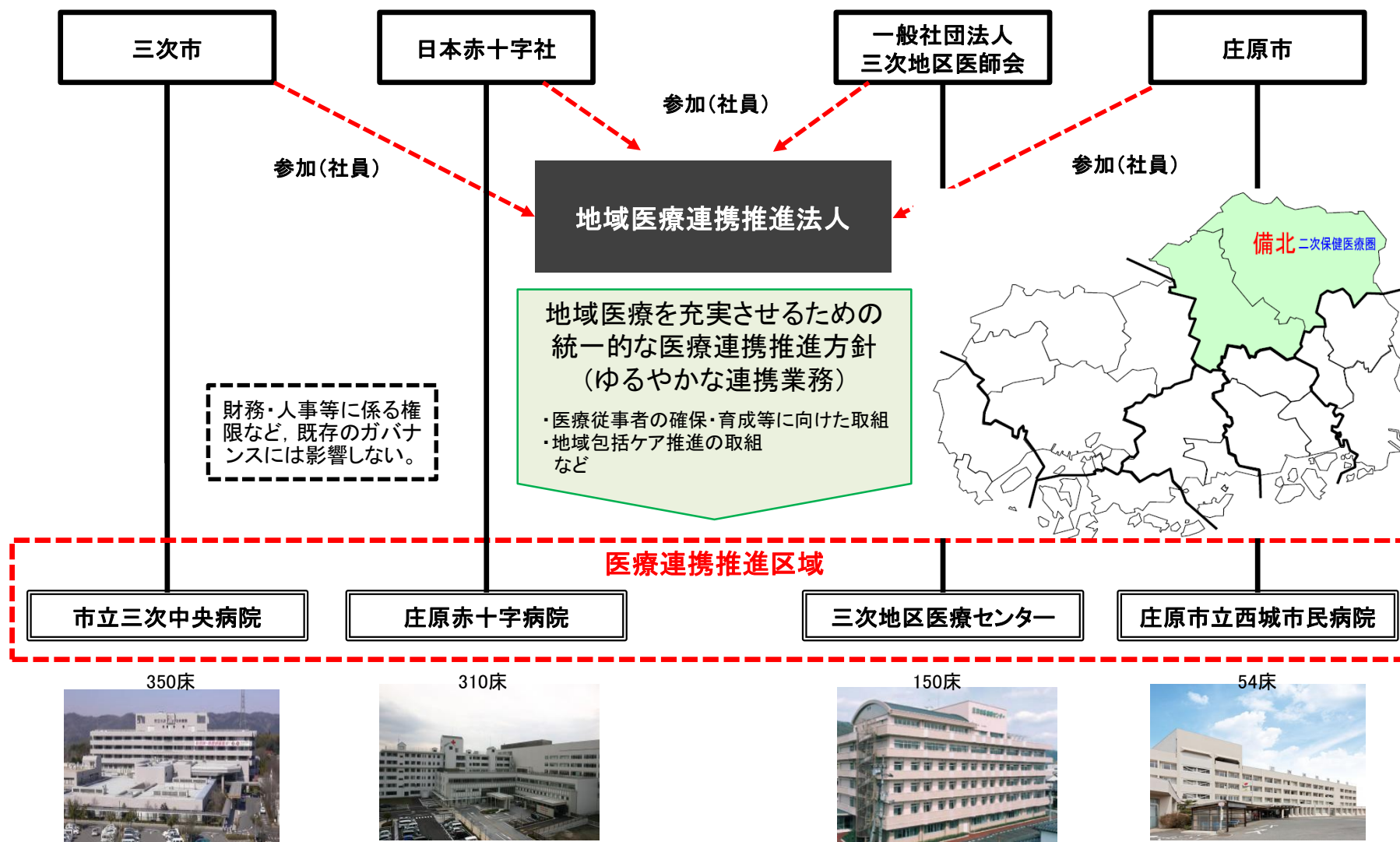
【人材供給・循環の仕組み】

- ① 高度医療・人材供給拠点において、総合的な診療能力を有する医療人材を育成  
(キャリア形成プログラムに基づく人材育成)
- ② 育成した医療人材を地域拠点に供給(派遣)し、地域拠点においては圏域内の医療機関への医師派遣、診療応援等を通じて地域における医療提供体制を維持・確保
- ③ 各拠点間における医療人材の定期的な人事異動(循環)により、本人のキャリア形成に配慮しつつ、高度医療の提供と地域医療の確保の両立を図る

# 地域医療連携推進法人の活用

○ 医療機関の再編・連携やネットワークの構築に当たって、地域医療連携推進法人の活用が考えられる。

【第2回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(令和3年12月3日) 広島県提出資料より】

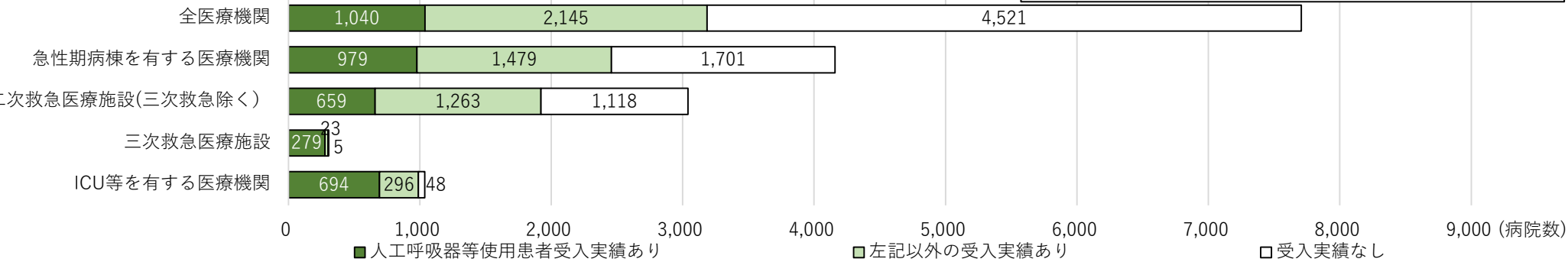


# 医療機関の機能別の新型コロナウイルス入院患者受入実績の有無について（令和3年11月末時点）

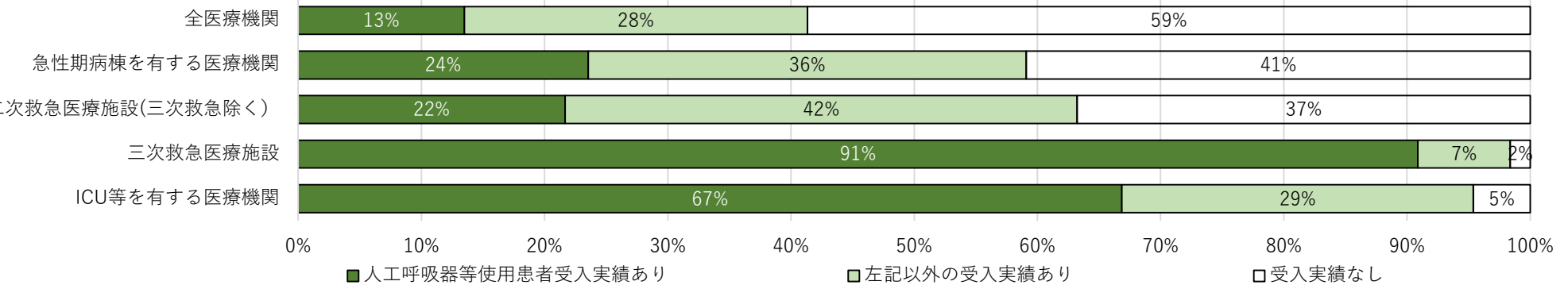
○ 急性期病棟を有する医療機関のうち59%、二次救急医療施設（三次救急除く）のうち63%、三次救急医療施設のうち98%、ICU等を有する医療機関のうち95%が、新型コロナウイルス入院患者の受入実績あり医療機関であった。

