

参考資料 (医療計画・地域医療構想等について)

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

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)

1 医療計画について

医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

計画期間

- 6年間（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。）

記載事項(主なもの)

○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

二次医療圏

335医療圏（令和2年4月現在）

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

三次医療圏

52医療圏（令和2年4月現在）

※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏）

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。

○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

5事業…5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

基準病床数について(病床の種別ごとの算定方法)

第21回
医療計画の見直し等に関する検討会
(令和2年10月1日)
資料

- 都道府県は医療法第30条の4第2項第17号の規定に基づき、医療計画において、一般病床及び療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床ごとに基準病床数を定めている。

病床種別	基準病床数の算定方法
一般病床 ・ 療養病床	<u>二次医療圏ごとに、医療法施行規則に定める全国一律の算定式により算定。</u>
精神病床	<u>都道府県の区域ごとに、医療法施行規則に定める全国一律の算定式により算定。</u>
感染症病床	<u>都道府県の区域ごとに、感染症法の規定により指定を受けている感染症指定医療機関(※)が有する感染症病床の合算値を基準として算定。</u>
結核病床	<u>都道府県の区域ごとに、結核の予防及び結核患者に対する適正な医療の提供を図るため必要な数を算定。(具体的な算定方法は「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」(平成17年7月19日健感発第0719001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知)で規定。)</u>

※ 感染症法に規定する「特定感染症指定医療機関」、「第一種感染症指定医療機関」、「第二種感染症指定医療機関」に該当する医療機関。感染症法第9条に基づき厚生労働大臣が定める「感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」等において、感染症指定医療機関の指定基準や施設基準が定められている。

● 特定感染症指定医療機関

新感染症の所見がある者又は一類感染症、二類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として厚生労働大臣が指定する病院。全国に数カ所指定。

● 第一種感染症指定医療機関

一類感染症、二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として都道府県知事が指定する病院。
原則、都道府県に1箇所指定。

● 第二種感染症指定医療機関

二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として都道府県知事が指定する病院。
原則、二次医療圏に1箇所指定。

5疾病の考え方

- ・広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病（医療法第30条の4第2項第4号）

具体的な考え方

- ・患者数が多く国民に広く関わるもの
- ・死亡者数が多いなど政策的に重点が置かれるもの
- ・症状の経過に基づくきめ細やかな対応が必要なもの
- ・医療機関の機能に応じた対応や連携が必要なもの

5事業〔救急医療等確保事業〕の考え方

- ・医療の確保に必要な事業（「救急医療等確保事業」（医療法第30条の4第2項第5号））

具体的な考え方

- ・医療を取り巻く情勢から政策的に推進すべき医療
- ・医療体制の構築が、患者や住民を安心して医療を受けられるようになるもの

※ なお、このような考え方から、それぞれの疾病及び事業について、医療計画作成指針では次のことを記載することとしている。

- ①患者動向、医療の現状把握
 - ②必要となる医療機能
 - ③数値目標の設定、必要な施策
 - ④各医療機能を担う医療機関等の名称 等
- （平成29年3月31日付け 医政発0331第57号）

参考（医療計画）

5疾病・5事業及び在宅医療が医療計画に位置付けられるまでの経緯

第5次医療計画(平成20年～)

- ・ 4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)・5事業を位置づけ
- ・ 上記の医療提供体制を推進するためのPDCAサイクルを導入
- ・ 現状把握のための指標や数値目標を例示
 - 指標例:がん検診受診率、喫煙率、緩和ケア実施状況 等
 - 数値目標例:基本方針第7に掲げる諸計画(がん対策推進計画等)に定められる目標を勘案

第6次医療計画(平成25年～)

- ・ 精神疾患及び在宅医療を追加し、5疾病5事業及び在宅医療を位置づけ
- ・ 上記に伴い、指標を追加
- ・ 医療計画の実効性を高めるため、また都道府県間の指標設定のばらつきを改善するため、
 - 必須・推奨指標の提示
 - PDCAサイクルの具体的手順へ「課題抽出」「施策」等を指針に追加

第7次医療計画(平成30年～現在)

- ・ 引き続き、5疾病5事業及び在宅医療を位置づけ
(「急性心筋梗塞」は「心筋梗塞等の心血管疾患」に名称変更)
- ・ 都道府県ごと、二次医療圏ごとの医療提供体制を客観的に比較するため、共通の指標による現状把握が実施できるよう、指標を見直し。

都道府県別の病床の種別毎の病床数（令和2年6月時点）

	総数	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床
全国	1,513,605	325,140	1,888	4,182	294,330	888,065
北海道	92,353	19,625	94	189	20,152	52,293
青森県	16,985	4,338	29	33	2,606	9,979
岩手県	16,486	4,167	38	91	2,244	9,946
宮城県	24,965	6,139	29	40	3,387	15,370
秋田県	14,387	3,907	32	44	1,902	8,502
山形県	14,218	3,500	18	30	2,068	8,602
福島県	24,378	6,261	32	67	3,063	14,955
茨城県	30,883	7,243	48	80	5,587	17,925
栃木県	20,786	4,819	31	30	4,094	11,812
群馬県	23,636	4,993	52	65	4,077	14,449
埼玉県	62,852	13,769	73	130	11,265	37,615
千葉県	59,588	12,341	60	96	10,556	36,535
東京都	126,078	21,643	145	495	22,628	81,167
神奈川県	73,923	13,705	74	166	13,235	46,743
新潟県	26,786	6,242	36	30	3,780	16,698
富山県	15,570	3,094	23	57	4,124	8,272
石川県	16,847	3,691	20	82	3,320	9,734
福井県	10,435	2,179	16	43	1,783	6,414
山梨県	10,684	2,273	28	22	2,036	6,325
長野県	23,239	4,630	46	45	3,461	15,057
岐阜県	19,883	3,863	30	101	3,061	12,828
静岡県	36,897	6,560	48	108	9,175	21,006
愛知県	66,717	12,395	72	155	13,900	40,195
三重県	19,570	4,630	24	30	3,887	10,999

	総数	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床
滋賀県	13,944	2,280	34	63	2,516	9,051
京都府	33,219	5,928	36	183	4,417	22,655
大阪府	104,884	18,242	78	292	20,689	65,583
兵庫県	64,212	11,584	54	150	13,091	39,333
奈良県	16,084	2,887	24	30	2,763	10,380
和歌山県	13,020	2,048	32	15	2,297	8,628
鳥取県	8,421	1,790	12	16	1,814	4,789
島根県	10,036	2,259	30	16	1,837	5,894
岡山県	27,530	5,272	26	135	4,220	17,877
広島県	38,072	8,695	30	109	8,415	20,823
山口県	25,396	5,869	40	60	8,206	11,221
徳島県	13,877	3,575	23	37	3,943	6,299
香川県	14,222	3,279	24	32	2,224	8,663
愛媛県	20,845	4,431	24	36	4,514	11,840
高知県	16,126	3,563	11	75	4,784	7,693
福岡県	83,269	20,918	66	222	18,498	43,565
佐賀県	14,481	4,173	24	30	3,951	6,303
長崎県	25,813	7,806	38	92	5,991	11,886
熊本県	32,859	8,743	44	101	7,702	16,269
大分県	19,699	5,238	40	50	2,446	11,925
宮崎県	18,657	5,839	31	71	3,563	9,153
鹿児島県	32,158	9,362	45	91	7,269	15,391
沖縄県	18,635	5,352	24	47	3,789	9,423

出典：厚生労働省「病院報告（令和2年6月分概数）」

都道府県別の感染症指定医療機関毎の感染症病床数（平成31年4月1日時点）

	感染症病床		
	特定感染症 指定医療機関	第一種感染症 指定医療機関	第二種感染症 指定医療機関
全国	10	103	1,758
北海道	—	2	92
青森県	—	1	28
岩手県	—	2	36
宮城県	—	2	27
秋田県	—	2	30
山形県	—	2	16
福島県	—	2	34
茨城県	—	2	46
栃木県	—	1	30
群馬県	—	2	50
埼玉県	—	4	66
千葉県	2	1	55
東京都	4	8	106
神奈川県	—	2	72
新潟県	—	2	34
富山県	—	2	20
石川県	—	2	18
福井県	—	2	18
山梨県	—	2	28
長野県	—	2	44
岐阜県	—	2	28
静岡県	—	2	46
愛知県	2	2	68
三重県	—	2	22

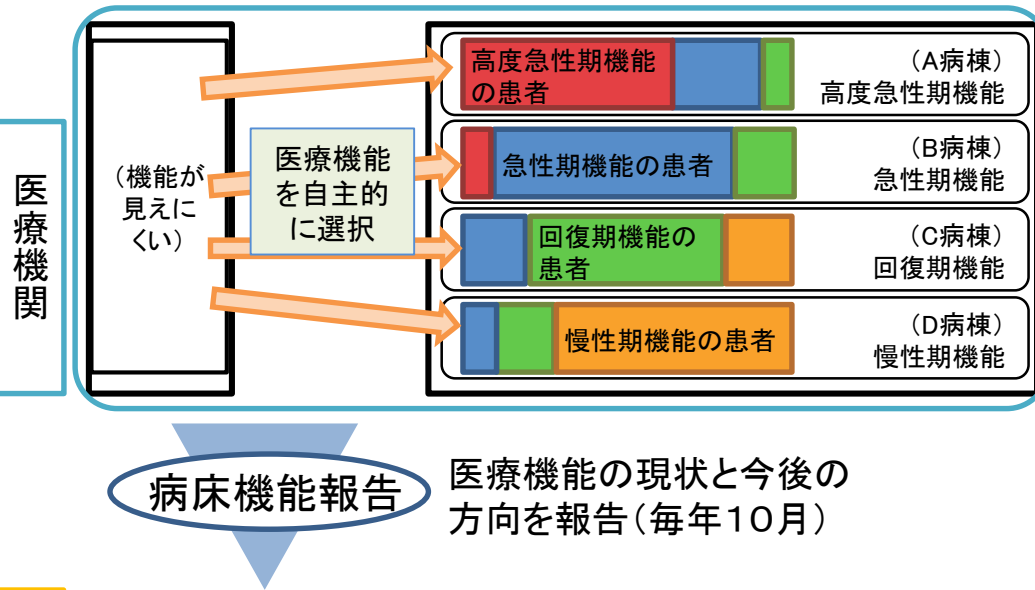
	感染症病床		
	特定感染症 指定医療機関	第一種感染症 指定医療機関	第二種感染症 指定医療機関
滋賀県	—	2	32
京都府	—	2	36
大阪府	2	4	72
兵庫県	—	4	46
奈良県	—	2	22
和歌山県	—	2	30
鳥取県	—	2	10
島根県	—	2	28
岡山県	—	2	24
広島県	—	2	28
山口県	—	2	38
徳島県	—	2	21
香川県	—	2	22
愛媛県	—	2	26
高知県	—	2	9
福岡県	—	2	64
佐賀県	—	2	22
長崎県	—	2	36
熊本県	—	2	46
大分県	—	2	38
宮崎県	—	1	30
鹿児島県	—	1	44
沖縄県	—	4	20

出典：厚生労働省HP「感染症指定医療機関の指定状況（平成31年4月1日現在）」

2 地域医療構想について

地域医療構想について

- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。
- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。



（「地域医療構想」の内容）

1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策

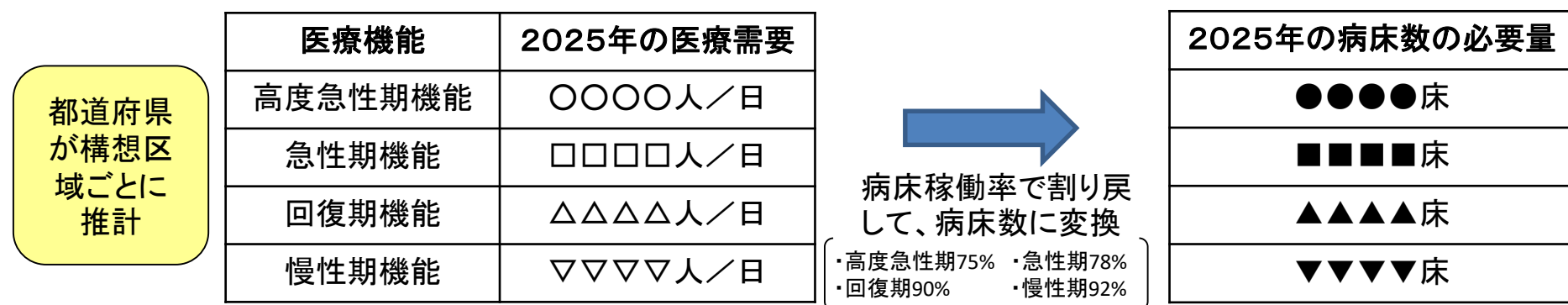
- 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 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。

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

2025年の医療需要及び各医療機能の必要量の推計の基本的考え方

- 地域医療構想は、都道府県が構想区域(原則、二次医療圏)単位で策定。よって、将来の医療需要や病床の必要量についても、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日当たりの入院患者延べ数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療の実態を勘案できるよう、NDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータやDPCデータを分析する。
- 具体的には、患者に対して行われた診療行為を、診療報酬の出来高点数で換算した値(医療資源投入量)の多寡を見ていく。
- その他、推計に当たっては、入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。

- 「経済財政運営と改革の基本方針2020」（令和2年7月17日閣議決定）を踏まえ、「具体的対応方針の再検証等の期限について」（令和2年8月31日付け医政発0831第3号厚生労働省医政局長通知）を发出。

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 (令和2年1月17日付け通知)

当面、都道府県においては、「**経済財政運営と改革の基本方針2019**」における**一連の記載**(※)を基本として、地域医療構想調整会議での議論を進めていただくようお願いする。

※経済財政運営と改革の基本方針2019の記載

- 医療機関の再編統合を伴う場合
→ 遅くとも2020年秋頃
- それ以外の場合
→ 2019年度中

経済財政運営と改革の基本方針2020 (令和2年7月17日閣議決定)

感染症への対応の視点も含めて、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進めるため、**可能な限り早期に工程の具体化**を図る。

具体的対応方針の再検証等の期限について (令和2年8月31日付け通知)

再検証等の期限を含め、地域医療構想に関する取組の進め方について、「経済財政運営と改革の基本方針2020」、社会保障審議会医療部会における議論の状況や地方自治体の意見等を踏まえ、**厚生労働省において改めて整理の上、お示し**することとする。

重点支援区域について

1 背景

経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）において、地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が民間医療機関では担えない機能に重点化され、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、**重点支援区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うこととされた。**

2 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。**

3 選定対象・募集時期

- 「重点支援区域」における事例としての対象は、**「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
- ※ 厚生労働省が分析した急性期機能等について、「診療実績が特に少ない」（診療実績がない場合も含む。）が9領域全てとなっている、又は「類似かつ近接」（診療実績がない場合も含む。）が6領域（人口100万人以上の構想区域を除く。）全てとなっている公立・公的医療機関等
- 重点支援区域申請は、当面の間、**随時募集**する。

【優先して選定する事例】

以下の事例を有する区域については、医療機能再編等を進める上で論点が多岐に渡ることが想定されるため、優先して「重点支援区域」に選定する。

なお、再検証対象医療機関が含まれる医療機能再編等事例かどうかは、選定の優先順位に影響しない。

- ① 複数設置主体による医療機能再編等を検討する事例
- ② できる限り多数（少なくとも関係病院の総病床数10%以上）の病床数を削減する統廃合を検討する事例
- ③ 異なる大学病院等から医師派遣を受けている医療機関の医療機能再編等を検討する事例
- ④ 人口規模や関係者の多さ等から、より困難が予想される事例

4 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令和2年度配分における優先配分
- ・ 新たな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。

5 選定区域

これまでに以下の**9道県12区域**の重点支援区域を選定。

【1回目（令和2年1月31日）に選定した重点支援区域】

- ・ 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）に選定した重点支援区域】

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

新たな病床機能の再編支援について

令和3年度予算案 195億円
 ※地域医療介護総合確保基金(医療分)1,179億円の内数

- 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合意を踏まえて行う自主的に病床を削減する際や病院の統合による病床削減等に取り組む際の財政支援を実施する。【補助スキーム：定額補助(国10/10)】
- 令和3年度以降においては、地域医療構想調整会議における議論の進捗等も踏まえつつ、消費税財源による「医療・介護の充実」とするための法改正を行い、これに基づき病床機能の再編支援を実施する。

「単独病院」の取組に対する財政支援

病床機能の再編をし、病床を削減した病院等（統合により廃止する場合も含む）に対し、削減病床1床あたり、病床稼働率に応じた額を交付

※病床削減後の許可病床数が、平成30年度病床機能報告における稼働病床数の合計の90%以下となること

※許可病床から休床等を除いた稼働している病棟の病床の10%以上を削減する場合に対象

「複数病院」の取組に対する財政支援

【統合支援】 統合（廃止病院あり）に伴い病床を削減する場合の
 コスト等に充当するため、関係病院全体で廃止病床1床あたり、
 病床稼働率に応じた額を関係病院全体へ交付（配分は関係病院で調整）

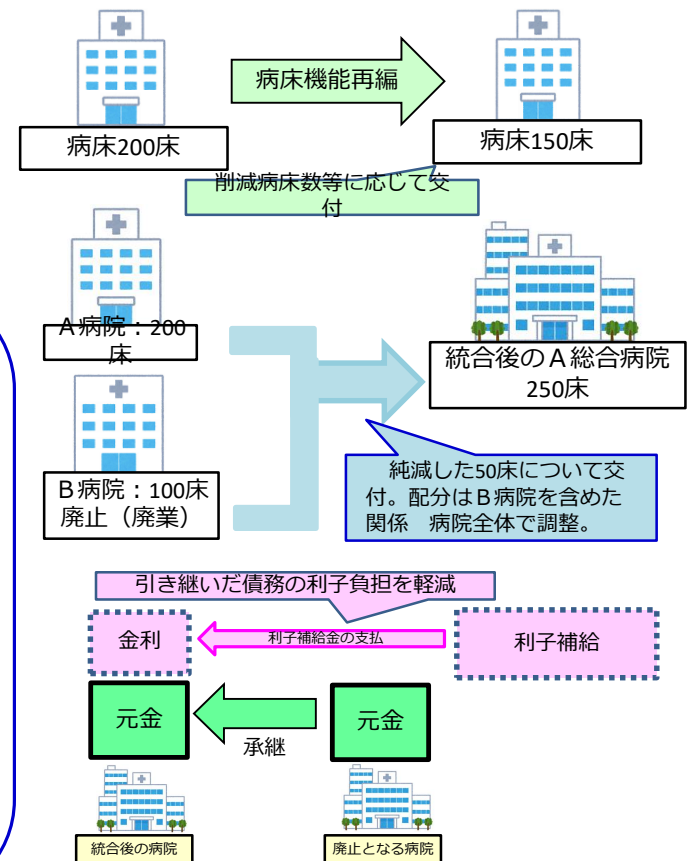
※重点支援区域のプロジェクトについては一層手厚く支援

※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象

【利子補給】 統合（廃止病院あり）に伴い病床を削減する場合に
 おいて、廃止される病院の残債を統合後に残る病院に承継させる
 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
 統合後病院へ交付

※病床数を関係病院の総病床数の10%以上削減する場合に対象

※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。



参考（地域医療構想）

地域医療構想に係るこれまでの経緯について

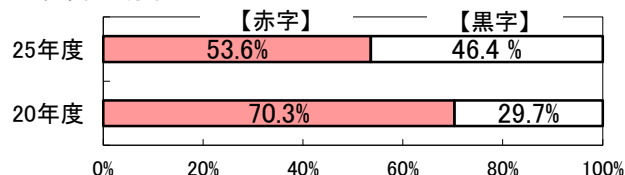
2017年3月	全ての都道府県において地域医療構想(2025年の4機能ごとの必要病床量等)を策定 〔新公立病院改革プラン(2017年3月まで)、公的医療機関等2025プラン(2017年12月まで)の策定〕
～2019年3月	公立・公的医療機関等において、先行して具体的対応方針の策定 ⇒地域医療構想調整会議で合意
2019年 1月～	厚生労働省医政局「地域医療構想に関するワーキンググループ(WG)」において、公立・公的医療機関等の具体的対応方針について議論(再検証に係るものを含む)を開始
3月	第20回構想WG「急性期機能」に着目した再検証の基本的フレームワークについて合意
4月～9月	第21回～第24回構想WG 分析ロジックについて議論
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
3月19日	第25回構想WG 民間医療機関の特性に応じた分析について議論開始
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～12月	第27回～第30回構想WG 新型コロナウイルス感染症を踏まえた構想の考え方・進め方について議論
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・進め方を含め、「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

公立病院改革の推進

- 「新公立病院改革ガイドライン」(平成27年3月)に基づき新公立病院改革プランの策定を要請。
- 平成30年11月末時点で全ての公立病院が新公立病院改革プランを策定済。
- 医療提供体制の改革と連携して公立病院の更なる経営効率化、再編・ネットワーク化等を推進。

公立病院改革ガイドライン(H19年12月)に基づくこれまでの取組の成果

《経営の効率化》



《再編・ネットワーク化》

- ・統合・再編等に取り組んでいる病院数 162病院
- ・再編等の結果、公立病院数は減少 H20 : 943 ⇒ H25 : 892 (△ 51病院)

《経営形態の見直し》

(予定含む数)

- ・地方独立行政法人化(非公務員型) 69病院
- ・指定管理者制度導入(いわゆる公設民営) 21病院
- ・民間譲渡・診療所化 50病院

新公立改革ガイドライン(H27年3月)に基づく更なる改革の推進

1 新公立病院改革プランの策定を要請

- (1) 策定時期: 地域医療構想の策定状況を踏まえつつH27年度又はH28年度中
- (2) プランの内容: 以下の4つの視点に立った取組を明記

地域医療構想を踏まえた役割の明確化

- ・病床機能、地域包括ケア構築等を明確化

経営の効率化

- ・経常収支比率等の数値目標を設定

再編・ネットワーク化

- ・経営主体の統合、病院機能の再編を推進

経営形態の見直し

- ・地方独立行政法人化等を推進

2 都道府県の役割・責任を強化

- 再編・ネットワーク化への積極的な参画、新設・建替へのチェック機能の強化等

3 地方財政措置の見直し

- (1)再編・ネットワーク化への財政措置の重点化(H27年度～)

通常の整備	…… 25%地方交付税措置
再編・ネットワーク化に伴う整備	…… 40%地方交付税措置

- (2)特別交付税措置の重点化(H28年度～)

- 措置率(8割)の導入、都道府県の役割・責任の強化、財政力に応じた算定
- 公的病院等への措置も公立病院に準じて継続

医療介護総合確保推進法(H27年4月施行)に基づく取組(厚生労働省)

- 1 医療提供体制の改革(病床機能の分化・連携)
 - 都道府県が、2025年の機能別の医療需要・必要病床数※と目指すべき医療提供体制等を内容とする **地域医療構想**を策定 (平成29年3月31現在、全ての都道府県で策定済)

※ イメージ

[構想区域単位で策定]

	2025年(推計)	
	医療需要	必要病床数
高度急性期	○○○ 人/日	○○○ 病床
急性期	□□□ 人/日	□□□ 病床
回復期	△△△ 人/日	△△△ 病床
慢性期	▲▲▲ 人/日	▲▲▲ 病床

2 実現するための方策

- 都道府県による「地域医療構想調整会議」の開催
- 知事の医療法上の権限強化(要請・指示・命令等)
- 医療介護総合確保基金を都道府県に設置

連携

新公立病院改革ガイドラインにおける公立病院に期待される主な機能

公立病院に期待される主な機能の具体例

- ①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
- ②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
- ③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
- ④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

【新公立病院改革ガイドライン(平成27年3月)より抜粋】

第2 地方公共団体における新公立病院改革プランの策定

3 新改革プランの内容

(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

公立病院に期待される主な機能を具体的に例示すれば、①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供、②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供、③県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供、④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能などが挙げられる。

前ガイドラインにおいても、改革を通じて、自らの公立病院の果たすべき役割を見直し、改めて明確化すべきことが強調されていたが、今般の公立病院改革は、民間病院を対象に含めた地域医療構想の実現に向けた取組と並行して行われるものであることから、必然的に、公立病院の役割を従来にも増して精査することとなる。

公的医療機関等2025プラン

- **公的医療機関**※、**共済組合**、**健康保険組合**、**国民健康保険組合**、**地域医療機能推進機構**、**国立病院機構**及び**労働者健康安全機構**が開設する**医療機関**、**地域医療支援病院**及び**特定機能病院**について、地域における今後の方向性について記載した「**公的医療機関等2025プラン**」を作成し、策定したプランを踏まえ、**地域医療構想調整会議**においてその役割について議論するよう要請。 ※新公立病院改革プランの策定対象となっている公立病院は除く。

対象病院数

約830病院

(平成29年8月4日付け医政発0804第2号厚生労働省医政局長通知により、各開設主体の長あてに依頼)

記載事項

【基本情報】

- ・医療機関名、開設主体、所在地 等

【現状と課題】

- ・構想区域の現状と課題
- ・当該医療機関の現状と課題 等

【今後の方針】

- ・当該医療機関が今後地域において担うべき役割 等

【具体的な計画】

- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する事項
(例)・4機能ごとの病床のあり方について
・診療科の見直しについて 等
- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する、具体的な数値目標
(例)・病床稼働率、手術室稼働率等、当該医療機関の実績に関する項目
・紹介率、逆紹介率等、地域との連携に関する項目、人件費率等、経営に関する項目 等

策定期限

- **救急医療や災害医療等の政策医療を主として担う医療機関**:平成29年9月末
(3回目の地域医療構想調整会議で議論)
- **その他の医療機関**:平成29年12月末 (4回目の地域医療構想調整会議で議論)

●地域医療構想調整会議の議論のサイクル

4～6月	7～9月	10～12月	1～3月
病床機能報告等のデータ等を踏まえ、各医療機関の役割を明確化	医療機能、事業等ごとの不足を補うための具体策を議論	各役割を担う 医療機関名を挙げ 、機能転換等の具体策の決定	具体的な医療機関名や進捗評価指標、次年度基金の活用等を含む取りまとめ

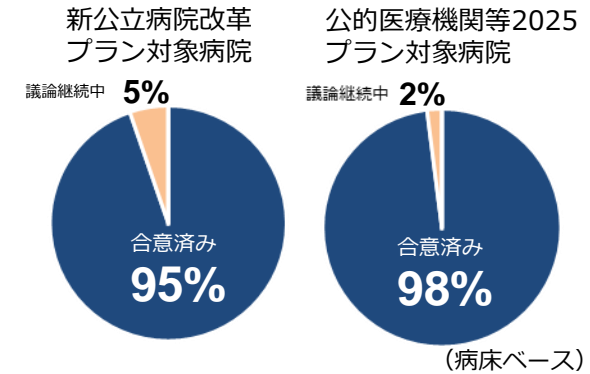
留意点

- 各医療機関におけるプランの策定過程においても、地域の関係者からの意見を聴くなどにより、構想区域ごとの医療提供体制と統合的なプランの策定が求められる。
- 各医療機関は、プラン策定後、速やかにその内容を地域医療構想調整会議に提示し、地域の関係者からの意見を聴いた上で、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制も含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性をはかることが必要。地域医療構想調整会議における協議の方向性との齟齬が生じた場合には、策定したプランを見直すこととする。
- さらに、上記以外の医療機関においても、構想区域ごとの医療提供体制の現状と、現に地域において担っている役割を踏まえた今後の方針を検討することは、構想区域における適切な医療提供体制の構築の観点から重要である。まずは、それぞれの医療機関が、自主的に検討するとともに、地域の関係者との議論を進めることが望ましい。

1. これまでの取り組み

- これまで、2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるように要請した。
- 公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、
 - ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
 - イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
 - ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
 - エ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
 - オ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能が挙げられている。
- 2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

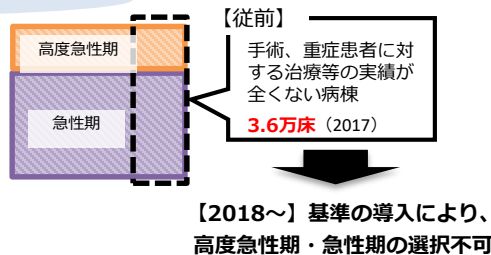
公立・公的医療機関等に関する議論の状況
2019年3月末



地域医療構想の実現のための推進策

○ 病床機能報告における定量的基準の導入

- 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病棟を適正化**



○ 2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命

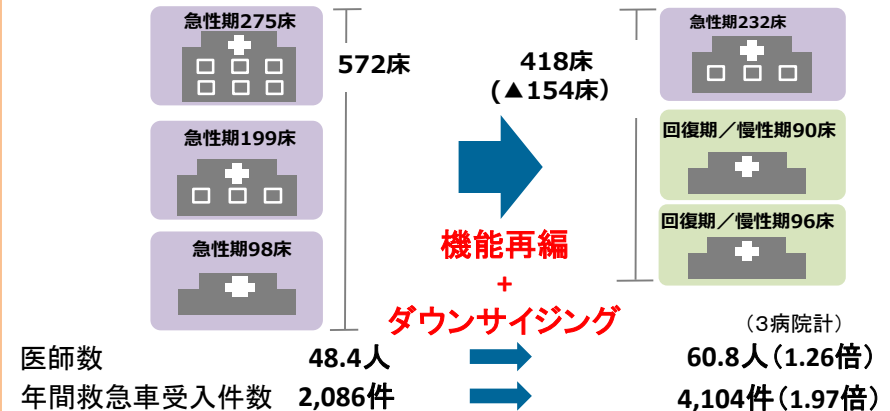
- ・調整会議における議論の支援、ファシリテート
- ・都道府県が行うデータ分析の支援 等 (36都道府県、79名 (平成31年3月))

○ 2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置

○ 介護医療院を創設し、介護療養・医療療養病床からの転換を促進

機能分化連携のイメージ (奈良県南和構想区域)

- 医療機能が低下している3つの救急病院を1つの救急病院(急性期)と2つの回復期/慢性期病院に**再編し、ダウンサイジング**
- 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された

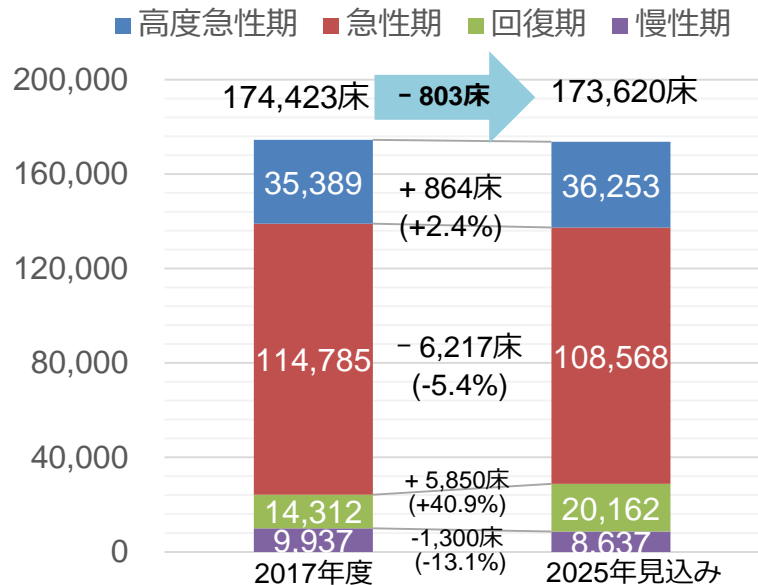


- 高度急性期・急性期病床の削減は数%に留まり、「急性期」からの転換が進んでいない。
- トータルの病床数は横ばい。
- **具体的対応方針の合意内容が地域医療構想の実現に沿ったものになっていないのではないか。**

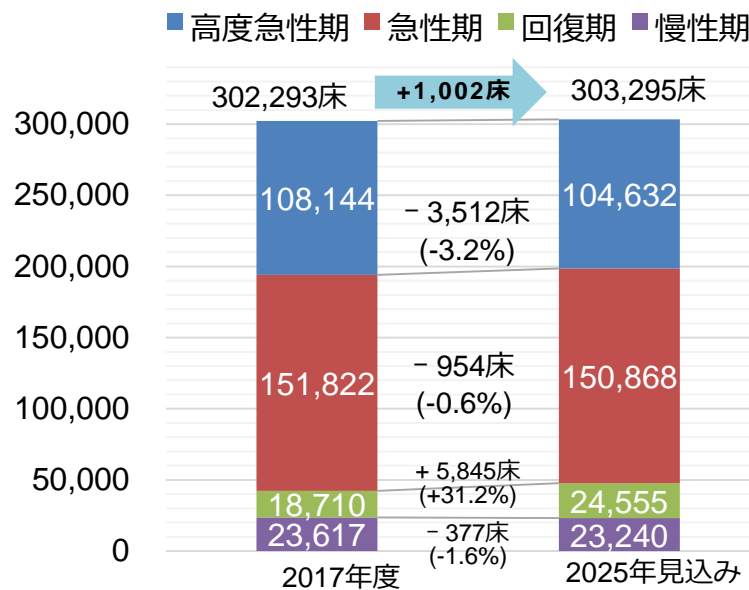
2017年度の病床機能報告と具体的対応方針（2025年度見込）の比較

(参考) 構想区域ごとの状況

公立病院



公的医療機関等



病床数が減少する合意を行った構想区域数

公立分	113	区域
公的等分	115	区域
民間分	131	区域

※1 具体的対応方針策定前の病床数として、2017年度病床機能報告を用いた。

※2 合意に至っていない公立病院・公的医療機関等の病床数は除いて集計。

医政局地域医療計画課調べ（精査中）

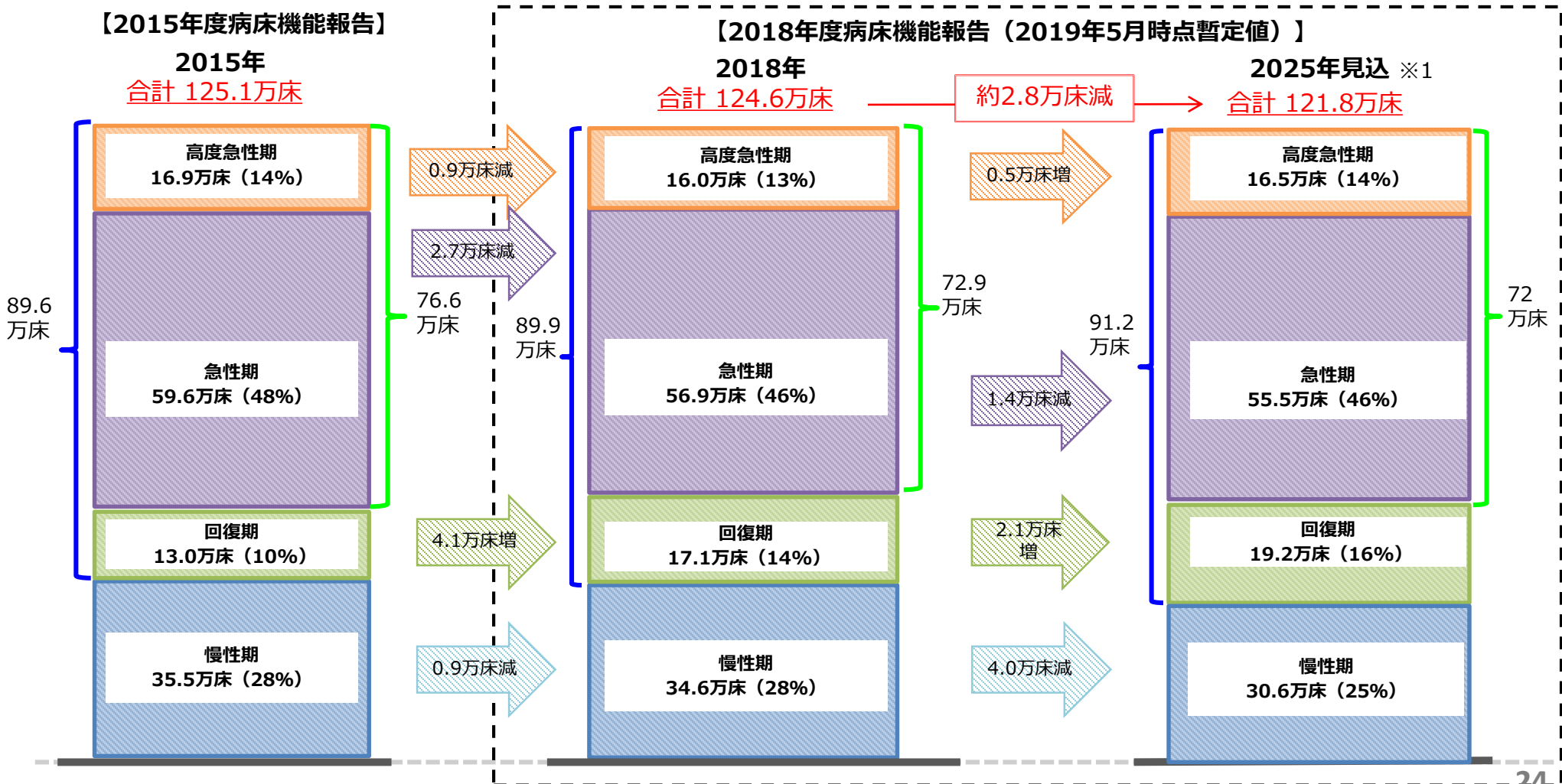
- 2015年度病床数と2025年の病床の必要量を比較すると、「高度急性期+急性期+回復期」の全国の病床数合計は、89.6万床→90.7万床と増加する。
- 公立病院・公的医療機関等の病床のうち、93%※は、高度急性期・急性期・回復期であり、具体的対応方針における2025年のトータルの病床数見込みの評価は慎重に行う必要がある。

