

令和3年度「地域医療構想」の 取組と進捗状況



出典：経済産業省パンフレット

大阪アプローチ

圏域ごとのデータに基づく分析をもとに
公民のイコールフットイングで
病床機能分化の議論を進める

Contents

- ① 構想の推進
 - (1) 基本的な考え方
 - (2) 医療体制の概要
 - (3) 診療実態分析
 - (4) 病床機能分化の状況
- ② 協議の進め方
 - (1) 令和3年度スケジュール
 - (2) 会議の議題
 - (3) 会議体の概要
 - (4) 会議体で取り扱う事項
- ③ 昨年度結果と今年度の方向性
 - (1) 令和2年度の協議結果
 - (2) 令和3年度の方向性
- 参考資料
 - (1) 厚生労働省
 - (2) 大阪府(病棟ごとの診療実態の分析)

今、どのような議論が進んでいるのか

国は、地域医療構想・医師確保計画・働き方改革を「三位一体で」

地域医療構想

○2017・18年度の集中的取組の検証

→病床の機能分化の進捗管理

→2019年度

公的病院のあり方

医師確保計画

○医師偏在指標の創設

○医師の確保の方針

→2019年度

都道府県で計画策定

働き方改革

○時間外労働上限の設定

○タスク・シフティングなど

医師の業務負担軽減

→2024年度～

上限規制スタート

地域医療構想の目的

- ◆ 今後予想される疾病構造の変化を踏まえ、
持続可能な医療提供体制の構築を図る。

大阪府における主な課題

課題 1【病床機能】

回復期病床の不足が見込まれる

課題 2【診療機能】

将来的な疾病構造の変化に対応した
病院の役割分担について検討が必要

地域医療構想の実現をめざす2025年まで
残り3年（2022年～2024年） となっている

1 構想の推進 (1) 基本的な考え方 (全体概要)

引き続き、医療実態データ(NDB、病床機能報告等)や病院プラン等の内容を共有しながら、医療機関の自主的な機能分化を支援

診療実態を分析・徹底した見える化

STEP 1

「将来のあるべき姿」に向けた進捗状況、2025年に向けた病院プランについて認識の共有

STEP 3

医療機関の自主的な機能分化

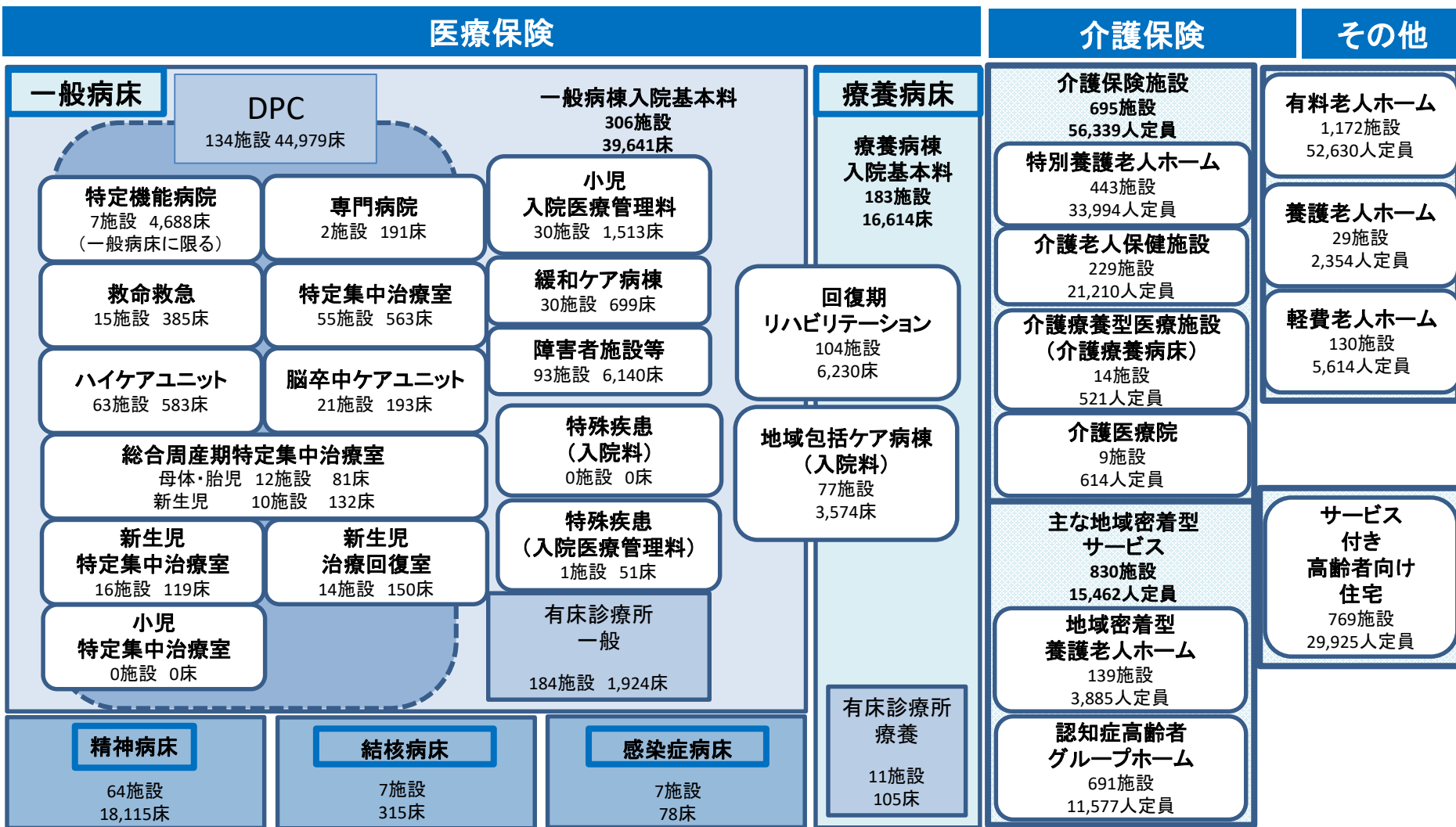
すべての関係医療機関参画による分析・協議⇒ 地域医療構想調整会議

STEP 2

公・民分け隔てなく「地域の課題」を共有

1 構想の推進 (2) 医療体制の概要① (医療・介護体制)

医療・介護提供体制は、多くの機能・施設から構成されている



出典 「医療保険」病床機能報告(2020年7月1日時点)ただし、次項目は右記のとおり、精神病床・結核病床・感染症病床(大阪府健康医療部資料(2021年10月31日時点))

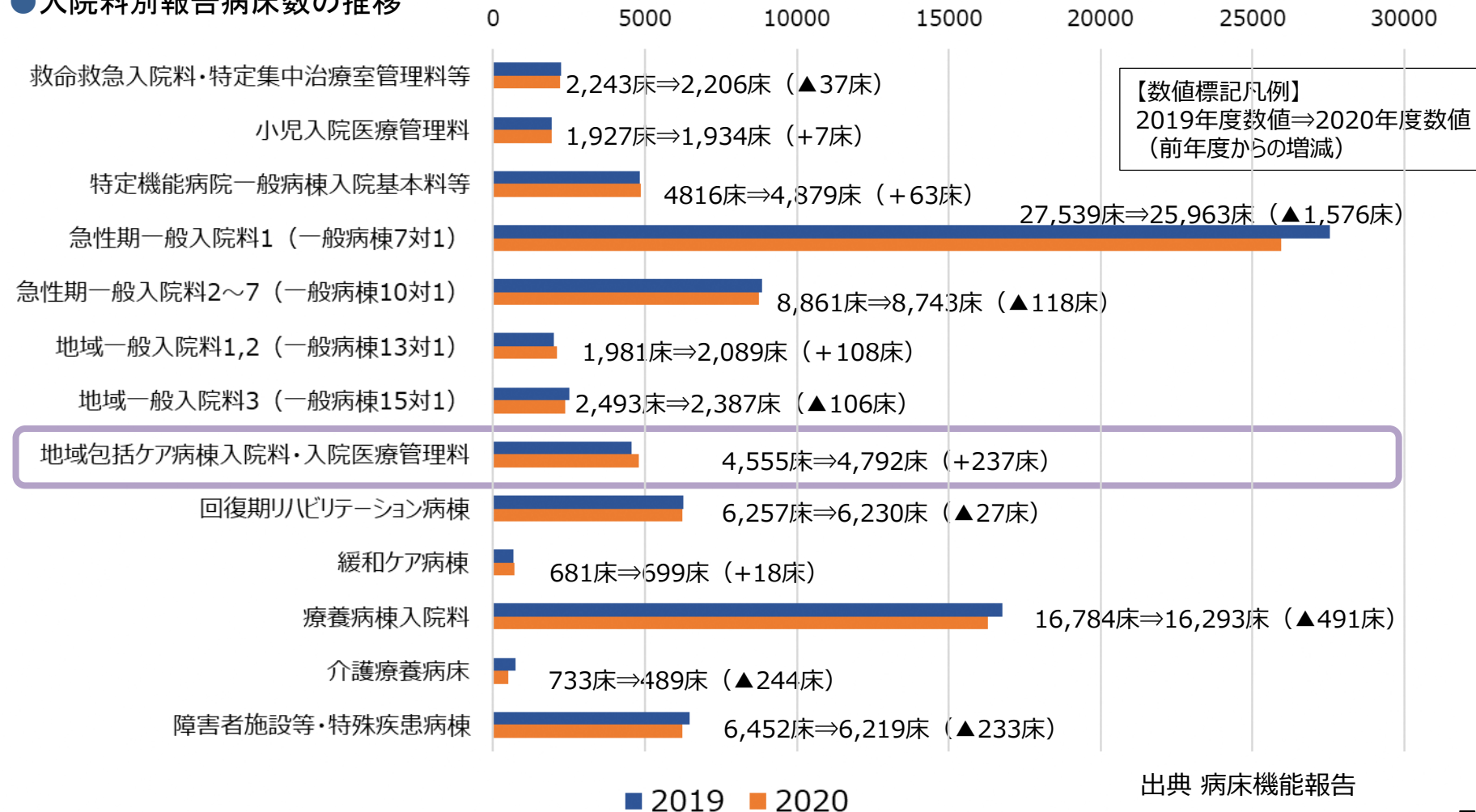
「介護保険・その他」大阪府福祉部資料(認知症高齢者グループホームの施設数は2021年4月1日時点、定員数は2020年3月31日時点、