対象医療機関：  
 G-MISで報告のあった全医療機関（7,706医療機関）  
 うち急性期病棟を有する医療機関（4,159医療機関、報告率97%）  
 二次救急医療施設（三次救急除く）（3,040医療機関、報告率98%）  
 三次救急医療施設（307医療機関、報告率100%）  
 ICU等を有する医療機関（1,038医療機関、報告率99%）

医療機関の機能別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入実績の有無



医療機関の機能別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入実績の有無の割合

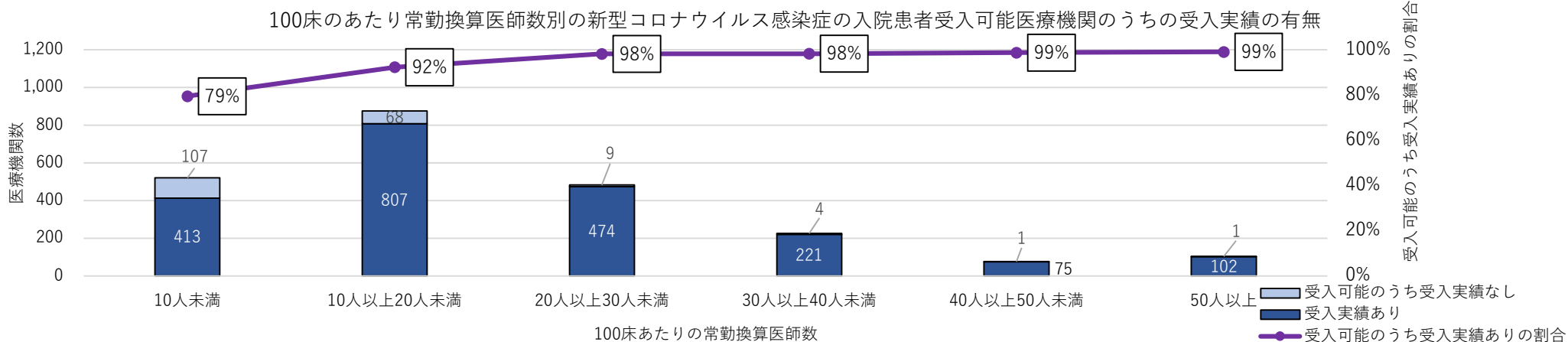
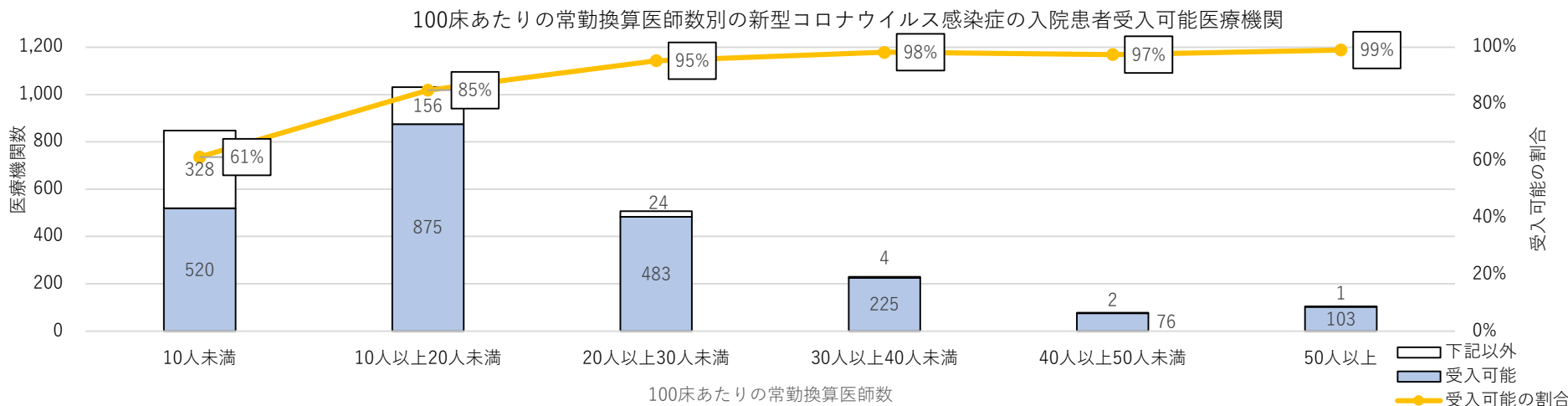


※ 人工呼吸器等使用患者受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナ患者であって人工呼吸器またはECMOを使用した患者を受け入れていると報告したことがある受入医療機関（令和3年11月30日時点）  
 ※ 左記以外の受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことがある医療機関のうち「人工呼吸器等使用患者受入実績あり」でないもの（令和3年11月30日時点）  
 ※ 急性期病棟を有する医療機関：高度急性期・急性期の機能を持つ病棟を有すると報告された医療機関【高度急性期・急性期病棟だけではなく、回復期・慢性期の機能も持つ病棟を有すると報告した医療機関も含む】（令和2年度病床機能報告）n=4,265病院  
 ※ 二次救急医療施設：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。（令和2年度病床機能報告）n=3,097医療機関  
 ※ 三次救急医療施設：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として報告された医療機関（令和2年度病床機能報告）n=307医療機関  
 ※ ICU等を有する医療機関：救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）・（新生児）、新生児特定集中治療室管理料1・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・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のいずれかを算定した実績がある医療機関（令和2年度病床機能報告）n=1,042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

# 100床あたり常勤換算医師数別の新型コロナウイルス感染症の入院患者の 受入可能医療機関及び受入実績の有無について（令和3年11月末時点）

○ 100床あたり常勤換算医師数が多い医療機関ほど、新型コロナウイルス感染症の入院患者受入可能医療機関の割合は大きくなる傾向。

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関から、100床未満の医療機関を除外した医療機関（2,797医療機関）



※ 受入可能：G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能な病床が1床以上あると報告したことのある医療機関。または、G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことのある医療機関（令和3年11月30日時点）

※ 受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことのある医療機関（令和3年11月30日時点）

※ 受入可能のうち受入実績なし：G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能な病床が1床以上あると報告したことのある医療機関のうち1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告していない医療機関（令和3年11月30日時点）

※ 急性期病棟を有する医療機関：高度急性期・急性期の機能を持つ病棟を有すると報告された医療機関【高度急性期・急性期病棟だけではなく、回復期・慢性期の機能も持つ病棟を有すると報告した医療機関も含む】（令和2年度病床機能報告）n=4,265病院