※2015年度ベース

病床機能ごとの病床数の推移

- 2025年見込の病床数※1は**121.8万床**となっており、2015年に比べ、**3.3万床減少する見込み**。 ※2
- 機能別にみると、高度急性期+急性期は**4.6万床減少**、回復期は**6.2万床増加**、慢性期は**4.9万床減少**する見込み。

※1：2018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



- 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

2. 今後の取り組み

- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

- 今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、**「診療実績が少ない」** または **「診療実績が類似している」** と位置付けられた **公立・公的医療機関等** に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性** も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合** について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

分析内容

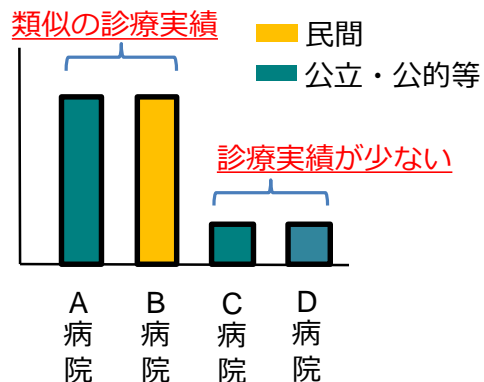
分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

A 各分析項目について、診療実績が特に少ない。

B 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

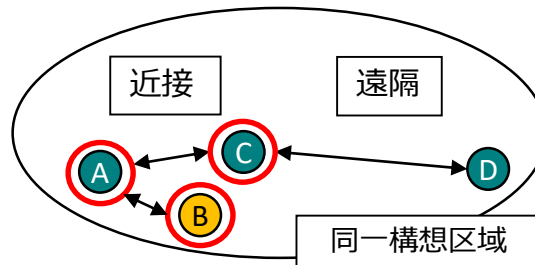
分析のイメージ

- ① 診療実績の **データ分析**
(領域等 (例：がん、救急等) ごと)



- ② 地理的条件の **確認**

類似の診療実績がある場合のうち、**近接**している場合を確認



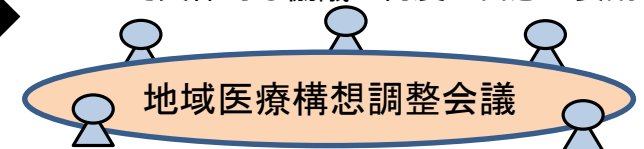
①及び②により
「代替可能性あり」とされた公立・公的医療機関等

- ③ 分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における **検証**

医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、

- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
- **病院の再編統合**

について具体的な協議・再度の合意を要請



【経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定）【抜粋】】

地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。病床の役割分担を進めるためデータを国から提供し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する。これに向けて、介護施設や在宅医療等の提供体制の整備と統合的な慢性期機能の再編のための地域における議論の進め方を速やかに検討する。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事はその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。また、地域医療介護総合確保基金について、具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分する。

【経済財政運営と改革の基本方針2018（平成30年6月15日閣議決定）【抜粋】】

地域医療構想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について、昨年度に続いて集中的な検討を促し、2018年度中の策定を促進する。公立・公的医療機関については、地域の医療需要等を踏まえつつ、地域の民間医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等に重点化するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編・統合の議論を進める。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事はその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する。

【経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）【抜粋】】

2040年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施する。

地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、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、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中（※）に対応方針の見直しを求める。民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。地域医療介護総合確保基金の配分（基金創設前から存在している事業も含む）における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的なPDCAサイクルを構築するとともに、成果の検証等を踏まえ、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。

※医療機関の再編統合を伴う場合については、遅くとも2020年秋ごろまで。

具体的対応方針の再検証等について（令和2年1月17日付け医政局長通知のポイント）

1. 基本的な考え方

- 「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）において「地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行う」とされたことを踏まえ、地域医療構想調整会議における地域の現状や将来像を踏まえた議論を活性化させることを目的に、厚生労働省において、公立・公的医療機関等の高度急性期・急性期機能に着目した診療実績データの分析を実施。
- このうち、「A 診療実績が特に少ない」（診療実績が無い場合も含む。）が9領域全て（以下「A9病院」という。）、又は「B 類似かつ近接」（診療実績が無い場合も含む。）が6領域全て（人口100万人以上の構想区域を除く。以下「B6病院」という。）となっている公立・公的医療機関等の具体的対応方針を再検討の上、地域医療構想調整会議において改めて協議し、合意を得るよう求めるもの。
- 厚生労働省の分析結果は、公立・公的医療機関等の将来担うべき役割や、それに必要な病床数や病床の機能分化・連携等の方向性を機械的に決めるものではない。各公立・公的医療機関等の取組の方向性については、地域医療構想調整会議において、当該分析だけでは判断し得ない地域の实情に関する知見を補いながら、議論を尽くすこと。

2. 再検証要請等の内容

（1）再検証対象医療機関（A9・B6病院）の具体的対応方針の再検証

以下①～③についてA9・B6病院で検討の上、その検討結果を調整会議で協議すること。

B6病院が所在する構想区域の調整会議では、④についても協議すること。

A9病院が所在する構想区域の調整会議では、必要に応じて、④についても協議すること。

- ① 現在の地域の急性期機能、人口の推移、医療需要の変化等、医療機関を取り巻く環境を踏まえ、2025年を見据えた自医療機関の役割の整理
- ② ①を踏まえた上で、分析の対象とした領域ごとの医療機能の方向性（他の医療機関との機能統合や連携、機能縮小等）
- ③ ①②を踏まえた4機能別の病床の変動

【構想区域全体の2025年の医療提供体制の検証】

- ④ 構想区域全体における領域ごとの2025年の各医療機関の役割分担の方向性等（必要に応じて、病床数や医療機能を含む。）

（2）一部の領域で「診療実績が特に少ない」又は「類似かつ近接」に該当する公立・公的医療機関等（A1～8・B1～5病院）への対応

調整会議において、A1～8・B1～5病院（人口100万人以上の構想区域を除く。）の具体的対応方針について改めて議論すること。（※）

具体的対応方針の見直しが必要と調整会議が判断した場合、当該医療機関は具体的対応方針の見直しを行い、調整会議で改めて協議の上、合意を得ること。

※ 2019年3月までに合意された具体的対応方針における役割及び病床数が現状から変更がないもの等については、将来の医療需要等を踏まえてその妥当性を確認することに留意。

（3）H29病床機能報告未報告医療機関等への対応

調整会議において、H29病床機能報告未報告等医療機関等は、具体的対応方針の妥当性について、直近の自医療機関の実績等を踏まえて説明すること。調整会議において合意が得られなければ、具体的対応方針を見直し、調整会議で改めて協議の上、合意を得ること。

3. 主な留意事項

- 定例的な調整会議の会議資料や議事録等はできる限り速やかな公表に努めること。ただし、国から提供した分析結果は、都道府県の最終確認を踏まえ国が確定するまでは、当該資料等については非公表として取り扱うこと。
また、随時開催を組み合わせながら、より多くの医療機関の参画が得られるような工夫をすること。
- 公立・公的医療機関等については、開設主体ごとに期待される役割や税制上・財政上の措置等の違いに留意が必要。等

4. 今後の進め方及び議論の状況把握

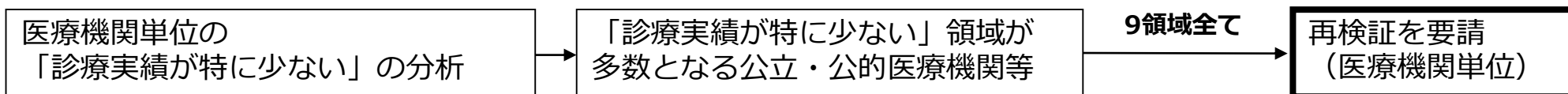
当面、「経済財政運営と改革の基本方針2019」を基本として、調整会議での議論を進めること。

今後、厚生労働省において、再検証に係る地域医療構想調整会議の議論の状況を把握し、2020年度から2025年までの具体的な進め方（スケジュール等）については、状況把握の結果及び地方自治体の意見を踏まえ、整理の上改めて通知予定。

診療実績の分析と再検証の要請の流れ（イメージ）について

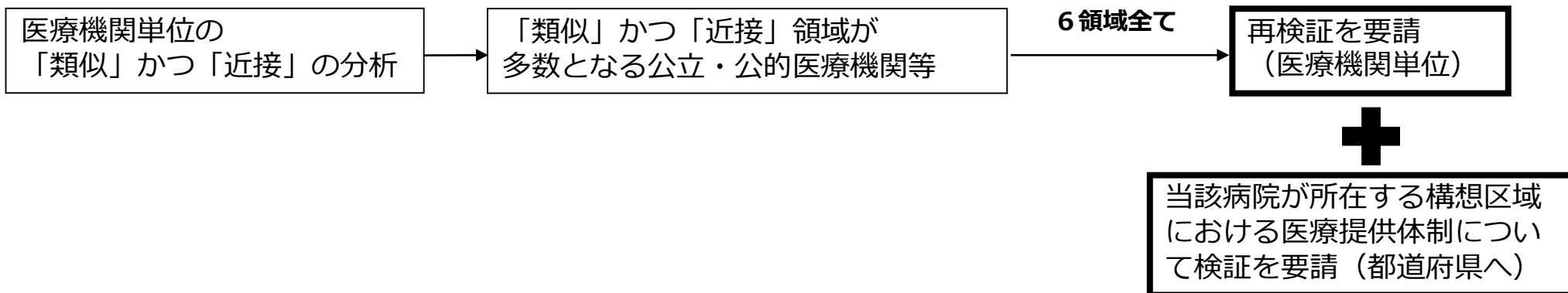
A) 「診療実績が特に少ない」の分析（がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能の9領域）

- 各医療機関が所在する構想区域の人口規模によって診療実績は影響を受けることから、構想区域を①「人口100万人以上」、②「人口50万人以上100万人未満」、③「人口20万人以上50万人未満」、④「人口10万人以上20万人未満」、⑤「人口10万人未満」の5つのグループに分けて、診療実績の分析を行う。



注) 人口100万人以上の構想区域も含む。

B) 「類似かつ近接」の分析（がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期の6領域）



注) 人口100万人以上の構想区域に所在する公立・公的医療機関等は、類似の状況にある医療機関が多数に及ぶことから別に整理が必要なため、今回は「類似かつ近接」に係る再検証は要請せず、今後、必要な検討を行うこととする。ただし、分析結果は公表する。

3 新型コロナウイルス感染症対応の状況

- 都道府県は、感染症法第10条に基づき、国が定める感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針(基本指針)に則して、感染症の予防のための施策の実施に関する計画(予防計画)を定めることとされている。

【感染症法第9条第1項】

厚生労働大臣は基本指針を定めなければならない。

【感染症法第10条第1項】

都道府県は、基本指針に則して、予防計画を定めなければならない。

基本指針【告示】

- 基本指針は、次に掲げる事項について定めることとされている。
(感染症法第9条第2項)

- 1 感染症の予防の推進の基本的な方向
- 2 感染症の発生の予防のための施策に関する事項
- 3 感染症のまん延の防止のための施策に関する事項
- 4 感染症にかかる医療を提供する体制の確保に関する事項
- 5 感染症及び病原体等に関する調査及び研究に関する事項
- 6 感染症にかかる医療のための医薬品の研究開発の推進に関する事項
- 7 病原体等の検査の実施体制及び検査能力の向上に関する事項
- 8 感染症の予防に関する人材の養成に関する事項
- 9 感染症に関する啓発及び知識の普及並びに感染症の患者等の人権の尊重に関する事項
- 10 特定病原体等を適正に取り扱う体制の確保に関する事項
- 11 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策(国と地方公共団体及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。)に関する事項
- 12 その他感染症の予防の推進に関する重要事項

基本指針で定める事項(※)

※ 基本指針で定める事項のうち1～11の事項については、指針の中で、予防計画を策定する際の留意点が示されている。

- 基本指針は、施行後の状況変化等に的確に対応する必要があること等から、少なくとも5年ごとに再検討を加え、必要があると認めるときは変更する。

予防計画

- 予防計画は、次に掲げる事項について定めることとされている。
(感染症法第10条第2項)

- 1 地域の実情に即した感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策に関する事項

【規定が望ましい事項(基本指針より抜粋)】

- ・ 感染症発生動向調査のための体制の構築に関する事項
- ・ 都道府県等における保健所及び地方衛生研究所の役割分担及び両者の連携に関する事項
- ・ 対人措置及び対物措置を実施する際の留意点や関係各機関の連携に関する事項
- ・ 積極的疫学調査のための体制の構築に関する事項
- ・ 新感染症の発生時の対応に関する事項 等

- 2 地域における感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項

【規定が望ましい事項(基本指針より抜粋)】

- ・ 第一種、第二種感染症指定医療機関の整備目標に関する事項
- ・ 感染症の患者の移送体制に関する事項
- ・ 医薬品の備蓄又は確保に関する事項
- ・ 平時及び患者発生後の対応時における一般の医療機関における感染症の患者に対する医療の提供に関する事項 等

- 3 緊急時における感染症の発生の予防及びまん延の防止並びに医療の提供のための施策(国との連携及び地方公共団体相互間の連絡体制の確保を含む。)

【規定が望ましい事項(基本指針より抜粋)】

- ・ 感染症のまん延を防止するため必要な情報の収集、分析及び公表に関する事項
- ・ 緊急時における初動措置の実施体制の確立に関する事項 等

- 予防計画は、基本指針が変更された場合には再検討を加え、必要があると認めるときは変更する。(都道府県が予防計画の実施状況に関する調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときも同様。)

新型インフルエンザ等対策特別措置法の概要

～危機管理としての新型インフルエンザ及び全国的かつ急速なまん延のおそれのある新感染症対策のために～

新型インフルエンザ及び全国的かつ急速なまん延のおそれのある新感染症に対する対策の強化を図り、国民の生命及び健康を保護し、国民生活及び国民経済に及ぼす影響が最小となるようにする。

1. 体制整備等

(1) 行動計画の作成等の体制整備

① 国、地方公共団体の行動計画の作成、物資・資材の備蓄、訓練、国民への知識の普及

② 指定公共機関(医療、医薬品・医療機器の製造・販売、電力、ガス、輸送等を営む法人)の指定・業務計画の作成

(2) 権利に制限が加えられるときであっても、当該制限は必要最小限のものとする

(3) 発生時に国、都道府県の対策本部を設置、新型インフルエンザ等緊急事態に市町村の対策本部を設置

(4) 発生時における特定接種(登録事業者(※)の従業員等に対する先行的予防接種)の実施

※医療提供又は国民生活・国民経済の安定に寄与する業務を行う事業者であって、厚生労働大臣の登録を受けているもの

(5) 海外発生時の水際対策の的確な実施

「新型インフルエンザ等緊急事態宣言」

新型インフルエンザ等(国民の生命・健康に著しく重大な被害を与えるおそれがあるものに限る)が国内で発生し、全国的かつ急速なまん延により、国民生活及び国民経済に甚大な影響を及ぼすおそれがあると認められるとき

2. 「新型インフルエンザ等緊急事態」発生の際の措置

① 外出自粛要請、興行場、催物等の制限等の要請・指示(潜伏期間、治癒するまでの期間等を考慮)

② 住民に対する予防接種の実施(国による必要な財政負担)

③ 医療提供体制の確保(臨時の医療施設等)

④ 緊急物資の運送の要請・指示

⑤ 政令で定める特定物資の売渡しの要請・収用

⑥ 埋葬・火葬の特例

⑦ 生活関連物資等の価格の安定(国民生活安定緊急措置法等の的確な運用)

⑧ 行政上の申請期限の延長等

⑨ 政府関係金融機関等による融資

等



新型コロナウイルス感染症の発生状況

【国内事例】括弧内は前日比

※令和2年10月15日24時時点

	PCR検査 実施人数(※3)	陽性者数	入院治療等を要する者		退院又は療養解除と なった者の数	死亡者数	確認中(※4)
				うち重症者			
国内事例(※1,※5) (チャーター便帰国 者を除く)	2,153,990 (+20,737)	90,354 (+703) ※2	5,176 (+122)	148 (+2) ※6	83,509 (+610)	1,649 (+4)	64 (-17)
空港検疫	243,589 (+1,744) ※7	1,062 (+4)	134	0	927 (+4)	1	0
チャーター便 帰国者事例	829	15	0	0	15	0	0
合計	2,398,408 (+22,481)	91,431 (+707) ※2	5,310 (+122)	148 (+2) ※6	84,451 (+614)	1,650 (+4)	64 (-17)

- ※1 チャーター便を除く国内事例については、令和2年5月8日公表分から（退院者及び死亡者については令和2年4月21日公表分から）、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイトで公表している数等を積み上げたものに変更した。
- ※2 新規陽性者数は、各自治体がプレスリリースしている個別の事例数（再陽性例を含む）を積み上げて算出したものであり、前日の総数からの増減とは異なる場合がある。
- ※3 一部自治体については件数を計上しているため、実際の人数より過大となっている。件数ベースでウェブ掲載している自治体については、前日比の算出にあたって件数ベースの差分としている。前日の検査実施人数が確認できない場合については最終公表時点の数値との差分を計上している。
- ※4 PCR検査陽性者数から入院治療等を要する者の数、退院又は療養解除となった者の数、死亡者の数を減じて厚生労働省において算出したもの。なお、療養解除後に再入院した者を陽性者数として改めて計上していない県があるため、合計は一致しない。
- ※5 国内事例には、空港検疫にて陽性が確認された事例を国内事例としても公表している自治体の当該事例数は含まれていない。
- ※6 一部の都道府県における重症者数については、都府県独自の基準に則って発表された数値を用いて計算しており、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者は含まれていない。
- ※7 空港検疫については、7月29日から順次、抗原定量検査を実施しているため、同検査の件数を含む。

【上陸前事例】括弧内は前日比

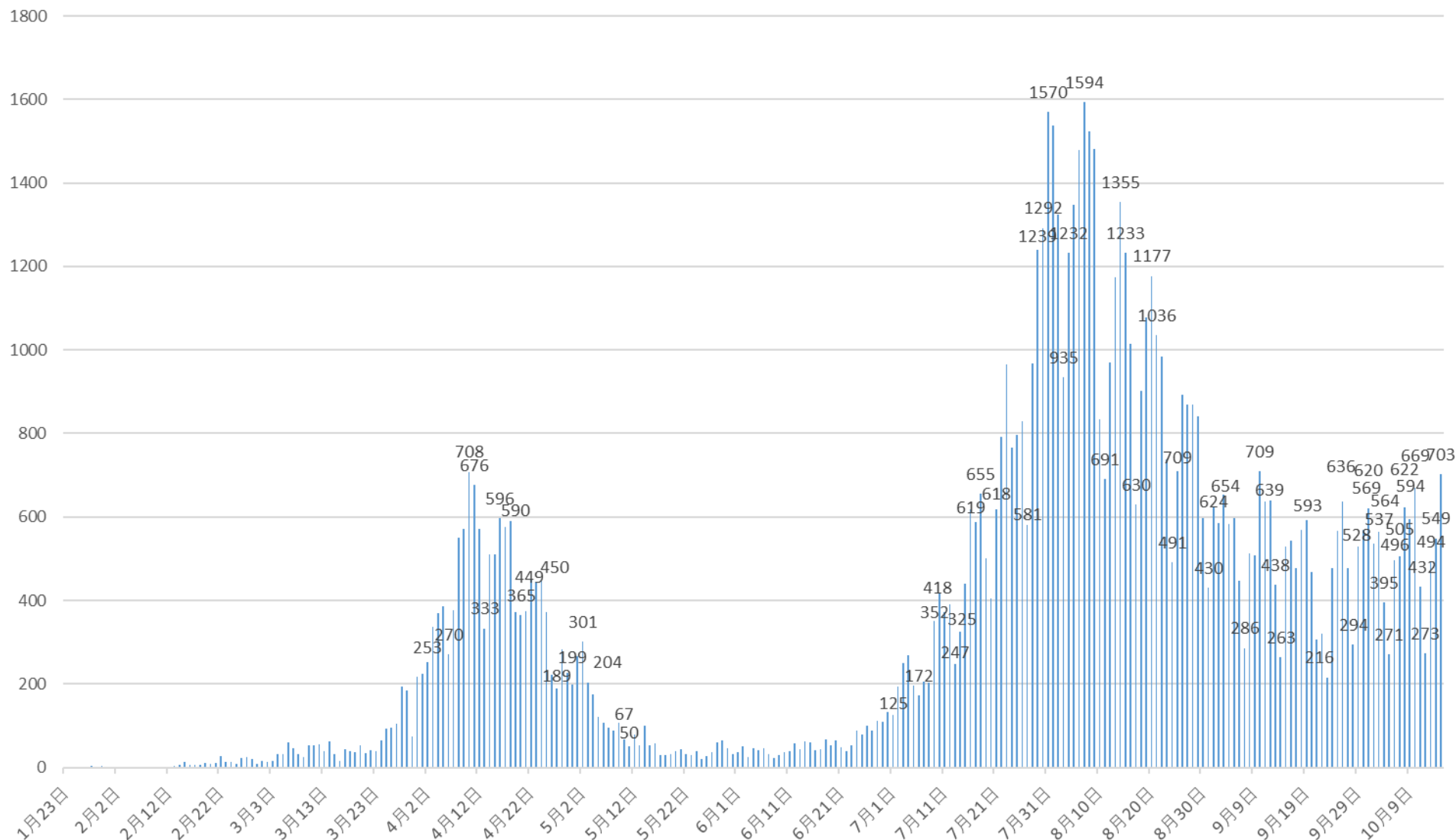
	PCR検査陽性者 ※【 】は無症状病原体保有者数	退院等している者	人工呼吸器又は集中治療室 に入院している者 ※4	死亡者
クルーズ船事例 (水際対策で確認) (3,711人) ※1	712 ※2 【331】	659 ※3	0 ※6	13 ※5

- ※1 那覇港出港時点の人数。うち日本国籍の者1,341人
- ※2 船会社の医療スタッフとして途中乗船し、PCR陽性となった1名は含めず、チャーター便で帰国した40名を含む。国内事例同様入院後に有症状となった者は無症状病原体保有者数から除いている。
- ※3 退院等している者659名のうち有症状364名、無症状295名。チャーター便で帰国した者を除く。
- ※4 37名が重症から軽～中等症へ改善(うち37名は退院)
- ※5 この他にチャーター便で帰国後、3月1日に死亡したとオーストラリア政府が発表した1名がいる。
- ※6 新型コロナウイルス関連疾患が軽快後、他疾患により重症の者が1名いる。

新型コロナウイルス感染症の国内発生動向

報告日別新規陽性者数

令和2年10月15日24時時点



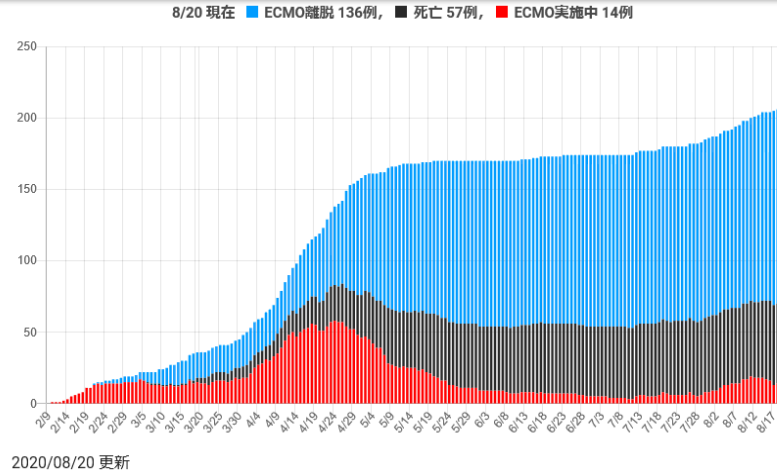
※1 都道府県から数日分まとめて国に報告された場合には、本来の報告日別に過去に遡って計上している。なお、重複事例の有無等の数値の精査を行っている。
※2 5月10日まで報告がなかった東京都の症例については、確定日に報告があったものとして追加した。

重症者数の推移

第75回
社会保障審議会医療部会
(令和2年8月24日)
資料1

〇ピーク時の状況には至っていない。人工呼吸器を装着した方でも軽快する患者は多い。

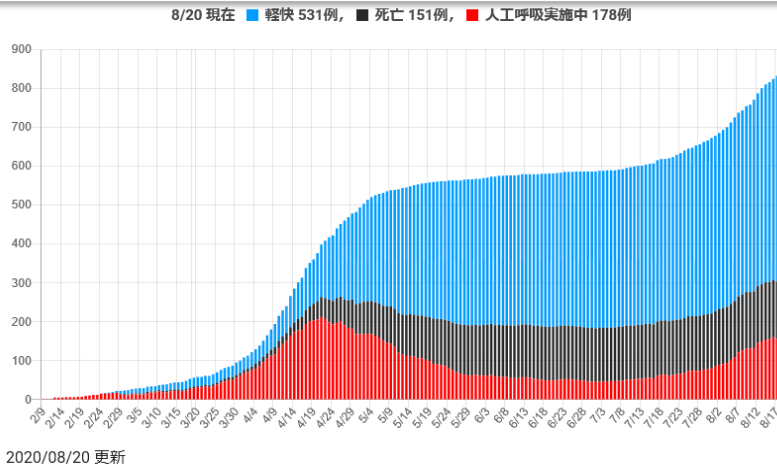
コロナ患者に対するECMO治療の成績累計（全国）



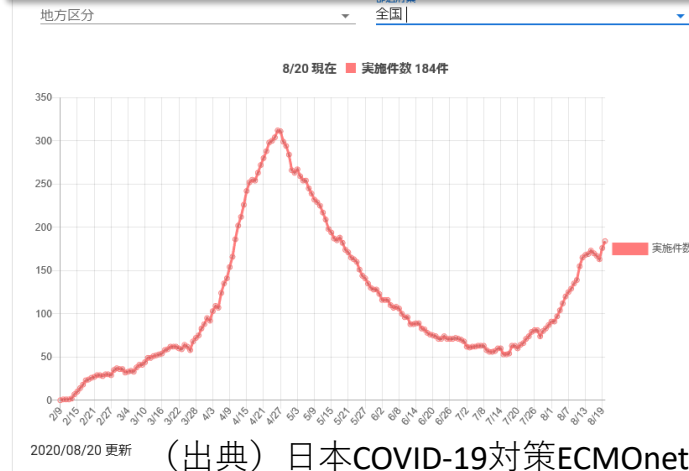
コロナ患者に対するECMO装着数の推移（全国）



コロナ患者に対する人工呼吸器治療（ECMOを除く。）の成績累計（全国）



コロナ患者に対する人工呼吸器装着数（ECMOを含む。）の推移（全国）



(出典) 日本COVID-19対策ECMOnet HPより

今後の感染拡大を見据えた医療体制整備の再構築について（概要）

医療体制整備の再構築に当たっての基本的な考え方

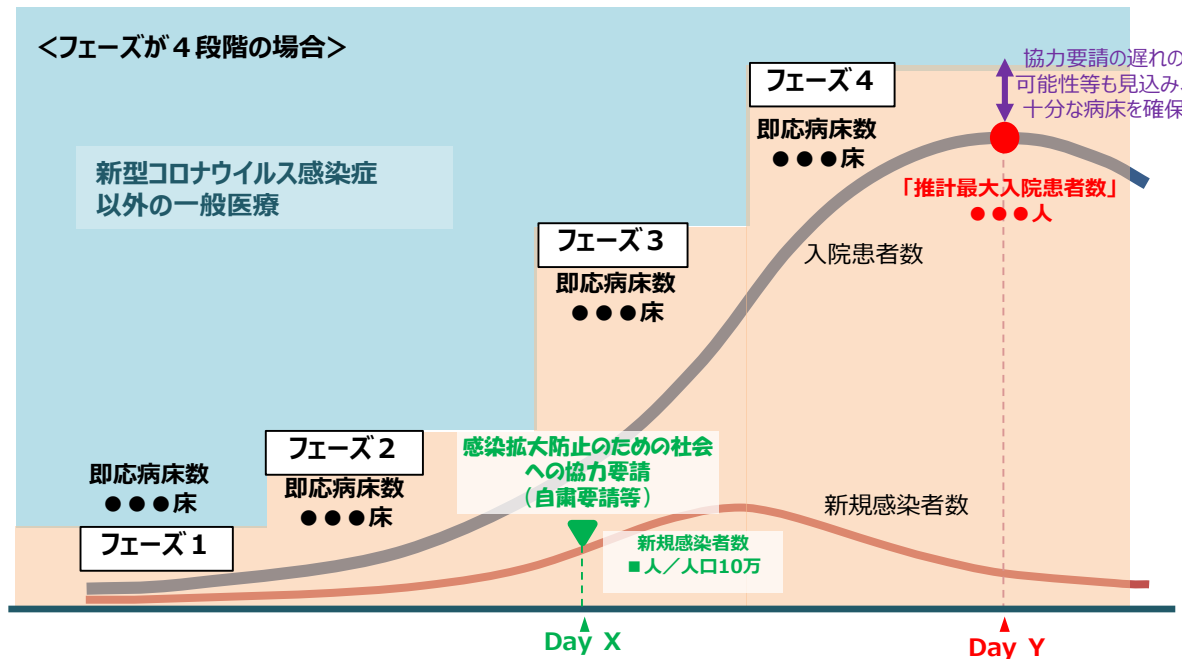
- 新たな医療提供体制整備は、これまで同様、**都道府県が主体となって推進**し、達成することを基本とする。
- **都道府県は、保健所・保健所設置市との連携を平時から構築**する。
- 医療提供体制を再構築するに当たっては、「**新型コロナウイルス感染症との共存**」も見据えた**中長期的な目線で体制を整備**。
- **新型コロナウイルス感染症患者に対する医療と、他の疾患等の患者に対する必要な医療を両立して確保**することを目指す。
- 医療提供体制の整備は、**国内実績を踏まえた新たな患者推計**をもとに、感染ピーク時のみならず、感染拡大の経過や収束時期も見据え、**時間軸を踏まえたフェーズに応じた病床確保等の実施**。
- **感染拡大防止のための社会への協力要請（自粛要請等）を行う時期の違い**によって、その後の**患者数や必要となる医療資源だけではなく、収束するまでの時間にも影響**を及ぼすことを踏まえた対応を行う。

更なる後押し

第二次補正予算と連動 ● 新型コロナ緊急包括支援交付金の増額及び対象拡大、診療報酬の特例的な対応、PCR等の検査体制のさらなる強化 等

新たな患者推計を踏まえた医療体制整備のイメージ

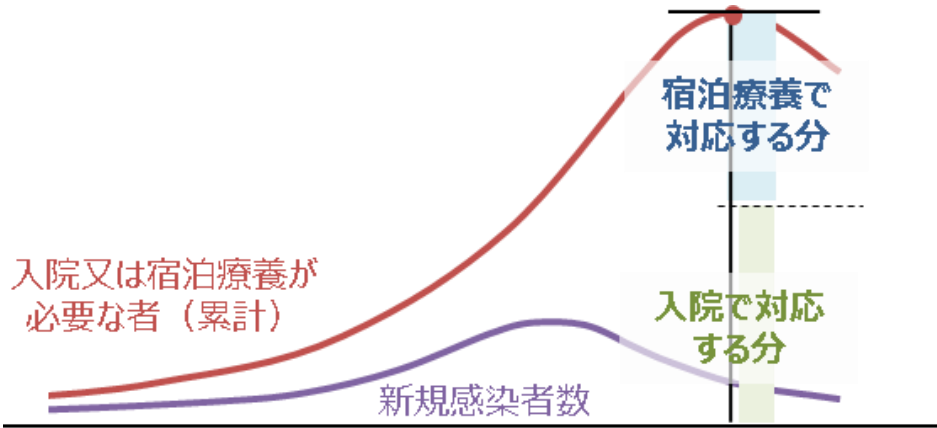
- 都道府県は、**国内の感染実績を踏まえた新たな患者推計**モデルに基づき、都道府県ごとの実状を加味した**患者推計**の結果及び**必要な病床数**を算出。国は、推計に必要な推計ツールや基本的考え方を提示。
- 今回の推計では、**時間軸を考慮**し、ある時点を基点に、その後の経過日数時点(フェーズ)における**入院患者数**等を予測可能。
- 各フェーズで必要な病床数を確保することにより、それ以外の病床において**他の疾患等の患者に対する一般医療の提供を確保**。



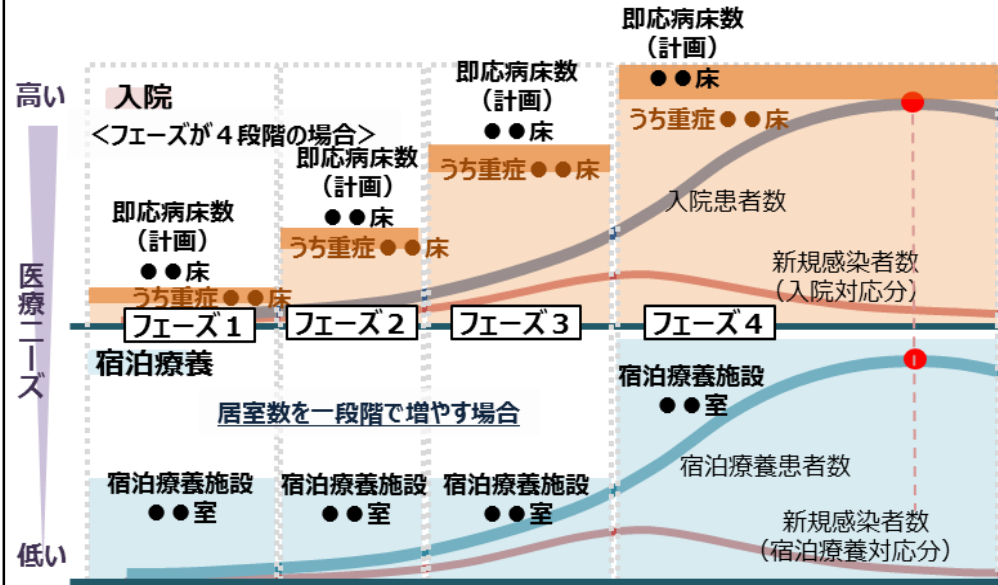
⇒ 本年6月末に、事務連絡を発出し都道府県に対し、病床確保計画策定を依頼。全都道府県において策定完了。