有料老人ホームは2021年10月1日時点、サービス付き高齢者住宅は2021年4月30日時点、その他施設は2021年4月1日時点)

1 構想の推進 (2) 医療体制の概要② (入院料別病床数の経年変化)

地域包括ケア病棟は、増加傾向にある

●入院料別報告病床数の推移



出典 病床機能報告

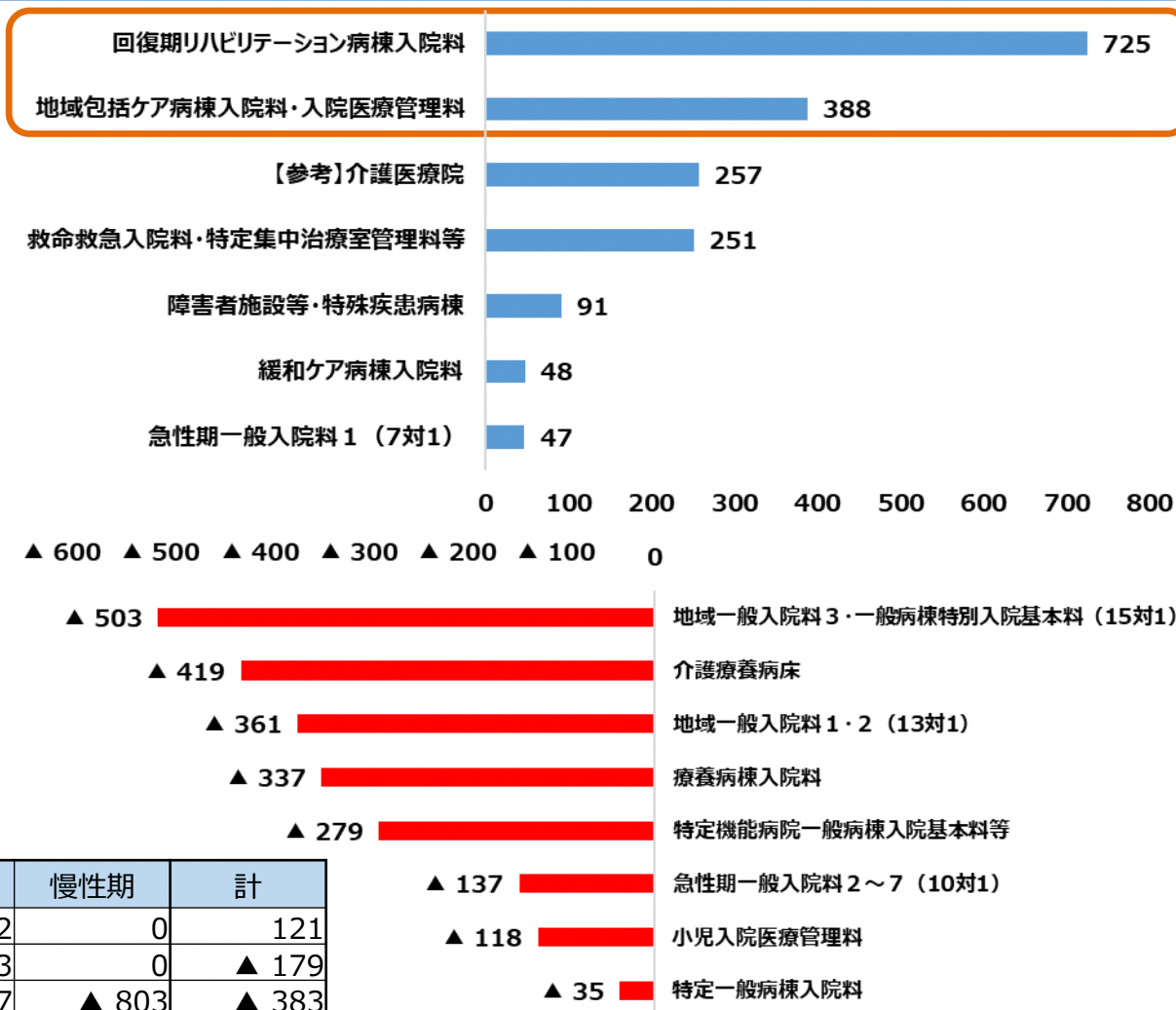
① 構想の推進 (2) 医療体制の概要③ (2025年に向けた検討状況)

各病院が検討している病床機能等の変更は、 構想がめざす病床機能分化の方向性と概ね一致

● 入院料別の検討状況※

※2025年に向けた検討状況

(各病院の2025年に検討している入院料別病床数総計から各病院の現在の入院料別病床数の総計を差し引いて算出)



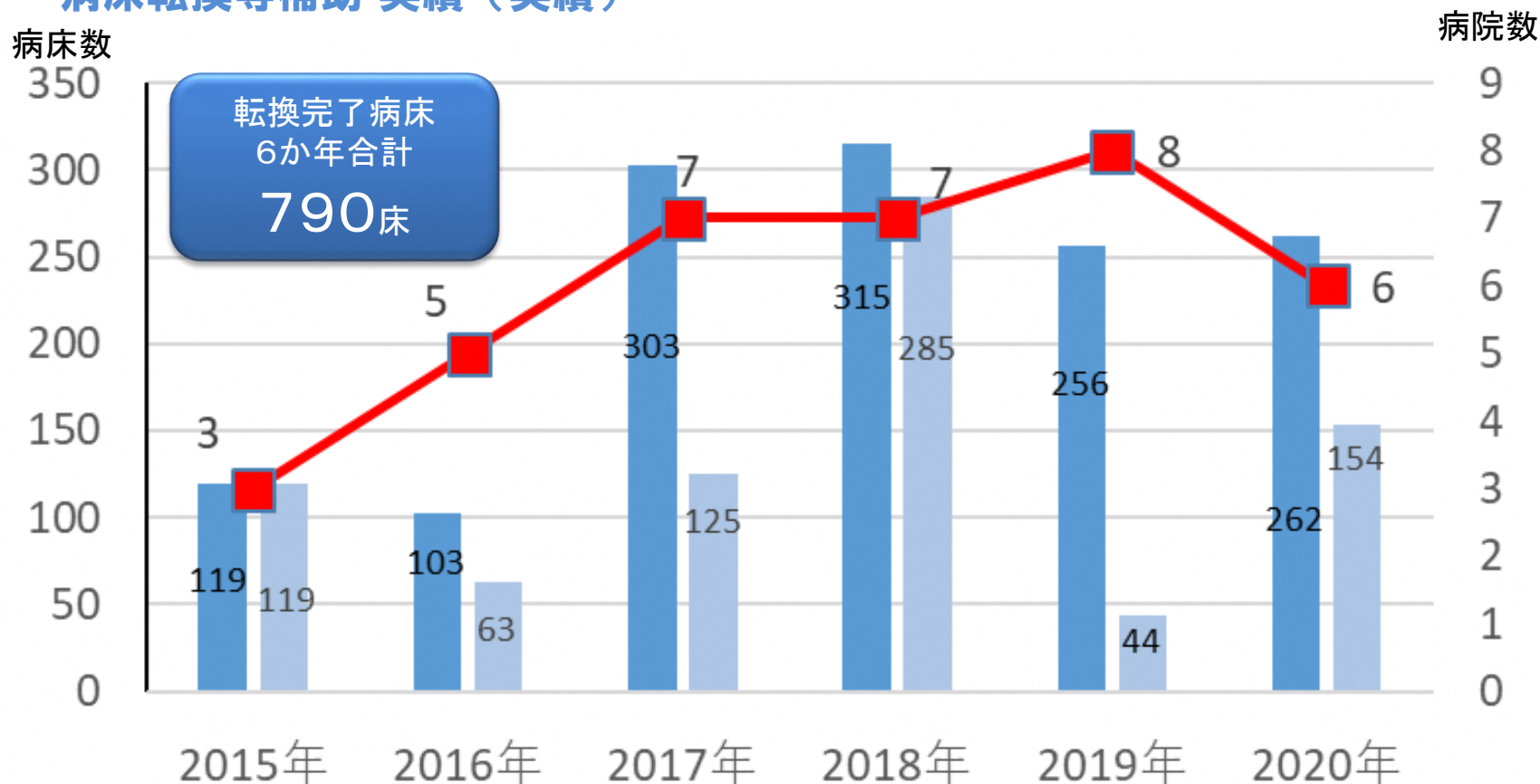
● 公立・公的・民間別の検討状況※

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
公立	270	▲ 201	52	0	121
公的	▲ 194	▲ 118	133	0	▲ 179
民間等	120	▲ 947	1,247	▲ 803	▲ 383
計	196	▲ 1,266	1,432	▲ 803	▲ 441