※ 常勤換算医師数、病床数（一般病床・療養病床の許可病床）：令和2年度病床機能報告にて報告された内容を引用

※ 医師数を未報告等の理由により0人と報告されている医療機関については分析対象外としている（令和2年度病床機能報告）

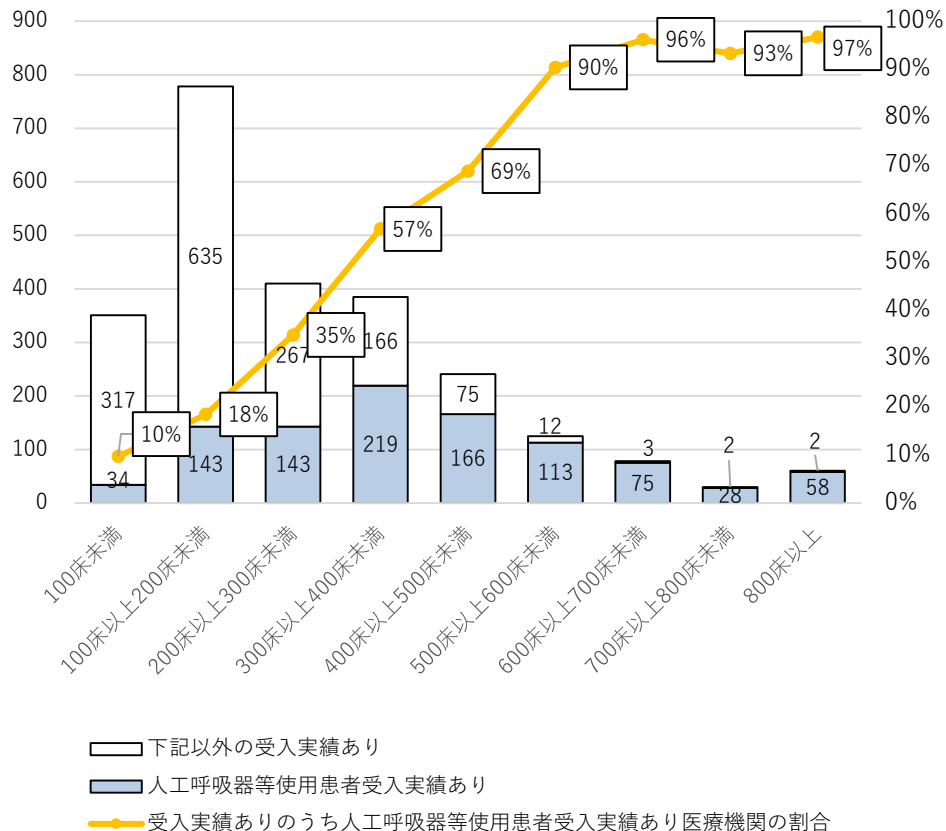


# 病床規模別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入実績あり 医療機関のうち人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関の割合（令和3年11月末時点）

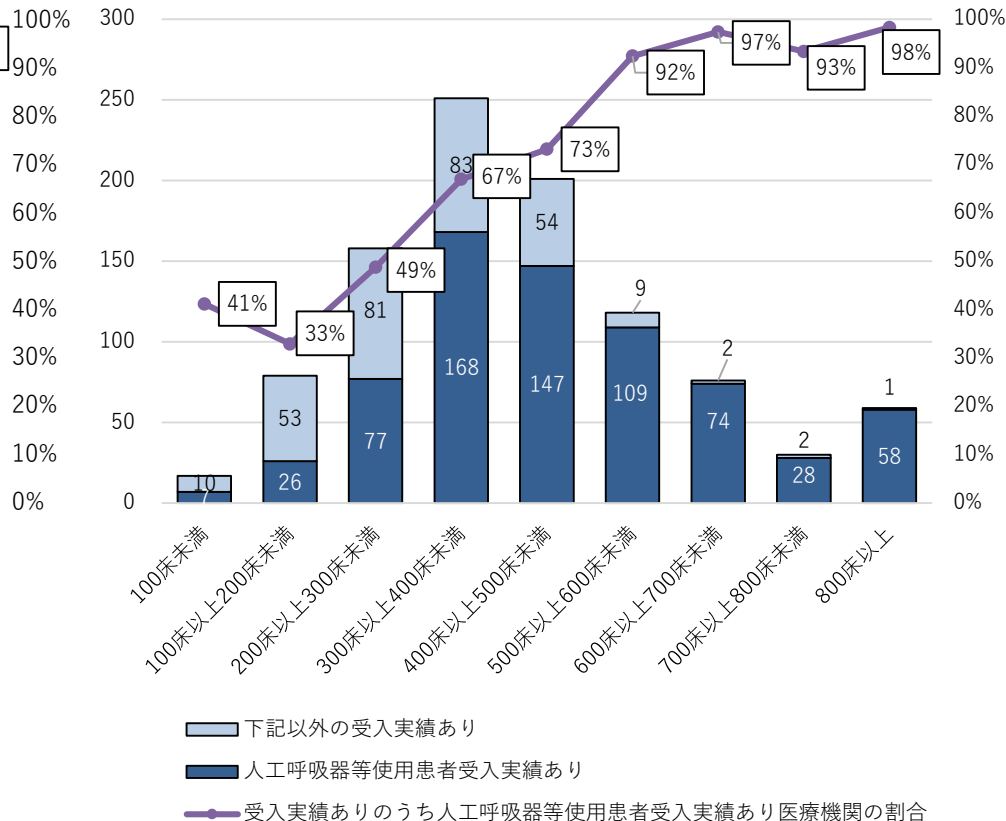
○ 病床規模が大きいほど人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関の割合が大きい。

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関（4,159医療機関）

病床規模別の新型コロナウイルス感染症の入院患者受入実績あり  
医療機関のうち人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関



病床規模別の新型コロナウイルス感染症の入院患者  
受入実績あり医療機関のうちICU等を有する医療機関



※ 受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことがある医療機関（令和3年11月30日時点）  
 ※ 下記以外の受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことがある医療機関のうち「人工呼吸器等使用患者受入実績あり」でないもの（令和3年11月30日時点）  
 ※ 人工呼吸器等使用患者受入実績あり：G-MISで報告のあった医療機関について、1人以上新型コロナ患者であって人工呼吸器またはECMOを使用した患者を受け入れていると報告したことがある受入医療機関（令和3年11月30日時点）  
 ※ 急性期病棟を有する医療機関：高度急性期・急性期の機能を持つ病棟を有すると報告された医療機関【高度急性期・急性期病棟だけでなく、回復期・慢性期の機能も持つ病棟を有すると報告した医療機関も含む】（令和2年度病床機能報告）n=4,265病院  
 ※ ICU等を有する医療機関：救命救急入院料1～4、特定集中治療室管理料1～4、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）・（新生児）、新生児特定集中治療室管理料1・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・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  
 ※ 病床規模：令和2年度病床機能報告における一般病床及び療養病床の許可病床数