病床・宿泊療養施設の確保の考え方

新たな患者推計における入院と宿泊療養による対応



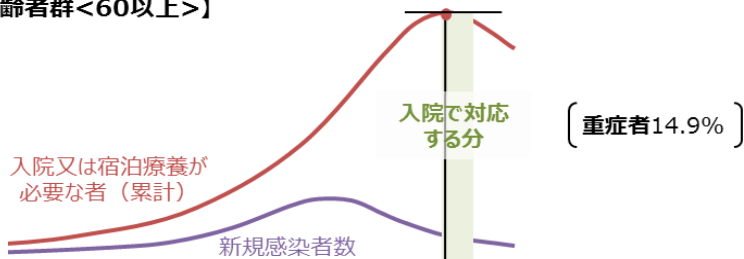
病床・宿泊療養施設の確保計画のイメージ



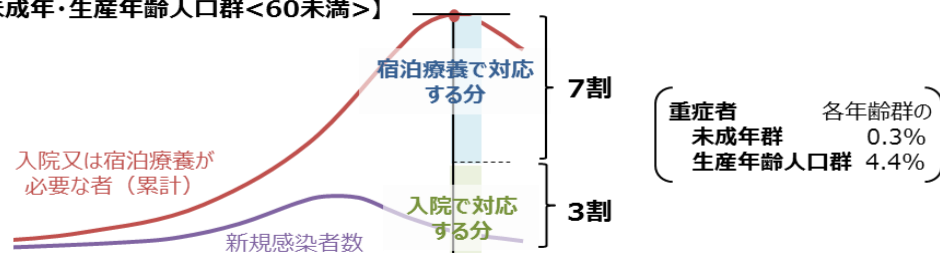
入院率・重症化率の考え方

- 新たな患者推計では、高齢者が重症化しやすい等の実態を踏まえて入院率・重症化率を設定。
 - 高齢者群は重症化のハイリスク群であることから、**全員について入院管理と想定**
 - 他の年齢群では、諸外国におけるデータも踏まえ、**入院治療を必要とする患者が当該年齢群の診断者の30%であると想定**
 - 重症者の割合は、過去の患者発生動態を踏まえ、**全年齢で7.7%（未成年群0.3%、生産年齢人口群4.4%、高齢者群14.9%）と想定。**

【高齢者群<60以上>】



【未成年・生産年齢人口群<60未満>】



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

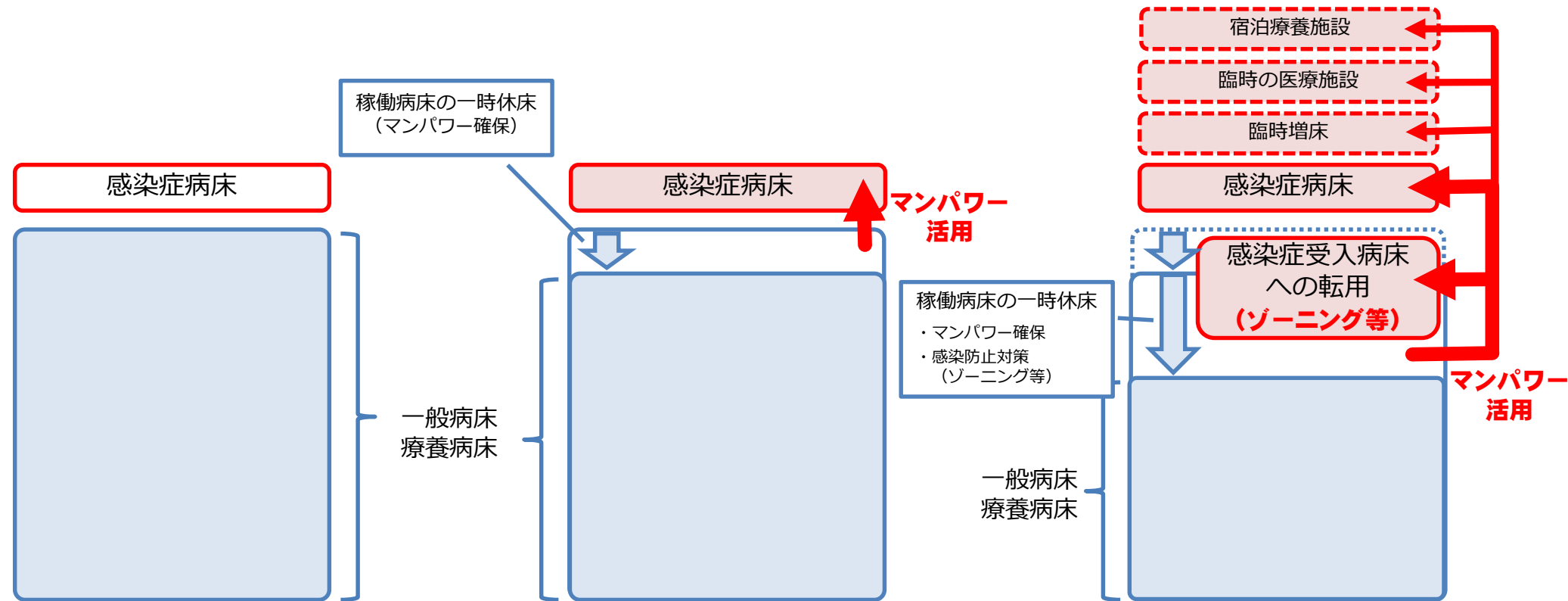
平時



感染症発生初期の対応



感染拡大時の対応
(感染症に係る短期的な医療需要への対応)



新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた医療法上の開設・増床の臨時的な緩和措置の変遷

第21回医療計画の見直し等に関する検討会（令和2年10月1日）資料

通知等	適用範囲	措置の概要	備考
令和2年2月10日付け 医政局総務課・地域医療 計画課連名事務連絡	全医療機関	新型コロナウイルス感染症の患者及び疑似症患者を 感染症病床以外の病室に入院 させることに対する医療法の取扱いとして、医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第10条ただし書きの 臨時応急の場合に該当 することを明示。	暫定的な取扱いとして適用
令和2年2月17日付け 医政局総務課、地域医療 計画課、健康局結核 感染症課連名事務連絡	全医療機関	新型コロナウイルス感染症の患者及び疑似症患者を、緊急時の対応として、 感染症病床の病室に定員を超過して入院 させる場合や、 処置室等病室以外の場所 に入院させる場合は、医療法施行規則第10条ただし書きの 臨時応急の場合に該当 することを明示。	緊急時の一次的なものとして適用
令和2年4月10日付け 医政局長通知	①国開設※ の病院 ②国開設以外 の病院 ③診療所	①新型コロナウイルス感染症患者等に関する診断及び治療に係る病床の確保のため、 病院の開設又は病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更 をしようとするときの医療法第7条の2第7項に基づく厚生労働大臣への協議について、地域医療構想調整会議での協議及び都道府県医療審議会の意見聴取は要しないこととした。 ②新型コロナウイルス感染症患者等に関する診断及び治療に係る病床の確保のための 病院の開設の許可又は病院の病床数の増加若しくは病床の種別の変更の許可 の際に都道府県知事が行う、医療法施行令(昭和23年政令第326号)第5条の3第2項に基づく 厚生労働大臣への協議について、地域医療構想調整会議での協議及び都道府県医療審議会の意見聴取は要しないこととした。 ③新型コロナウイルス感染症患者等に関する診断及び治療に係る病床の確保のための 診療所における病床の設置 については、医療法施行規則第1条の14第7項第2号で定める場合に該当し、都道府県知事が必要と認める診療所については、医療法第7条第3項の 許可を不要とし、地域医療構想調整会議及び都道府県医療審議会の意見聴取は、事後の適切な時期に行って差し支えないこととした。	感染が収束するまで適用
令和2年4月17日付け 医政局総務課、地域医療 計画課、健康局結核感 染症課連名通知	①新規開設 の医療機関 ②新規開設 の診療所	①地域における新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、同地域の医療提供体制の確保に資するよう、同感染症が収束するまでの間の対応として 新たに医療機関を開設 しようとする場合には、開設予定者が、適正かつ安全な医療を提供するための医療法に規定する義務(施設・人員・構造設備基準、医療安全等)を行うことが可能であると認められることを確認した上で、同法第7条第1項又は第8条の規定に基づく 医療機関の開設に係る許可の申請又は届出は適切な時期に事後的に行うこととして差し支えないこととした。 ②医療法施行規則第1条の14第7項第2号又は第5号(新型インフルエンザ等対策特別措置法第38条第1項の特定都道府県の区域内において開設される診療所に限る。)に該当し、 病床設置 を伴う場合は、法第7条第3項に規定する許可は要せず、法第7条の2第7項及び令第5条の3第2項の規定に基づく 厚生労働大臣への協議についても要しないこととした。	感染症が収束するまで適用

※ 国のほか、国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構、独立行政法人海技教育機構、独立行政法人労働者健康安全機構、独立行政法人国立病院機構、国立研究開発法人国立がん研究センター、国立研究開発法人国立循環器病研究センター、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター、国立研究開発法人国立国際医療研究センター、国立研究開発法人国立成育医療研究センター、国立研究開発法人国立長寿医療研究センター及び国立大学法人を含む。

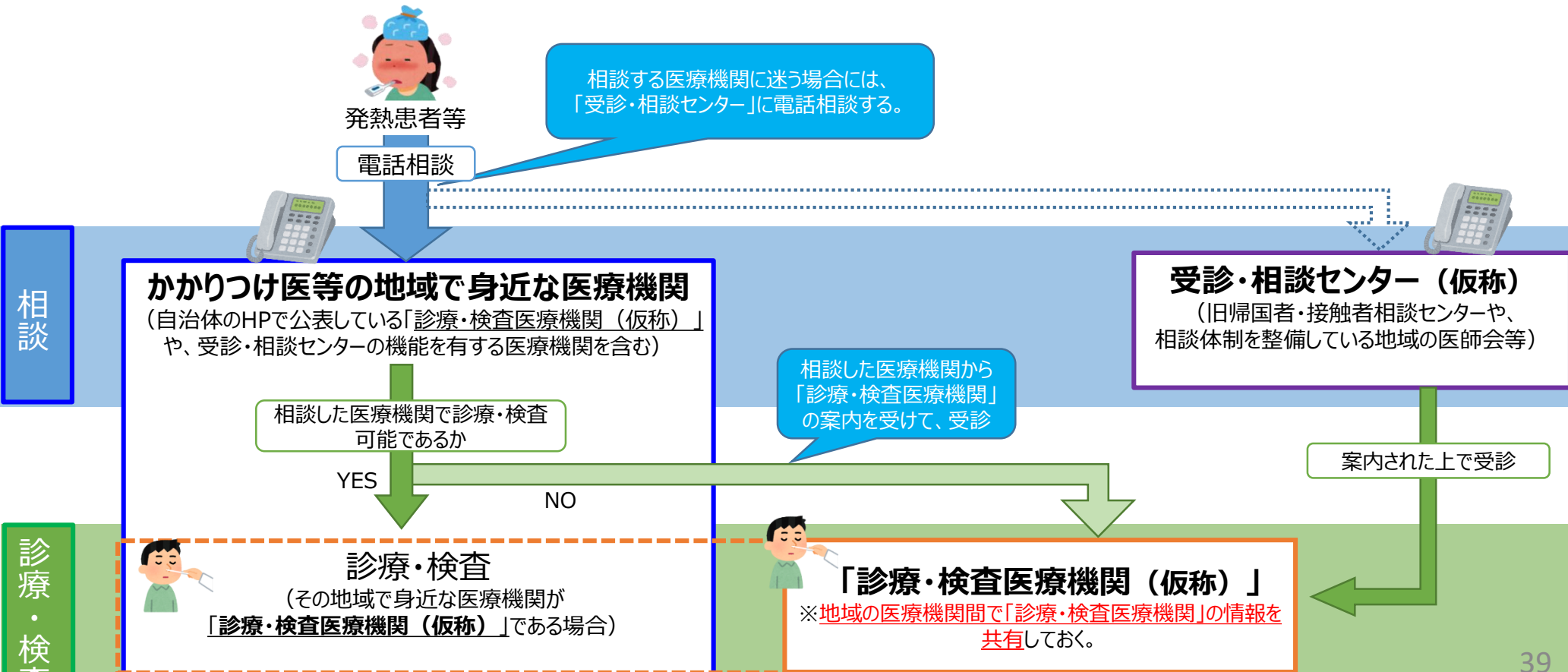
発熱等の症状のある方の相談・受診の流れ

<住民に対して周知すること>

- 発熱等の症状が生じた場合には、**まずはかかりつけ医等の地域で身近な医療機関に、電話相談**すること。
- 相談する医療機関に迷う場合には、「**受診・相談センター**」に**相談**すること。

<都道府県等や地域の医療関係者で整備すること>

- 発熱患者等から相談を受けた際に、適切な医療機関を速やかに案内できるよう、「**診療・検査医療機関**」とその**対応時間等を、地域の医療機関や「受診・相談センター」間で随時、情報共有**しておくこと。
- その上で、地域の医師会等とも協議・合意の上、「**診療・検査医療機関**」を公表する場合は、**自治体のホームページ等でその医療機関と対応可能時間等を公表する**等、患者が円滑に医療機関に受診できるよう更なる方策を講じること。



医療機関等への医療用マスク等の優先配布事業

令和2年度第二次補正予算 4,379億円

施策の目的

新型コロナウイルス感染症の世界的感染拡大を受けて個人防護具等の世界的な需要が増大する中で、医療提供体制を確保するとともに医療従事者等の感染を防ぐため、国において医療用マスク、ガウン、フェイスシールド及び手袋といった個人防護具(PPE)や検体採取キット等の物資を確保し、必要な医療機関等への優先配布を行う。

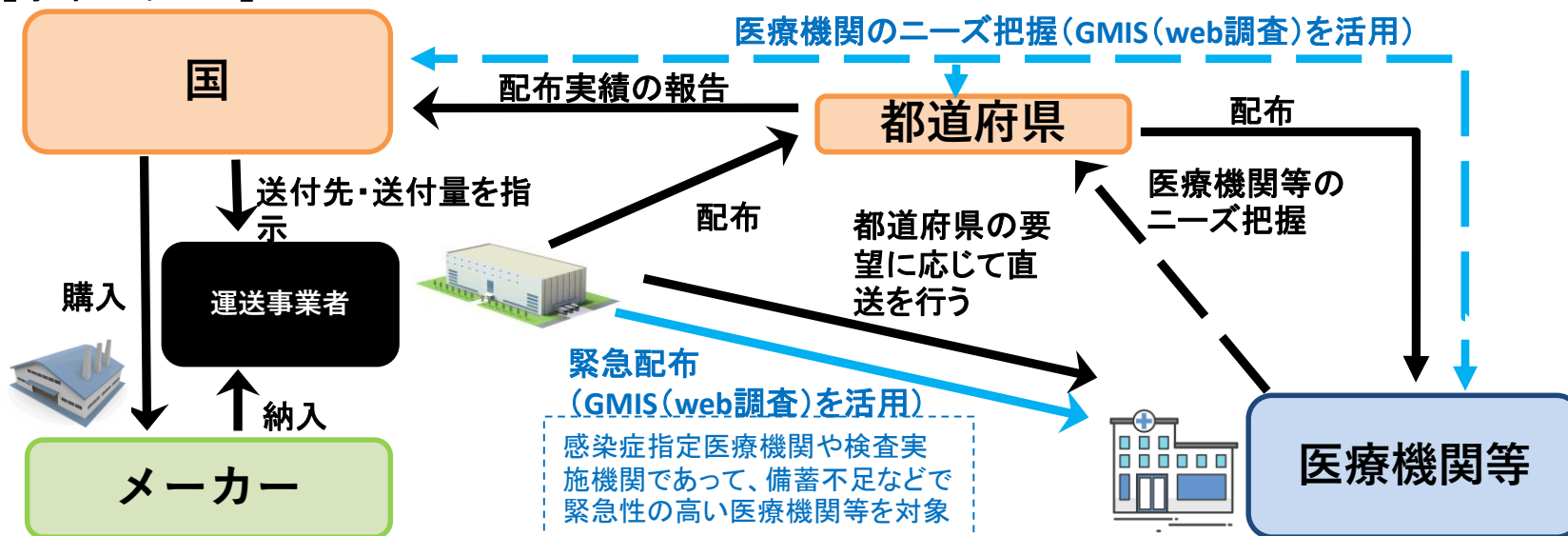
※ 令和2年度新型コロナウイルス感染症対策予備費において、別途、1,680億円を措置

施策の概要

- ・ 引き続き国において医療用マスク、ガウン、フェイスシールド及び手袋といった個人防護具(PPE)や検体採取キット等の物資を確保し、必要な医療機関等への優先配布を行う。
- ・ 配布にあたっては、地域の医療ニーズを把握する都道府県へのプッシュ型支援のほか、GMIS(WEB)調査を活用した、特に緊急性の高い医療機関等には国から直接配布を行う。
- ・ 都道府県から医療機関等に配布する際には管下市町村からの状況聴取や都道府県医師会等の職能団体との必要な協議を行う。

※ 今後、感染の状況や物資の充足状況等により、医療機関等への配布の必要性が低くなった物資については、必要に応じて備蓄を行う。

【事業スキーム】



新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム(G-MIS*)について

* Gathering Medical Information System on COVID-19

○ 厚生労働省と内閣官房IT室が連携し、情報通信基盤センター（仮称）を構築
 全国の医療機関（約8,000病院）から、病院の稼働状況、病床や医療スタッフの状況、
 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

- 政府CIOポータルにおいて、各病院の稼働状況を可視化
- 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

【新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

⇒ 政府CIOポータルから病院の稼働状況の閲覧が可能に

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、都道府県を通じて
 国に報告
 【情報共有】情報共有に時間を要した

⇒ 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）
 ⇒ 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

【病院の報告状況】

（令和2年9月23日現在）

【政府CIOポータル】

登録医療機関数	7,769病院	報告医療機関数	4,653病院
うち感染症指定医療機関	540病院	うち感染症指定医療機関	456病院



I 入院医療体制

1. フェーズに応じた病床の確保

- 新たな流行シナリオを基に、**地域の実情に応じたフェーズを設定し、フェーズごとに必要な病床を確保する計画(病床確保計画)を策定する。**
- **「推計最大入院患者数」として見込んだ数を上回る病床数**を設定する。(重症患者向けの病床も同様)
- 即時受入が可能な**「即応病床」**と一定の準備期間で使用可能となる**「準備病床」**を設定し、**一般医療にも配慮した効率的な病床確保**を行う。

2. 医療機関間の役割分担

- 専門性の高い医療従事者の集約と院内感染対策を効率的に実施するため、**「重点医療機関」を中心とした受入体制確保を推進する。**
- 新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室を設定する**協力医療機関を**、人口規模等を考慮し、**複数箇所設定する。**
- 重点医療機関、協力医療機関、それ以外の医療機関等の間で、転院先等も含めて**事前に医療機関間の役割分担・協力関係の方針を調整する。**

3. 宿泊療養施設の確保

- 病床の確保と同様、新たな流行シナリオを基に、**フェーズごとに必要な宿泊療養施設を設定する。**
- 宿泊療養施設は、その立ち上げに一定の時間を要すること等から、**フェーズの段階にかかわらず、あらかじめ一定数確保する。**
- 必要に応じ、「臨時の医療施設」に転換する宿泊療養施設の設定を検討する。

II 救急・搬送体制

1. 救急患者の受入体制整備

- 新型コロナウイルス感染症疑い患者専用の個室を設定する**協力医療機関を**、人口規模等を考慮し、**複数箇所設定する。**
- 新型コロナウイルス感染症**以外の救急患者の受入れ体制**について、地域の救急医療の関係者や消防機関の関係者等を含めて、**改めて明確化し、その結果を関係者間で広く共有する。**

2. 搬送体制の整備

- 新型コロナウイルス感染症の患者(疑い患者を含む。)について、**搬送主体や搬送先の調整ルールをあらかじめ設定する。**
- 必要に応じてG-MISにより得られる医療機関の空床情報や重症患者の受入れ状況等を活用する。
- 都道府県調整本部について、以下の体制を構築する。
 - ・ **24時間体制で設置** ・ 都道府県職員を配置 ・ **患者搬送コーディネーターと速やかに連絡が取れる体制を整備** ・ DMATの参画を検討

Ⅲ 外来診療体制

1. 帰国者・接触者相談センター

- 地域の医師会や看護協会、医療機関、民間業者等への外部委託を更に推進する。
- 地域の診療所等で事前に相談や診察を行っている患者については、地域の診療所等から直接、帰国者・接触者外来や地域外来・検査センターを受診する流れを促進する。

2. 帰国者・接触者外来、地域外来・検査センター、検査協力医療機関等

- 地域の医師会や看護協会等と連携し、地域外来・検査センターの設置を更に推進する。また、唾液検体によるPCR検査が可能となったことから、**自院で唾液検体の採取ができる帰国者・接触者外来、地域外来・検査センター、検査協力医療機関を更に拡充**する。その際、地域の医師会等を介した**集合契約も活用**して、委託契約を進める。
- 疑い患者の診察や鼻咽頭検拭い液の検体採取については、个人防护具の交換を一部省略でき、消毒・換気が不要な「**ドライブスルー方式**」、「**テント設置によるウォークスルー方式**」、「**検査ボックス**」等の活用を推進する。
- 疑い患者が減少している間は、主に検査センターや一部の帰国者・接触者外来がその地域の検査を担い、帰国者・接触者外来が設置されている**感染症指定医療機関や地域の基幹病院等は、入院治療・一般医療に専念するよう、役割分担を行う**。
- 濃厚接触者等の無症状者への検体採取、クラスター発生時等の早急に検査を実施する必要がある場合の検体採取について、鼻咽頭拭い液の検体採取を行うことができる地域外来・検査センター、帰国者・接触者外来等に依頼できるよう、保健所はそうした医療機関との連携強化を行う。
- **在宅や施設の疑い患者に対し、往診・訪問診療により検体採取を行う**帰国者・接触者外来、検査協力医療機関等を確保する。必要に応じて、地域の訪問診療を行う診療所等と連携する。

Ⅳ 院内感染対策

- 医療機関が新型コロナウイルス感染症を踏まえて院内感染マニュアルの見直し等をできるようにするため、**関連する事務連絡やチェックリストを改めて周知し、医療機関の院内感染対策を支援する**。
- 各医療機関が**地域の流行状況を把握出来るよう情報提供する**。
- 感染拡大時に、医療機関が速やかに検査を実施できるよう、**検査に必要な備品の確保も含めて、院内感染防止対策を支援する**。
- 医療機関が**外部からの専門的な視点での助言が受けられる支援体制を整備する**。
- 院内感染対策を進めるために、**医療従事者が新型コロナウイルス感染症の知見を得られる機会を増やすなど、人材の育成を支援する**。

V 医療用物資等の確保

- 人工呼吸器の消耗品及び検査用の採取用具や試薬について、次の感染拡大に備える観点から、都道府県において必要な量の確保に努める。
- 个人防护具等の医療用物資について、次の感染拡大に備える観点から、引き続き、G-MISを活用したWEB調査結果を積極的に活用し、医療機関におけるニーズの把握に努め、適時適切に配布していく。

VI 医療従事者の養成・確保

- 新型コロナウイルス感染症の患者数が増加した場合等に必要となる人員確保のために、あらかじめ地域で、研修事業を活用した人工呼吸器・ECMO管理が可能な医療職の養成、感染症予防事業費等負担金を活用したPCR検査等が可能な医療職の養成を行う。
- 厚生労働省に新たに開設するWebサイト「医療のお仕事 Key-Net」を通じた医療人材のマッチングについて医療機関等へ周知、積極的に活用する。
- クラスタ発生時等、緊急時の人材派遣について、地域内で、人材派遣調整の段取りをあらかじめ協議する。

VII 周産期・小児医療

- 新型コロナウイルス感染症の妊産婦・小児患者(疑い患者も含む。)の受入れ医療機関を、各都道府県で設定する。
- 引き続き、妊婦の新型コロナウイルス感染症の検査体制を整備する。
- 里帰り分娩を断念する妊婦に対して、妊婦からの相談を受けたかかりつけ産科医が、妊婦の状態や希望を考慮した分娩医療機関を適切に紹介できる体制を構築するため、管内の分娩医療機関における妊婦の受入れ状況の把握を行い、管内の周産期医療の関係者間で共有する。
- 不安を抱える妊婦の方々に対し、各都道府県等の相談窓口等を通じ、安心して出産等ができるよう、寄り添った支援を行う。
- #8000事業において、小児の新型コロナウイルス感染症に関する応答ができる体制を整備する。

VIII 障害児者への医療

1. 入院医療提供体制について

- 受入れ医療機関の整備に向けた検討手法や、受入れ医療機関の体制を整備した自治体の事例を参考に、引き続き検討する。
- **入院時には、障害特性等について、障害児者の主治医や利用している障害福祉サービス事業所等との情報共有を促す。**
- **コミュニケーション支援など入院中における障害特性について配慮する。**
 - ・ 家族の付き添い等積極的な活用。
 - ・ 特別なコミュニケーション支援が必要なときは、当該患者へのコミュニケーション支援に熟知している支援者の付き添いを検討。

2. 入院医療以外の医療提供体制について

- 好事例(ケア付き宿泊療養施設)も踏まえつつ、**障害者にも対応した宿泊療養施設の確保を検討する。**
- 病状が悪化した場合に備え、受入れ医療機関の体制整備の検討及び地域で障害児者の受入れを行っている医療機関との連携を図る。

3. その他

- 精神科医療機関において**精神疾患を有する入院患者が感染した場合の対応について**、精神疾患及び新型コロナウイルス感染症それぞれの重症度等も考慮した上で、**あらかじめ連携医療機関の確保・調整を行っておく。**(精神疾患のうち**認知症の患者**が感染した場合も同様。)

IX がん患者・透析患者への医療

- がん治療中の患者や透析患者が感染した場合には、原則入院する等の対応を継続する。
- がんや透析の関連学会等と連携して、引き続き**最新情報を周知する。**

X 外国人への医療

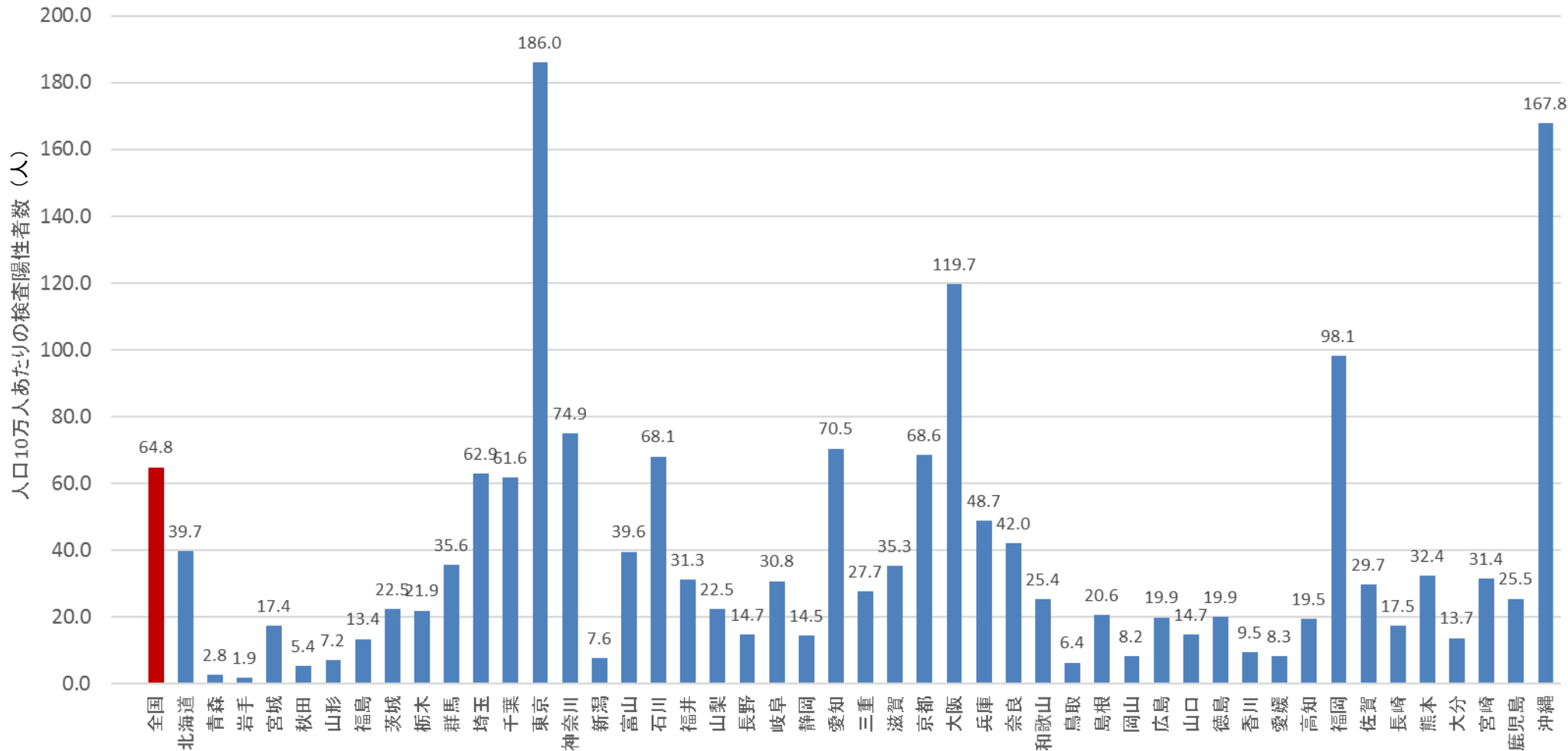
- 受診方法に関する情報提供、相談体制、外来医療、検査体制及び入院医療等、医療提供体制の各機能について、**地域のニーズに応じた多言語対応体制の確保**を図る。

各都道府県別の新型コロナウイルスの感染状況

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

- 全国では人口10万人あたり累計64.8人の検査陽性者が発生した。
- 東京都が最も多く、人口10万人あたり186.0人であった。

1月～9月における各都道府県別人口10万人当たりの累計新型コロナ検査陽性者数

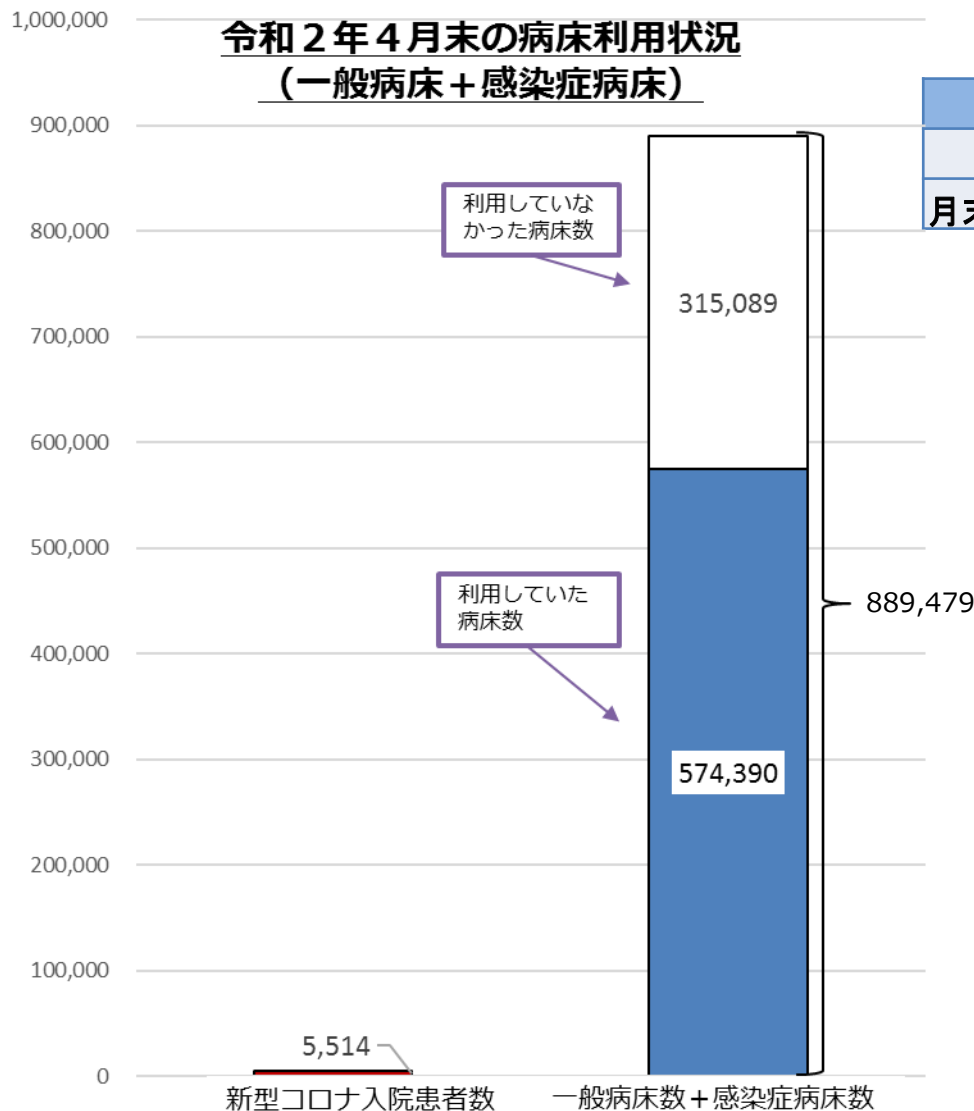


出典：「各都道府県の検査陽性者の状況（空港検疫、チャーター便案件を除く国内事例）」令和2年9月30日 24時時点
各都道府県の人口・・・住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（2020年1月1日現在）

令和2年4月の全国の一般病床等の病床利用状況と新型コロナ入院患者数

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

- 令和2年4月末時点で入院していた新型コロナ患者数は5,514人であった。
- 最終フェーズにおいて、都道府県が即応病床として確保することを計画した病床数は計27,580床である。



令和2年4月末の病床種別病床数等 (病院)

	一般病床	感染症病床	一般+感染症
病床数	887,591床	1,888床	889,479床
月末在院患者数	573,714人	676人	574,390人

令和2年4月28日時点の新型コロナ入院患者数 5,514人

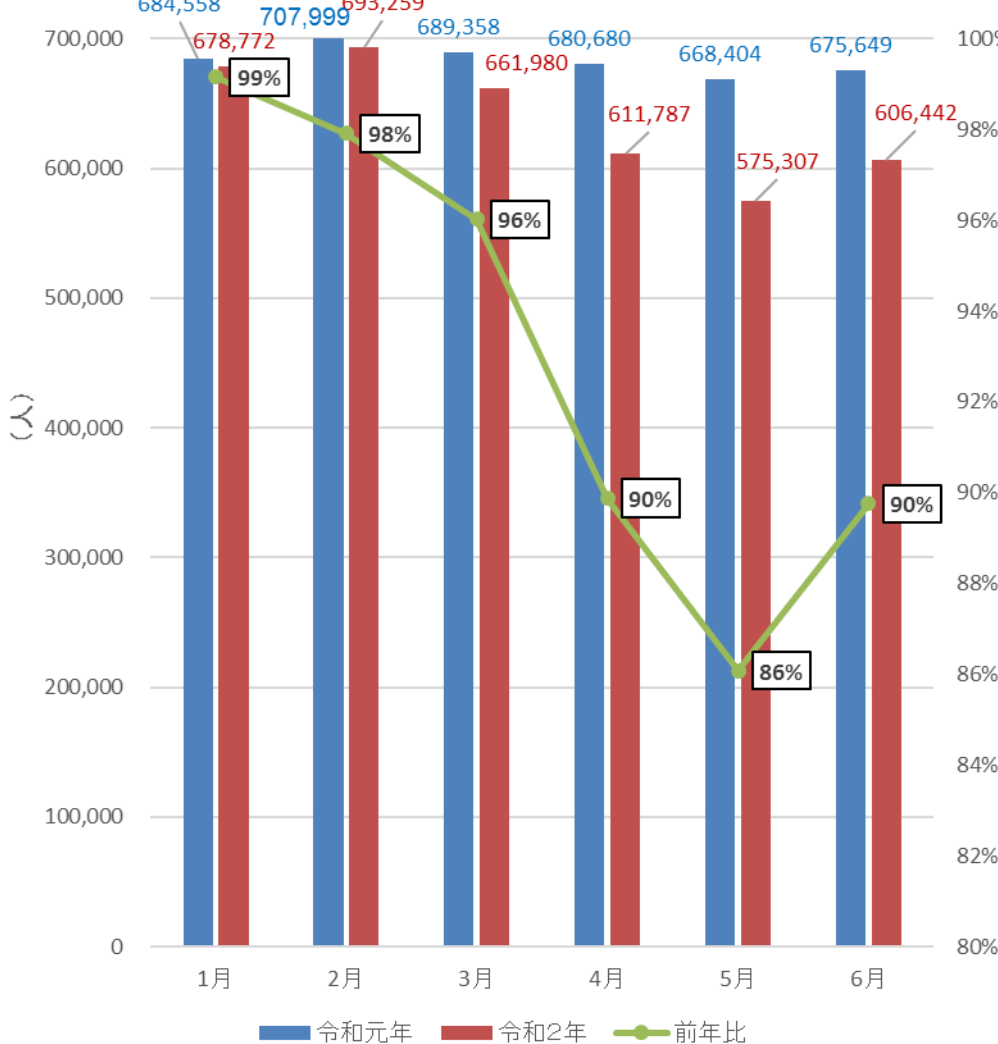
※病床数、月末在院患者数・・・病院報告(月報)令和2年4月
 ※「新型コロナウイルス感染症患者」について、このページ以降「新型コロナ患者」とする。
 ※新型コロナ入院患者数・・・新型コロナウイルス感染症患者の療養状況に関する調査結果(4月28日報告)より
 ※最終フェーズにおいて、都道府県が即応病床として確保することを計画する病床数・・・「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果(10月7日0時時点)」より引用。