① 構想の推進 (2) 医療体制の概要④ (病床転換等補助金)

病床転換等補助金の活用を希望する病院に対し、引き続き、病床機能の転換を希望する病院を支援

病床転換等補助 実績 (実績)



■ 補助金交付病床数 ■ 病床転換完了病床数 ■ 補助金交付病院数

※複数年にわたる計画の場合、「補助金交付病床数」はいずれの年度にもカウントされるため、「病床転換完了病床数」と異なる。

急性期実態分析指標から「(重症)急性期病棟」と「地域急性期病棟 (サブアキュート・ポストアキュート)」に便宜上分類する

対 象 析	病床機能報告において、急性期で報告している病棟 ※有床診療所における急性期報告病床は、地域急性期として扱う
指 標	「救急医療の実施状況・手術の実施状況・呼吸心拍の実施状況・化学療法」の 病棟あたりの件数(病床機能報告(報告様式2))
算 出 方 法	①月あたり救急医療実施件数 ÷ 30日 × (50床 ÷ 許可病床数)
	②月あたり手術件数 ÷ 30日 × (50床 ÷ 許可病床数)
	③月あたり呼吸心拍監視(3時間を超え7日以内) ÷ 30日 × (50床 ÷ 許可病床数)
	④月あたり化学療法実施件数 ÷ 30日 × (50床 ÷ 許可病床数)
	救急医療実施件数 = 【報告様式2】救急医療管理加算レセプト件数
	手術件数 = 【報告様式2】手術総数算定回数
	呼吸心拍監視 = 【報告様式2】呼吸心拍監視(3時間を超え7日以内)算定回数
	化学療法件数 = 【報告様式2】化学療法算定日数
※ 分 類	(重症)急性期: ①1以上 or ②1以上 or ③2以上 or ④1以上
	地域急性期: その他

※令和2年度病床機能報告においては、診療実態分析に必要な報告様式2がなかったため、令和元年度における「重症急性期」と「地域急性期」病床数の割合を準用(圏域別)し分析。 10

1 構想の推進 (4) 病床機能分化の状況①

回復期病床への転換が必要な割合は、約10%となっている

● 病床機能報告と病床数の必要量の比較

(単位:床)

区分	年度	高度急性期	急性期	急性期			回復期	慢性期	休棟等	未報告等	合計
				重症急性期	急性期(不明)	地域急性期					
病床数の必要量	2013	10,562	28,156				23,744	24,157			86,619
病床機能報告	2014	11,587	43,635				7,262	22,987	604	5,005	91,080
病床機能報告	2015	11,334	42,276				8,061	23,760	773	4,390	90,594
病床機能報告	2016	12,053	41,758				8,072	24,225	809	3,108	90,025
病床機能報告	2017	13,080	41,098	28,788	1,093	11,217	8,890	25,089	773	155	89,085
病床機能報告	2018	13,307	39,581	29,174	251	10,156	10,094	25,116	944	47	89,089
病床機能報告	2019	12,626	39,433	32,220	0	7,213	10,904	24,120	870	470	88,423
病床機能報告	2020	12,612	39,134	31,953	0	7,181	11,179	23,565	759	1,290	88,539
病床数の必要量【既存病床数内】	2025	10,286	30,580				27,366	20,307			88,539
病床数の必要量【オリジナル】	2025	11,789	35,047				31,364	23,274			101,474

● 病床機能報告 (2020年度) と病床数の必要量 (2025年) の割合の比較

区分	年度	高度急性期	急性期	急性期			回復期	慢性期	休棟等
				重症急性期	急性期(不明)	地域急性期			
病床機能報告	2019	14.4%		36.6%	0.0%	8.2%	12.4%	27.4%	1.0%
病床機能報告	2020	14.5%		36.6%	0.0%	8.2%	12.8%	27.0%	0.9%
病床数の必要量	2025	11.6%	34.5%				30.9%	22.9%	

サブアキュート・ポストアキュート・リハビリ機能の現状と将来の予測

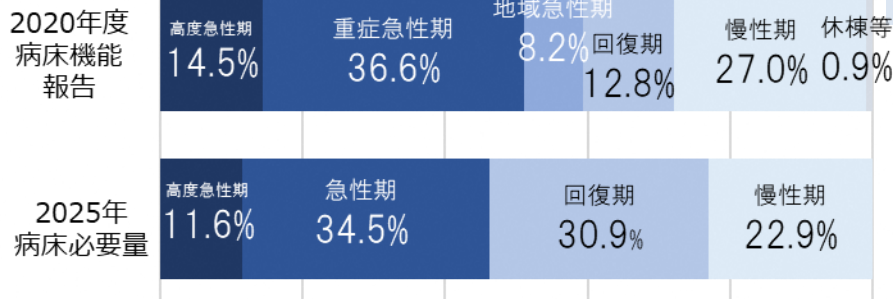
① 病床機能報告 (地域急性期 + 回復期)

2019年度	20.6%
2020年度	21.0%

② 病床数の必要量 (回復期)

30.9%

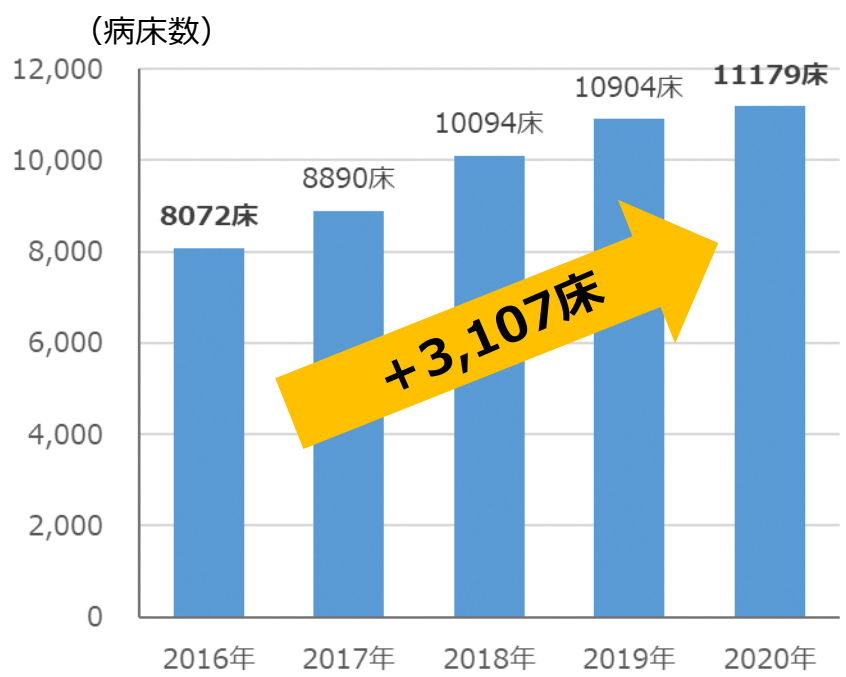
割合の差
9.9%
(約8,600床)



1 構想の推進 (4) 病床機能分化の状況②

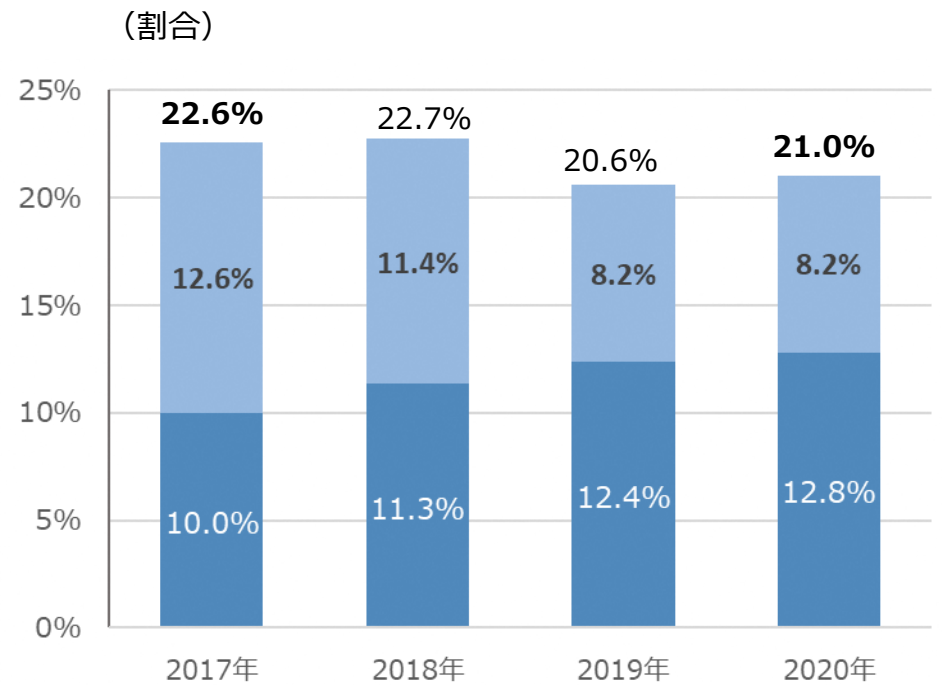
回復期病床数は、2016年から約3,000床増加
※回復期病床と地域急性期病床合計の病床全体に占める割合は、約20%と大きな変化は見られない