## 参考 3. 外来医療・かかりつけ医機能関係

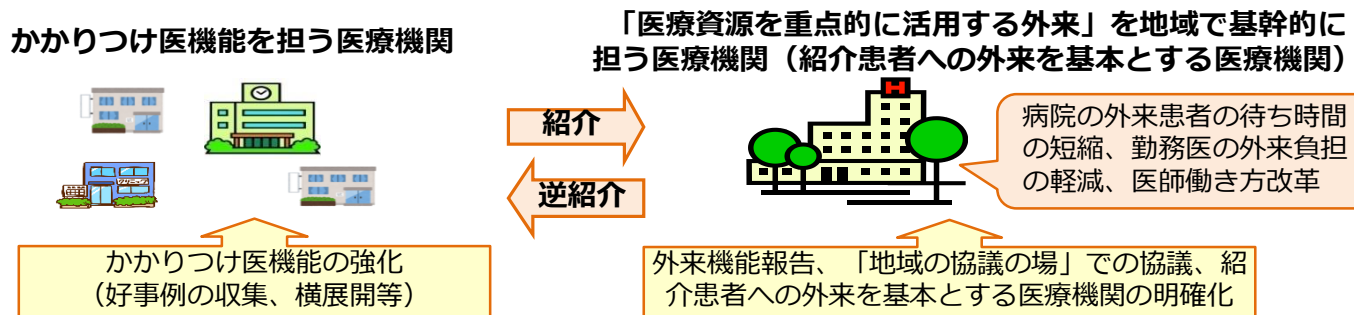
## 1. 外来医療の課題

- 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）

# 紹介受診重点医療機関について

○ 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化する。

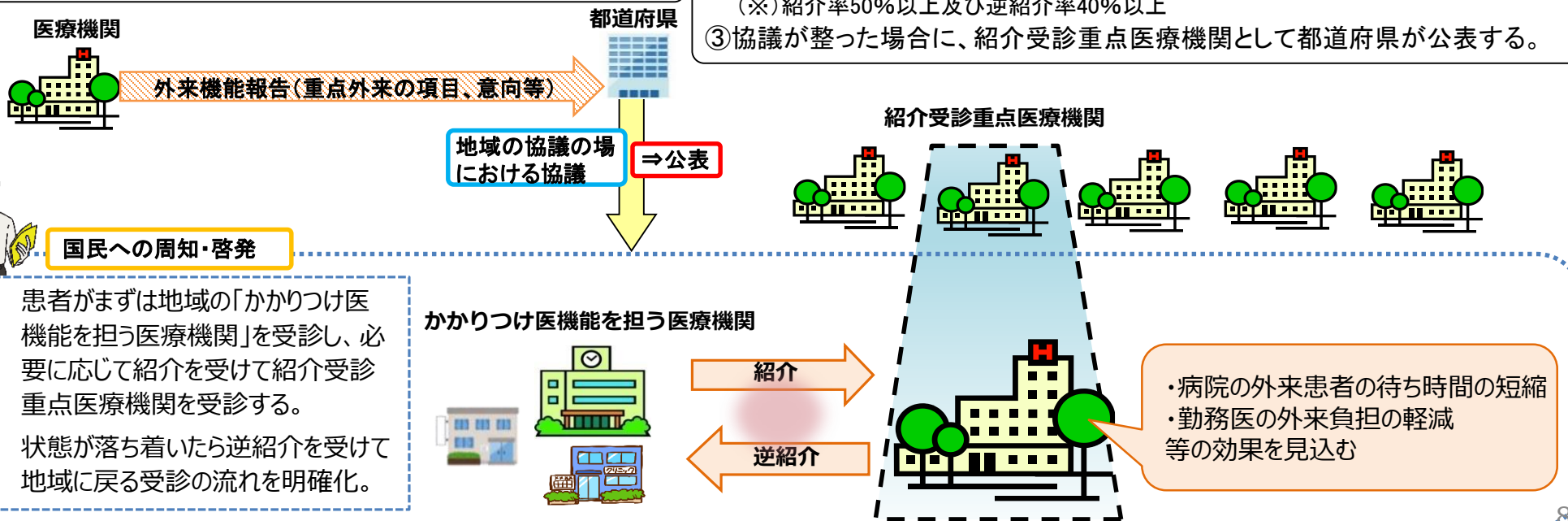
- ① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
- ② 「地域の協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。  
※紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上の病院に限る。)は、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となる。

## 【外来機能報告】

- 「医療資源を重点的に活用する外来(重点外来)」等の実施状況
  - ・ 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
  - ・ 高額等の医療機器・設備を必要とする外来
  - ・ 特定の領域に特化した機能を有する外来
- 紹介・逆紹介の状況
- 紹介受診重点医療機関となる意向の有無
- その他、地域の協議の場における外来機能の明確化・連携の推進のための必要な事項

## 【地域の協議の場】

- ① 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準(※)を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行う。  
(※)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
- ② 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であっても、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等(※)を活用して協議を行う。  
(※)紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上
- ③ 協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。



# 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

## 経緯

- 外来医療については、無床診療所の開設状況が都市部に偏っていること、診療所における診療科の専門分化が進んでいること、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携の取組が、個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること、等の状況にある。
- それを踏まえ、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第2次中間取りまとめ」において、**外来医療機能に関する情報の可視化、外来医療機能に関する協議の場の設置**等の枠組みが必要とされ、また、医療法上、医療計画において外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（以下、「**外来医療計画**」）が追加されることとなった。

## 外来医療計画の全体像

### 外来医療機能に関する情報の可視化

- 地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を**外来医師偏在指標**として可視化。

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left[ \frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比} \right] \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}}$$

※ 医師偏在指標と同様、医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、患者の流入、へき地などの地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師偏在の単位の5要素を考慮して算定。

- 外来医師偏在指標の上位33.3%に該当する二次医療圏を、**外来医師多数区域**と設定。

### 新規開業希望者等に対する情報提供

- 外来医師偏在指標及び、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、**新規開業希望者等に情報提供**。

※ 都道府県のホームページに掲載するほか、様々な機会を捉えて周知する等、新規開業希望者等が容易に情報にアクセスできる工夫が必要。また、適宜更新を行う等、質の担保を行う必要もある。

※ 新規開業者の資金調達を担う金融機関等にも情報提供を行うことが有効と考えられる。

### 外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

- 地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、**協議の場を設置**。  
※ 地域医療構想調整会議を活用することも可能。 ※ 原則として二次医療圏ごとに協議の場を設置することとするが、必要に応じて市区町村単位等での議論が必要なものについては、別途ワーキンググループ等を設置することも可能。
- **少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、在宅医療、初期救急（夜間・休日の診療）、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求める。**

- 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

- ・ 新規開業希望者が開業届出様式を入手する機会を捉え、地域における地域の外来医療機能の方針について情報提供
- ・ **届出様式に、地域で定める不足医療機能を担うことへの合意欄を設け**、協議の場で確認
- ・ 合意欄への記載が無いなど、**新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業者に対し、臨時の協議の場への出席要請を行う**
- ・ 臨時の協議の場において、構成員と新規開業者で行った**協議内容を公表** 等

## 今後の検討課題

- 外来医療機能の偏在の可視化等による新規開業者の行動変容への影響について、検証を行っていく。
- 十分な効果が得られない場合には、無床診療所の開設に対する新たな制度上の仕組みについて、法制的・施策的な課題を整理しつつ、検討が必要。

# 外来医療の地域における協議の場に関する医療法の規定

- 都道府県は、医療関係者、医療保険者等との地域の協議の場を設け、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する次の事項について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表。

※ 外来機能報告により報告された事項は、改正医療法第30条の18の2第3項等により、都道府県が公表することとされている。

## (協議事項)

- ・ 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況
- ・ 外来機能報告を踏まえた「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」
- ・ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進
- ・ 複数の医師が連携して行う診療の推進
- ・ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用
- ・ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

- 地域の協議の場は、地域医療構想調整会議を活用することができる。

## (改正医療法の規定)

第三十条の四 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の实情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。

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。

十 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

第三十条の十八の四 都道府県は、第三十条の四第二項第十四号に規定する区域その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（第三項において「対象区域」という。）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（以下この項及び次項において「関係者」という。）との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項（第三号から第五号までに掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。第三項において同じ。）について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとする。