全国の一平均在院患者数及び許可病床数（一般病床）

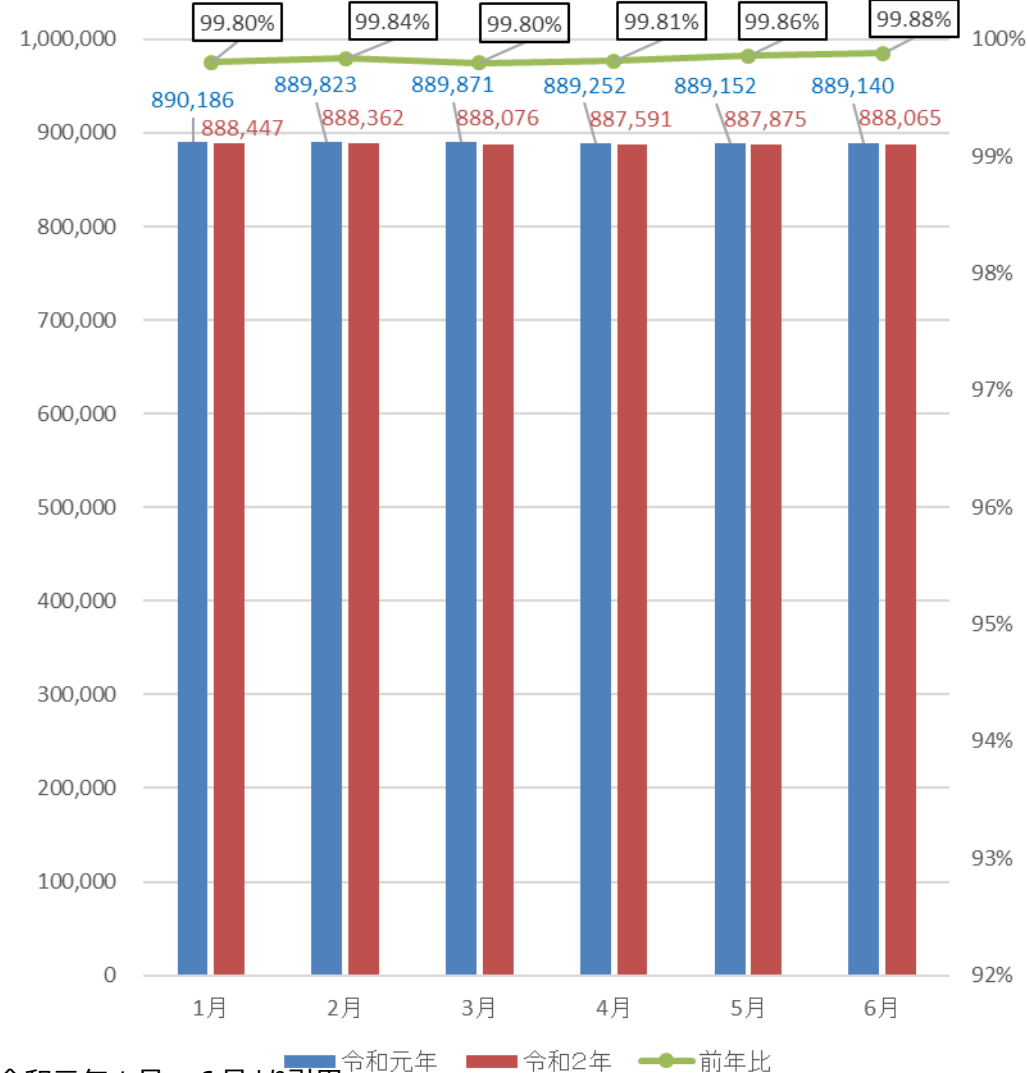
第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

- 一般病床における全国の1日平均在院患者数は、前年同時期に比べて減少傾向。5月は前年比86%。
- 一般病床の許可病床数は前年度に比較して微減傾向だが、感染が拡大した5月以降は増加傾向。

1日あたり平均在院患者数（一般病床）



許可病床数（一般病床）

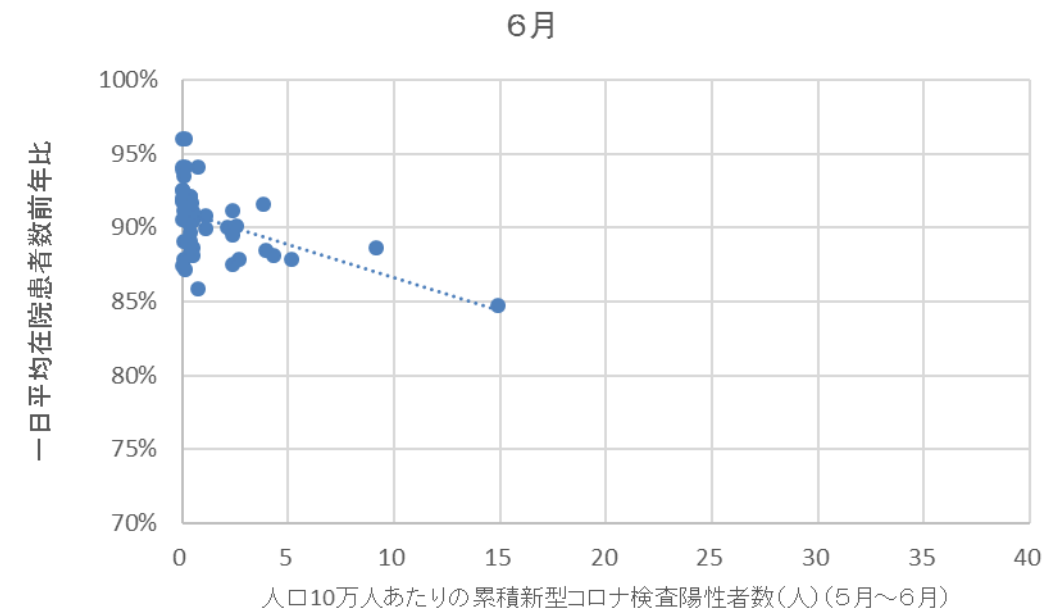
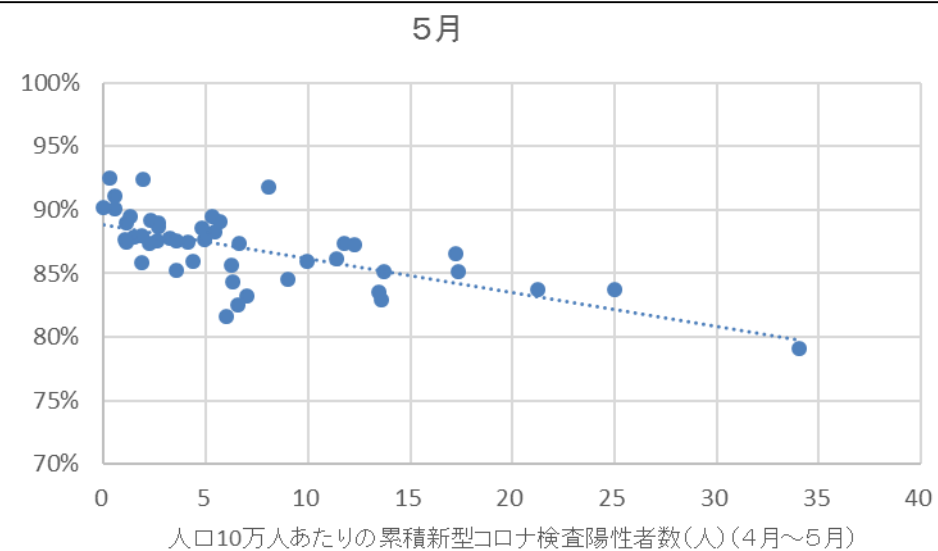
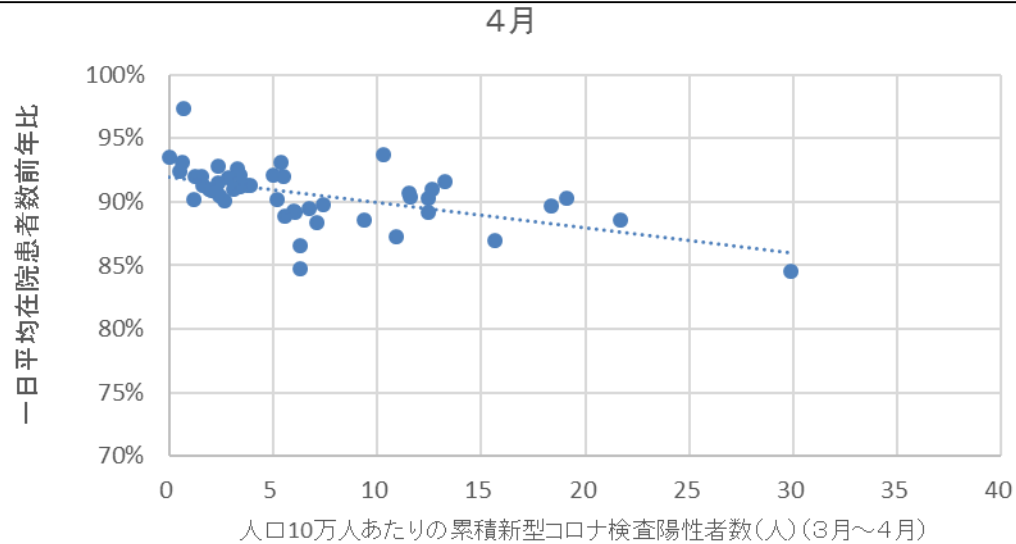


※一日あたり平均在院患者数・病院数・・・病院報告（月報）令和2年1月～6月と、令和元年1月～6月より引用

都道府県別の一日平均在院患者数の前年比（一般病床）

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

○ 各都道府県の4月～6月の一日平均在院患者数前年比は人口10万人あたりの累計新型コロナ検査陽性者数が多い方が減少傾向にある。



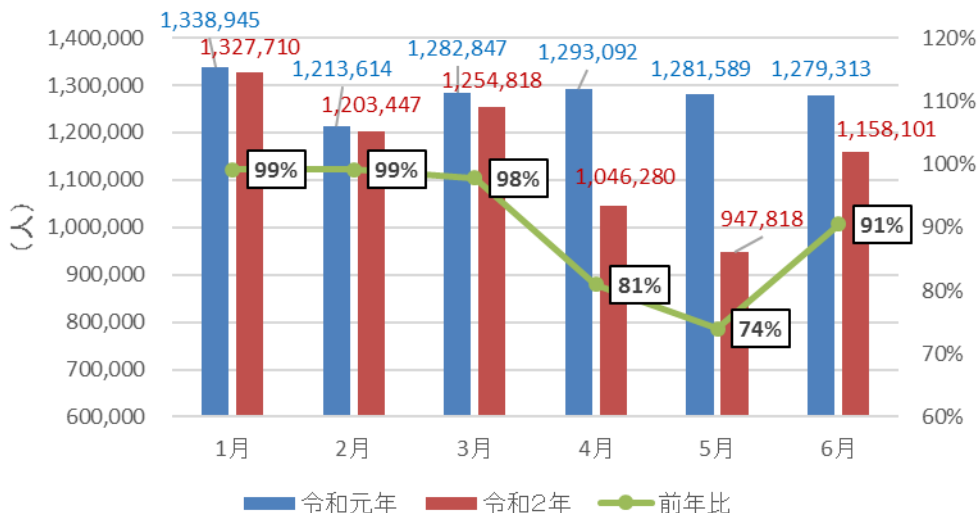
- ※一日平均在院患者数前年比・・・病院報告（月報）の2020年4月-6月と2019年4月-6月における一日平均在院患者数（一般病床）の前年比を算出
- ※新型コロナ検査陽性者数・・・各都道府県の検査陽性者の状況（空港検疫、チャーター便案件を除く国内事例）
- ※人口・・・住民基本台帳（2020年1月1日時点）

新入院患者数、退院患者数、平均在院日数の前年と今年の比較（一般病床）

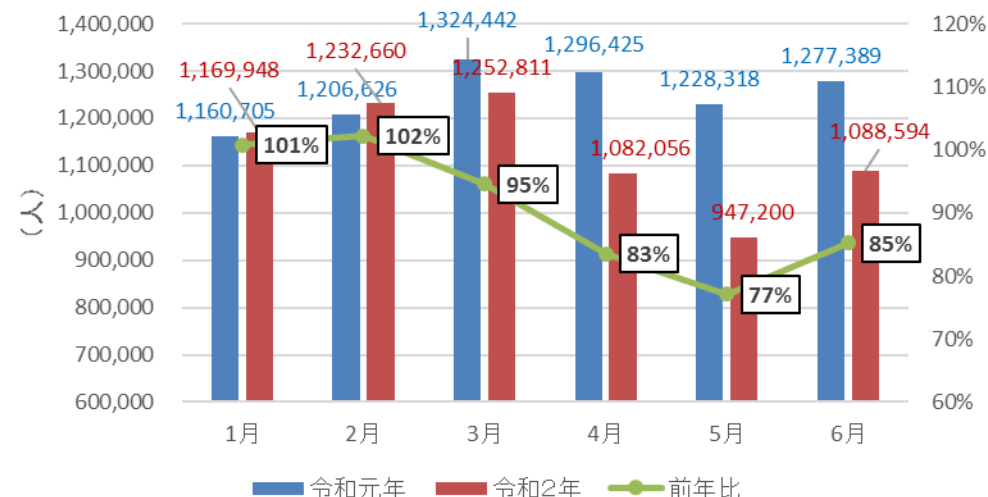
第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

- 一般病床において、全国の新入院患者数・退院患者数ともに、前年同時期に比べて減少傾向。
一方、全国の平均在院日数は、前年同時期に比べて長期化傾向。

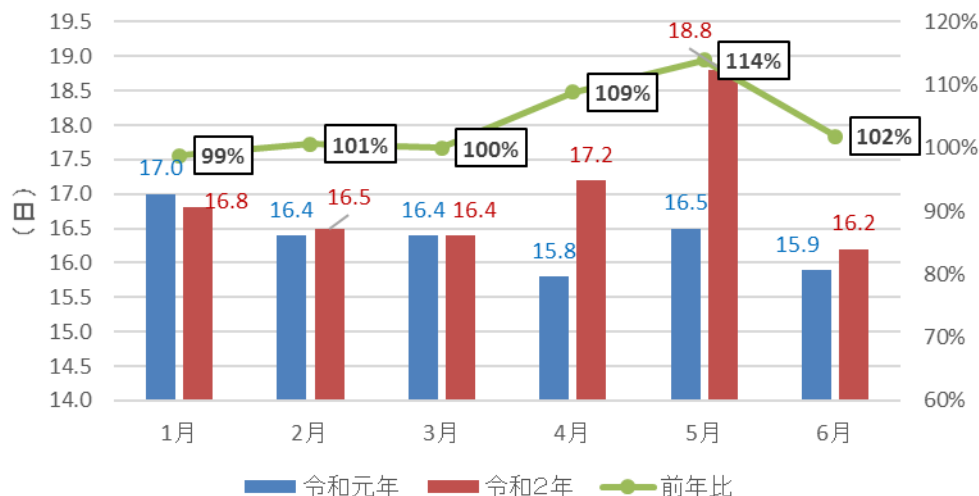
新入院患者数(一般病床)



退院患者数(一般病床)



平均在院日数(一般病床)



※引用：病院報告（月報）令和2年1月～6月と、令和元年1月～6月
 ※平均在院日数・・・(月間在院患者延数)÷1/2 {(月間新入院患者数)+
 (月間退院患者数)}

※新入院患者数・・・一ヶ月の間に新規に入院した患者数
 ※退院患者数・・・一ヶ月の間に退院した患者数

医療機関の病床規模等別における 新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績を有する医療機関について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

定義等

【G-MIS（新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム（Gathering Medical Information System on COVID-19））】

全国の医療機関（20病床以上を有する保険医療機関8,280カ所のうち、令和2年9月末時点で7,307医療機関が登録済）の稼働状況、病床や医療スタッフの状況、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することにより、病院の稼働状況を広く知らせるほか、マスク等の物資の供給や患者搬送の調整に活用するなど必要な医療提供体制の確保に役立っているシステム。令和2年5月1日より運用開始（3月27日試運用開始）。

【新型コロナ患者受入可能医療機関】

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患者の受入（入院患者の受入実績が1人以上あった場合は有）または受入可能（新型コロナウイルス感染患者受入可能な病床を1床以上としたことがあった場合は有）と報告した医療機関を受入可能医療機関とした。（令和2年9月末時点）

【新型コロナ患者受入医療機関】

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患者の入院患者の受入実績が1人以上あった医療機関を受入ありとした。（令和2年9月末時点）

【病床機能報告】

医療法第30条の13に基づき、一般病床・療養病床を有する病院・有床診療所に義務づけられている報告。病床数、病床の機能、職員数等、医療体制整備に関する病院の状況について報告を求めている。（平成30年度病床機能報告をデータとして使用）

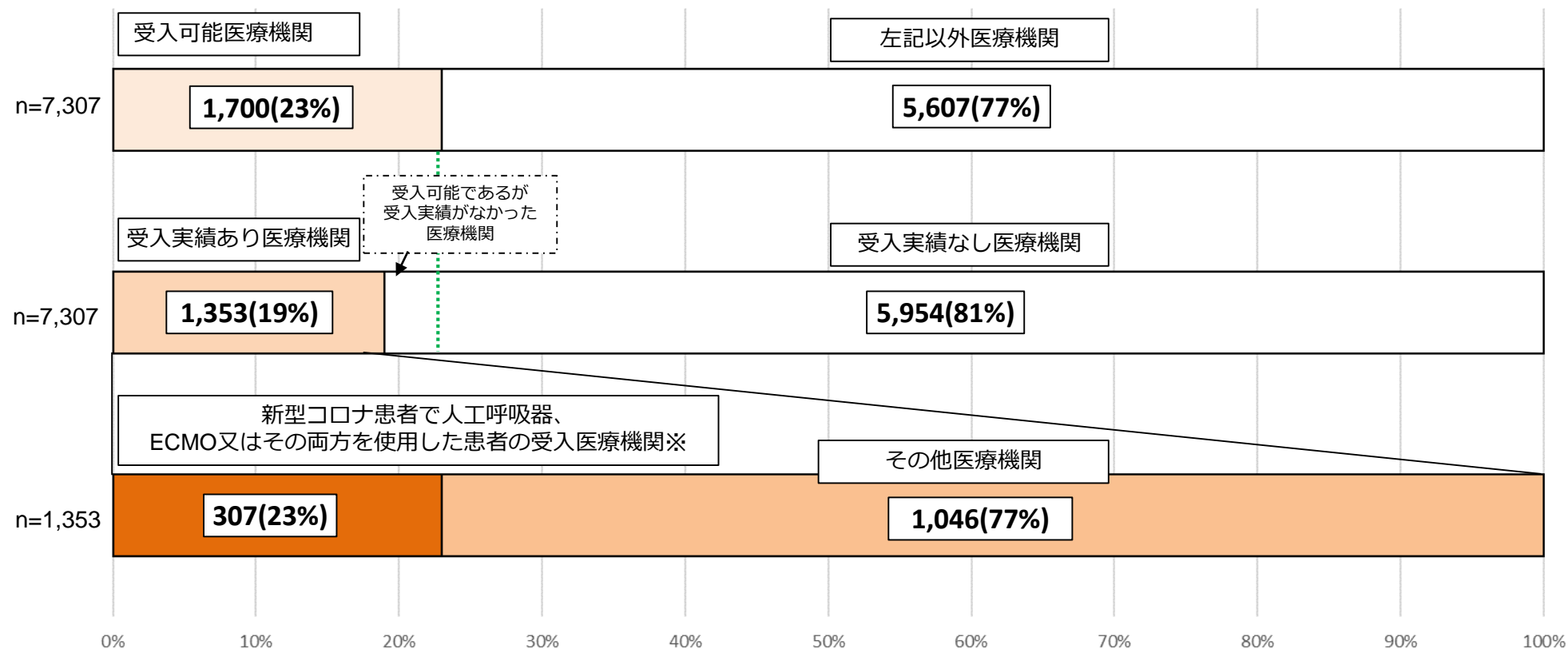
新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績の有無について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

- 全医療機関のうち、新型コロナ患者の受入可能医療機関の割合は23%、受入実績あり医療機関の割合は19%。
- 受入実績あり医療機関のうち、人工呼吸器、ECMO又はその両方を使用した患者の受入医療機関の割合は23%。

対象医療機関： G-MISで報告のあった全医療機関（7,307医療機関）

新型コロナ患者受入可能医療機関



※G-MISで「（入院中のうちECMO・人工呼吸器管理中）、（入院中のうち人工呼吸器管理中（ECMOなし））」のいずれかの新型コロナ患者が入院していた医療機関

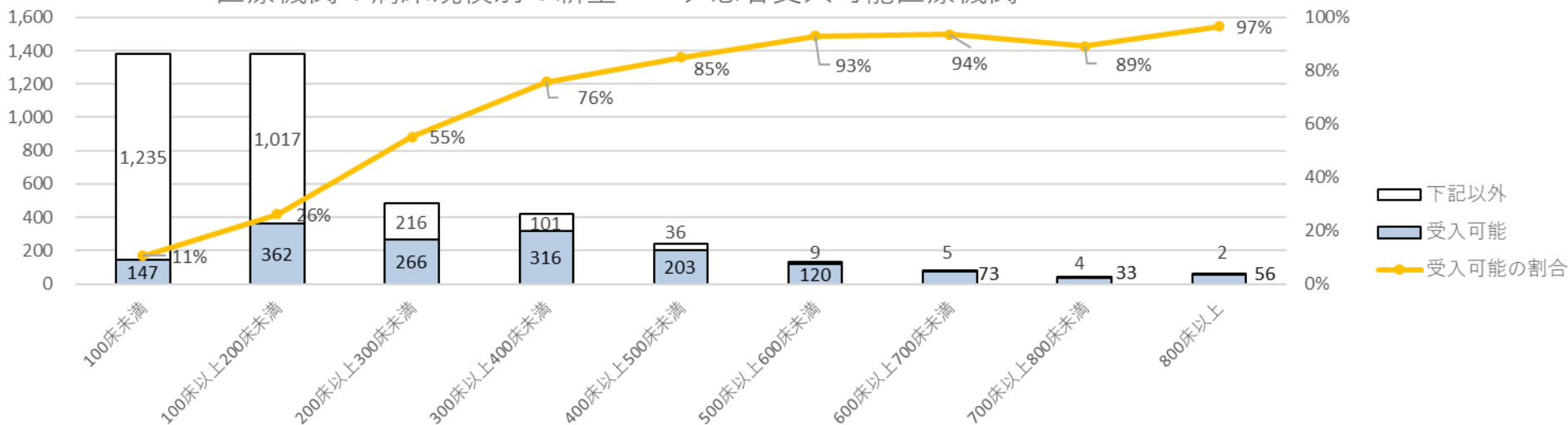
病床規模別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績の有無について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

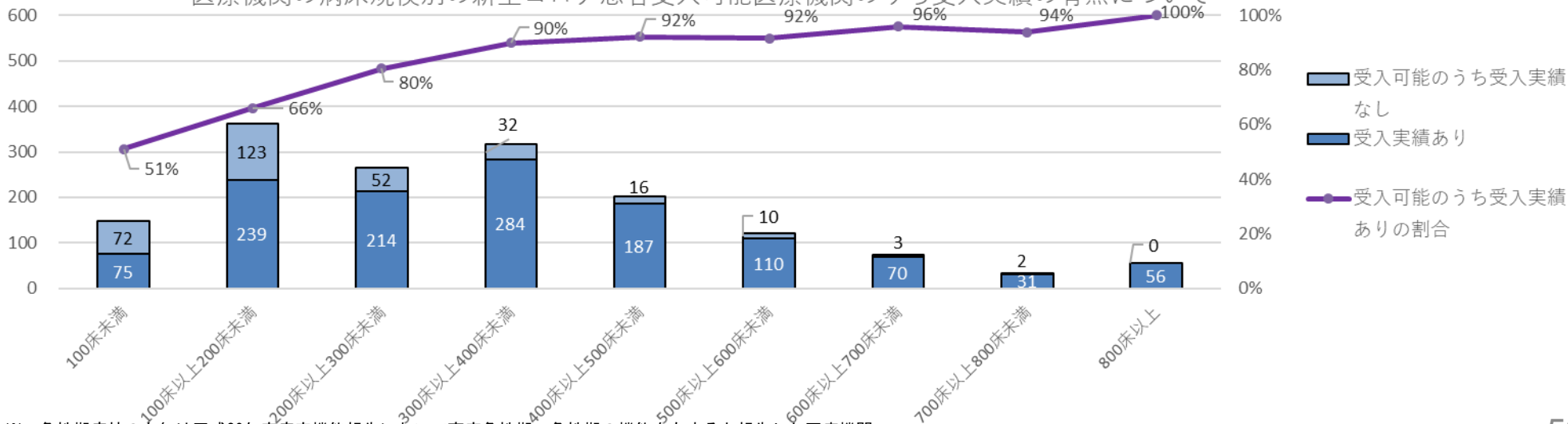
○ 医療機関の病床規模が大きいくほど、新型コロナ患者の受入可能医療機関及び受入実績の割合も大きくなる傾向。100床未満の受入可能医療機関のうち半数以上が受け入れている。

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（4201医療機関）

医療機関の病床規模別の新型コロナ患者受入可能医療機関



医療機関の病床規模別の新型コロナ患者受入可能医療機関のうち受入実績の有無について



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

※ 病床数：平成30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

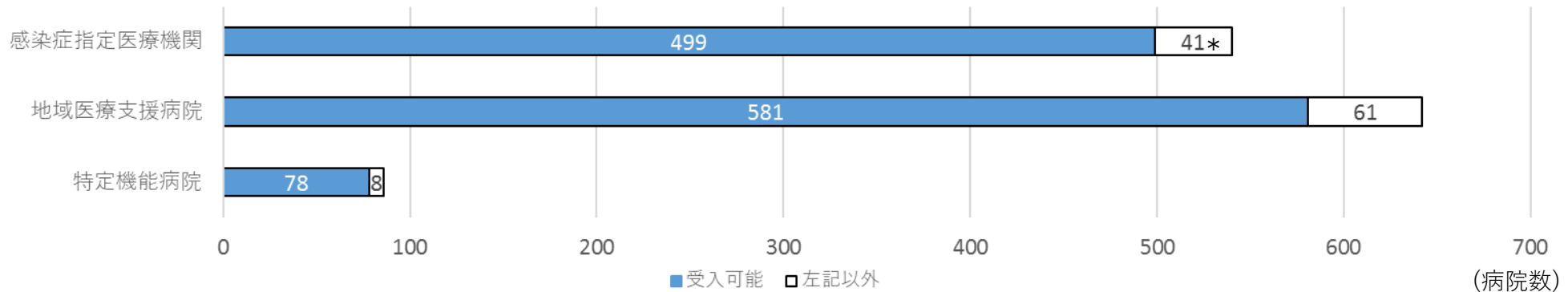
医療機関の機能別の新型コロナ患者受入可能医療機関について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

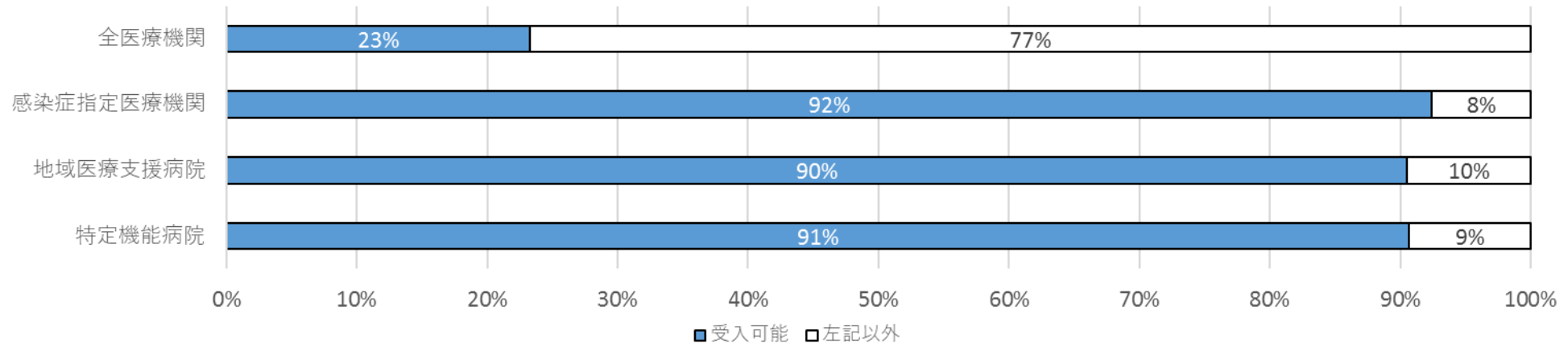
- 全医療機関のうち23%が、新型コロナ患者受入可能医療機関であった。
- 感染症指定医療機関のうち92%、地域医療支援病院のうち90%、特定機能病院のうち91%が、受入可能医療機関であった。

対象医療機関：
G-MISで報告のあった全医療機関（7,307医療機関）
うち感染症指定医療機関（540医療機関、報告率97%）
地域医療支援病院（642医療機関、報告率97%）
特定機能病院（86医療機関、報告率100%）

医療機関の機能別の新型コロナ患者受入可能医療機関



医療機関の機能別の新型コロナ患者受入可能医療機関の割合



※感染症指定医療機関・・・特定・第一種・第二種感染症指定医療機関、平成31年4月1日時点で551医療機関

*新型コロナ患者受入可能としていない感染症指定医療機関のほとんどは結核病床または結核モデル病床のみを持つ医療機関。

※地域医療支援病院・・・令和2年6月1日時点で649医療機関

※特定機能病院・・・令和2年4月1日時点で86医療機関

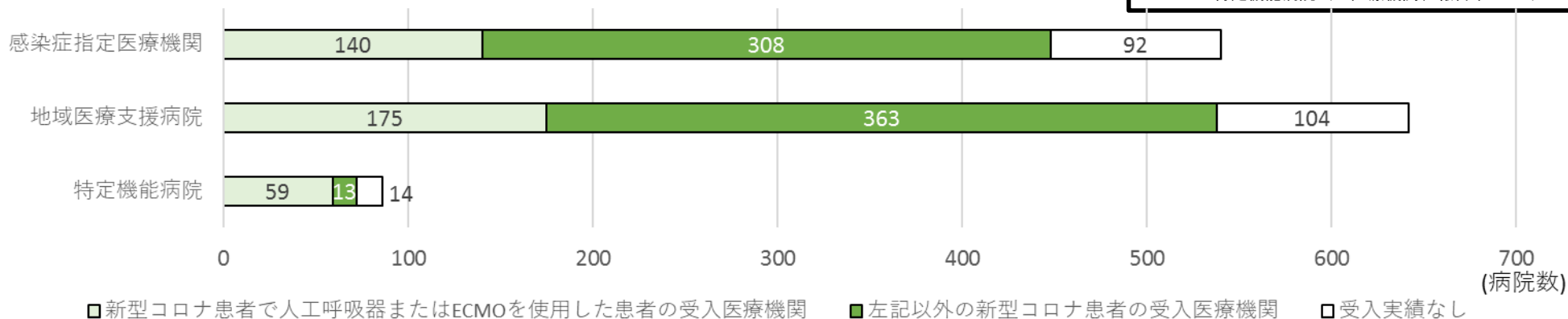
医療機関の機能別の新型コロナ患者受入実績の有無について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

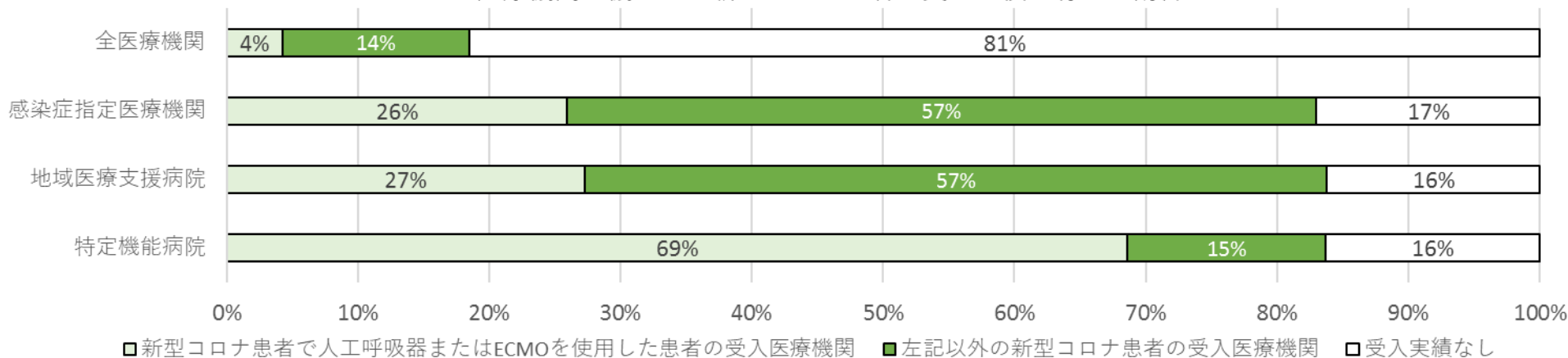
- 全医療機関のうち18%が、新型コロナ患者の受入実績がある医療機関であった。
- 感染症指定医療機関のうち83%、地域医療支援病院のうち84%、特定機能病院のうち84%が、受入実績あり医療機関であった。

対象医療機関：
G-MISで報告のあった全医療機関（7,307医療機関）
うち感染症指定医療機関（540医療機関、報告率97%）
地域医療支援病院（642医療機関、報告率97%）
特定機能病院（86医療機関、報告率100%）