● 回復期病床数の推移



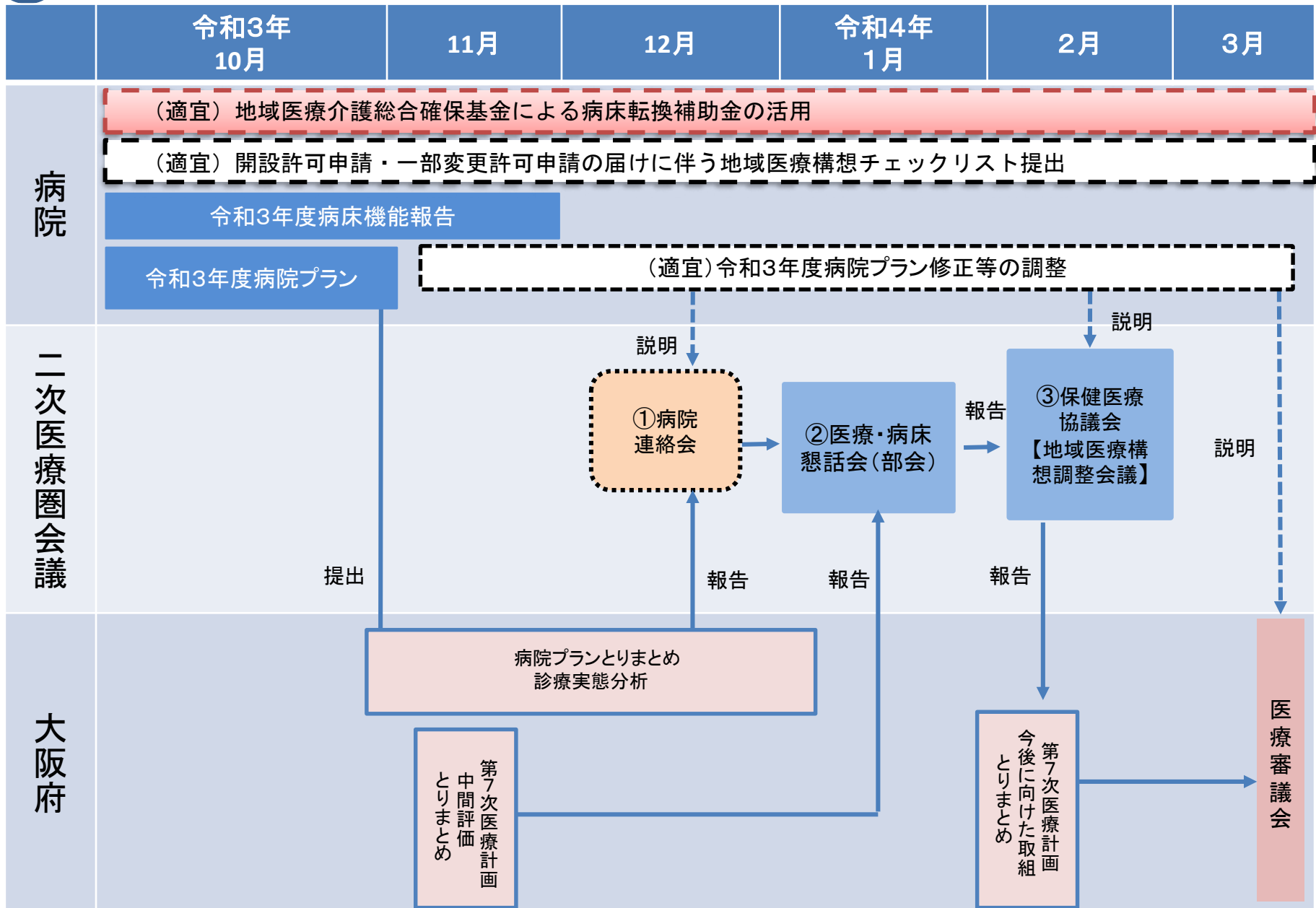
2016年に地域医療構想策定

● 回復期病床・地域急性期病床の割合の推移



■ 回復期 ■ 地域急性期
診療実態分析 (重症急性期と地域急性期の分類) は2017年データから開始

2 協議の進め方 (1) 令和3年度スケジュール



※保健医療協議会は、その他案件（地域医療支援病院の認定の件等）に応じて、別途開催する場合もある。

※第7次医療計画の中間評価の結果、計画の見直しを行う場合は、医療審議会までにパブリックコメントを実施する場合もある。

2 協議の進め方 (2) 会議の議題(予定)

区分	①医療・病床懇話会(部会)	②保健医療協議会 (地域医療構想調整会議)
	1月	1月から2月
地域医療構想	<p>○令和3年度地域医療構想の進捗状況 (医師確保・医師の働き方改革含む)</p> <p>○各二次医療圏における地域医療構想の進捗状況</p> <p>○2025年に向けた各病院の方向性について (「公立・公的病院の今後のあり方」含む)</p> <p>【病院プランの内容】</p> <p>①2025年に各病院が検討している医療機能 ②2025年に各病院が検討している病床機能</p> <p>○非稼働病床の状況について</p> <p>【趣旨】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2025年に向けた各病院の方向性の共有 ・各病院の過剰な病床への転換・非稼働病床への対応について検討 	<p>○令和3年度地域医療構想の進捗状況 (医師確保・医師の働き方改革含む)</p> <p>○各二次医療圏における地域医療構想の進捗状況</p> <p>○2025年に向けた各病院の方向性について (「公立・公的病院の今後のあり方」含む)</p> <p>【病院プランの内容】</p> <p>①2025年に各病院が検討している医療機能 ②2025年に各病院が検討している病床機能</p> <p>○非稼働病床の状況について</p> <p>【趣旨】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2025年に向けた各病院の方向性の共有 ・各病院の過剰な病床への転換・非稼働病床への対応について検討
計医療	<p>○医療計画における圏域での取組の進捗管理 (中間評価)</p> <p>○地域医療への協力に関する意向書の提出状況</p>	<p>○医療計画における圏域での取組の進捗管理 (中間評価)</p> <p>○地域医療への協力に関する意向書の提出状況</p>

② 協議の進め方 (3) 会議体の概要

会議名	設置 根拠等	設置単位	主な委員構成	令和3年度 開催予定数
保健医療協議会 (地域医療構想 調整会議)	附属 機関	二次 医療圏	地区医師会、地区歯科医師会、地区薬剤師会、府医、府歯、 府薬、大病、私病、公立病院協議会、大精協、府看協会、 府訪看S T、医療保険者、市町村、社会福祉協議会など	1
医療・病床懇話会 (部会)	懇話会 (部会)	二次 医療圏	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地区医師会 各地区医師会 1名 ・ 地区歯科医師会 1名 (圏域代表) ・ 地区薬剤師会 1名 (圏域代表) ・ 大阪府医師会 1名 (協議会委員) ・ 大阪府病院協会 1名 (協議会委員) ・ 大阪府私立病院協会 2名 (協議会委員) ・ 大阪府公立病院協議会 1名 (協議会委員) ・ 大阪府看護協会 1名 (協議会委員) ・ 医療保険者 1名 (協議会委員) ・ 市町村 (必要に応じて) 	1
病院連絡会	自主的な 意見交換の場 【非公開】	二次医療圏 単位 (保健所単 位も可)	二次医療圏内 (保健所管内) の病院等 (病床機能報告の対象病院)	1

※地域医療構想にかかわる開催であり、その他の案件による開催は含まない。

② (4) 会議体で取り扱う事項①

●開設等に関する手続き

◎：病院の出席による説明、○：事務局等説明

項目	会議名		
	医療審・部会	保健医療協議会(部会)	医療・病床懇話会
地域医療支援病院の承認	審議○	← 審議◎	
地域医療連携推進法人の認定	審議○	← 審議◎	← ◎ (※1)
特定病床等による新たな病床整備			
二次医療圏を超えた病院移転			
公的医療機関等※2の再編			
有床診療所の新たな病床整備			
病院の開設者変更 病院再編(公立病院を除く)をはじめ病院が担う役割が大きく変わる場合			◎ 懇話会で説明した場合、調整会議は、事務局からの報告で可

※1：病院等の出席による説明が望ましい。

※2：国(厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構、その他(国の機関))、公的医療機関(都道府県、市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会)、社会保険関係団体(健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合)。