一 第三十条の四第二項第十一号口に規定する指標によつて示される医師の数に関する情報を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況に関する事項

二 第三十条の十八の二第一項及び前条第一項の規定による報告を踏まえた第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所に関する事項

三 前号に掲げるもののほか、病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進に関する事項

四 複数の医師が連携して行う診療の推進に関する事項

五 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用に関する事項

六 その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

2 関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調つた事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

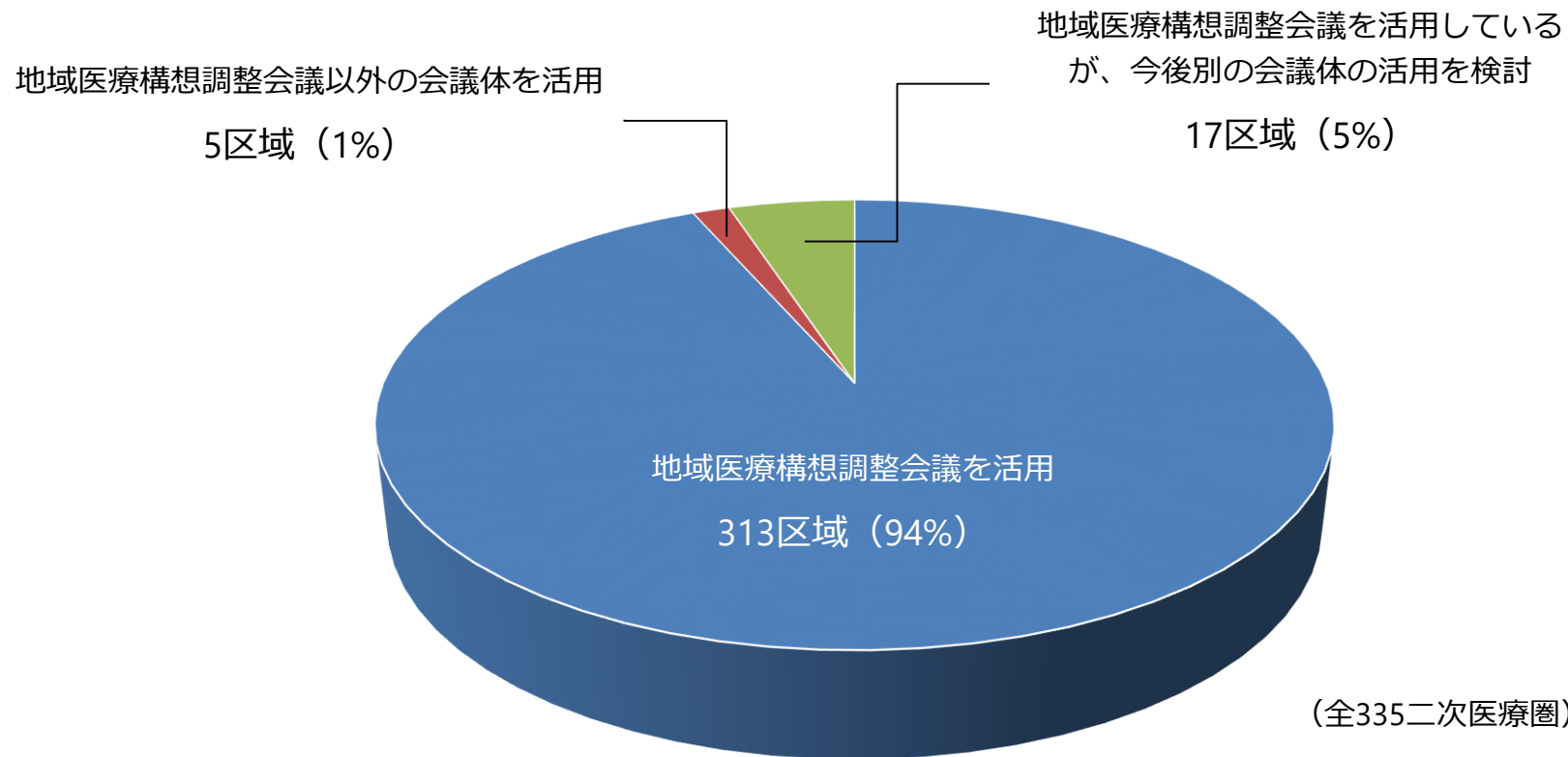
3 都道府県は、対象区域が構想区域等と一致する場合には、当該対象区域における第一項の協議に代えて、当該構想区域等における協議の場において、同項各号に掲げる事項について協議を行うことができる。

4 前項に規定する場合には、第三十条の十四第一項に規定する関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において当該関係者間の協議が調つた事項については、その実施に協力するよう努めなければならない。

# 外来医療計画に係る協議の場の設置状況

- 外来医療計画に係る協議の場は多くの二次医療圏で地域医療構想調整会議を活用している

外来医療計画を含む外来機能に係る協議の場の設置状況（2021年7月時点）

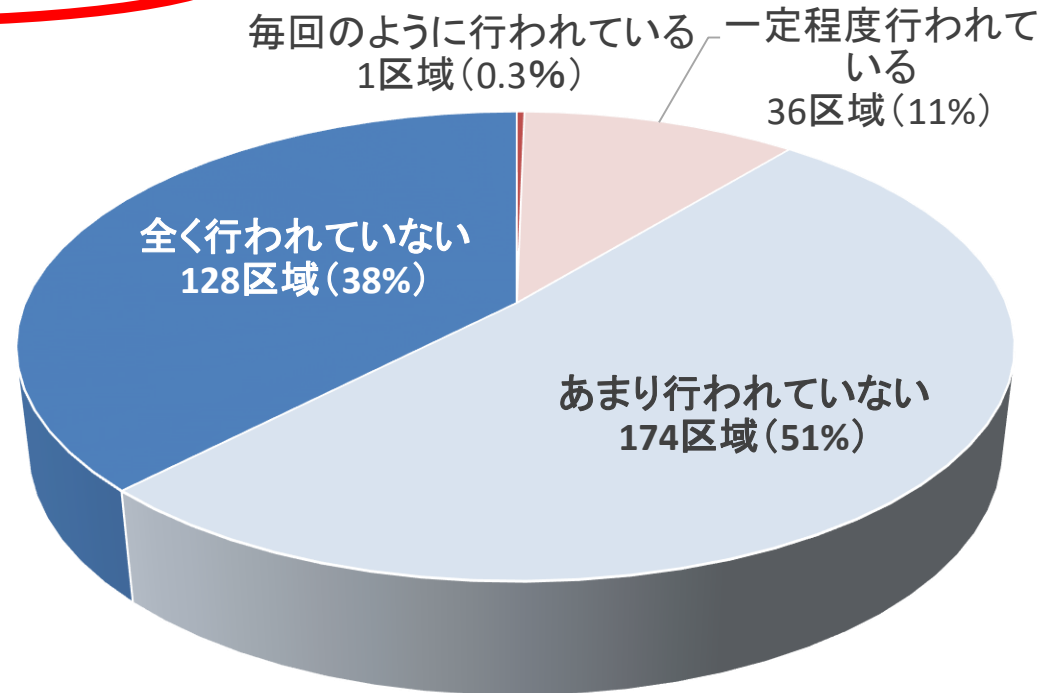


# 地域医療構想調整会議における外来機能を含めた議論の実施状況

○ 地域医療構想調整会議における外来機能を含めた議論について、「全く行われていない」または「あまり行われていない」とする構想区域が全体の約89%。

## 地域医療構想調整会議における外来機能を含めた議論※の実施状況(2020年3月時点)

※外来医療計画の策定等に関する議論は含まない



(全339構想区域)