医療機関の機能別の新型コロナ患者受入実績の有無



医療機関の機能別の新型コロナ患者の受入実績の有無の割合



※感染症指定医療機関・・・特定・第一種・第二種感染症指定医療機関、平成31年4月1日時点で551医療機関

※地域医療支援病院・・・令和2年6月1日時点で649医療機関

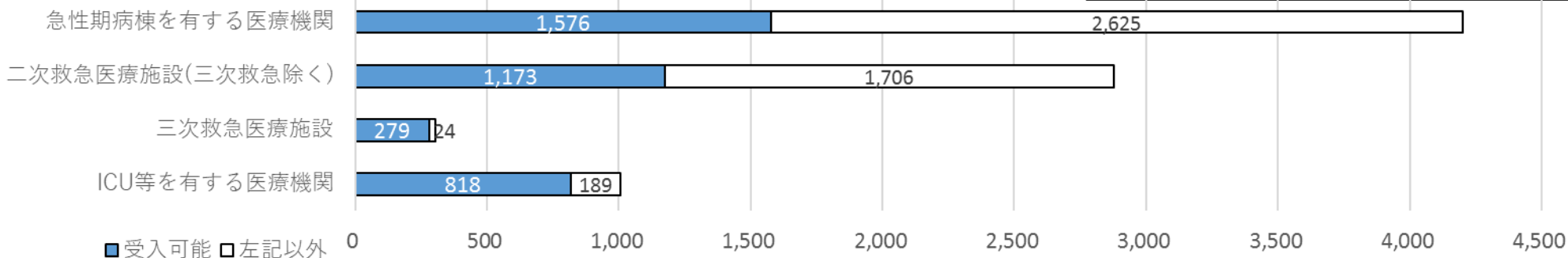
※特定機能病院・・・令和2年4月1日時点で86医療機関

※ 小数点以下を四捨五入しているため合計しても100%にならない場合がある。

○ 急性期病棟を有する医療機関のうち38%、二次救急医療施設（三次救急除く）のうち41%、三次救急医療施設のうち92%、ICU等を有する医療機関のうち81%が、新型コロナ患者の受入可能医療機関であった。

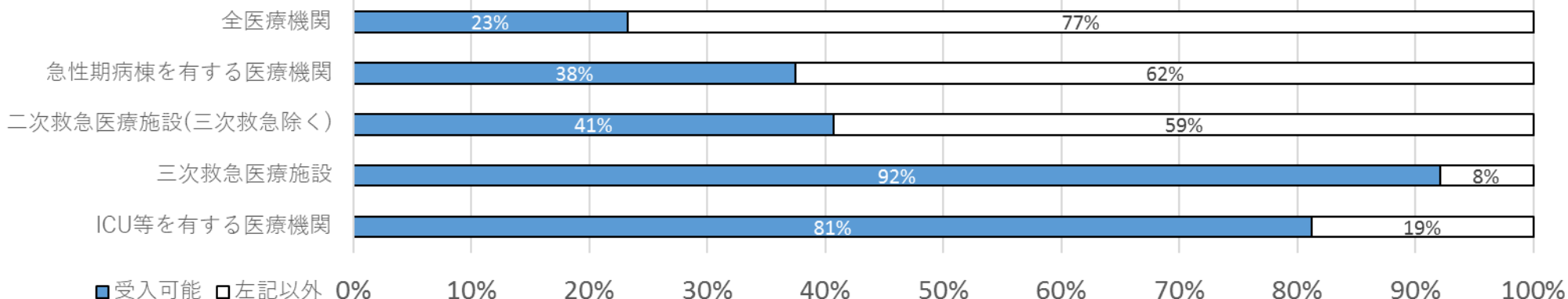
対象医療機関：
G-MISで報告のあった全医療機関（7,307医療機関）
うち急性期病棟を有する医療機関（4,201医療機関、報告率92%）
三次救急医療施設（303医療機関、報告率98%）
二次救急医療施設（2,879医療機関、報告率93%）
ICU等を有する医療機関（1,007医療機関、報告率96%）

医療機関の機能別の新型コロナ患者受入可能医療機関



医療機関の機能別の新型コロナ患者受入可能医療機関の割合

(病院数)

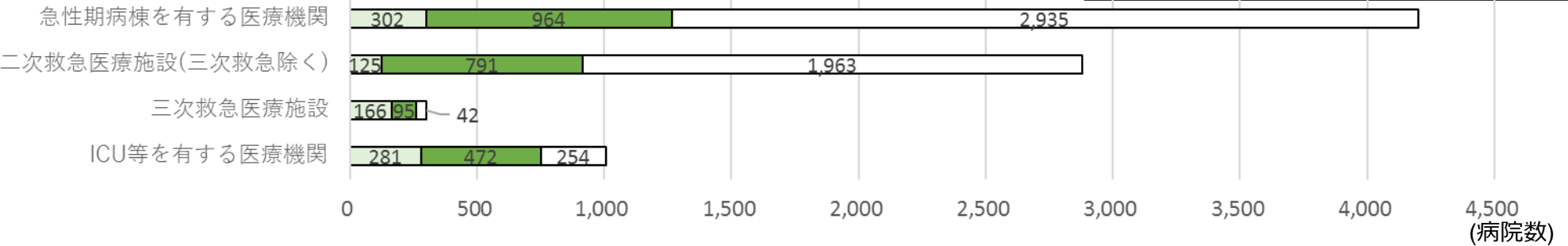


- ※ 急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
- ※ 三次救急医療施設は「重篤な救急患者の医療を確保することを目的として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画等にもとづき救命救急センターとして指定した医療機関」（平成30年度病床機能報告）
- ※ 二次救急医療施設は三次救急医療施設でないものであって、「救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画の内容等を勘案して必要と認定したもの。また、三次救急医療施設であって、都道府県の医療計画上、二次救急医療施設相当の病院群輪番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

○ 急性期病棟を有する医療機関のうち30%、二次救急医療施設（三次救急除く）のうち31%、三次救急医療施設のうち86%、ICU等を有する医療機関のうち75%が、新型コロナ患者の受入実績あり医療機関であった。

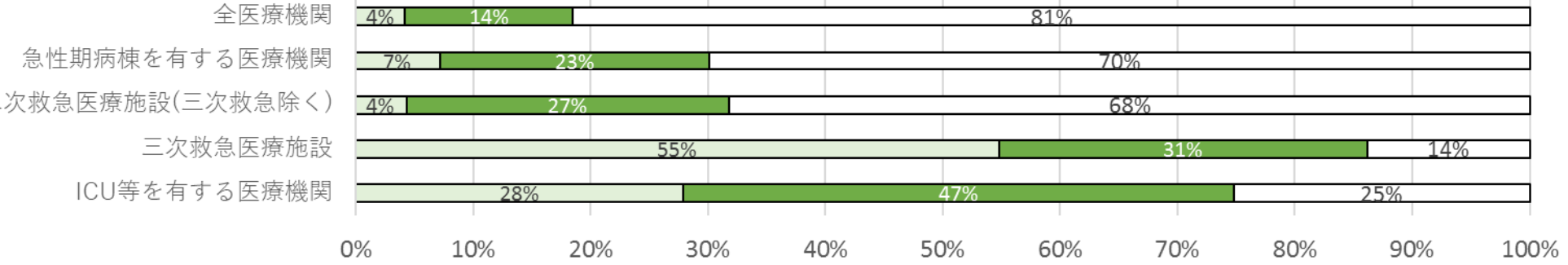
対象医療機関：
G-MISで報告のあった全医療機関（7,307医療機関）
うち急性期病棟を有する医療機関（4,201医療機関、報告率92%）
三次救急医療施設（303医療機関、報告率98%）
二次救急医療施設（2,879医療機関、報告率93%）
ICU等を有する医療機関（1,007医療機関、報告率96%）

医療機関の機能別の新型コロナ患者受入実績の有無



□ 新型コロナ患者で人工呼吸器またはECMOを使用した患者の受入医療機関 ■ 左記以外の新型コロナ患者の受入医療機関 □ 受入実績なし

医療機関の機能別の新型コロナ患者受入実績の有無の割合



□ 新型コロナ患者で人工呼吸器またはECMOを使用した患者の受入医療機関 ■ 左記以外の新型コロナ患者の受入医療機関 □ 受入実績なし

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

公立・公的等・民間別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績の有無について

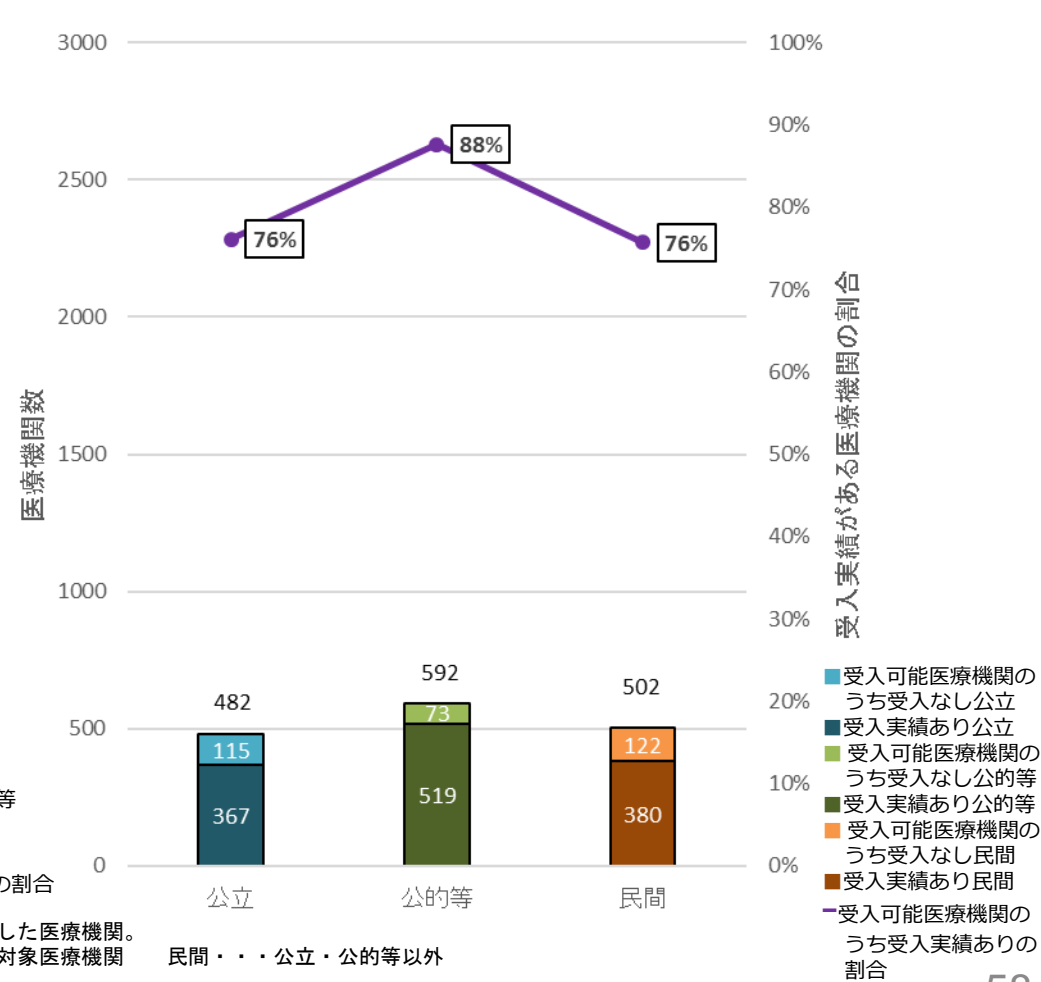
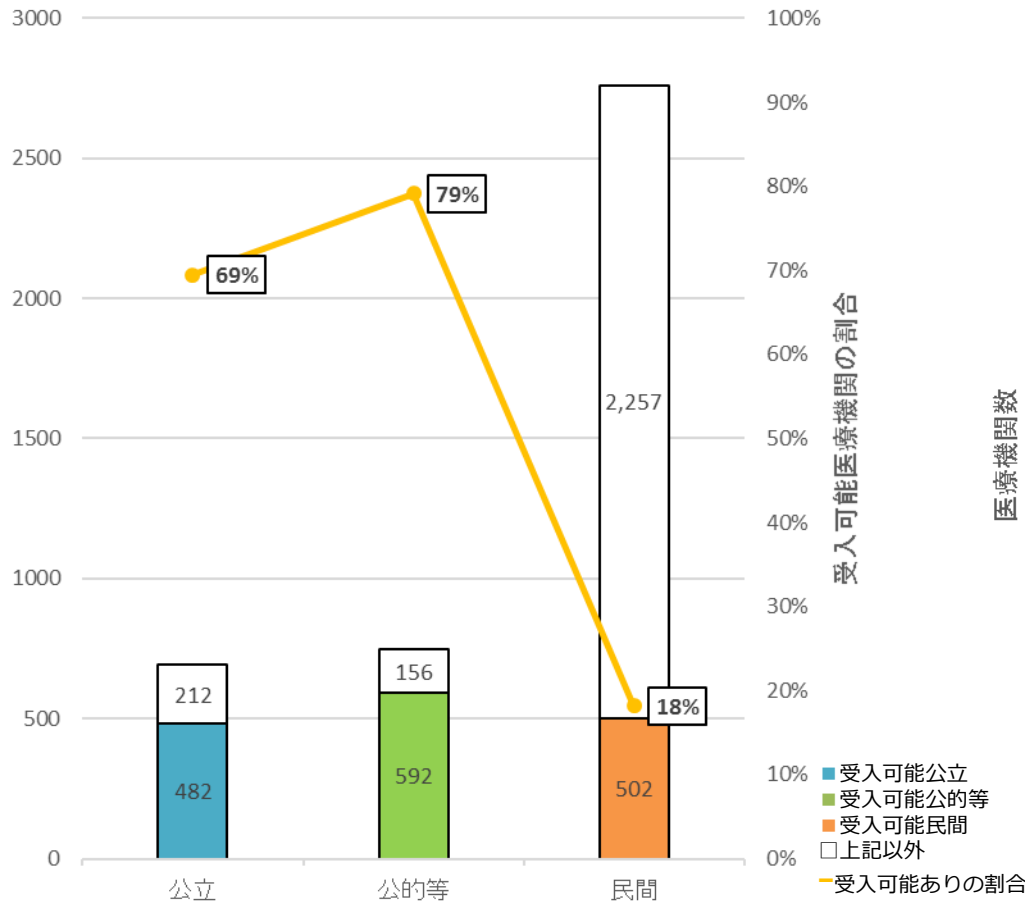
第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

- 受入可能医療機関数及び受入実績がある医療機関数は公的等が多く、公立と民間は同程度である。
受入可能医療機関のうち受入実績がある医療機関の割合は、公的等が88%、公立及び民間が76%である。

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち高度急性期・急性期病棟を有する医療機関（4,201医療機関）

公立・公的等・民間別の
新型コロナ患者受入可能医療機関数及び割合

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



※ 急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
※ 公立・・・新公立病院改革プラン策定対象病院 公的等・・・公的医療機関等2025プラン策定対象医療機関

民間・・・公立・公的等以外

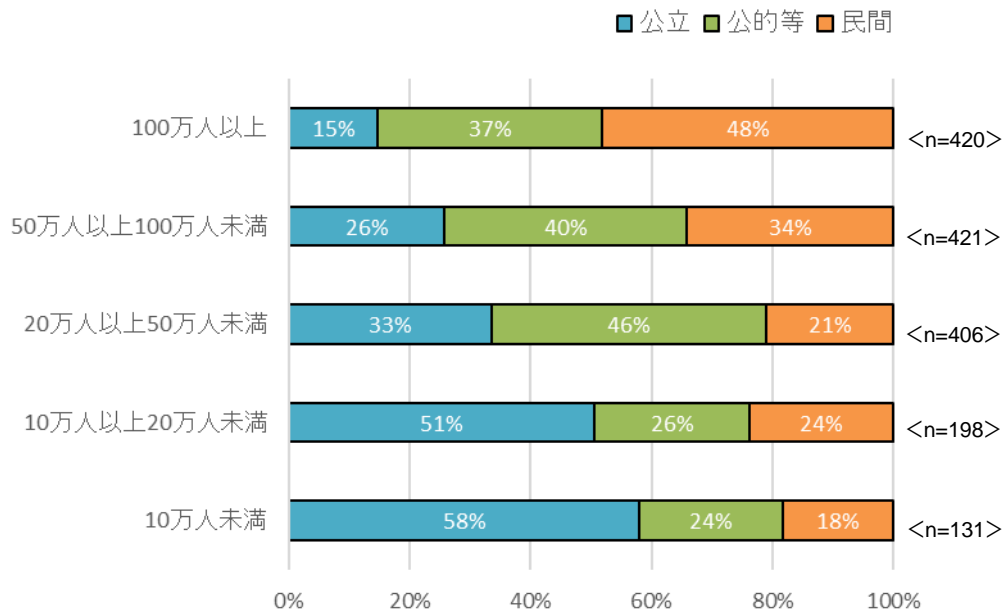
構想区域の人口規模別、公立・公的等・民間別の新型コロナ患者受入可能医療機関について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

- 人口20万人未満の区域では、公立の占める割合が大きい。
- 100万人以上の構想区域では民間の占める割合が大きく、20万人以上100万人未満の構想区域では公的等の占める割合が大きい。

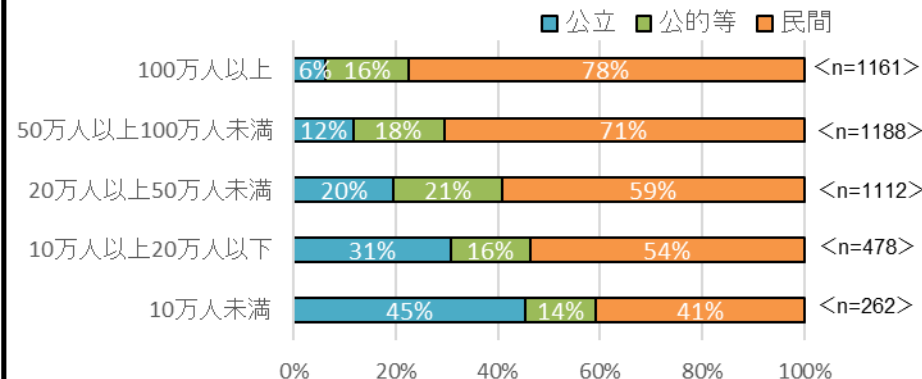
対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち高度急性期・急性期病棟を有する医療機関（4,201医療機関）

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

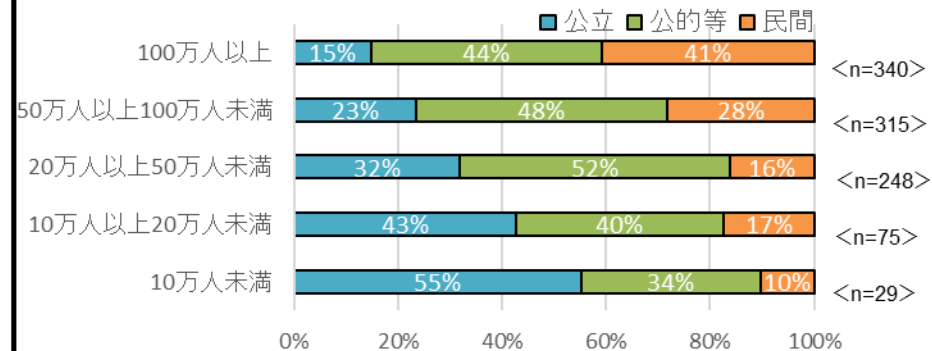


参考

公立・公的等・民間別の医療機関の割合



ICU等を有する公立・公的等・民間別の医療機関の割合



※ 公立・・・新公立病院改革プラン策定対象病院 公的等・・・公的医療機関等2025プラン策定対象医療機関 民間・・・公立・公的等以外
 ※ ICU等は平成30年度病床機能報告で特定集中治療室管理料の実績・救命救急入院料1、救命救急入院料2、救命救急入院料3、救命救急入院料4、特定集中治療室管理料1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3、特定集中治療室管理料4、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）、新生児特定集中治療室管理料1、新生児特定集中治療室管理料2、小児特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料1、ハイケアユニット入院医療管理料2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料を算定した実績がある医療機関
 ※ 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。

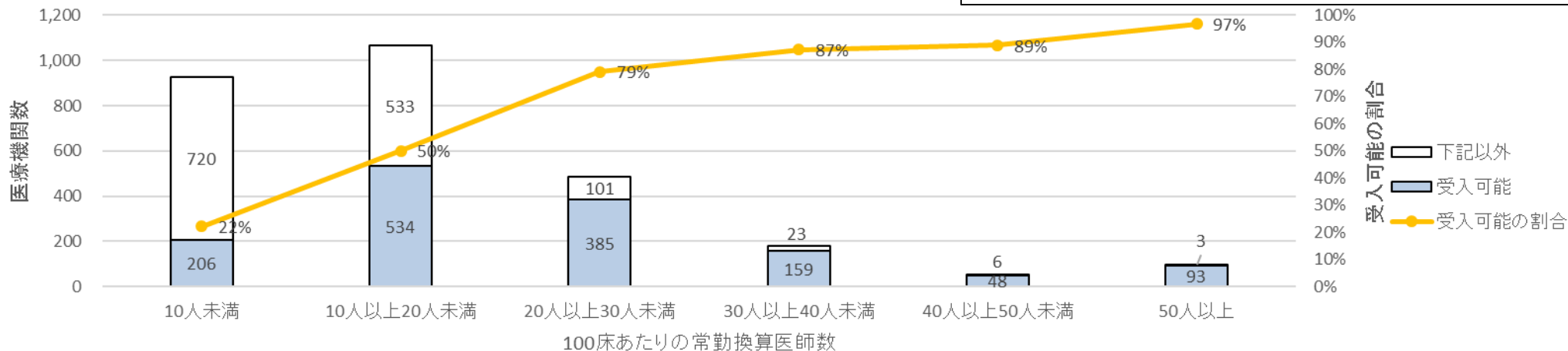
100床あたり常勤換算医師数別の新型コロナ患者の受入可能医療機関及び受入実績の有無について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

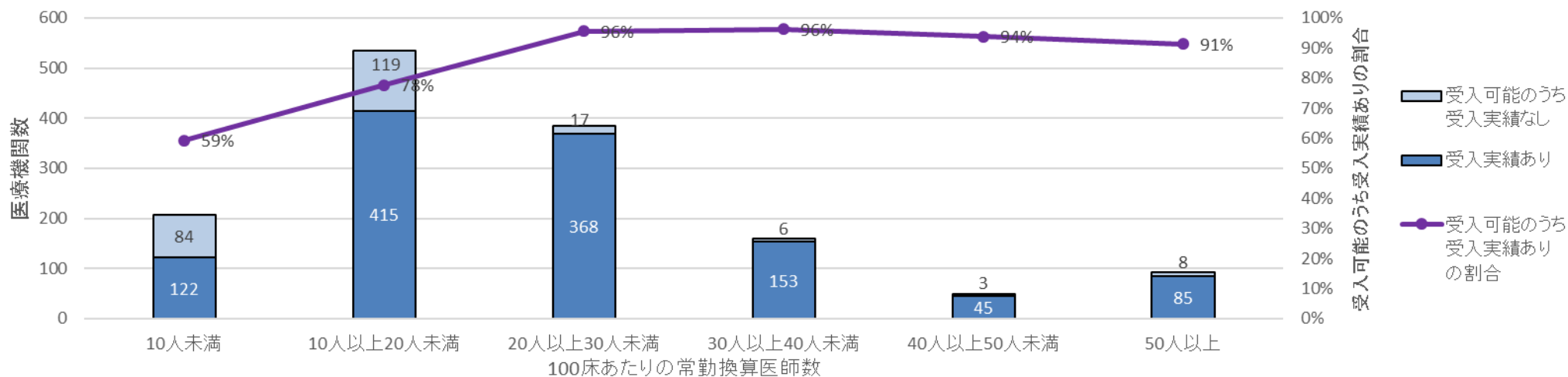
○ 100床あたり常勤換算医師数が多い医療機関ほど、新型コロナ患者受入可能医療機関の割合は大きくなる傾向。

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（2,811医療機関）

100床あたりの常勤換算医師数別の新型コロナ患者受入可能医療機関



100床のあたり常勤換算医師数別の新型コロナ患者受入可能医療機関のうちの受入実績の有無



※ 急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
 ※ 常勤換算医師数、病床数(一般病床・療養病床の許可病床)は平成30年病床機能報告より引用。

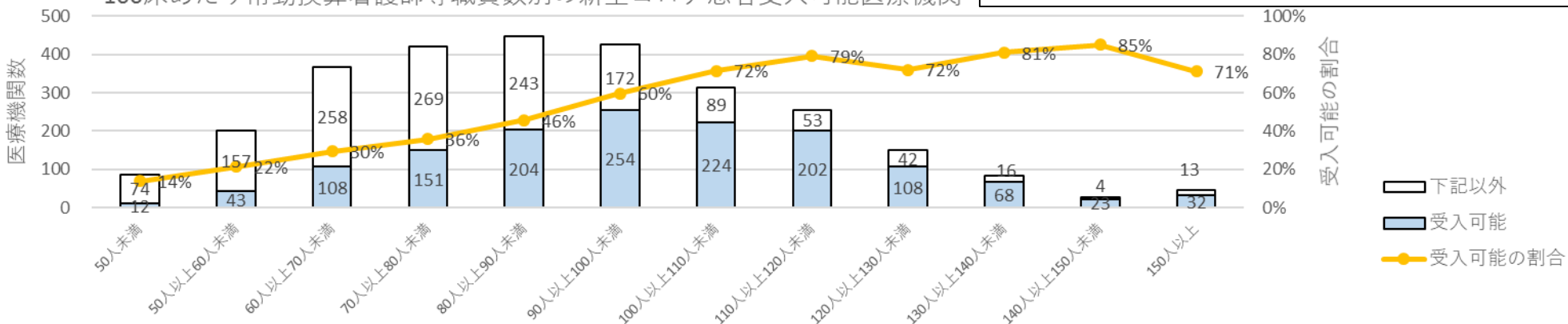
100床あたり常勤換算看護師等職員数別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績の有無について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

○ 100床あたりの常勤換算看護師等職員数が多い医療機関ほど、新型コロナ患者の受入可能医療機関の割合は大きくなる傾向。

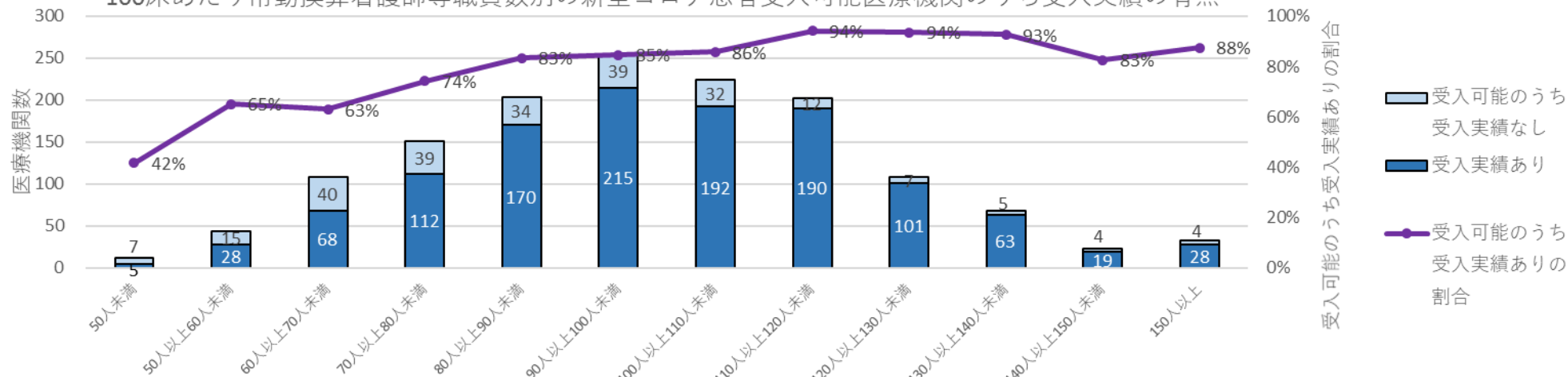
対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関から、100床未満の医療機関を除外した医療機関（2,819医療機関）

100床あたり常勤換算看護師等職員数別の新型コロナ患者受入可能医療機関



100床あたりの常勤換算看護師等職員数

100床あたり常勤換算看護師等職員数別の新型コロナ患者受入可能医療機関のうち受入実績の有無



100床あたりの常勤換算看護師等職員数

※ 急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
 ※ 常勤換算看護師等職員数、病床数(一般病床及び療養病床の許可病床数)は平成30年病床機能報告より引用。
 ※ 看護師等職員は、看護師、准看護師、看護補助者。

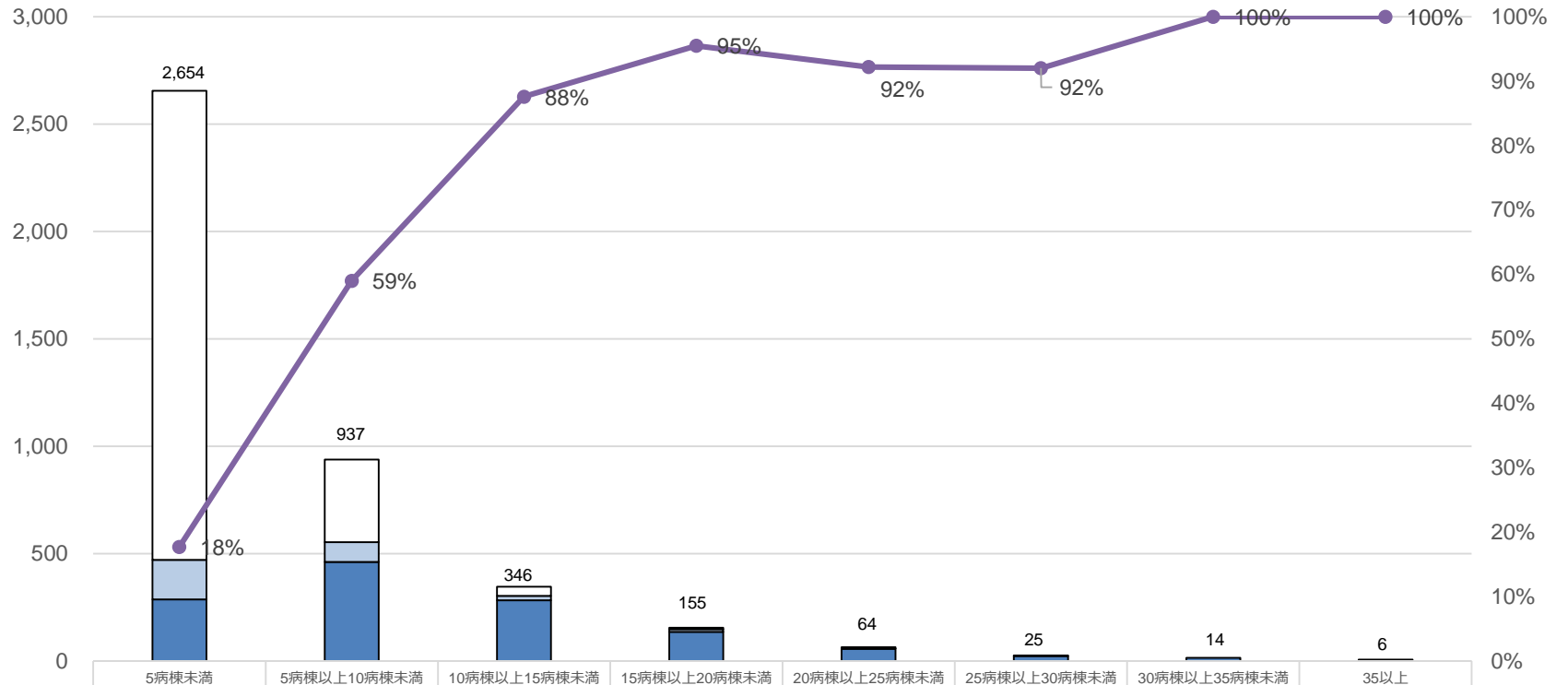
病棟数別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績等

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

○ 病棟数が多いほど新型コロナ患者の受入医療機関の割合は増加する。

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（4,201医療機関）

保有病棟数別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績等



保有病棟数	受入実績あり	受入可能のうち受入実績なし	下記以外	受入可能の割合
5病棟未満	286	184	2,184	18%
5病棟以上10病棟未満	461	92	384	59%
10病棟以上15病棟未満	283	20	43	88%
15病棟以上20病棟未満	136	12	7	95%
20病棟以上25病棟未満	57	2	5	92%
25病棟以上30病棟未満	23	0	2	92%
30病棟以上35病棟未満	14	0	0	100%
35以上	6	0	0	100%

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

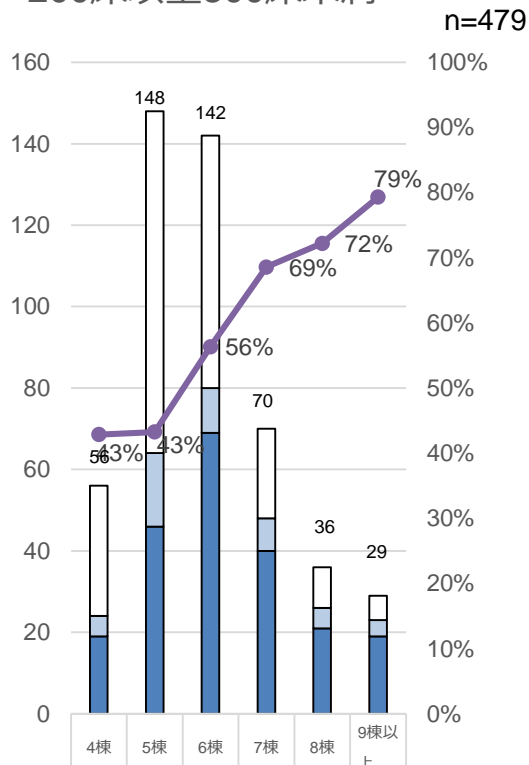
病棟数別、病床数別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績等

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

○ 病棟数が多いほど新型コロナ患者の受入可能医療機関の割合は増加する。

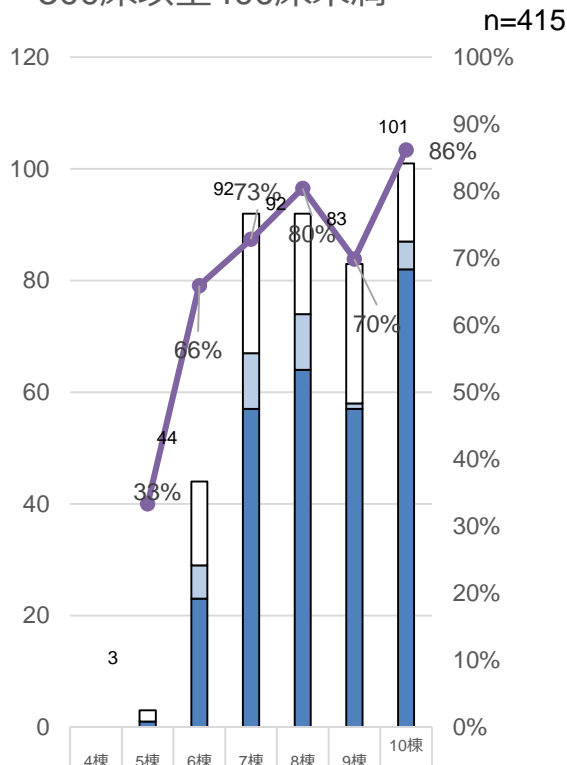
対象医療機関： G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関

200床以上300床未満



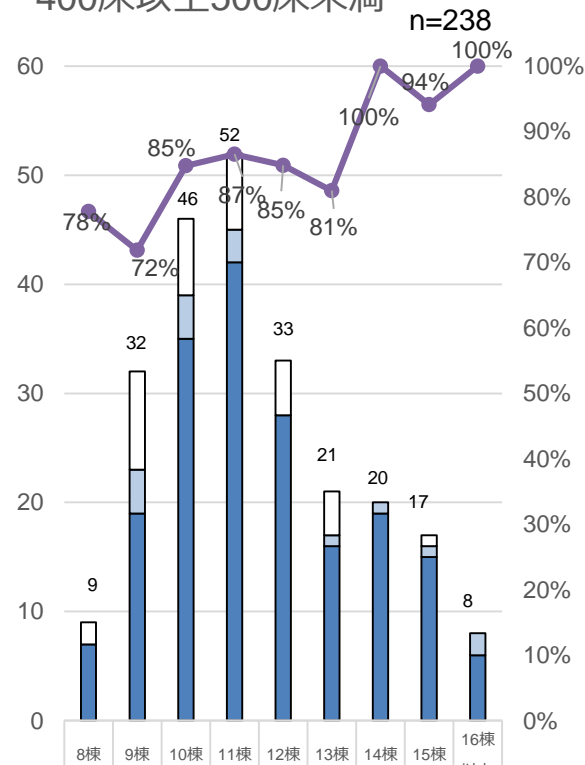
n=479

300床以上400床未満



n=415

400床以上500床未満



n=238

	4棟	5棟	6棟	7棟	8棟	9棟以上
下記以外	32	84	62	22	10	6
受入可能のうち受入実績なし	5	18	11	8	5	4
受入実績あり	19	46	69	40	21	19
受入可能の割合	43%	43%	56%	69%	72%	79%