② (4) 会議体で取り扱う事項②

●地域医療構想等に関する事項

◎：病院の出席による説明、○：事務局等説明

項目	会議名			
	医療審・部会	保健医療協議会(部会)	医療・病床懇話会	病院連絡会
2025年(まで)に各病院が検討している 医療機能・病床機能 【公立・公的病院】 民間との役割分担を踏まえた病院の方向性		○	○	◎
過剰な病床への転換への中止への命令(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)についての検討 【医療法第30条の15に基づく知事権限】	審議 ○ ※2	審議◎	※1	
非稼働病床の理由説明		○	○	
1年以上病床がすべて稼働していない病棟について、削減を命令(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)についての検討 【医療法第7条の2第3項、医療法第30条の12に基づく知事権限】	審議 ○ ※2	審議◎	※1	

※1：懇話会の意見を踏まえ、保健医療協議会において、該当医療機関に対し、直接の説明が必要となった場合。

※2：保健医療協議会において、知事権限の行使について、医療審議会でも審議が必要と判断された場合。

都道府県知事の権限の行使の流れ【厚生労働省資料】

都道府県知事の権限の行使の流れ

【過剰な医療機能への転換の中止等】

医療法第30条の15

- ・ 病床機能報告において基準日と基準日後の病床機能が異なる場合であって
- ・ 基準日後病床機能に応じた病床数が、病床の必要量(必要病床数)に既に達している

- ① 都道府県知事への理由書提出
- ② 調整会議での協議への参加
- ③ 都道府県医療審議会での理由等説明

応答の
努力義務

理由等がやむを得ないものと認められない場合、都道府県医療審議会の意見を聴いて、**病床機能を変更しないことを命令(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)**

命令の場合
(公的医療機関等)

要請の場合
(民間医療機関)

指示の場合
(公的医療機関等)

医療法第30条の17

要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**当該措置を講ずべきことを勧告**

命令・指示・勧告に従わない

医療法第30条の18

○ 命令・指示・勧告に従わなかった旨を公表

医療法第29条第3項
及び第4項

○ 命令・指示・勧告に従わない地域医療支援病院・特定機能病院※は承認を取消し

【不足する医療機能への転換等の促進】

医療法第30条の16

地域医療構想の達成を推進するために必要な事項について、協議の場合での協議が調わないとき等

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**不足する医療機能に係る医療を提供することを指示(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)**

医療法第7条第5項

病院の開設等の許可申請があった場合

不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を開設等許可に付与

医療法第27条の2

正当な理由がなく、条件に従わない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**期限を定めて条件に従うべきことを勧告**

正当な理由がなく、当該勧告に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**期限を定めて、当該勧告に係る措置をとるべきことを命令**

【非稼働病床の削減】

医療法第7条の2第3項

医療法第30条の12

病床を稼働していないとき

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**当該病床の削減を命令(公的医療機関等)又は要請(民間医療機関)**

要請の場合
(民間医療機関)

要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない

都道府県医療審議会の意見を聴いて、**当該措置を講ずべきことを勧告**

命令の場合
(公的医療機関等)

※特定機能病院の承認取消しは厚生労働大臣が行う

3 昨年度結果と今年度の方向性 (1) 令和2年度の協議結果

9割を超える病院の方向性については、合意されたが、一部継続協議となっている医療機関がある

● 地域医療構想調整会議における病院プランの協議結果

結果	公立	公的	民間等	合計
①合意	21	45	381	447
②継続協議	1	0	4	5
③未提出のため未協議	0	0	22	22
合計	22	45	407	474

● 重点支援区域の申請について

○重点支援区域の申請については、いずれの二次医療圏においても希望はなかった。

● 地域医療構想の今後の進め方に関する意見

○地域医療構想の推進にあたり、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、取組を進めていくべきとの意見が多数あった。

③ 昨年度結果と今年度の方向性 (2) 令和3年度の方向性

地域医療構想の推進にあたり、新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、下記取組を進めていく

＜全体の方向性＞

- コロナ禍における各病院の診療実態等と今後の方向性を関係者で共有し、地域において必要な医療体制のあり方を議論する。
- 2020年度継続協議となった医療機関について、改めて地域で協議し、地域と合意形成を図れるよう努める。

※病床機能報告における病床機能毎の入院料の報告基準の検討

令和2年度に外部研究機関に分析委託した結果及び令和3年度病床機能報告の結果を踏まえ、入院料の報告基準について引き続き検討を進める。

**地域医療構想の実現をめざす2025年まで
残り3年（2022年～2024年）となっている**

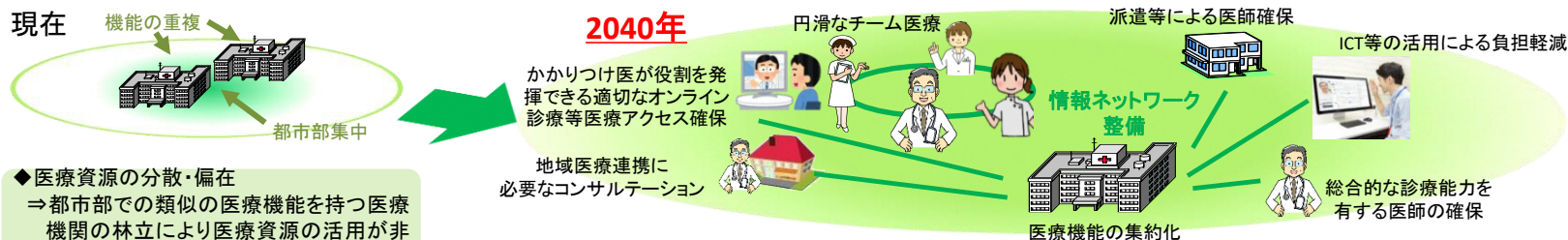
参考資料

(1) 厚生労働省

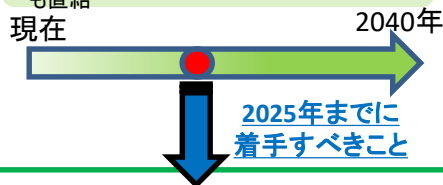
2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）

- 医療提供体制の改革については2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も少子高齢化の進展が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要。
- 2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、地域医療構想の実現等だけでなく、医師・医療従事者の働き方改革の推進、実効性のある医師偏在対策の着実な推進が必要。

2040年の医療提供体制（医療ニーズに応じたヒト、モノの配置）



- ◆医療資源の分散・偏在
⇒都市部での類似の医療機能を持つ医療機関の林立により医療資源の活用が非効率に
⇒医師の少ない地域での医療提供量の不足・医師の過剰な負担
- ◆疲弊した医療現場は医療安全への不安にも直結



どこにいても必要な医療を最適な形で

- ・限られた医療資源の配置の最適化（医療従事者、病床、医療機器）
⇒医療計画に「地域医療構想」「医師確保計画」が盛り込まれ、総合的な医療提供体制改革が可能に
- ・かかりつけ医が役割を發揮するための地域医療連携や適切なオンライン診療の実施

医師・医療従事者の働き方改革で、より質が高く安全で効率的な医療へ

- ・人員配置の最適化やICT等の技術を活用したチーム医療の推進と業務の効率化
- ・医療の質や安全の確保に資する医療従事者の健康確保や負担軽減
- ・業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）の浸透

2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

地域医療構想の実現等

- ①全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ②合意形成された具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる対策
- ③かかりつけ医が役割を發揮するための適切なオンライン診療等を推進するための適切なルール整備 等

三位一体で推進

医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ①医師の労働時間管理の徹底
- ②医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化（タスク・シフティングやタスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化 等）
- ③医師偏在対策による地域における医療従事者等の確保（地域偏在と診療科偏在の是正）
- ④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進（これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む）⇒**地域医療構想の実現**

実効性のある医師偏在対策の着実な推進

- ①地域医療構想や2040年の医療提供体制の展望と整合した**医師偏在対策**の施行
 - ・医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
 - ・将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
 - ・地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出
- ②総合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリ・ケアへの対応

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①

(令和2年12月15日医療計画の見直し等に関する検討会)

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

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②

(令和2年12月15日医療計画の見直し等に関する検討会)

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）

第8次医療計画の策定に向けた検討体制

令和3年8月13日
令和3年度 第1回医療政策研修会及び
地域医療構想アドバイザー会議 資料

- 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。

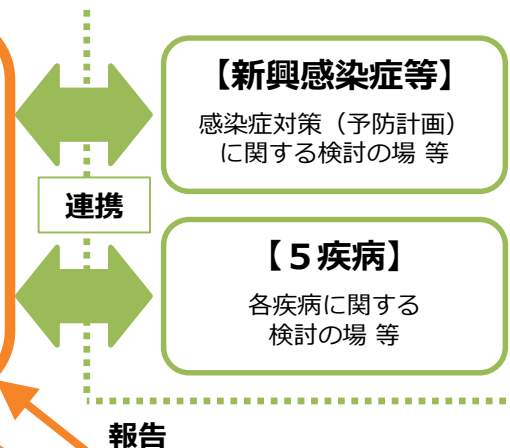
第8次医療計画等に関する検討会

- 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「医師需給分科会」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。



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（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

報告

* 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

※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。

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

今後の検討スケジュール(現時点のイメージ)