「一定程度行われている」は、以下のようなケース。

- ・ 調整会議で、毎回ではないが、頻繁に外来の議論があるような場合
- ・ 調整会議で議論する回数は限られているが、外来の議論も含めた深掘りした議論がなされるような場合

「あまり行われていない」は、以下のようなケース。

- ・ 何度も調整会議を行う中の数回で、多少外来の議論があったような場合
- ・ 調整会議でよく意見はあるが、深まらない議論であったり、単独の方の単発の意見であったりするような場合



社会保障 3. 医療・福祉サービス改革

KPI第2階層	KPI第1階層	工程（取組・所管府省、実施時期）	22	23	24
<p>○大病院受診者のうち紹介状なしで受診したものの割合【2024年度までに200床以上の病院で40%以下】（200床以上の病院における紹介状なしの初診患者数/200床以上の病院の初診患者数。診療報酬改定結果検証調査）</p> <p>○重複投薬・相互作用等防止に係る調剤報酬の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて20%増加】</p> <p>○地域包括ケアシステムにおいて過去1年間に平均月1回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数【2022年度までに60%】 （地域包括ケアシステムにおいて過去1年間に平均月1回以上医師等と連携して在宅業務を実施している薬局数/薬局数（薬局機能情報提供制度による（回答率100%））</p>	<p>○「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数【2022年度までに60%】 （「患者のための薬局ビジョン」において示すかかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局数/薬局数（薬局機能情報提供制度による（回答率100%））</p> <p>○各都道府県の、一人の患者が同一期間に3つ以上の医療機関から同じ成分の処方を受けている件数【見える化】</p> <p>○調剤報酬における在宅患者訪問薬剤管理指導料、介護報酬における居宅療養管理指導費、介護予防居宅療養管理指導費の算定件数【2021年度までに2017年度と比べて40%増加】</p>	<p>54. かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及</p> <p>a. 病院・診療所の機能分化・機能連携等を推進しつつ、かかりつけ機能の在り方を踏まえながら、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及を進める。</p> <p>b. かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に發揮されるための具体的方策について検討を進める。</p> <p>c. 2020年度診療報酬改定における地域包括診療加算の施設基準の見直し等、かかりつけ医機能に係る診療報酬上の対応について、その影響の検証等を踏まえ、2022年度診療報酬改定において必要な見直しを検討。 《厚生労働省》</p>	<p>→</p> <p>→</p> <p>→</p>		

# かかりつけ医機能の強化・活用にかかる調査・普及事業

令和3年度予算：45,614千円(0千円)

## 現状・課題

- かかりつけ医機能については、日本医師会、四病院団体協議会合同提言(平成25年8月)において、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する、日常行う診療の他に、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等に参加するとともに、保健・介護・福祉関係者との連携を行う、在宅医療を推進する、などが示されている。
- 医療関係団体を中心に、かかりつけ医機能強化のための研修や育成プログラム等の取組が行われている。
- 複数の慢性疾患を有する高齢者が増加する中、地域におけるかかりつけ医機能について、質・量の向上に取り組むことが必要となっている。
- また、新型コロナウイルス感染症は、高齢者・基礎疾患を有する者で重症化するリスクが高いと報告されており、生活習慣病等の患者に対して継続的・総合的に質の高い医療を提供するかかりつけ医機能の重要性は高い。

## 事業内容

### かかりつけ医機能の強化・活用に向けた取組を推進する仕組みの構築

#### ● かかりつけ医機能の強化・活用に関する好事例の収集

- (例)
- ・医療関係団体等によるかかりつけ医機能強化のための取組、かかりつけ医機能に関する好事例等に係る情報収集
  - ・かかりつけ医機能に関連する政策、エビデンスの収集
  - ・新型コロナウイルス感染症にかかりつけ医機能を有効活用した事例に係る情報収集

#### ● かかりつけ医機能の強化・活用に係る取組の横展開

- (例)
- ・好事例同士の交流や、好事例の横展開を実施

#### ● 専門家による評価、今後に向けた提言

- (例)
- ・収集した情報を専門家が評価、効果検証
  - ・好事例・取組を抽出し、今後の政策に向けて提言



## 期待される効果

- かかりつけ医機能の強化・活用に向けた取組が具体化・推進される。
- 複数の慢性疾患を有する高齢者が増加する中、生活全般や予防の視点も含めて継続的・総合的な診療が行われるなど、かかりつけ医機能の質・量の向上が図られる。
- 生活習慣病等に対して継続的・総合的に質の高い医療が提供されることで、結果的に新型コロナウイルス感染症による影響が抑えられる。

## かかりつけ医の定義と機能（日本医師会・四病院団体協議会）

### 「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

### 「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

出典：「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言（平成25年8月8日）

# 医療機能情報提供制度について（平成19年4月～）

病院等に対して、医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報（医療機能情報）について、都道府県への報告を義務付け、都道府県がその情報を集約し、わかりやすく提供する制度

## 創設前

（病院等に関する情報を入手する手段）

- 病院等の広告
- インターネット等による広報  
※ 病院等からの任意情報
- 院内掲示 等

## 〔視点〕

- ① 必要な情報は一律提供
- ② 情報を集約化
- ③ 客観的な情報をわかりやすく提供
- ④ 相談助言機能の充実

## 現行制度

病院等

- 病院等管理者は、医療機能情報を都道府県に報告

都道府県

- 集約した情報をインターネット等でわかりやすく提供
- 医療安全支援センター等による相談対応・助言

住民

- 医療機能情報を病院等において閲覧に供すること（インターネット可）
- 正確かつ適切な情報の提供（努力義務）
- 患者等からの相談に適切に応ずること（努力義務）

## 〔医療機能情報の具体例〕

- ① 管理・運営・サービス等に関する事項（基本情報（診療科目、診療日、診療時間、病床数等）、アクセス方法、外国語対応、費用負担等）
- ② 提供サービスや医療連携体制に関する事項（専門医（広告可能なもの）、保有設備、対応可能な疾患・治療内容、対応可能な在宅医療、セカンドオピニオン対応、クリティカルパス実施、地域医療連携体制等）
- ③ 医療の実績、結果等に関する事項（医療安全対策、院内感染対策、診療情報管理体制、治療結果分析の有無、患者数、平均在院日数等）

## 医療機能情報提供制度について（かかりつけ医機能関連規定）

### ○ 医療法（昭和二十三年法律第二百五号）（抄）

第六条の三 病院、診療所又は助産所（以下この条において「病院等」という。）の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報として厚生労働省令で定める事項を当該病院等の所在地の都道府県知事に報告するとともに、当該事項を記載した書面を当該病院等において閲覧に供しなければならない。

### ○ 医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）（抄）

#### 第一条の二の二

2 法第六条の三第一項の規定により、病院、診療所又は助産所（第六章を除き、以下「病院等」という。）の管理者が当該病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない事項は、別表第一のとおりとする。

#### 別表第一（第一条の二の二関係）

#### 第二 提供サービスや医療連携体制に関する事項

##### 一 診療内容、提供保健・医療・介護サービス

##### イ 病院

##### （13）地域医療連携体制

（iii）身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能として厚生労働大臣が定めるもの（以下「かかりつけ医機能という。）