	4棟	5棟	6棟	7棟	8棟	9棟	10棟以上
下記以外	0	2	15	25	18	25	14
受入可能のうち受入実績なし	0	0	6	10	10	1	5
受入実績あり	0	1	23	57	64	57	82
受入可能の割合		33%	66%	73%	80%	70%	86%

	8棟	9棟	10棟	11棟	12棟	13棟	14棟	15棟	16棟以上
下記以外	2	9	7	7	5	4	0	1	0
受入可能のうち受入実績なし	0	4	4	3	0	1	1	1	2
受入実績あり	7	19	35	42	28	16	19	15	6
受入可能の割合	78%	72%	85%	87%	85%	81%	100%	94%	100%

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

病床規模別、救急車受入台数別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績等

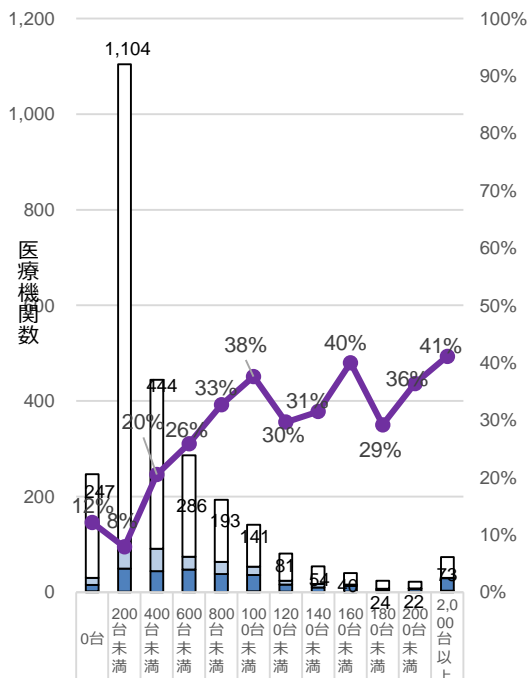
第28回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年11月5日) 資料6

○ 200床未満、200床以上400床未満、400床以上のいずれの病床規模においても、救急車の受入台数が多く救急の活動度が高いほど、新型コロナ患者受入可能医療機関の割合が増加する傾向。

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

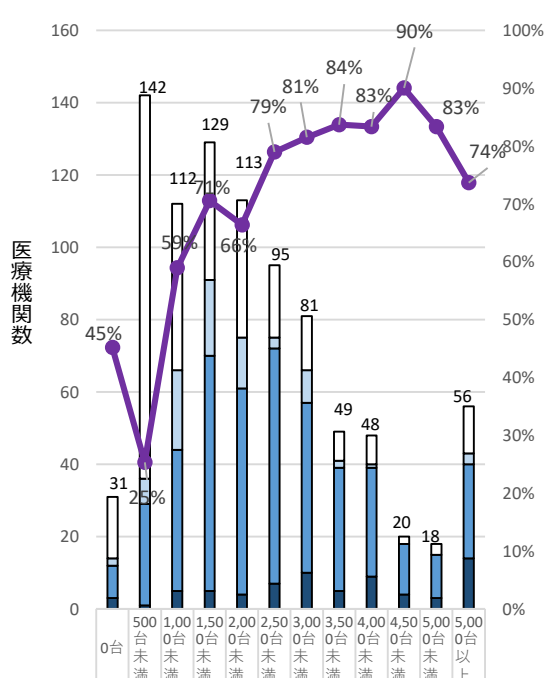
200床未満における救急車受入台数別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績等

n=2,709



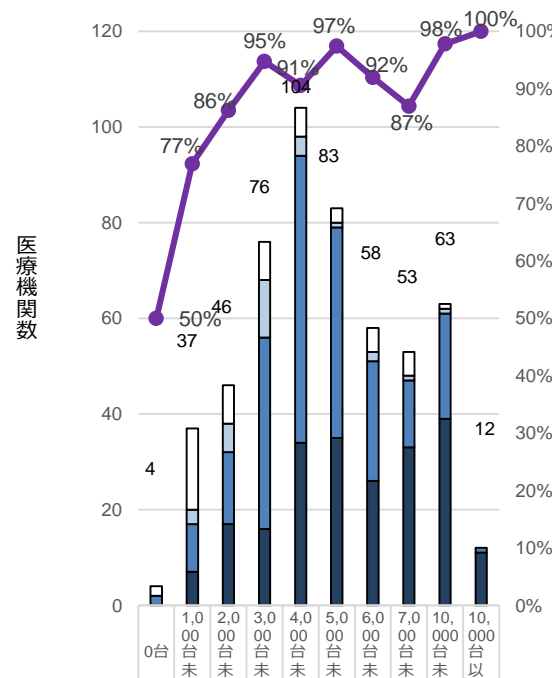
200床以上400床未満における救急車受入台数別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績等

n=894



400床以上における救急車受入台数別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績等

n=536



※ 急性期病棟の有無・病棟数は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
 ※ 人工呼吸器使用患者受入実績あり医療機関：新型コロナ患者で人工呼吸器またはECMOを使用した患者の受入医療機関。

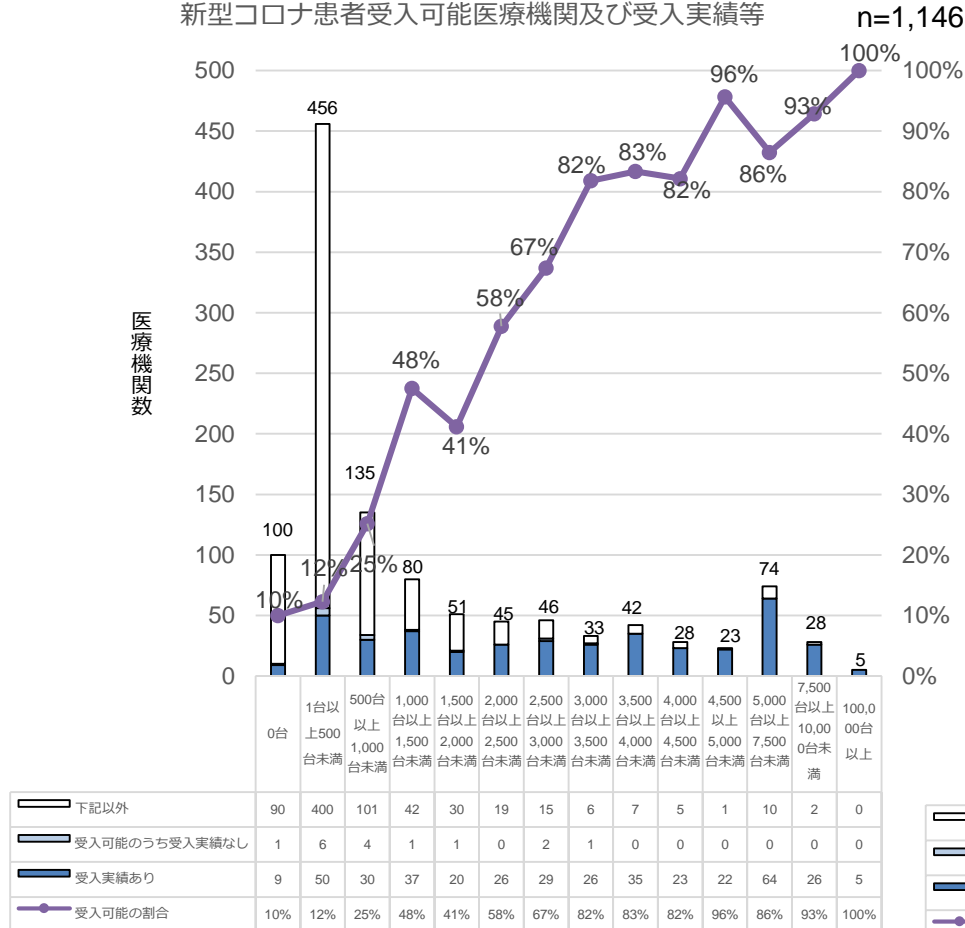
構想区域の人口規模別、救急車受入台数別の新型コロナ受入可能医療機関及び受入実績等

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

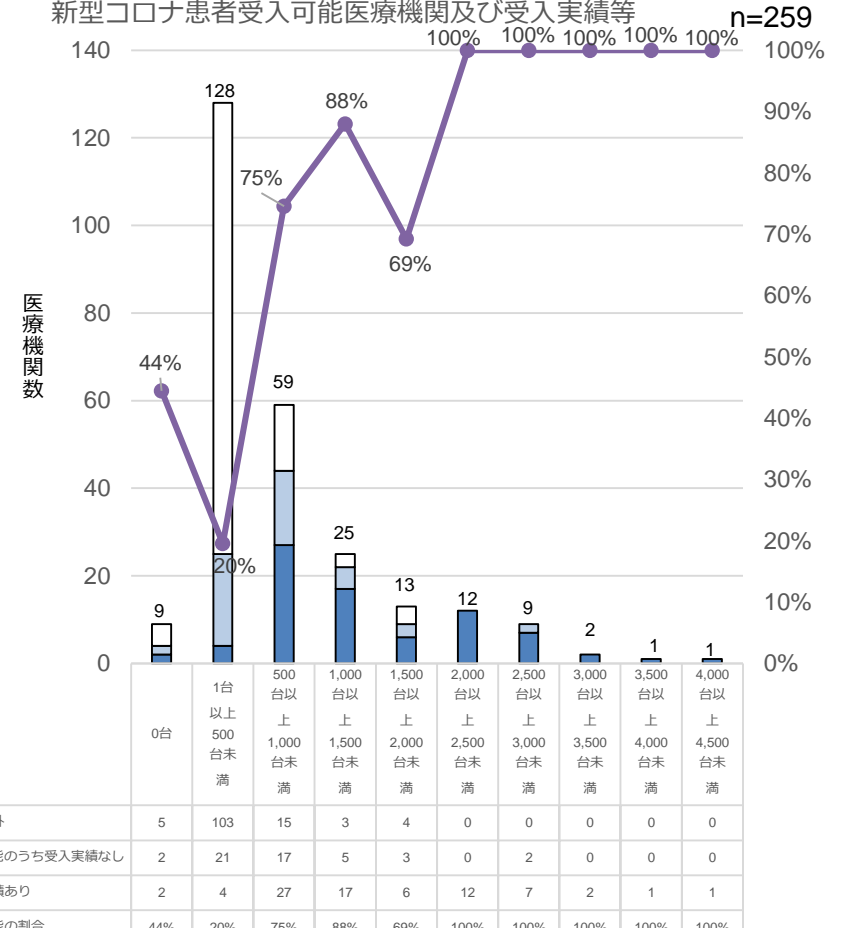
○ 人口100万人以上及び人口10万人未満のいずれの構想区域においても、救急車の受入台数が多く救急の活動度が高いほど、新型コロナ患者受入可能医療機関の割合が増加する傾向。

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

人口100万人以上の構想区域における救急車受入台数別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績等



人口10万人未満の構想区域における救急車受入台数別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績等



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

参考

(新型コロナウイルス感染症対応の状況)

感染症法の対象となる感染症の分類と考え方

第21回
医療計画の見直し等に関する検討会
(令和2年10月1日)
資料

分類	規定されている感染症	分類の考え方
一類感染症	エボラ出血熱、ペスト、ラッサ熱等	感染力及び罹患した場合の重篤性からみた危険性が極めて高い感染症
二類感染症	結核、SARS、MERS、 鳥インフルエンザ（H5N1、 H7N9）等	感染力及び罹患した場合の重篤性からみた危険性が高い感染症
三類感染症	コレラ、細菌性赤痢、腸チフス 等	特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起こし得る感染症
四類感染症	狂犬病、マラリア、デング熱 等	動物、飲食物等の物件を介してヒトに感染する感染症
五類感染症	インフルエンザ、性器クラミジア感染症 等	国が感染症発生動向調査を行い、その結果等に基づいて必要な情報を国民一般や医療関係者に提供・公開していくことによって、発生・まん延を防止すべき感染症
新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ、 再興型インフルエンザ	<ul style="list-style-type: none"> ・インフルエンザのうち新たに人から人に伝染する能力を有することとなったもの ・かつて世界的規模で流行したインフルエンザであってその後流行することなく長期間が経過しているもの
指定感染症	政令で新型コロナウイルス感染症を指定	現在感染症法に位置付けられていない感染症について、1～3類、新型インフルエンザ等感染症と同等の危険性があり、措置を講ずる必要があるもの
新感染症		人から人に伝染する未知の感染症であって、罹患した場合の症状が重篤であり、かつ、まん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあるもの

【参考】感染症法に基づく主な措置の概要（政令による準用の有無）

	指定感染症	一類感染症	二類感染症	三類感染症	四類感染症	五類感染症	新型インフルエンザ等感染症
規定されている疾病名	新型コロナウイルス感染症	エボラ出血熱・ペスト・ラッサ熱等	結核・SARS 鳥インフルエンザ (H5N1) 等	コレラ・細菌性赤痢・腸チフス等	黄熱・鳥インフルエンザ (H5N1 以外) 等	インフルエンザ・性器クラミジア感染症・梅毒等	新型インフルエンザ・再興型インフルエンザ
疾病名の規定方法	政令 具体的に適用する規定は、 感染症毎に政令で規定	法律	法律	法律	法律・政令	法律・省令	法律
疑似症患者への適用	○	○	○ (政令で定める 感染症のみ)	—	—	—	○
無症状病原体保有者への適用	○	○	—	—	—	—	○
診断・死亡したときの医師による届出	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (7日以内)	○ (直ちに)
獣医師の届出、動物の輸入に関する措置	—	○	○	○	○	—	○
患者情報等の定点把握	—	—	△ (一部の疑似症のみ)	△ (一部の疑似症のみ)	△ (一部の疑似症のみ)	○	—
積極的疫学調査の実施	○	○	○	○	○	○	○
健康診断受診の勧告・実施	○	○	○	○	—	—	○
就業制限	○	○	○	○	—	—	○
入院の勧告・措置	○	○	○	—	—	—	○
検体の収去・採取等	○	○	○	—	—	—	○
汚染された場所の消毒、物件の廃棄等	○	○	○	○	○	—	○
ねずみ、昆虫等の駆除	○	○	○	○	○	—	○ (※)
生活用水の使用制限	○	○	○	○	—	—	○ (※)
建物の立入制限・封鎖、交通の制限	○	○	—	—	—	—	○ (※)
発生・実施する措置等の公表	○	—	—	—	—	—	○
健康状態の報告、外出自粛等の要請	○	—	—	—	—	—	○
都道府県による経過報告	○	—	—	—	—	—	○

黄：指定時に適用（2/1施行）

橙：改正①時に適用（2/14施行）

桃：改正②時に適用（3/27施行）

※ 感染症法44条の4に基づき政令が定められ、適用することとされた場合に適用

新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等について（都道府県別）

新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果（10月14日0時時点）

令和2年10月16日公表

都道府県名	(1) PCR検査陽性者数(追跡者等除く。) (注1,2)	(2) 入院者数 (入院確定者数を含む)					うち重症者数	(3) 宿泊療養者数					(4) 自宅療養者数	(5) 社会福祉施設等療養者数	(6) 確認中の人数				
		病床数						居室数											
		現フェーズ/最終フェーズ(注3)	確保病床数(注4)	確保病床数に対する利用率(注5)	最終フェーズにおける即応病床(計画)数(注5)	(参考)		現フェーズ/最終フェーズ(注3)	確保居室数(注6)	確保居室数に対する利用率(注7)	最終フェーズにおける宿泊施設居室(計画)数(注7)	(参考)							
01 北海道	207	121	1/3	1,811	7%	1,767	1	1/3	182	1%	182	86	1/2	1,170	7%	1,170	0	0	0
02 青森県	2	2	1/4	187	1%	225	0	1/4	31	0%	30	0	1/4	130	0%	100	0	0	0
03 岩手県	2	2	1/3	374	1%	350	0	1/3	59	0%	45	0	1/3	381	0%	300	0	0	0
04 宮城県	46	34	3/4	345	10%	450	1	3/4	43	2%	65	12	3/4	300	4%	300	0	0	0
05 秋田県	5	2	2/4	222	1%	235	0	2/4	22	0%	27	3	2/4	58	5%	69	0	0	0
06 山形県	3	3	2/4	216	1%	215	0	2/4	26	0%	26	0	2/4	188	0%	188	0	0	0
07 福島県	70	68	2/4	469	14%	350	3	2/4	42	7%	50	2	2/4	160	1%	160	0	0	0
08 茨城県	39	31	1/3	546	6%	500	4	1/3	72	6%	70	1	3/4	324	0%	324	7	0	0
09 栃木県	22	22	2/4	313	7%	313	0	2/4	41	0%	41	0	2/4	284	0%	250	0	0	0
10 群馬県	38	34	2/3	305	11%	330	4	2/3	23	17%	50	4	2/3	1,300	0%	363	0	0	0
11 埼玉県	380	202	3/4	1,206	17%	1,400	10	3/4	128	8%	200	110	1/3	1,225	9%	1,450	37	0	31
12 千葉県	325	178	3/4	1,147	16%	1,200	12	3/4	101	12%	180	66	3/4	710	9%	1,400	64	0	17
13 東京都	2,014	1,146	3/4	4,000	29%	4,000	135	2/4	500	27%	500	308	3/4	1,910	16%	3,000	390	1	169
14 神奈川県	508	257	1/3	1,939	13%	1,939	23	1/3	200	12%	200	121	1/2	811	15%	1,000	130	0	0
15 新潟県	6	6	1/3	456	1%	456	0	1/3	112	0%	112	0	1/3	176	0%	176	0	0	0
16 富山県	2	2	1/4	500	0%	500	0	1/4	36	0%	36	0	1/4	125	0%	100	0	0	0
17 石川県	20	20	1/2	258	8%	254	4	1/2	35	11%	35	0	1/2	340	0%	340	0	0	0
18 福井県	4	4	1/4	215	2%	190	0	1/4	24	0%	24	0	1/4	75	0%	75	0	0	0
19 山梨県	4	4	1/4	285	1%	250	1	1/4	24	4%	24	0	1/4	100	0%	100	0	0	0
20 長野県	6	5	2/4	350	1%	350	0	2/4	48	0%	48	1	2/4	250	0%	250	0	0	0
21 岐阜県	11	11	1/3	625	2%	625	1	1/3	51	2%	51	0	1/3	466	0%	466	0	0	0
22 静岡県	9	5	2/4	384	1%	450	0	2/4	34	0%	67	3	2/4	379	1%	450	0	0	1
23 愛知県	232	87	2/4	791	11%	839	10	2/4	70	14%	121	26	2/4	1,300	2%	1,300	95	0	24
24 三重県	23	23	2/3	363	6%	363	0	2/3	51	0%	51	0	2/3	100	0%	100	0	0	0
25 滋賀県	16	16	2/4	429	4%	450	0	2/4	45	0%	72	0	2/4	260	0%	250	0	0	0
26 京都府	119	75	2/3	530	14%	750	12	2/3	86	14%	86	15	2/3	338	4%	338	29	0	0
27 大阪府	477	217	2/4	1,361	16%	1,615	45	2/4	355	13%	215	93	1/3	560	17%	1,036	55	0	112
28 兵庫県	130	106	2/5	663	16%	650	13	2/5	110	12%	120	24	2/5	698	3%	700	0	0	0
29 奈良県	27	27	1/3	467	6%	500	1	1/3	25	4%	25	0	1/3	108	0%	108	0	0	0
30 和歌山県	10	10	2/4	400	3%	400	0	2/4	40	0%	40	0	2/4	137	0%	137	0	0	0
31 鳥取県	1	1	1/3	313	0%	300	0	1/3	47	0%	40	0	1/3	340	0%	150	0	0	0
32 島根県	0	0	1/5	253	0%	253	0	1/5	25	0%	25	0	1/5	98	0%	98	0	0	0
33 岡山県	12	10	1/4	257	4%	250	2	1/4	37	5%	40	1	1/4	207	0%	180	1	0	0
34 広島県	49	43	1/3	553	8%	500	1	1/3	72	1%	70	2	1/3	854	0%	700	4	0	0
35 山口県	9	9	1/4	423	2%	423	1	1/4	102	1%	102	0	1/4	834	0%	834	0	0	0
36 徳島県	0	0	2/4	200	0%	200	0	2/4	25	0%	25	0	2/4	150	0%	150	0	0	0
37 香川県	3	2	1/3	185	1%	185	0	1/3	25	0%	25	1	1/3	101	1%	101	0	0	0
38 愛媛県	1	1	1/3	229	0%	223	0	1/3	33	0%	33	0	1/3	117	0%	117	0	0	0
39 高知県	1	1	1/4	192	1%	200	0	1/4	57	0%	57	0	1/4	361	0%	190	0	0	0
40 福岡県	70	40	2/3	511	7%	760	7	2/3	90	8%	110	11	2/3	1,057	1%	1,200	19	0	0
41 佐賀県	3	0	1/4	274	0%	274	0	1/4	46	0%	46	3	1/4	253	1%	253	0	0	0
42 長崎県	4	0	2/4	395	0%	395	0	2/4	27	0%	42	2	2/4	224	1%	550	2	0	0
43 熊本県	93	70	2/3	400	18%	400	1	2/3	59	2%	59	17	2/3	1,430	1%	140	6	0	0
44 大分県	1	1	1/4	330	0%	330	0	1/4	41	0%	41	0	1/2	700	0%	170	0	0	0
45 宮崎県	0	0	1/3	246	0%	246	0	1/3	33	0%	33	0	1/3	250	0%	250	0	0	0
46 鹿児島県	21	6	3/4	253	2%	300	0	3/4	48	0%	48	13	3/4	370	4%	370	2	0	0
47 沖縄県	240	160	4/5	438	37%	425	25	4/5	57	44%	51	47	3/5	340	14%	340	33	0	0
合計	5,265	3,064		26,649		27,580	317		3,440		3,640	972		22,049		21,793	874	1	354

注1：退院基準を満たして退院した者、解除基準を満たして宿泊療養、自宅療養、社会福祉施設等療養を解除された者及び死亡者を除いた者が対象

注2：報告時点におけるPCR検査陽性者数は入院中及び入院確定者（一週日中に入院すること及び入院先が確定している者）、宿泊療養及び宿泊施設での入院待機者、自宅療養及び自宅での入院待機者、社会福祉施設等療養及び社会福祉施設等での入院待機者、確認中の患者の合計

注3：病床・宿泊療養施設確保計画におけるフェーズを記載。最終フェーズにある場合は赤色、最終フェーズの一つ前のフェーズにある場合は黄色に着色。（フェーズの設定が2つしかない都道府県については、最終フェーズに移行した場合にのみ着色）

注4：いずれかのフェーズにおいて、空床にしておき、あるいはすぐさまその病床で療養している患者を転床させる等により、新型コロナウイルス感染症患者の発生・受入れ要請があれば、即時患者受入れを行うことについて医療機関と調整している病床。

注5：最終フェーズにおいて、都道府県が即応病床として確保することを計画する病床。

注6：借り上げなど契約等に基づき確保している居室数と協定等に基づき確保している居室数の合計

注7：最終フェーズにおいて、都道府県が宿泊療養施設居室数として確保することを計画する居室。

全国の一日あたりの平均入院患者数及び許可病床数（療養病床）

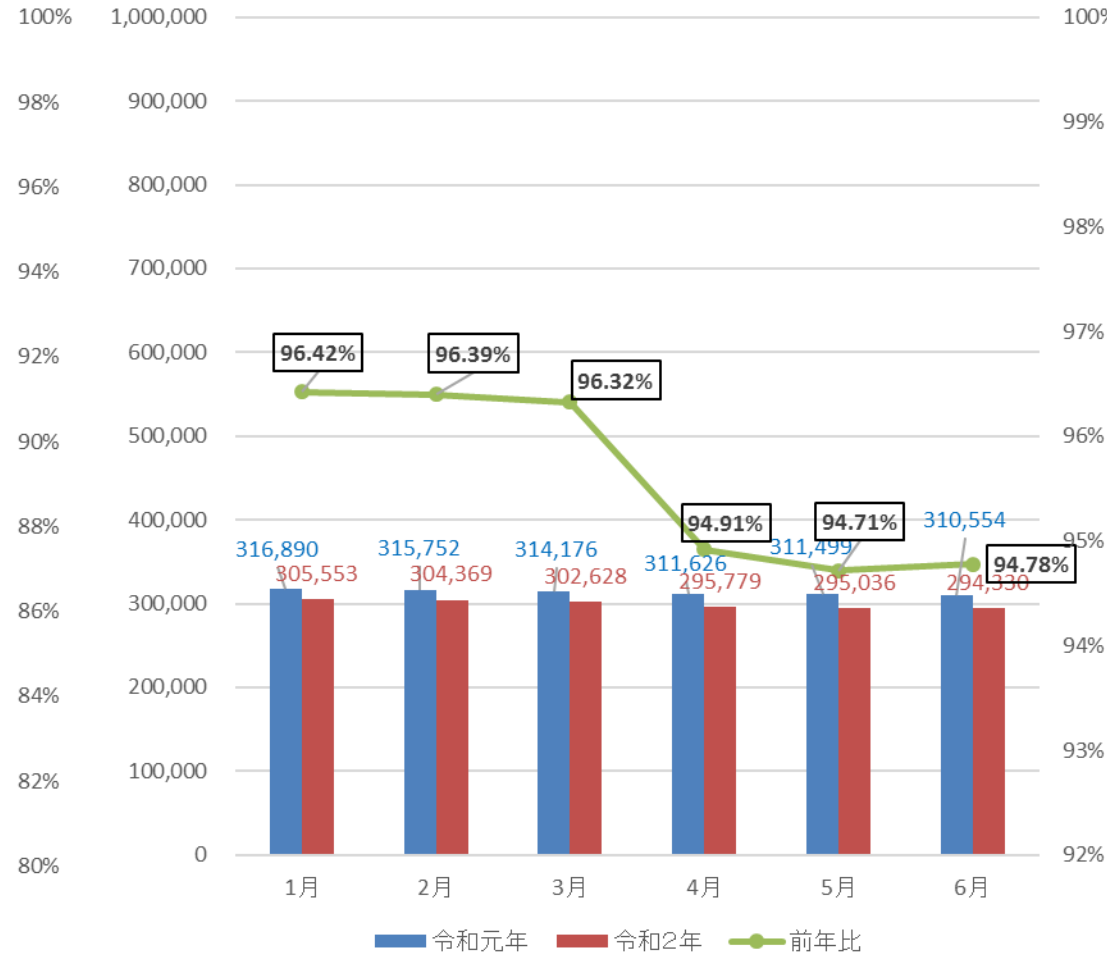
第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

- 療養病床における全国の一かあたりの平均入院患者数は、**昨年同時期に比べて減少**。5月・6月は**前年比92%**。
- 療養病床の許可病床は**前年度と比較して5%程度減少**。
- 令和2年4月以降の療養病床の減少は、主に介護医療院への移行が進んでいる影響が考えられる。^{*}

1日あたり平均入院患者数(療養病床)



療養病床数



引用：病院報告（月報）令和2年1月～6月と、令和元年1月～6月

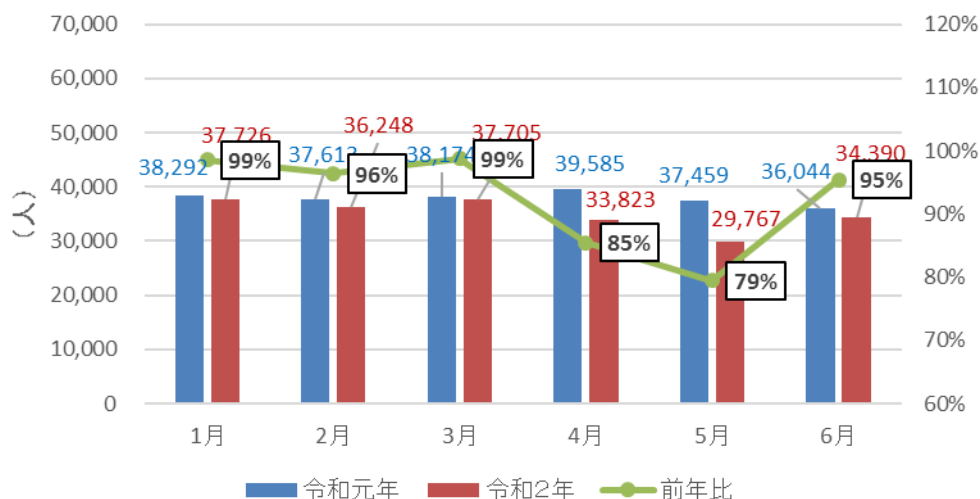
^{*}「介護医療院の開設状況について（令和2年8月17日）」によると、令和2年3月末から令和2年6月末の間に、介護療養病床（病院）から介護医療院に移行した病床が8,110床ある。

新入院患者数、退院患者数、平均在院日数の昨年と今年の比較（療養病床）

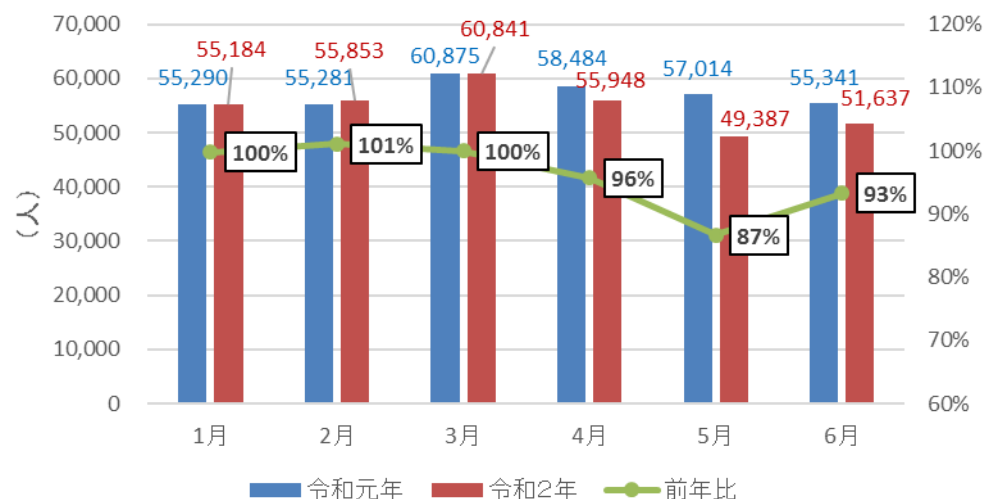
第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

- 療養病床について、全国の新入院患者数・退院患者数ともに、前年同時期に比べて減少傾向。
一方、全国の平均在院日数は、前年同時期に比べて長期化傾向。

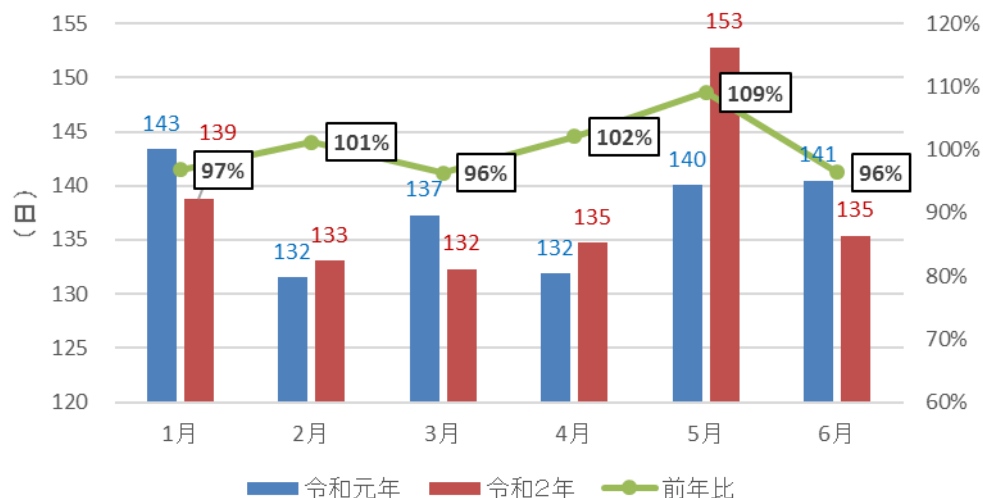
新入院患者数(療養病床)



退院患者数(療養病床)



平均在院日数(療養病床)



※引用：病院報告（月報）

※平均在院日数・・・(月間在院患者延数)÷1/2{(月間新入院患者数)+(同一医療機関内の他の病床から移された患者数)+(月間退院患者数)+(同一医療機関内の他の病床へ移された患者数)}

※新入院患者数・・・一ヶ月の間に新規に入院した患者数

※退院患者数・・・一ヶ月の間に退院した患者数

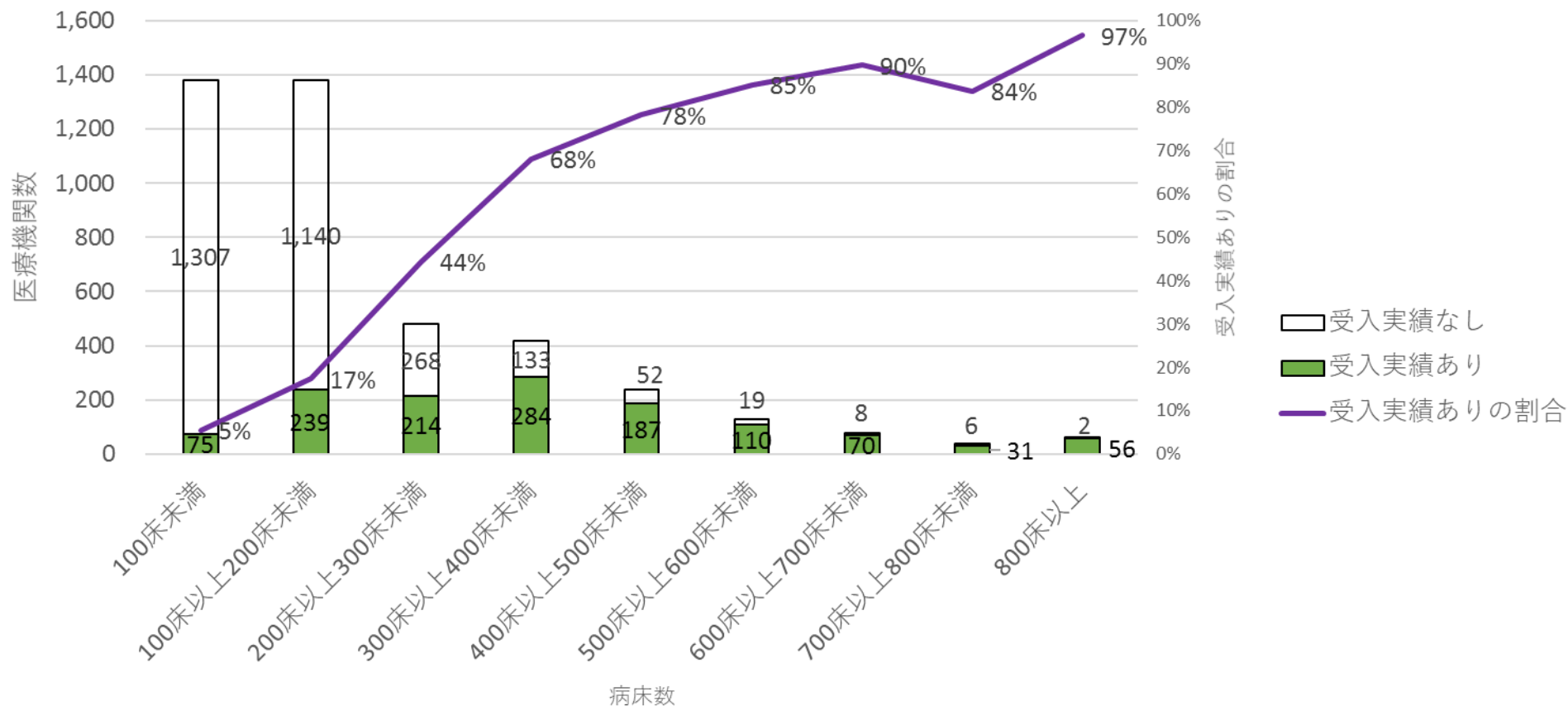
医療機関の病床規模別の新型コロナ患者受入実績の有無について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