令和3年8月13日
 令和3年度 第1回医療政策研修会及び
 地域医療構想アドバイザー会議 資料

		地域医療構想	医師確保計画
令和3年度	4月～6月	6/3 医療部会 6/18 第8次医療計画等に関する検討会	
	7月～9月	7/29 地域医療構想・医師確保計画に関するワーキンググループの開催	
	10月～12月	<ul style="list-style-type: none"> 各地域における検討・取組状況に関するさらなる把握 	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
	1月～3月	<ul style="list-style-type: none"> 地域における協議・取組の促進策に関する検討 <p>※特に、状況把握の方法について早期に検討</p>	
令和4年度	4月～6月	<ul style="list-style-type: none"> 2025年以降を見据えた枠組みの在り方に関する検討 	1巡目の議論
	7月～9月		
	10月～12月		2巡目・取りまとめの議論
	1月～3月		

* 第8次医療計画等に関する検討会や医療部会に報告しながら検討を進める

第8次医療計画に向けた取組(全体イメージ)

		医療計画	新興感染症	地域医療構想	医師確保計画	外来医療計画
R3 [2021]	4~6月	医療部会 (6/3)				外来機能報告等に関するWG開催
	7~9月	第8次医療計画等に関する検討会 開催				
	10~12月			地域医療構想及び医師確保計画に関するWG開催		外来機能報告等に関する取りまとめ
	1~3月	<ul style="list-style-type: none"> 総論(医療圏、基準病床数等) 各論(5疾病、6事業、在宅等)について各検討会等での議論の報告 	感染症対策に関する検討の場と連携しつつ議論	地域医療構想の推進	ガイドライン改正に向けた検討	ガイドライン改正に向けた検討
R4 [2022]	4~6月					
	7~9月					
	10~12月	報告書取りまとめ(基本方針改正、医療計画作成指針等の改正等)			報告書取りまとめ(ガイドライン改正等)	報告書取りまとめ(ガイドライン改正等)
	1~3月	基本方針改正(告示) 医療計画作成指針等の改正(通知)			ガイドライン改正(通知)	ガイドライン改正(通知)
R5[2023]	第8次医療計画策定			次期医師確保計画策定	次期外来医療計画策定	
R6[2024]	第8次医療計画開始			次期医師確保計画開始	次期外来医療計画開始	
R7[2025]						

国

都道府県

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、各職種の特長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 ※2035年度末を目標に終了		義務
B (救急医療等)			
C-1 (臨床・専門研修)			
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)

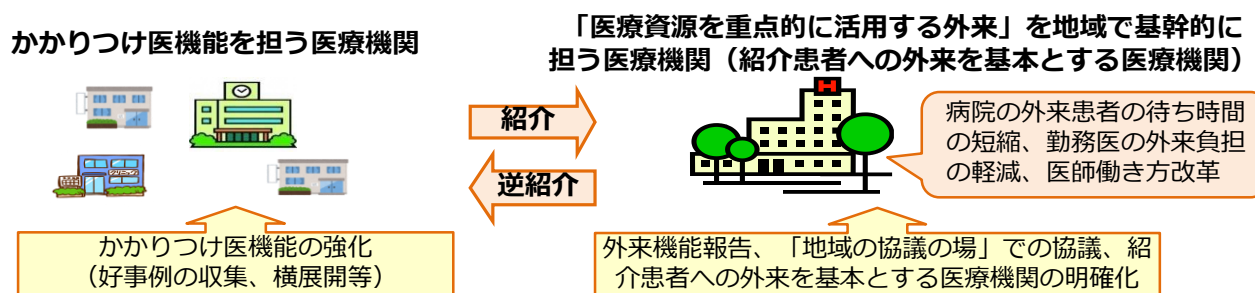
1. 外来医療の課題

- 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）

参考資料

(2) 大阪府(病棟ごとの診療実態の分析)

現状の病床機能の指標となる「病床機能報告」は、 「病床数の必要量」と病床機能区分の定義が異なる

<p>病床数の必要量</p> <p>2013年の個々の患者の受療状況をベースに、医療資源供給量に沿って機能ごと区分したもの ⇒地域における「推計病床数」</p>	<p>病床機能区分</p>	<p>病床機能報告</p> <p>どの「医療機能」に該当するかの「定義」を踏まえ、病棟ごとに医療機関が判断したもの ⇒地域において「医療機関が表示した機能」</p>
<p>医療資源量:3,000点以上</p> <p>C1:3,000点</p>	<p>高度急性期</p>	<p>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</p>
<p>医療資源量:600～3,000点未満</p> <p>C2:600点</p>	<p>急性期</p>	<p>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</p>
<p>・医療資源量:175～600点未満</p> <p>・回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数</p> <p>C3:175点</p>	<p>回復期</p>	<p>・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</p>
<p>(一般病床) 障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者(療養病床) 療養病床(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く)-医療区分Ⅰの患者数の70%-地域差解消分</p>	<p>慢性期</p>	<p>・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</p> <p>・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</p>
<p>【訪問診療】在宅訪問診療患者 【介護老人保健施設】介護老人施設入所者 【病床からの移行分】 ○一般病床の医療資源投入量:175点未満 ○療養病床の医療区分1の70%の患者 ○療養病床入院受療率の地域差解消分(加算)</p>	<p>在宅医療等</p>	

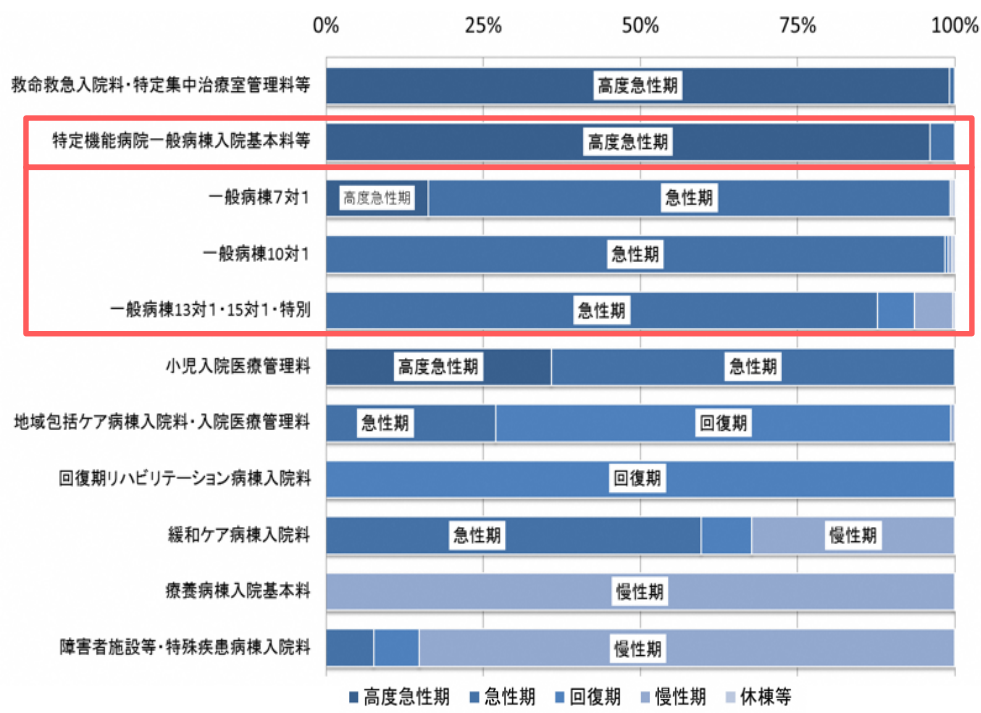
病棟ごとの診療実態の分析②(病床機能報告実態)

2018年度第1回医療・病床懇話会
(部会) 資料抜粋

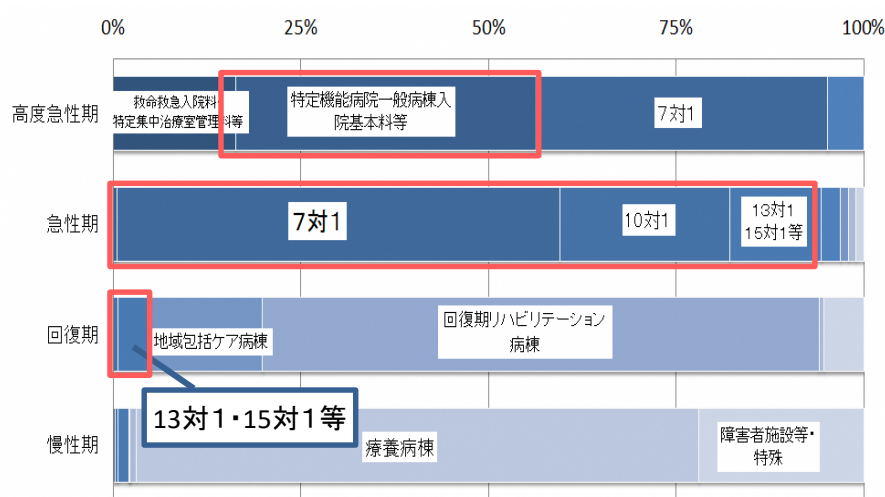
病床機能報告という制度上の限界があり、 病床4機能のデータのみでは、病床機能の実態を把握できない

- ◆ **特定機能病院**は、高度医療を提供することが主な役割であるため、病棟単位の病床機能報告では「**高度急性期**」での報告となっている。
- ◆ 「**一般入院基本料**」を算定している病床においても、急性期症状を脱した患者、重篤ではない急性期症状の患者の入院実態があると考えられるが、「**回復期**」での報告はほとんどない。