##### ロ 診療所

##### （13）地域医療連携体制

（ii）かかりつけ医機能

### ○ 医療法施行規則別表第一の規定に基づく病院、診療所又は助産所の管理者が都道府県知事に報告しなければならない事項として医療法施行規則別表第一に掲げる事項のうち、厚生労働大臣の定めるもの（平成十九年厚生労働省告示第五十三号）（抄）

第十七条 規則別表第一第二の項第一号イ(13)(iii)及びロ(13)(ii)に規定する厚生労働大臣が定める身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能は、次のとおりとする。ただし、病院については、第五号に掲げるものを除く。

- 一 日常的な医学管理及び重症化予防
- 二 地域の医療機関等との連携
- 三 在宅医療支援、介護等との連携
- 四 適切かつ分かりやすい情報の提供
- 五 地域包括診療加算の届出
- 六 地域包括診療料の届出
- 七 小児かかりつけ診療料の届出
- 八 機能強化加算の届出

# 全国の病院等を検索できる医療情報サイトの構築

令和2年度3次補正予算 1,207,000千円

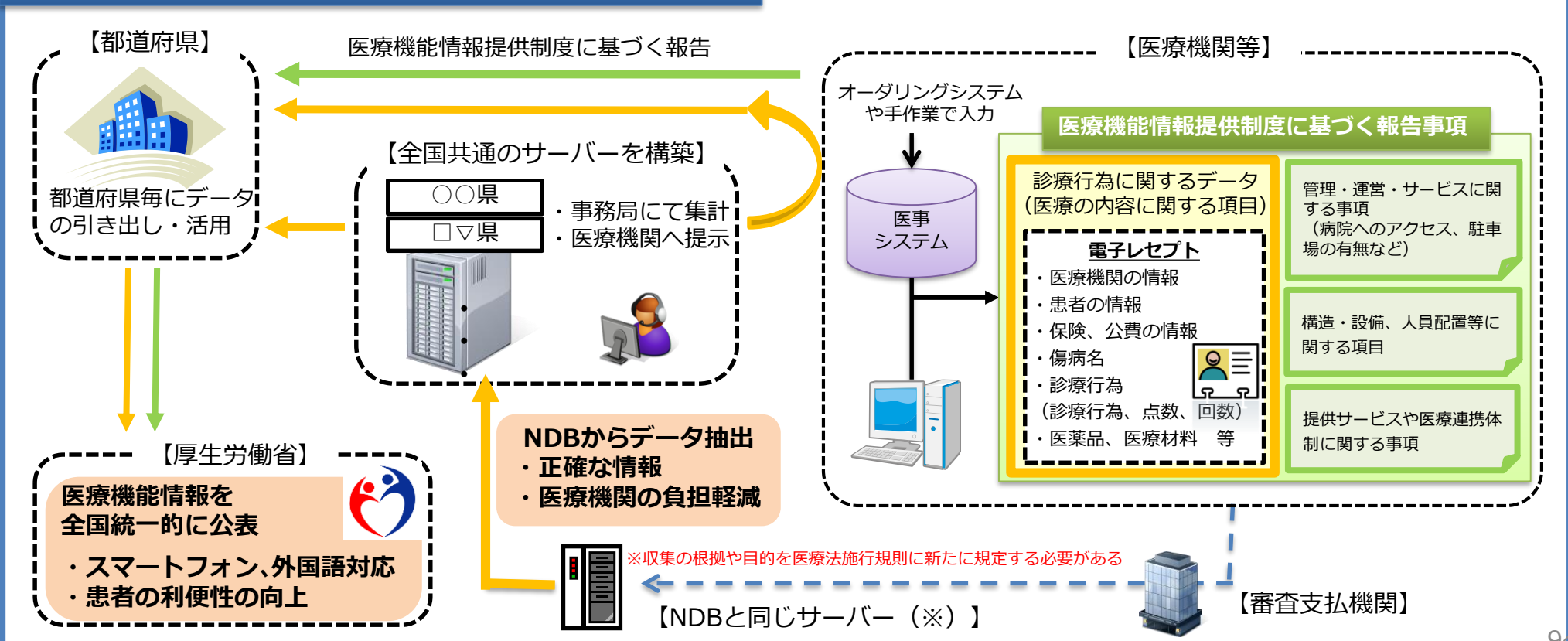
## 現状の課題

- 医療機能情報提供制度は、都道府県ごとに閲覧システムを公開
  - ・ スマートフォンや外国語対応等を含め、公表方法に差がある。
  - ・ 県境の患者は複数の都道府県の検索サイトの閲覧が必要。
- 規制改革実施計画で、医療機関の負担軽減が求められている。
- 都道府県毎に運用状況が異なるため、公表されている情報の粒度や内容の正確性に差があるとの懸念もある。

## 対応案

- 厚生労働省が管理する全国統一的な検索サイトを構築し、利便性を向上。
- レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）からデータを抽出し、医療機関が利用できる仕組みを付加することで、医療機関からの報告に係る負担軽減につなげるとともに、正確性を担保する。

## 医療機能情報提供制度の新しい業務フローイメージ



## 参考 4 . 医師の働き方改革関係

# 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	
<b>A</b> (一般労働者と同程度)	<b>960時間</b>	<b>義務</b>	努力義務	
<b>連携B</b> (医師を派遣する病院)	<b>1,860時間</b> ※2035年度末を目標に終了		<b>義務</b>	<b>義務</b>
<b>B</b> (救急医療等)				
<b>C-1</b> (臨床・専門研修)				
<b>C-2</b> (高度技能の修得研修)	<b>1,860時間</b>			

#### 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)



# 医師の時間外労働規制について

## 一般則

- 【時間外労働の上限】
- (例外)
    - ・年720時間
    - ・複数月平均80時間 (休日労働含む)
    - ・月100時間未満 (休日労働含む)
  - 年間6か月まで

- (原則)
- 1か月45時間
  - 1年360時間

## 2024年4月～

年1,860時間 / 月100時間未満 (例外あり) ※いずれも休日労働含む  
 年1,860時間 / 月100時間未満 (例外あり) ※いずれも休日労働含む  
 ⇒将来に向けて縮減方向

年960時間 / 月100時間未満 (例外あり) ※いずれも休日労働含む

**A : 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準**

**連携B**  
 例水準  
 (医療機関を指定)

**B**  
 地域医療確保暫定特

**C-1**  
 集中的技能向上水準  
 (医療機関を指定)

**C-2**

C-1 : 臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用  
 ※本人がプログラムを選択  
 C-2 : 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用  
 ※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

将来  
 (暫定特例水準の解消 (= 2035年度末を目標) 後)

将来に向けて縮減方向

年960時間 / 月100時間 (例外あり) ※いずれも休日労働含む

**A**

**C-1**

**C-2**

※この(原則)については医師も同様。

※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

## 月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

# 医師確保対策に関する取組（全体像）

## 医師養成課程における取組

### 【大学医学部】

- 中長期的な観点から、医師の需要・供給推計に基づき、**全国の医師養成数**を検討
- **地域枠**（特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠）の医学部における活用方針を検討

### 【臨床研修】

- 全国の研修希望者に対する**募集定員の倍率を縮小**するとともに、都道府県別に、**臨床研修医の採用枠の上限数**を設定
- その際、都市部や複数医学部を有する地域について、上限数を圧縮するとともに、医師少数地域に配慮した定員設定を行い、**地域偏在を是正**