○ 医療機関の病床規模が大きいほど、新型コロナ患者の受入実績あり医療機関の割合も大きくなる傾向。

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（4,201医療機関）

医療機関の病床規模別の新型コロナ患者受入実績の有無



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

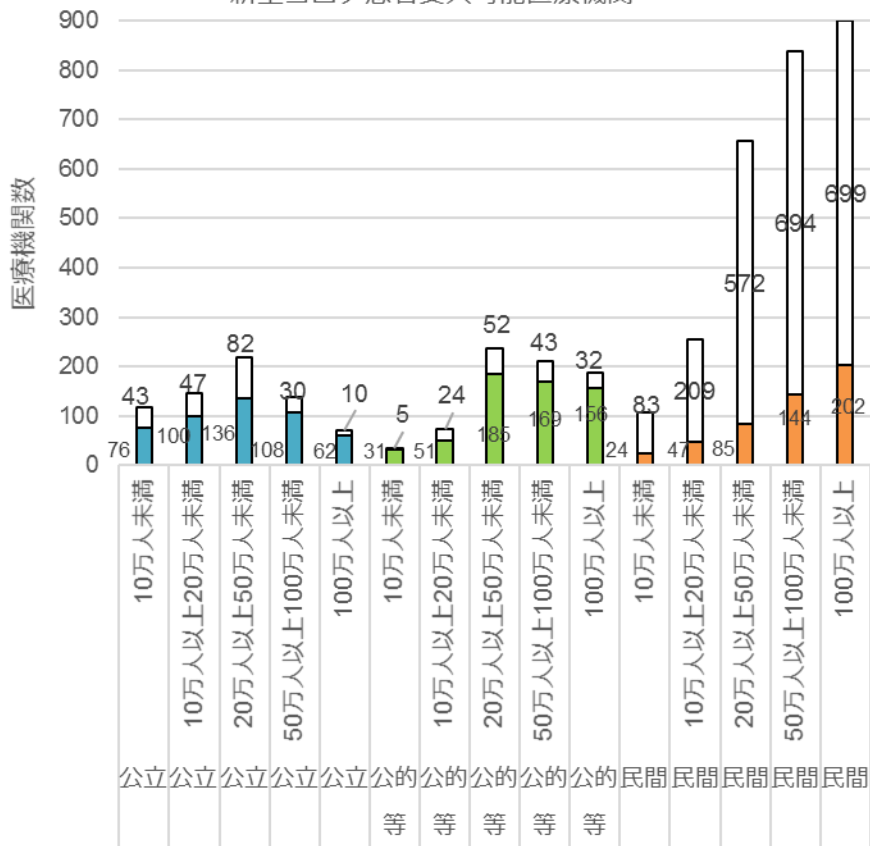
※ 病床数：平成30年度病床機能報告における一般病床及び療養病床の許可病床数

○ 人口規模が20万人未満の区域では公立の受入可能医療機関が多い傾向。人口規模が20万人以上100万人未満の区域では公的等の受入可能医療機関が多くなり、人口規模が100万人以上の区域では民間の受入可能医療機関が最も多い。

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（4,201医療機関）

構想区域の人口規模別、公立・公的等・民間別の

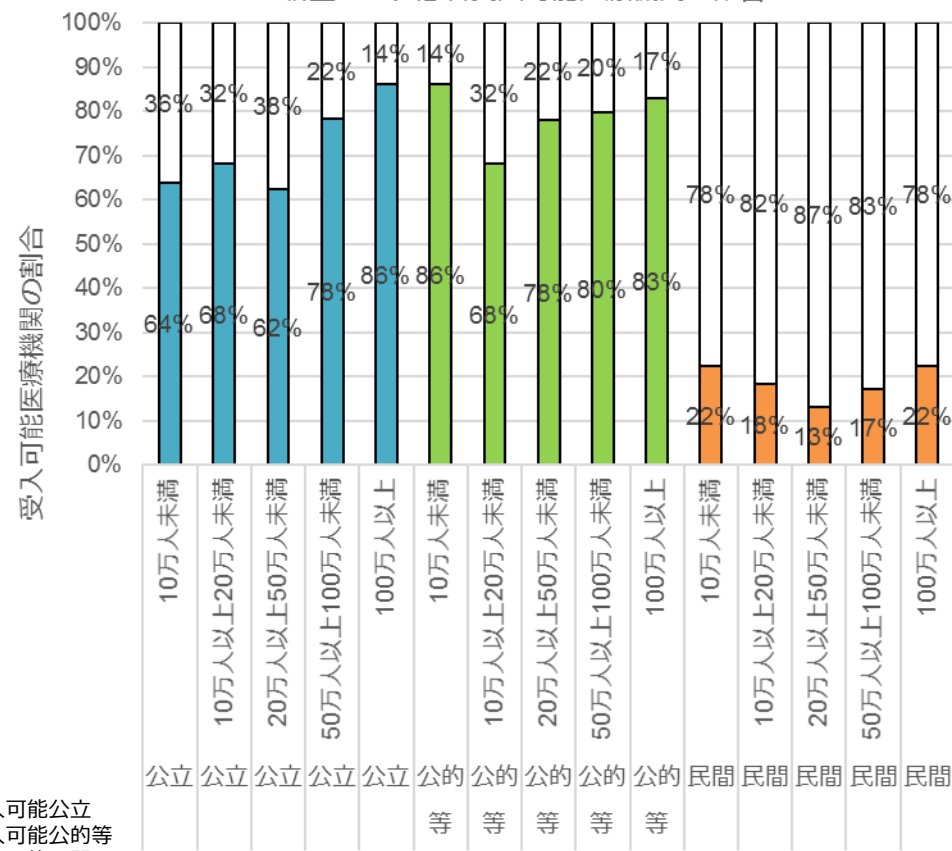
新型コロナ患者受入可能医療機関



構想区域の人口規模、公立・公的等・民間別

構想区域の人口規模別、公立・公的等・民間別の

新型コロナ患者受入可能医療機関の割合



構想区域の人口規模、公立・公的等・民間別

■ 受入可能公立
■ 受入可能公的等
■ 受入可能民間
□ 上記以外

※ 急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
※ 公立・・・新公立病院改革プラン策定対象病院 公的等・・・公的医療機関等2025プラン策定対象医療機関

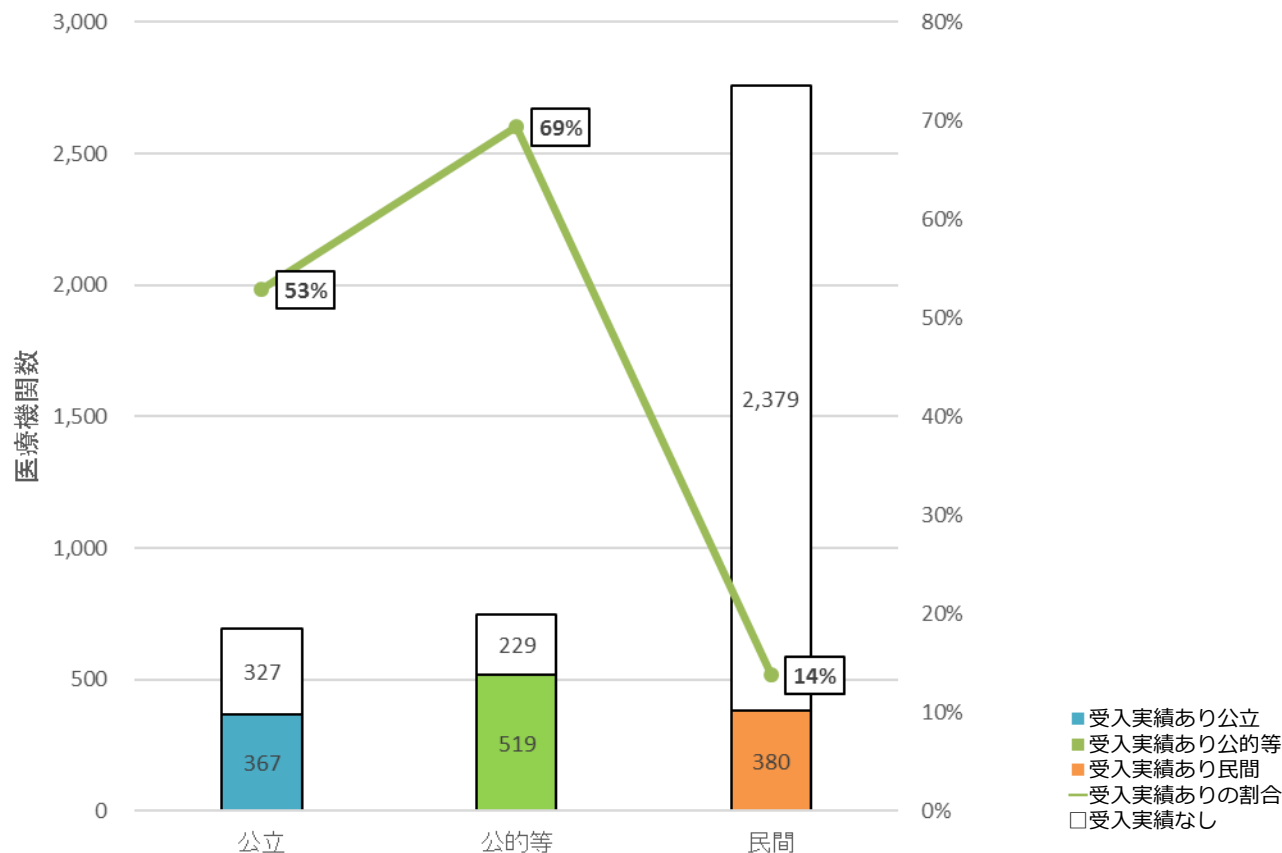
公立・公的等・民間別の新型コロナ患者受入実績の有無について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

- 受入実績がある医療機関数は公的等が多く、公立と民間は同程度である。
受入実績がある医療機関の割合は、公的等が69%と大きい割合になっている。

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（4,201医療機関）

公立・公的等・民間別の
新型コロナ患者受入実績の有無



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

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

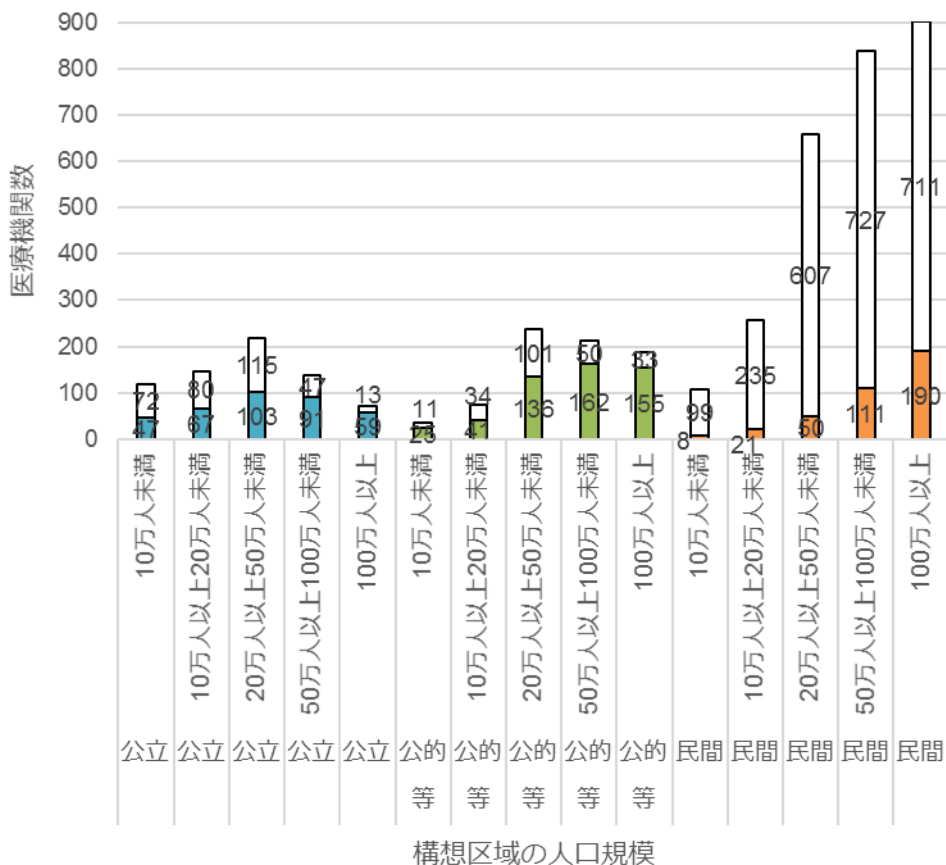
構想区域の人口規模別、公立・公的等・民間別の新型コロナ患者受入実績の有無について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

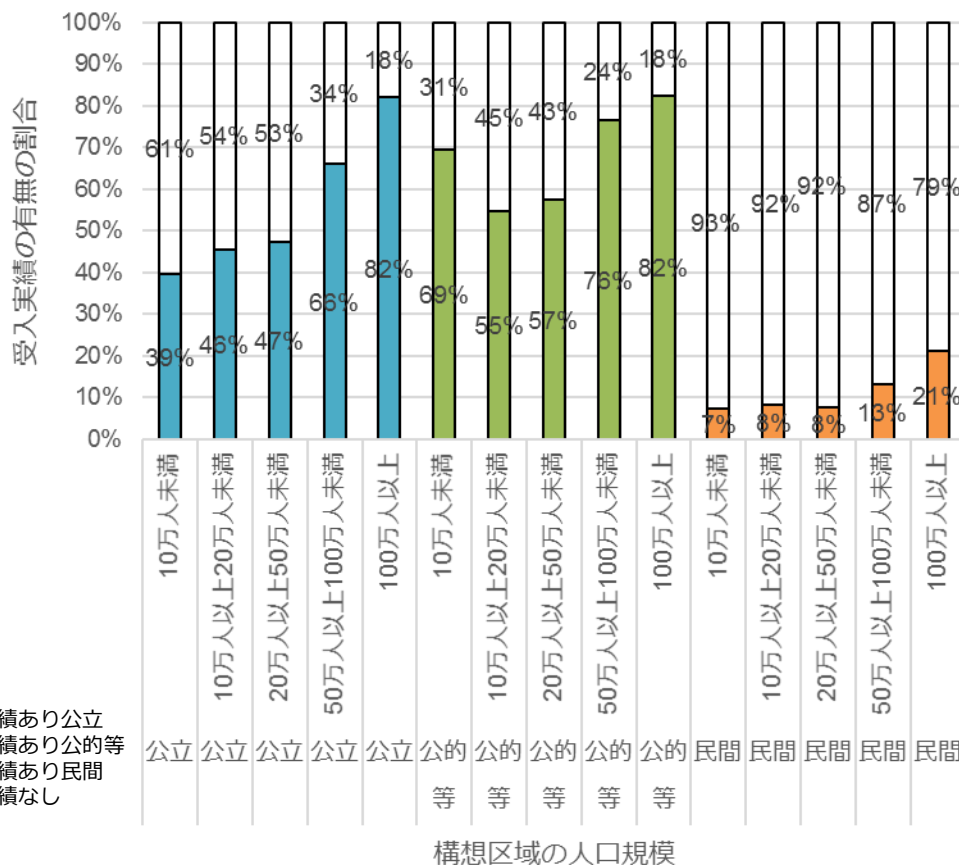
- 人口規模が20万人未満の区域では公立の受入実績あり医療機関が多い傾向。人口規模が20万人以上100万人未満の区域では公的等の受入実績あり医療機関が多くなり、人口規模が100万人以上の区域では民間の受入実績あり医療機関が最も多い。

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（4,201医療機関）

構想区域の人口規模別、公立・公的等・民間別の
新型コロナ患者受入実績の有無



構想区域の人口規模別、公立・公的等・民間別の
新型コロナ患者受入実績の有無の割合



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

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

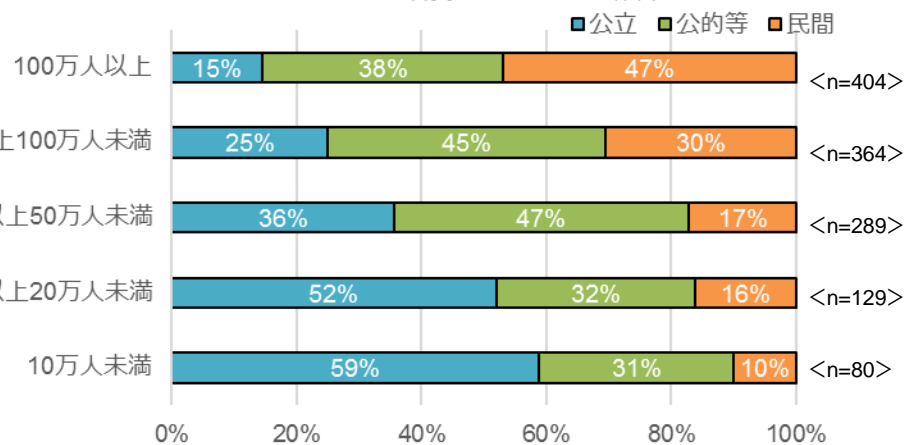
構想区域の人口規模別、公立・公的等・民間別の新型コロナ患者受入実績の有無について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

- 人口20万人未満の区域では、公立の占める割合が大きい。
- 100万人以上の構想区域では民間の占める割合が大きく、20万人以上100万人未満の構想区域では公的等の占める割合が大きい。

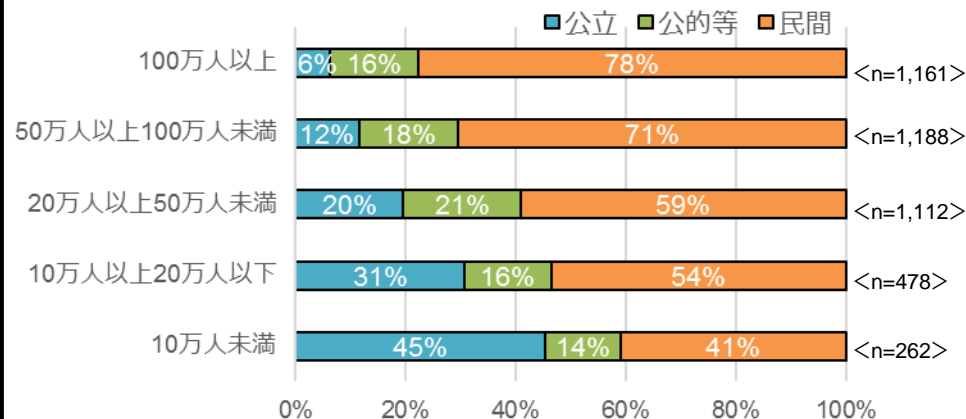
対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち急性期病棟を有する医療機関（4,201医療機関）

構想区域の人口規模別、公立・公的等・民間別の
新型コロナ患者受入実績のありの割合



参考

公立・公的等・民間別の医療機関の割合



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

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

民間・・・公立・公的等以外

※ 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。

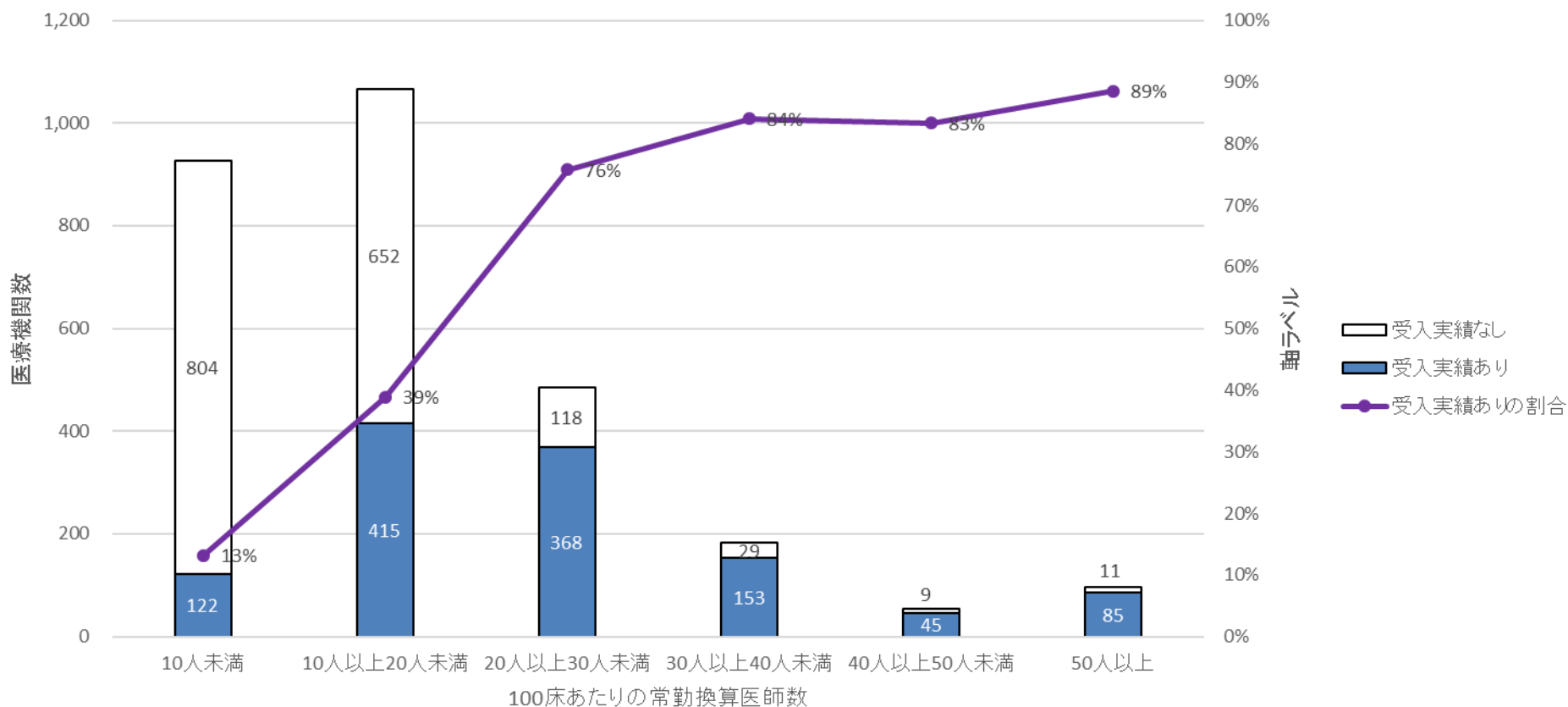
100床あたり常勤換算医師数別の新型コロナ患者受入実績の有無について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

○ 100床あたり常勤換算医師数が多い医療機関ほど、新型コロナ患者の受入実績あり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（2,811医療機関）

100床あたりの常勤換算医師数別の新型コロナ患者受入実績の有無



※ 急性期病棟は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
 ※ 常勤換算医師数、病床数(一般病床及び療養病床の許可病床)は平成30年病床機能報告で報告された数字。

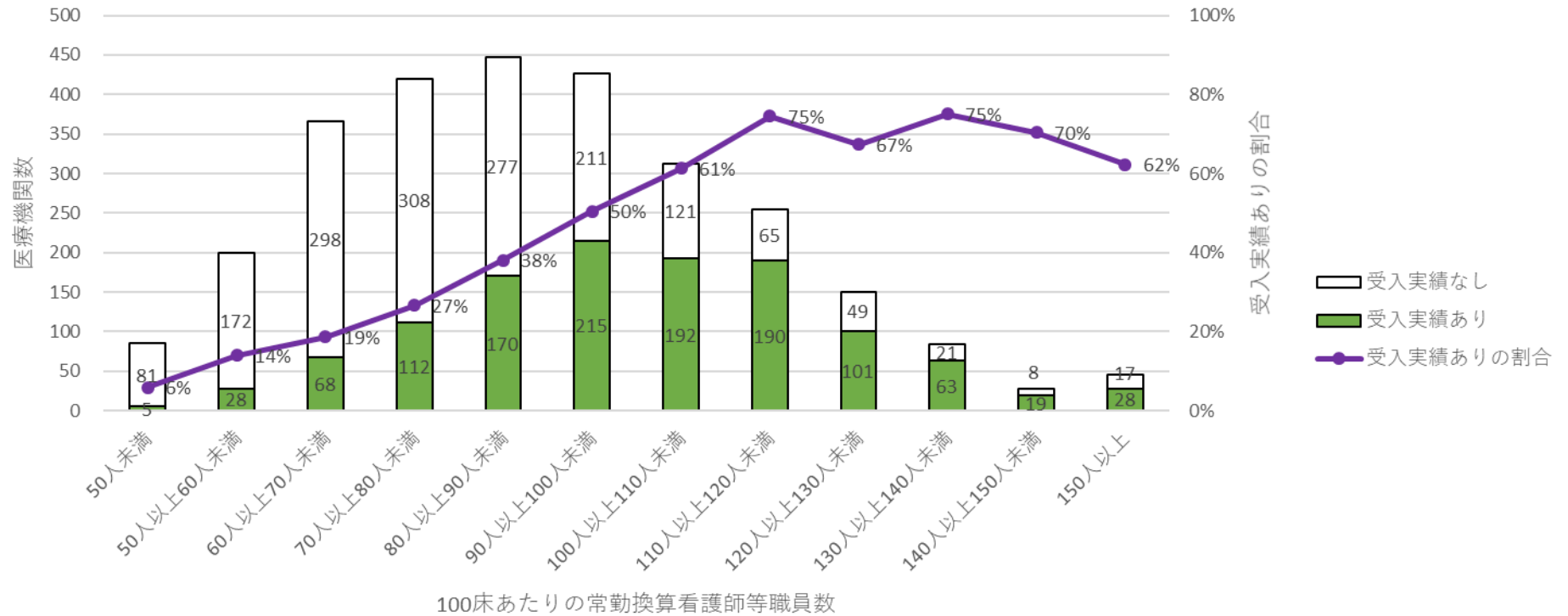
100床あたり常勤換算看護師等職員別の新型コロナ患者受入実績の有無について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

○ 100床あたり常勤換算看護師等職員が多い医療機関ほど、新型コロナ患者の受入実績ありの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（2,819医療機関）

100床あたり常勤換算看護師等職員数別の新型コロナ患者受入実績の有無



- ※ 急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
- ※ 看護師等職員は、看護師、准看護師、看護補助者。
- ※ 常勤換算看護師等職員数、病床数(許可病床数)は平成30年病床機能報告で報告された数字。

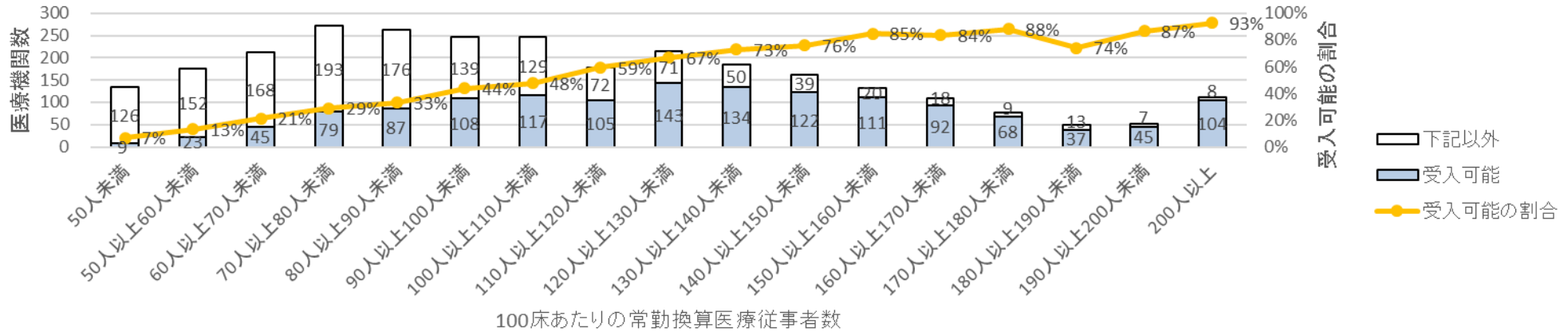
100床あたり常勤換算医療従事者数別の新型コロナ患者受入可能医療機関について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

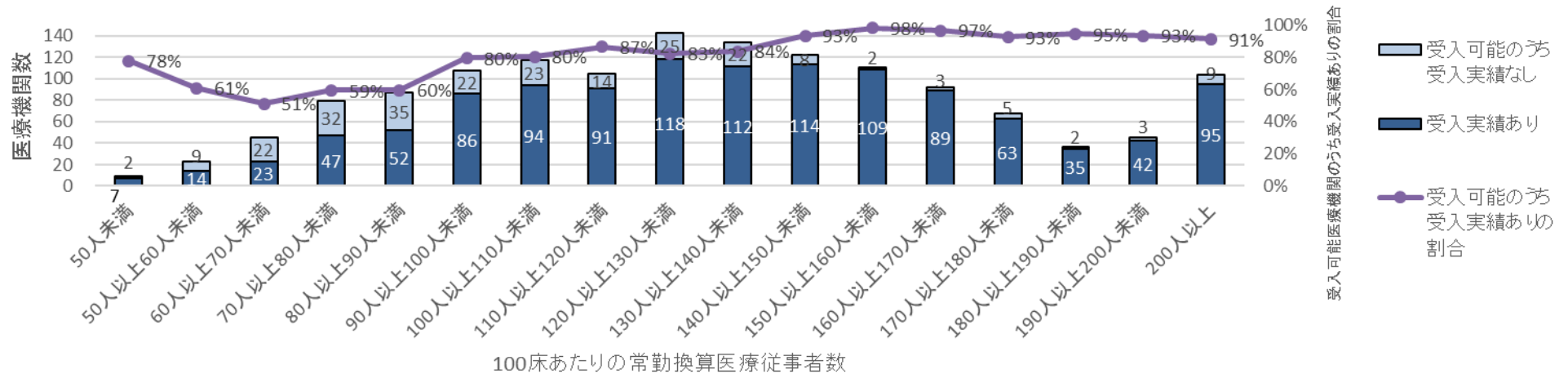
○ 100床あたりの常勤換算医療従事者数が多い医療機関ほど、新型コロナ患者の受入可能医療機関の割合は大きくなる傾向。

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（2,819医療機関）

100床あたりの常勤換算医療従事者別の新型コロナ患者受入可能医療機関



100床あたりの常勤換算医療従事者数別の新型コロナ患者受入可能医療機関のうち受入実績の有無



- ※ 急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
- ※ 医療従事者は、医師、歯科医師、看護師、准看護師、助産師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士（新型インフル特措法における医療従事者の定義における職種のうち病床機能報告で数値を補足することができない保健師、歯科衛生士、救急救命士を除いたもの）とした。
- ※ 常勤換算医療従事者数、病床数（許可病床数）は平成30年病床機能報告で報告された数字。

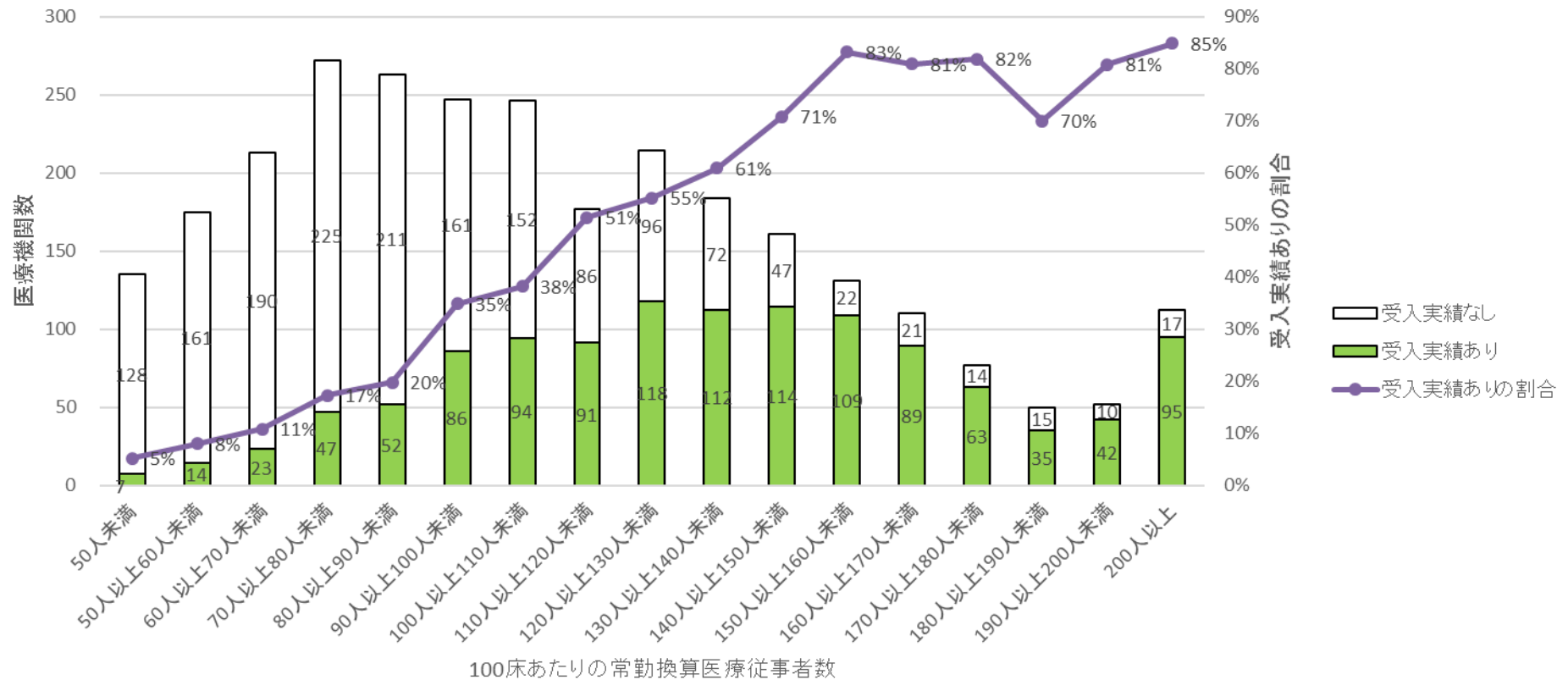
100床あたり常勤換算医療従事者数別の新型コロナ患者受入実績の有無について

第27回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年10月21日) 資料

○ 100床あたりの常勤換算医療従事者数が多い医療機関ほど、新型コロナ患者の受入実績ありの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（2,819医療機関）

100床あたりの常勤換算医療従事者数別の新型コロナ患者受入実績の有無



- ※ 急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
- ※ 医療従事者は、医師、歯科医師、看護師、准看護師、助産師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士（新型インフル特措法における医療従事者の定義における職種のうち病床機能報告で数値を捕捉することができない保健師、歯科衛生士、救急救命士を除いたもの）とした。
- ※ 常勤換算医療従事者数、病床数（許可病床数）は平成30年病床機能報告で報告された数字。