● 入院基本料別病床機能区分(割合)



● 病床機能区分別入院基本料(割合)



「病床機能報告」における想定される患者像は 「病床数の必要量」とは異なっていると考えられる

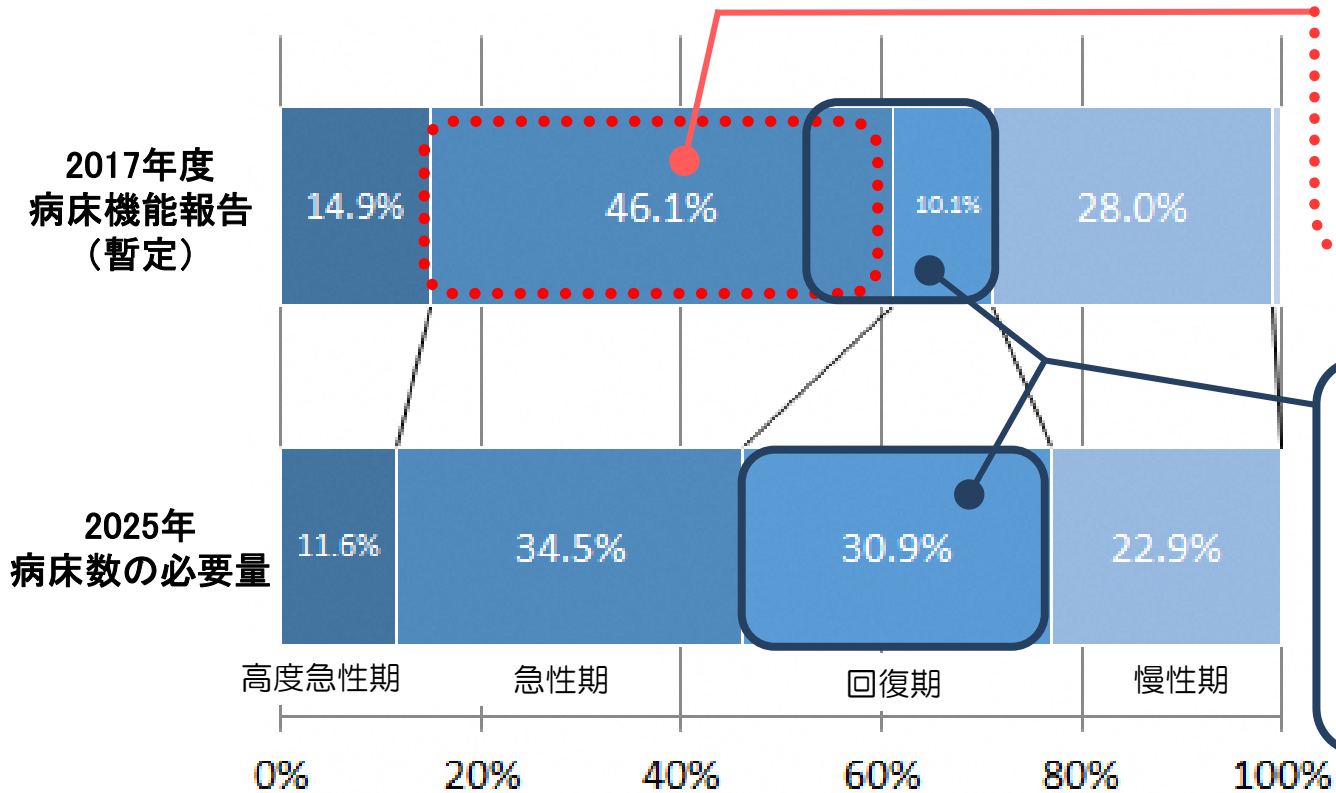
● 病床機能報告の結果を踏まえ想定される患者イメージ像

病床数の必要量	患者像(イメージ)	病床機能報告
高度急性期	(重症) 急性期 重篤患者や全身麻酔による手術等を 要する患者の受入	高度急性期
急性期		急性期
回復期	サブアキュート 肺炎や軽度の外傷など比較 的軽症な症状を持つ 患者の受入	回復期
	ポストアキュート 急性期後の在宅復帰に 向けた患者の受入	
	リハビリテーション	
慢性期	長期療養	慢性期

病棟ごとの診療実態の分析④

病床の実態を明らかにした上で、病床機能の確保について 「既存病床数」・「基準病床数」の中で検討

● 病床機能報告と病床数の必要量の病床機能区分ごとの比較(割合)



STEP 1
診療実態を分析
サブアキュート・ポスト
アキュートを提供する
病床数を精査

STEP 2・3
・ギャップを将来転換が
必要な病床数の目安
(指標) として検討。

病床機能報告の診療実態に関する項目の中から、急性期病棟の実態分析にかかる項目を検討

- ◆ 病床機能報告の報告様式②（具体的な医療の内容に関する項目）のうち、急性期治療に関する報告項目（下記）の診療実態（病院）について、特定入院料・入院基本料単位で各治療実施毎に分析。
- ◆ 急性期病棟の実態分析（サブアキュート・ポストアキュート機能を担う病床数の精査）に使用する項目を検討。

報告様式②(具体的な医療の内容に関する項目)のうち、急性期治療に関する報告項目

3. 幅広い手術の実施状況
4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況
6. 救急医療の実施状況
8. 全身管理の状況

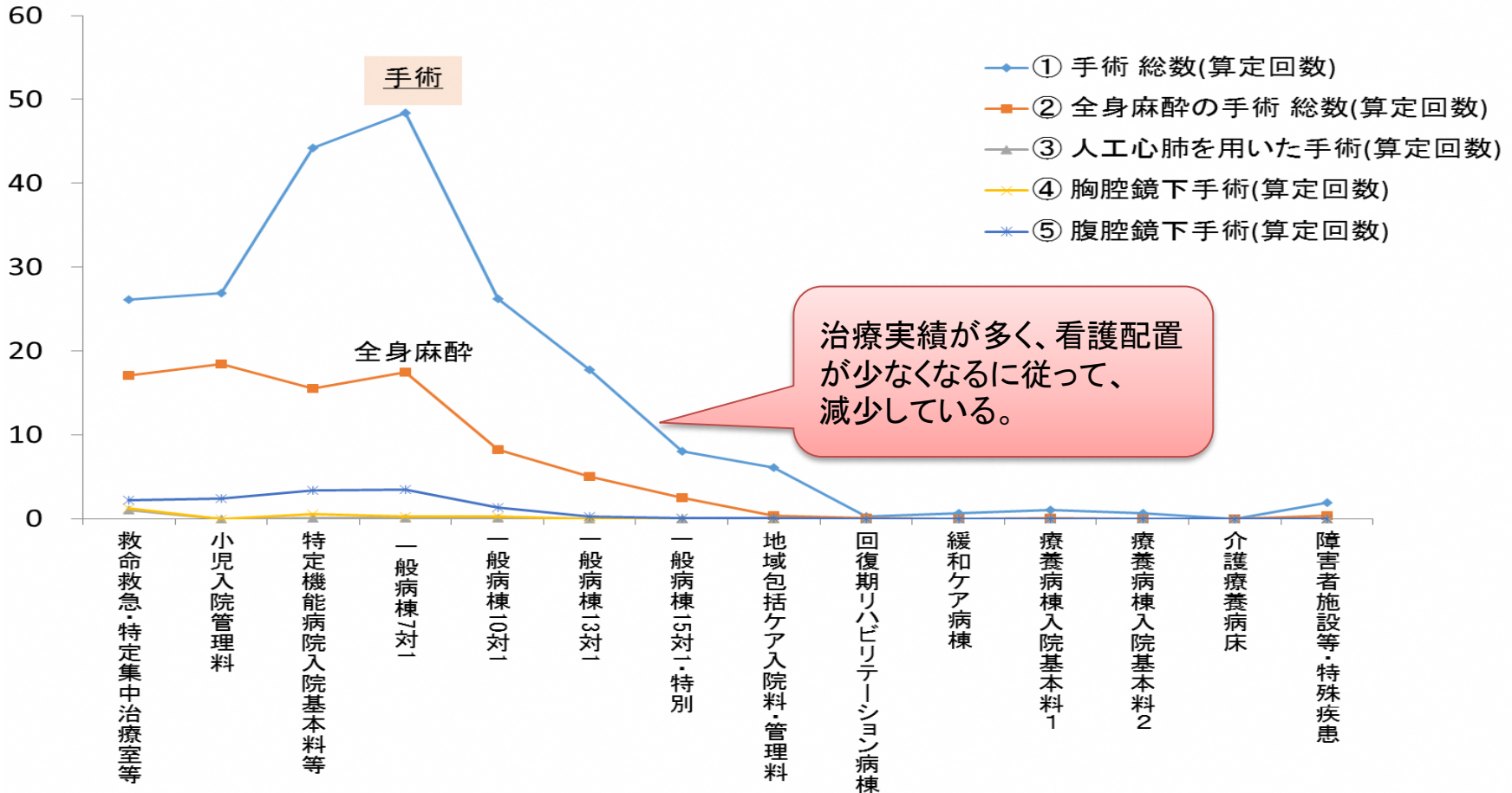
【備考】

- ・報告内容は、「平成29年6月診療分」であってかつ「平成29年7月審査分」。
- ・報告様式2では、各治療実績について、基本「算定回数」、「算定日数」、「レセプト件数」が報告されている。
- ・診療実績の分析では、「算定回数」を使用。しかし、「算定回数」が報告項目にない場合は、「算定日数」を分析し、「算定日数」も報告項目にない場合は、「レセプト件数」を用いて分析。