### 【専門研修】

- 日本専門医機構において、将来の必要医師数の推計を踏まえた都道府県別・診療科別の**専攻医の採用上限数（シーリング）**を設定することで、**地域・診療科偏在を是正**（産科・小児科等の特に確保が必要な診療科や、地域枠医師等についてはシーリング対象外）

## 各都道府県の取組

### 【医師確保計画】

- 医師偏在指標により医師偏在の状況を把握  
計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を設定

### <具体的な施策>

#### ● 大学と連携した地域枠の設定

#### ● 地域医療対策協議会・地域医療支援センター

- ・ 地域医療対策協議会は、**医師確保対策の方針**（医師養成、医師の派遣調整等）について協議
- ・ 地域医療支援センターは、**地域医療対策協議会の協議結果に基づき、医師確保対策の事務**（医師派遣事務、派遣される医師のキャリア支援・負担軽減等）を実施

#### ● キャリア形成プログラム（地域枠医師等）

- ・ 「**医師不足地域の医師確保**」と「**派遣される医師の能力開発・向上**」の両立を目的としたプログラム

#### ● 認定医師制度の活用

- ・ **医師少数区域等に一定期間勤務した医師を厚労大臣が認定する制度**を活用し、医師不足地域の医師を確保

## 医師の働き方改革

地域の医療を支えている勤務医が、安心して働き続けられる環境を整備することが重要であることから、都道府県・医療勤務環境改善支援センター等による医療機関への支援を通じて、適切な労務管理や労働時間短縮などの医師の働き方改革を推進。具体的には、

- 地域医療の確保のためにやむを得ず長時間労働を行う医師について、医療機関における医師の労働時間短縮計画の作成や健康確保措置等を通じて、労働時間短縮及び健康確保を推進
- 出産・育児・介護などのライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるよう勤務環境の改善を推進

# 医師確保計画を通じた医師偏在対策について

## 背景

- ・ 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

## 医師の偏在の状況把握

### 医師偏在指標の算出

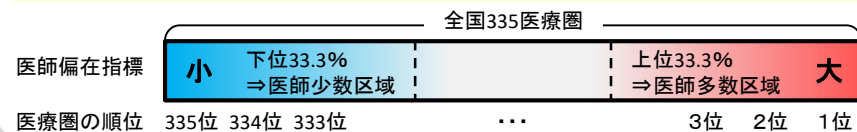
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 患者の流出入等
- ・ へき地等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種類（区域、診療科、入院／外来）

### 医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

## 『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

### 医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- （例）
- ・ 短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
  - ・ 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

### 確保すべき医師の数の目標 （目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

### 目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

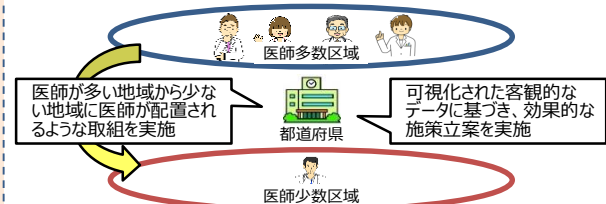
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
  - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う

## 3年\*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

\* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

### 都道府県による医師の配置調整のイメージ



・長期的には医師供給が需要を上回ると考えられるが、地域偏在や診療科偏在に引き続き対応する必要があることから、医師養成過程の様々な段階で医師の地域偏在・診療科偏在対策を進めている。

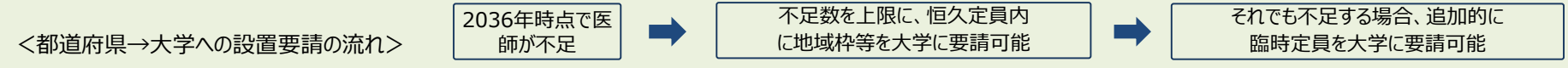
## 医師養成課程

### 6年 学部教育

#### 大学医学部 - 地域枠の設定 (地域・診療科偏在対策)

医師需給分科会

- 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される (一部例外あり)
- 将来的に医師供給量過剰とならないように、令和5年 (2023年) からの地域枠に係る医学部定員の設定・奨学金貸与について検討中



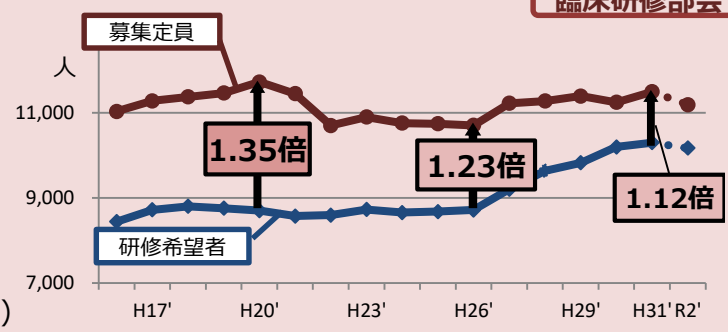
### 2年 臨床研修

#### 臨床研修 - 臨床研修制度における地域偏在対策

臨床研修部会

- 都道府県別採用枠上限数の設定
- 全国の研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小
- 医師少数区域へ配慮した都道府県ごとの定員設定方法への変更
- 地域医療重点プログラムの新設 (2022年~)

※臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限を都道府県へ移譲する (2020年4月~)

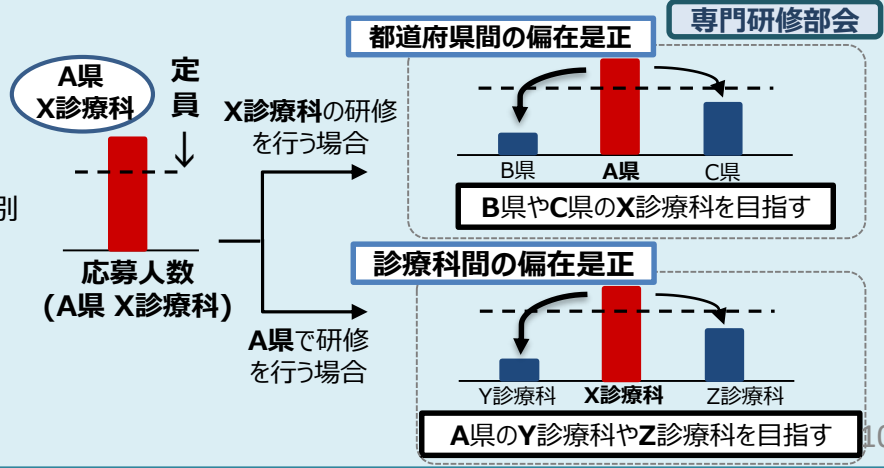


### 3年以上 専門研修

#### 専門研修 - 専門医制度における地域・診療科偏在対策

専門研修部会

- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別採用上限数を設定 (シーリング)
- ※5大都市を対象としたシーリング→厚生労働省が算出した都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更されている (2020年度研修~)
- 医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施
- 2022年度に向けては、日本専門医機構において検討中



## 参考 5. その他

# 第8次医療計画の策定に向けた検討体制

- 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。
- 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、これまで「医師需給分科会」で議論してきており、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

### 【5疾病】

各疾病に関する検討の場 等

連携

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

### 在宅医療及び医療・介護連携に関するWG

- 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・災害医療提供体制等に関するWG

- 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