病棟ごとの診療実態の分析⑥【指標の検討】

「3幅広い手術の実施状況」では、急性期実態分析指標として、 【手術】を選択

3. 幅広い手術の実施状況



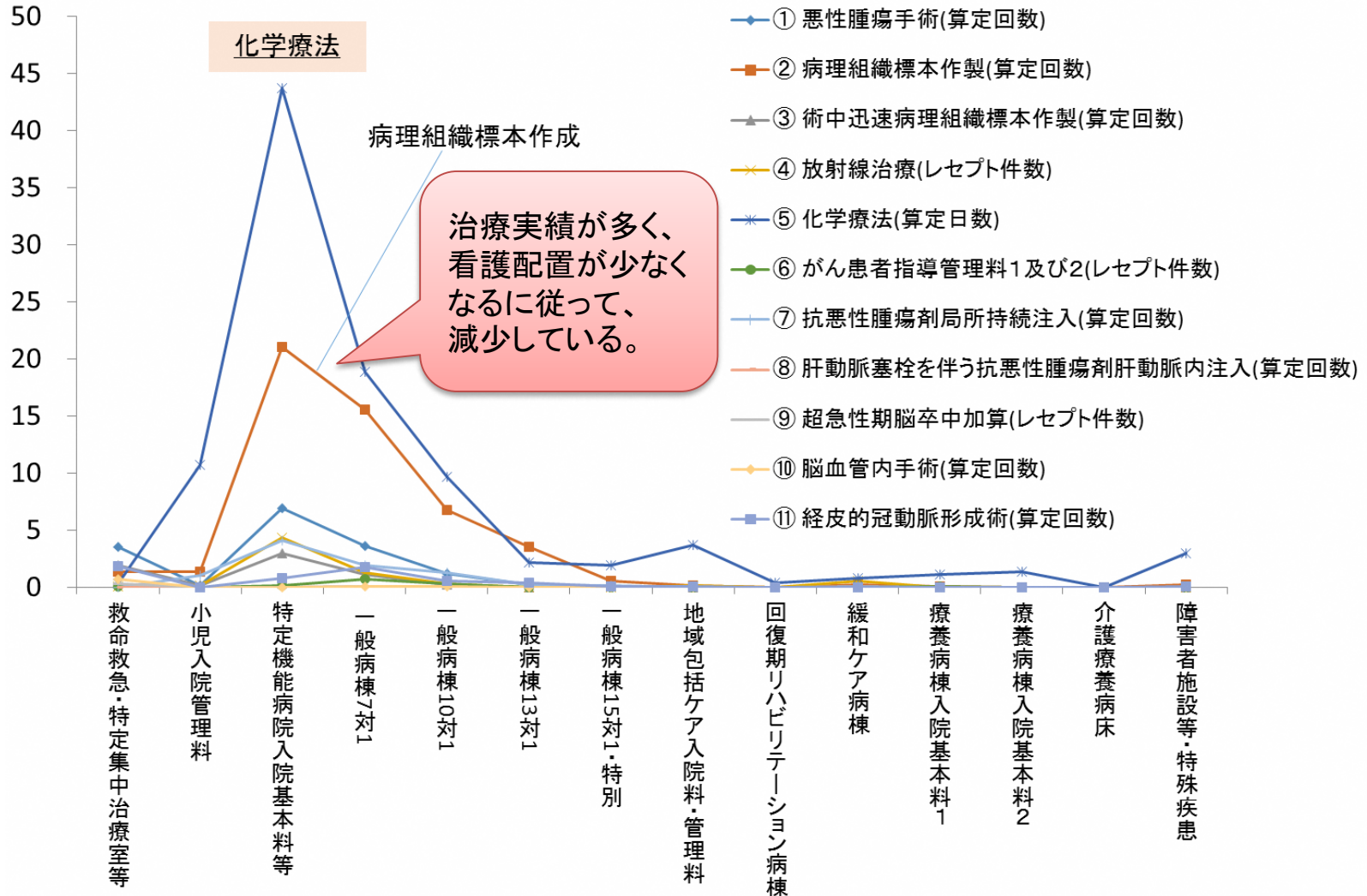
治療実績が多く、看護配置が少なくなるに従って、減少している。

【特定入院料・入院基本料の区分】

- 救命救急入院料・特定集中治療室管理料等：救命救急入院料、特定集中治療室管理料、リハビリユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料
- 特定機能病院一般病棟入院基本料等：特定機能病院一般病棟入院基本料、専門病院入院基本料
- 障害者施設等・特殊疾患病棟入院料：障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料

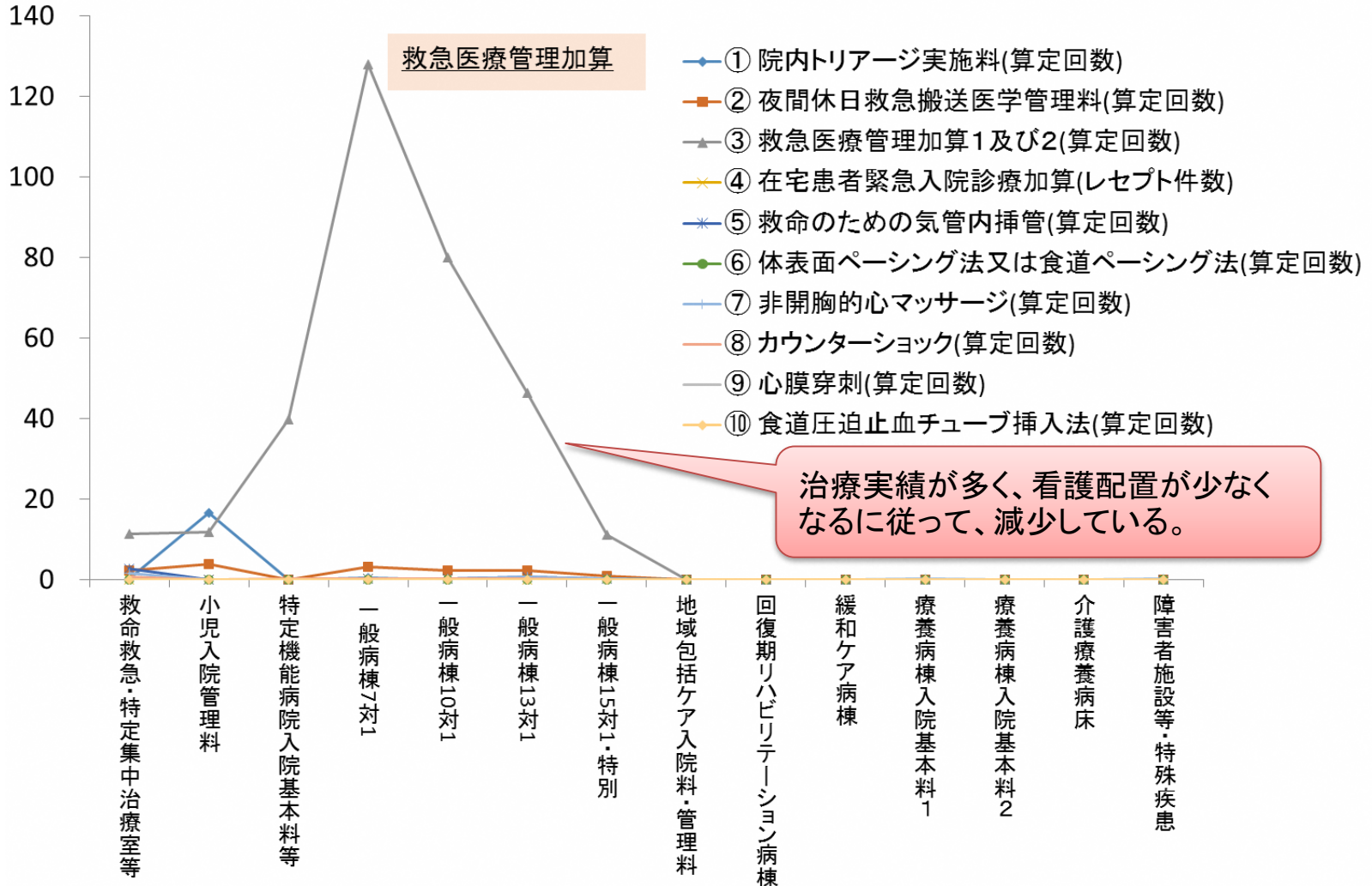
「4がん・脳卒中・心筋梗塞等」では、急性期実態分析指標として、【化学療法】を選択

4. がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況



「6救急医療の実施状況」では、急性期実態分析指標として、【救急医療管理加算】を選択

6. 救急医療の実施状況



「8全身管理の状況」では、急性期実態分析指標として、【呼吸心拍監視(3時間を超えて7日以内)】を選択

● 8. 全身管理の状況

治療実績が多く、看護配置が少なくなるに従って、減少している。