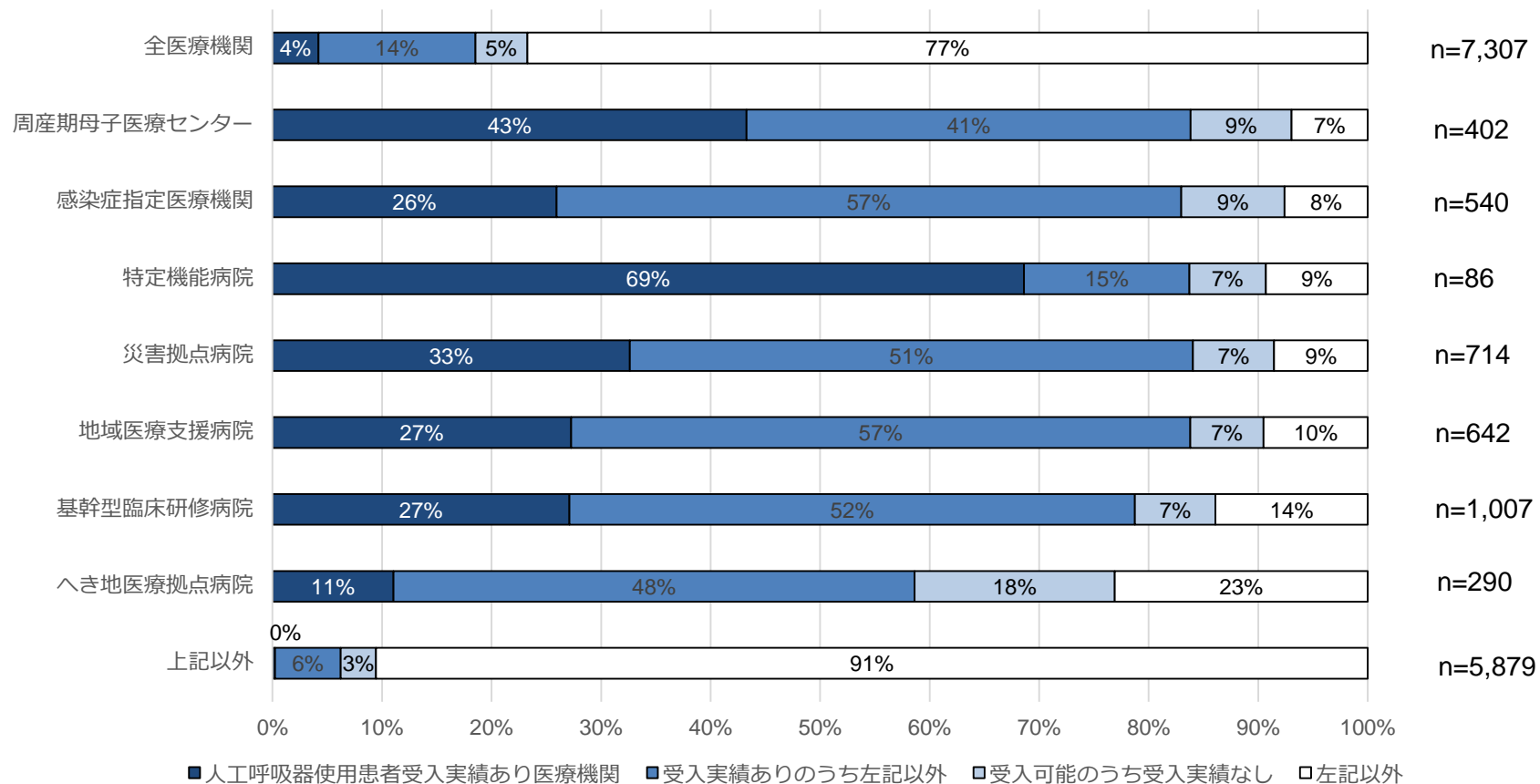
医療機関の拠点機能別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績等

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

○ 各拠点機能を有する新型コロナ受入可能医療機関の割合が高かった。

対象医療機関： G-MISで報告のあった全医療機関（7,307医療機関）

拠点機能別の新型コロナ受入可能医療機関及び受入実績等の割合



※ 人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関：新型コロナ患者で人工呼吸器またはECMOを使用した患者の受入医療機関。
 ※ 各機能を有する医療機関は重複して計上している。
 ※ 「上記以外」は、いずれの拠点機能も有さない医療機関。
 ※ 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。

病床規模別の新型コロナ患者受入実績あり医療機関のうち人工呼吸器使用患者受入実績あり医療機関の割合

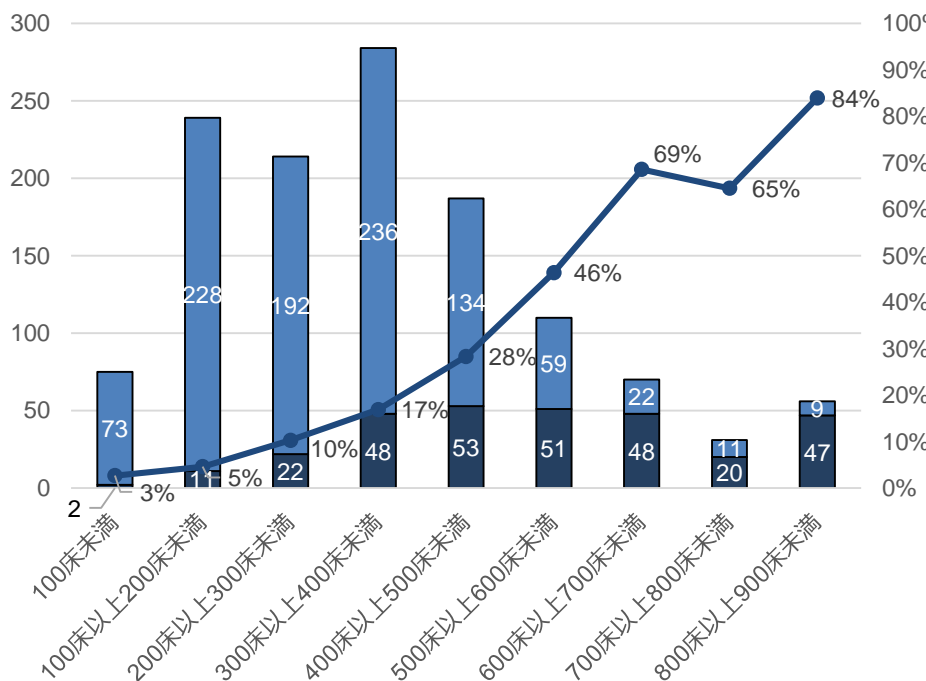
第28回地域医療構想に関するワーキンググループ
(令和2年11月5日) 資料6

○ 病床規模が大きいほど人工呼吸器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（4,201医療機関）

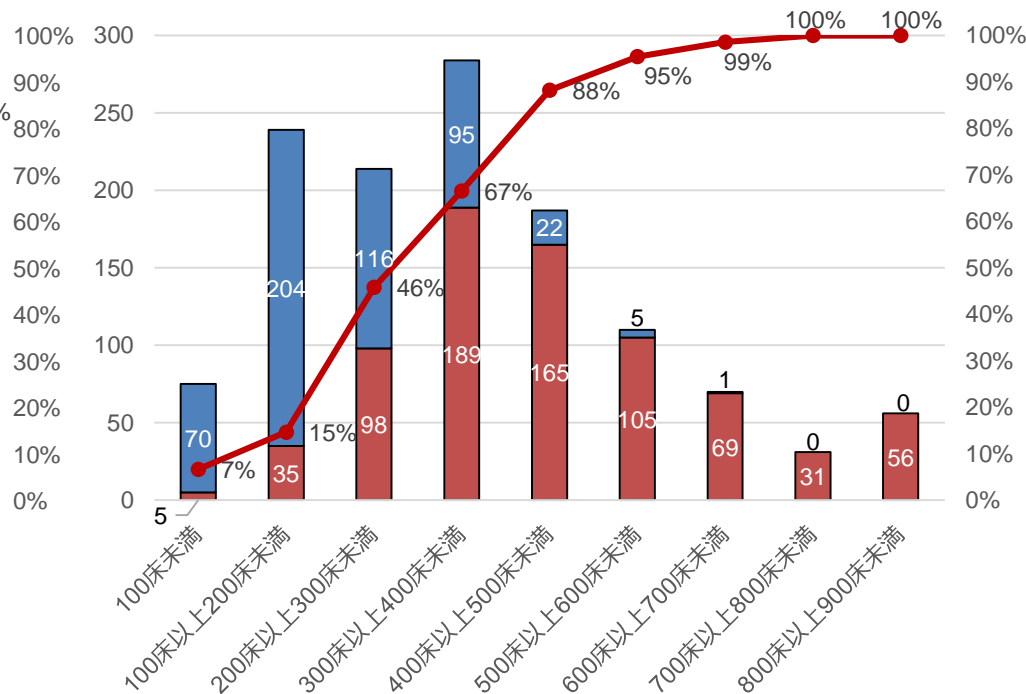
病床規模別の新型コロナ患者受入実績あり医療機関のうち

人工呼吸器使用患者実績あり医療機関



病床規模別の新型コロナ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



■ 受入実績ありのうち下記以外

■ 人工呼吸器使用患者受入実績あり医療機関

● 受入実績ありのうち人工呼吸器使用患者受入実績あり医療機関の割合

■ 受入実績ありのうち下記以外

■ 受入実績ありのうちICU等を有する医療機関

● 受入実績ありのうちICU等を有する医療機関の割合

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

※ 人工呼吸器等使用患者受入実績あり医療機関：新型コロナ患者で人工呼吸器またはECMOを使用した患者の受入医療機関。

※ ICU等は、平成30年度病床機能報告で特定集中治療室管理料の実績・救命救急入院料1、救命救急入院料2、救命救急入院料3、特定集中治療室管理料1、特定集中治療室管理料2、特定集中治療室管理料3、特定集中治療室管理料4、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）、新生児特定集中治療室管理料1、新生児特定集中治療室管理料2、小児特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料1、ハイケアユニット入院医療管理料2、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料を算定した実績がある医療機関

4 これまでの議論における主な意見

- 今回の新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえると、5疾病5事業があるけれども、それに加えて新興・再興感染症対策の追加を医療計画の中にしっかり盛り込むべきではないかということの指摘を申し上げたい。21世紀に入ってから、これまでもいろいろな新興・再興感染症の出現があったわけでありまして、2003年のSARSあるいは2009年の新型インフルエンザなど、今回のものを含めてこれまでに3回このような事態が起こっているので、平常時からの備えとして計画を立てておくことが欠かせないのではないかとということで、この医療計画の中に新興・再興感染症対策をどういうふうに位置づけるかということについての検討をお願いしたい。
- 地域医療構想は、2025年を見据えた地域の医療提供体制をどう地域の調整会議の中で検討し、病院の自主的な取組の中で病院の病床数や病棟を見直していくかという議論であったと理解している。将来的にもまた別の新型感染症が発生する可能性を考えれば、こうした感染症の流行も踏まえながら、改めて地域の医療提供体制をどう構築するかが重要だと考える。また、圏域や都道府県を超えた連携も時に必要になってくると考えている。今回新型コロナ禍で患者・住民の受診行動がどのように変化したか、そのことによって治療内容や患者の心身にどういう影響があったかなど、今後の分析とその結果を地域医療構想の検討などに活用されることを求めたい。
- 少子高齢化という中長期的な課題が不変である以上、地域医療構想あるいはかかりつけ医機能の強化といった取組は着実に進めるべき。感染症の拡大が突発的あるいは急速に起こり得ることを踏まえれば、医療施設の最適配置の実現あるいは地域医療構想の連携を進める必要性が、今回のコロナ禍で逆にさらに明らかになったとも言えるのではないか。
- 昨年9月に示された424の公立・公的医療機関等の中の幾つかの医療機関が、指定感染症機関あるいはそのバックアップ機関として地域で最も活躍した病院になっていたということもあるため、今回のコロナに関するいろいろな診療機能等の実態をもう一度調査し、それを地域医療構想の中のデータとしてぜひお示しいただきたい。

第21回医療計画の見直し等に関する検討会(10/1)における主なご意見について

第27回 地域医療構想に関するワーキンググループ(令和2年10月21日) 資料(一部改)

- 感染症法による予防計画で、どういことが対応できて、どんなことが不十分だったのか、さらに、どんなことが必要なのかという整理はどれぐらいできているのか。そういった資料を見せていただきながら、医療計画の中にどれを盛り込んでいくと考える必要がある。
- 感染症に関しては、本来は医療計画に以前から組み込まれているべきものであったと思うが、これまで幸いにして我が国では重大な感染症が広範囲に蔓延しなかった。今回このコロナが広範かつ持続的に蔓延している状況を踏まえると、医療計画に組み込むのは賛同したいと思う。
- コロナを受け入れないところが、コロナを受け入れる病院に代わり、コロナ以外の救急は受け入れることで、コロナを受け入れる感染症指定病院を、カバーするような体制ができたのは、地域医療構想調整会議が進んでいたおかげ。
- 急性期の大きな病院で、かなりコロナの患者を受けてもらった。余力がないと、これを受けることができない。地域医療構想などでやっていることは、急性期からできるだけ慢性期にシフトしていこうということで、余力を削ぐ議論に近いと思う。余力が必要だということが医療計画の体制の整備の議論で、余力はできるだけ削ごうというのが、地域医療構想の議論のように見えてしまう。この2つを違うところで議論して、個々の会議でそれを調整ができるのかというのは疑問であり、少なくとも何らかの形で途中で意見のすり合わせをしていかないと、両立は難しいのではないか。
- 感染症拡大時の対応病床の確保という突発的、臨時的、短期的な対応と、将来の医療需要を踏まえた中長期的な医療計画や地域医療構想について、コロナ禍の教訓を機に、予防計画の中で感染拡大時の病床確保計画を定めることによって、5疾病・5事業に加えるべきだという意見が多数だが、両者については、切り離してやることは可能ではないかと考えている。
地域医療構想の目的は、今後少子高齢化という人口構造の長期的なトレンドにどう対応していくかということ議論するところであるので、2025年という残された時間を考えれば、新たな工程の具体化に向けた検討を行っていくべきだと考える。
- 病床の確保に加えて、人材の確保、それは量的な確保と専門職などの質的な確保の両方に重点を置いた検討が必要と考える。
- 疾病構造はコロナを経たからといって大きく変わったということはないので、基本的にはこの地域医療構想というのは粛々と進める形になると思う。再検証の対象になった医療機関でも、コロナに大変重要な役割をしていた病院等もあると聞いている。この辺りはしっかりと実態を把握した上で、なおかつ、その病床というものをどう考えるのか。感染症として増やすのか、それとも休床にしておいていざというときに使えるような状況にするのか等の議論は、しっかりと議論していただきたい。
- そろそろ高齢化のピークである2040年代を展望した新しいビジョンを検討すべき時期が近づいてきているのではないか。
- 次は2040年を目指すのかなども含めて、ポスト地域医療構想の工程等も示していただきたい。

(議論の前提)

- 新興・再興感染症というのは今般のコロナだけではない。未知のものへの対応が必要。
- 新興・再興感染症の流行規模や流行拡大速度等をどの程度で想定するかで議論が変わってくる。今後起こり得る様々な感染症流行に対応できるようにすべきといった点も含め、議論の前提を整理する必要。

(感染拡大時の受入体制確保について)

- 新興・再興感染症には、余裕がないと対応できない。今般のコロナ対応では、一般病棟を休ませて人員・スペースを確保した実態があるが、常に高度急性期・急性期の患者で満杯の状況では、患者の移動や病室の確保ができず、人的配置などが足りなくなってしまう。このような余裕をどの程度の範囲で収めて、中長期的な人口減や病床必要量と整合性を確保していくかということが今後の課題。
- 平時から感染症対応のために病床を確保しておくとする、効率的には難しい部分が出てくる。感染症対応に迅速に転換できるような柔軟な医療体制を作っていくということではないか。
- 重症例をどのように受け入れるかが最大の問題。感染症患者対応のためにICUを止めると、救急対応と手術ができなくなる。いかにICUを確保するか、それ以外の病床を使うのであればどのように機能を確保するかということが重要。ICUの確保には資源が必要であり、余力をどう持つか、議論が難しい部分。
- 全国自治体病院協議会で第一波のアンケートを行った中では、重症患者を一番診ているのは、ICUではなく一般病床であった。いずれにしても、設備や人材がいらない中では対応できない。事前に考えておく必要。
- 疑い症例への対応が難しい。感染症患者の病棟にも一般病棟にも入れることができず、結局個室に入れるしかない。重症例の疑い症例への対応も難しい。議論に当たって留意しておく必要。
- 感染症対応を行っている病院に、他の病院から医療従事者が支援に来て、感染症対応を行っている病院の医療従事者を感染症対応に重点化するというような連携も重要。また、感染症対応を行うため、入院患者を他の病院にお願いするというような連携体制も考えていく必要。
- 感染症患者の受入れに一般病床を多く使うということは、一般医療を圧迫するという事。一般医療をどれだけ制限できるか、制限した病院の患者をどの病院が受けるか、ということは医療法において議論する必要。
- 新興・再興感染症は、感染症病床だけではとても対応できない。予防計画の見直しや医療計画の疾病・事業にどのように位置付けていくか、ということが非常に重要。
- 医療資源の少ない地域において、一般医療の確保と感染症拡大時における病床確保のバランスをどのように取るかが大きな課題であり、こうした地域にも配慮した視点が必要。

（感染拡大時の受入体制確保について） ※続き

- 地域医療構想の病床必要量は、感染症等を対象としておらず、健康危機管理時における病床のバッファーを想定していない。今後、具体的な議論を進める上で、仮に病床必要量に感染症病床や新型コロナで対応している病床を反映させるとした場合の課題、仮に病床機能報告にも反映させるとした場合の課題を含めて整理が必要。
- 地域医療構想は、あくまで将来の医療需要を見据えた病床機能の分化・連携を構築することが目的。重要なのは、平時の医療需要に対応した医療資源の適正配置を維持しつつも、今般のような有事に迅速かつ冷静に対処できるような体制をあらかじめ準備しておくこと。
新興・再興感染症への対応は、都道府県が策定する医療計画と予防計画を平仄を合わせながらしっかりと作って、その中で担保していくことを確認しながら、地域医療構想は粛々と進めていくことが必要。
- 比較的大規模の医療機関や医療従事者の多い医療機関において受入可能となっている。最終的には地域の協議で決めることになるが、地域医療構想による再編・統合を通じて、各医療圏の中核となる医療機関を明確化するということは、結果的には、感染症対応にも寄与するのではないか。
- 地域医療構想は、平時の基本的な体制を整えて、その中でどのような役割分担をしていくかということ。感染拡大という特殊な有事の状況に関しては、それに向けた特殊な対応をすべき。

（公立・公的医療機関等に対する「具体的対応方針の再検証」等の取組への影響）

- 自治体病院の6割は、人口30万人以下の比較的小規模な圏域に存在。こうした圏域を中心に患者を受け入れたというのはリーズナブル。一方、民間の医療機関が、100万人以上の圏域で多く患者を受け入れていただいた。この間、公立・公的等・民間が、それぞれ対応可能な範囲で頑張ったということ。
- 具体的対応方針の再検証が必要な公立・公的医療機関が公表されたが、その中には、感染症指定医療機関など今般のコロナ対応を行っている医療機関が多く含まれている。地域医療構想調整会議からは、こうした感染症医療を担っている公立・公的医療機関の役割をどう位置付けるのか、今般のコロナ対応で担った役割をきちんと反映させるべきではないのか、といった意見も挙がっている。
調整会議を主催する都道府県としては、国が示す限られた期間の中で一定の結論を得なければならない。各地域で建設的な議論が進むような論点整理をお願いしたい。
- 中長期的には人口も減少する中、平時の医療の在り方は当然考えていかなければならない。再検証対象医療機関は、それはそれで見直していかなければならない。ただ、再検証に当たっての分析は、急性期の比較的高度な指標をもって判断されたものであり、圏域ごとに、病院の在り方や必要性について議論していくことも非常に重要。

(今後の工程について)

- 新型コロナが収束していない状況下で、特に再検証の期限を再提示するというのは非常に難しい課題だと思うが、このまま足踏みしていても、医療需要の減少はますます加速・進行する。当面の目標である2025年という残された時間を踏まえれば、一歩踏み出して、新たな工程を作り、具体化に向けた検討を再開すべきではないか。
重点支援区域では一定の結論が出た区域も出たと聞いている。ウィズコロナという観点で、地域医療構想について再開してはどうか。期限を全く示さず、現場の自主的な議論に委ねても進捗するとは思えない。再検証の具体的な期限を提示していく方法で検討してはどうか。
- 再検証を要請された公立・公的医療機関以外の民間医療機関についても、地域医療構想は共通の課題。こういったことを進めていくためにも、このワーキンググループの中で、いつ、どのように進めていくのかという結論を得ていくべきではないか。
- 人口減で病床を減らさなければならないという区域もあり、また、重点支援区域のような地域も話し合いが進んでいるので、新興・再興感染症対応の結論が出てからではおそらく間に合わない。感染症対応と地域医療構想とをうまく整理しながら進めていく必要がある。
- 民間医療機関の中には、今般のコロナによって大きく方向性を変えてしまうという可能性。民間医療機関の機能が大きく変化することも十分に視野に入れながら、少し時間をかけて検討した方がいいのではないか。
- 現在、コロナ対応でバタバタしている中、再検証について近い将来で期限を切られてしまうと、将来の体制について腹を割った話し合いができるかというとなかなか難しいこともあるのではないか。ある程度、感染症に対する対応に目途がついたということを踏まえてから、じっくりと話し合ってもよいのではないか。
- 今般のコロナ対応の問題で一定程度のところまで結論がみえて、再検証する時期が来ないと、地域医療構想との関係を議論するのは非常に難しいと思う。
- 現在、実際にコロナ対応が進んでいる中で、病床が足りないと言っている方々に、予備をどれだけ持っておきますかということを決めてください、ということになると、最終的に必要な病床と今すぐに決める病床を比べると、おそらく、今決める病床の方がずっと多くなるし、各病院にとっても後々大きな重荷になる。
- 第八次医療計画の策定は2023年度に行われることになる。2025年まであと5年を切った中、今後の具体的な工程の議論を進めておく必要がある。

(医療計画)

- 今般のコロナ対応の課題として、感染拡大の初期の段階から病院がどのように対応していくか、きっちりと決めておかなかつたということも1つの課題と考えられるのではないか。
- 高齢者の施設・集合住宅において感染症が発生した際の指針・方向性や、在宅医療で訪問看護師が感染して訪問看護ができなくなった場合の対応など、検討を行う必要。
- あらかじめ医療機関間の役割分担・調整の方法を整理しておくこと、G-MISやHER-SYSをもっと普及・活用していくことが非常に重要になってくる。都道府県を越えた連携というのも非常に重要。

(地域医療構想)

- いま、我々が優先すべきなのは、この新型コロナという世界中が向き合っている敵と戦うことであり、健康や命をしっかりと守ること。地域医療構想を進めること自体に反対をするわけでは決していないが、今、優先すべきは新型コロナ対策。現場の声として政府に受け止めてもらう必要がある。いったん先送りをするのが分かりやすい今の判断ではないか。
- 従来の地域医療構想の議論では十分に想定されなかった新興・再興感染症への対策や、自然災害が発生した際の受入体制の確保など、新たに検討すべき課題が浮き彫りになってきた。短期的に解決することが難しいこれらの課題については、地域医療構想調整会議において、丁寧かつ慎重に議論すべきであることから、再検証期限の設定については特段の配慮をお願いしたい。
- 人口減少・少子超高齢社会での地域医療ニーズを考えつつ、いざというときのための平時からの備えは必要であり、各地域でバランスを考えながらの検討となるのではないか。地方では、公立・公的医療機関が新型コロナ患者の受入れや治療の中核を担っている。具体的対応方針の再検証では、今後の再流行や新たな感染症対策を見据えた検討が重要な観点だと考える。
- 地域医療構想とは別枠の余裕、念のための需要といったものを国としてきちんと決めて、そこには経営的にも手当てするという考え方が必要なのではないか。
- いまの新型コロナの状況下では、地域医療構想は少し延期をして、まずは新型コロナにしっかり対応していくべき。
- 人口構造の変化という構造的要因が変わらない中、地域医療構想の検討は粛々と進めていくべき。コロナ禍においても、むしろ役割分担と連携の重要性が確認された。地域医療構想の検討を再開し、役割分担と連携の検討を進めていく必要。
- 人口動態の変化は変わらない大きな流れであり、この中でどのように医療資源を効率的に有効活用していくかという観点からは、2025年に向けた地域医療構想は粛々と進めていくべき。
- 新型コロナウイルス感染症に対する対策をきちんと行い、その対応がどうだったかということを反省し、情報をしっかりと収集した上で、地域医療構想を構築していくのが望ましい。

【感染拡大時の受入体制確保（感染拡大時の取組）】

- 高機能病院で感染症患者を受け入れてもらう、マンパワーのプールとして機能してもらうというイメージは賛成。このとき、こうした病院でオペ患者を受けられなくなった場合に、どこが受け入れるのか、ということも考えなくてはならない。
- 医療専門職のみならず、例えば清掃など、ロジ関係のマンパワーも重要。医療専門職以外に感染リスクについて説明するのは大変難しい。こうしたことも考える必要。
- 病院で受入体制を確保するためには、ゾーニングに速やかに対応できるようにしておかなければならない。ダウンサイズをするのはよいが、ゾーニングに速やかに対応できるような場所を作っておいて余裕を持たせることはあり得るのではないか。
- 各医療機関において、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師による感染対策チームを中心に、感染防止対策を進めていくような体制づくりが必要ではないか。
- 感染症患者を一般病床で受け入れる場合のゾーニングなどの院内感染対策に求められる視点・要素、必要なマンパワーや資機材などの体制について、整備を進めていただきたい。
その体制を確保するための国としての支援策や財源についても、検討・整理を進めていただきたい。
- 地域において、感染拡大時の医療体制を議論するに当たり、必要な感染症病床数や感染症指定医療機関の機能なども大きな論点として想定される。厚生科学審議会で議論されると思うが、こうした点についてもお示しいただき、地域において建設的な議論ができるようにしていただきたい。
- 都道府県でも、感染症対策を審議する場、医療計画を審議する場、地域医療構想を審議する場が、それぞれ法令等の根拠をもって設置されている。様々な論点についてどの場で議論を行っていくか、十分な整理をしていただく必要。
- 新興感染症等が発生した場合には、迅速に機能転換を行うことと、近隣の病院と人材や患者の受入体制を含めて連携する必要。これは、都道府県が策定する医療計画・予防計画の中で担保していくこと。

論点1. 地域医療構想と感染拡大時の取組との関係

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5 (一部改)
※太字下線は11/5の意見

(1) 前回までの議論

- 地域医療構想の病床必要量は、感染症等を対象としておらず、健康危機管理時における病床のバッファを想定していない。今後、具体的な議論を進める上で、仮に病床必要量に感染症病床や新型コロナウイルスで対応している病床を反映させるとした場合の課題、仮に病床機能報告にも反映させるとした場合の課題を含めて整理が必要。
- 地域医療構想は、あくまで将来の医療需要を見据えた病床機能の分化・連携を構築することが目的。重要なのは、平時の医療需要に対応した医療資源の適正配置を維持しつつも、今般のような有事に迅速かつ冷静に対処できるような体制をあらかじめ準備しておくこと。
新興・再興感染症への対応は、都道府県が策定する医療計画と予防計画を平仄を合わせながらしっかりと作って、その中で担保していくことを確認しながら、地域医療構想は粛々と進めていくことが必要。
- 比較的大規模の医療機関や医療従事者の多い医療機関において受入可能となっている。最終的には地域の協議で決めることになるが、地域医療構想による再編・統合を通じて、各医療圏の中核となる医療機関を明確化するということは、結果的には、感染症対応にも寄与するのではないか。
- 地域医療構想は、平時の基本的な体制を整えて、その中でどのような役割分担をしていくかということ。感染拡大という特殊な有事の状況に関しては、それに向けた特殊な対応をすべき。
- 地域医療構想の目的は、長期的な人口減少や疾病構造の変化の中で、いかに地域医療を守るか、ということ。新興感染症等が発生しても、人口減少に歯止めがかかるわけではないし、長期的な疾病構造が変化するわけでもない。地域医療構想は、長期的な疾病構造に対応した、機能ごとの病床必要量をあらかじめ定め、必要に応じて病床のダウンサイジング、機能転換・連携、病院の集約などが選択肢として検討されるもの。
いつどのように発生するかわからない新興感染症等を前提とすれば、平時にはかえって経営上の負担になるのではないか。
- 病床必要量の総枠の中で対応できればよいが、病院によっては対応できない場合もあり得る。こういったことも含めて、圏域全体で考えて決めていく必要。

論点2. 地域医療構想の実現に向けた今後の取組

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5 (一部改)
※太字下線は11/5の意見

(1) 前回までの議論

- 自治体病院の6割は、人口30万人以下の比較的小規模な圏域に存在。こうした圏域を中心に患者を受け入れたというのはリーズナブル。一方、民間の医療機関が、100万人以上の圏域で多く患者を受け入れていただいた。この間、公立・公的等・民間が、それぞれ対応可能な範囲で頑張ったということ。
- 具体的対応方針の再検証が必要な公立・公的医療機関が公表されたが、その中には、感染症指定医療機関など今般のコロナ対応を行っている医療機関が多く含まれている。地域医療構想調整会議からは、こうした感染症医療を担っている公立・公的医療機関の役割をどう位置付けるのか、今般のコロナ対応で担った役割をきちんと反映させるべきではないのか、といった意見も挙がっている。
調整会議を主催する都道府県としては、国が示す限られた期間の中で一定の結論を得なければならない。各地域で建設的な議論が進むような論点整理をお願いしたい。
- 中長期的には人口も減少する中、平時の医療の在り方は当然考えていかなければならない。再検証対象医療機関は、それはそれで見直していかなければならない。ただ、再検証に当たった分析は、急性期の比較的高度な指標をもって判断されたものであり、圏域ごとに、病院の在り方や必要性について議論していくことも非常に重要。
- 再検証の議論を進めるために、今回のコロナ対応で、どの病院がどれだけ患者を受けたか、その影響で救急の体制がどうなったか、といった情報を、都道府県ごと・医療圏ごとに提供することを検討していただきたい。
- 地域医療構想に基づき医療機関の再編・統合を行い、資産等の取得を行った場合、公立・公的が運営主体であれば減免されるが、民間が運営主体であれば課税になってしまう状況。税の負担の公平性を担保する必要。四病院団体協議会として税制改正要望を出しており、是非ともご支援いただきたい。
- 国としては、重点支援区域への集中的な支援や病床削減に取り組む際の財政支援について、来年度も予算要求されているが、財政的な負担に対する支援も引き続き行っていく必要。

論点3. 地域医療構想の実現に向けた今後の工程

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5 (一部改)
※太字下線は11/5の意見

(1) 前回までの議論

- 現在、コロナ対応でバタバタしている中、再検証について近い将来で期限を切られてしまうと、将来の体制について腹を割った話し合いができるかというとなかなか難しいことではないか。ある程度、感染症に対する対応に目途がついたということを踏まえてから、じっくりと話し合ってもよいのではないか。
- 民間医療機関の中には、今般のコロナによって大きく方向性を変えてしまうという可能性。民間医療機関の機能が大きく変化することも十分に視野に入れながら、少し時間をかけて検討した方がいいのではないか。
- 今般のコロナ対応の問題で一定程度のところまで結論がみえて、再検証する時期が来ないと、地域医療構想との関係を議論するのは非常に難しいと思う。
- 現在、実際にコロナ対応が進んでいる中で、病床が足りないと言っている方々に、予備をどれだけ持っておきますかということを決めてください、ということになると、最終的に必要な病床と今すぐに決める病床を比べると、おそらく、今決める病床の方がずっと多くなるし、各病院にとっても後々大きな重荷になる。
- 新型コロナが収束していない状況下で、特に再検証の期限を再提示するというのは非常に難しい課題だと思うが、このまま足踏みしていても、医療需要の減少はますます加速・進行する。当面の目標である2025年という残された時間を踏まえれば、一步踏み出して、新たな工程を作り、具体化に向けた検討を再開すべきではないか。
重点支援区域では一定の結論が出た区域も出たと聞いている。ウィズコロナという観点で、地域医療構想について再開してはどうか。期限を全く示さず、現場の自主的な議論に委ねても進捗するとは思えない。再検証の具体的な期限を提示していく方法で検討してはどうか。
- 再検証を要請された公立・公的医療機関以外の民間医療機関についても、地域医療構想は共通の課題。こういったことを進めていくためにも、このワーキンググループの中で、いつ、どのように進めていくのかという結論を得ていくべきではないか。
- 人口減で病床を減らさなければならないという区域もあり、また、重点支援区域のような地域も話し合いが進んでいるので、新興・再興感染症対応の結論が出てからではおそらく間に合わない。感染症対応と地域医療構想とをうまく整理しながら進めていく必要がある。
- 第八次医療計画の策定は2023年度に行われることになる。2025年まであと5年を切った中、今後の具体的な工程の議論を進めておく必要がある。

論点3. 地域医療構想の実現に向けた今後の工程

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5 (一部改)
※太字下線は11/5の意見

(1) 前回までの議論(続き)

- 他の審議会・検討会も含めて、目途が立たないと、地域全体の連携・分担体制が決まらないうちに、地域医療構想調整会議ではスピード感をもって急いでやりましょう、というのは無理がある。
将来、人口が減って疾病構造が変わることなので、それに向かって何らかの対応をしなければならないということは認めるが、このワーキンググループだけで拙速に進めてしまうと、他の議論との整合性が取れなくなってしまうおそれ強い。
どの医療機関がどのような機能を果たして、どうやって連携していくかということをしつかりと協議していただかないと、方向性が見えない。都道府県に対してしつかり対応するようにさせていただきたい。
- 受診控えも起こっている状況で、医療需要の減少が今後加速していくことが予想される中、いつまでも検討を中断しておくことはできないのではないか。期限を切るという方法が難しいのであれば、国はある程度の大枠となる工程を示し、その示された工程の中で各地域の実情にあったスピード感で検討を再開してはどうか。

(医療計画上の位置付け)

- 5疾病ではなくて5事業に追加するということが適当という案に賛成。
- 5事業に入れることは賛成。国民のほぼ全ての日常が一変した。新型コロナだけでなく今後どんな感染症が起きても迅速に対応できる計画であるということをしっかり国民に示していくことが必要。

(記載項目のイメージ)

- 一般の対応では、ECMO管理が可能な看護師の確保が喫緊の課題となった。重症感染症患者に対応できる人材育成が重要。医療機関内でクラスターが発生すると、感染した職員や濃厚接触者となった職員は出勤できなくなり、マネジメント機能の維持やサービスの継続性確保が難しくなる。平時からクラスター発生時の対応等について、地域で共有しておく必要。
- 「人材支援」は、人材派遣、派遣調整、専門人材による指導やコンサルテーションなど複数の支援内容が考えられることから「人材支援」の意味する内容が明確に伝わるような記載にしてほしい。
- 前回WGで、5つの医療機関のヒアリングをさせていただいたが、ゾーニングとマンパワーが大きな問題。マンパワーに関して、各病院が持っている感染防止制御チームを有効に使うべきだろう。
- 連携・役割分担の基本的な考え方の明示は非常に大事。今回、日本で医療崩壊が起きなかったのは役割分担が速やかに行われたからである。コロナが流行した大都会において、感染防護具等もない状況ということもあり民間病院がコロナ以外の患者の救急をかなりの割合で担った。コロナ以外の患者をしっかりと受け入れたので医療崩壊が起きなかった。
- コロナを受けることでコロナ以外の疾病に対しての医療提供体制が大きく変化した。新興感染症対応時における感染症以外の医療連携体制についても記載することが必要。
- 宿泊療養施設についてどんな権限で何をするのかという整理をお願いしたい。
- 一般の対応では、患者は、まず帰国者・接触者外来に行くことになっていた。これからは、かかりつけ医の先生に相談して、その先生が診られないのであれば、新しく医療機関を紹介していただくといった体制を作っていただきたい。

(医療計画の推進体制等)

- 推進体制について賛成。
- 2023年に8次医療計画を立てることになると、今から準備を進めないといけないくらいである。各都道府県が2023年に計画を作るということを、今から視野に入れて進められるように周知してほしい。
- 一般の対応では、精神障害・精神疾患をお持ちの方の受入れは難航。医療計画の様々な分野で精神疾患を持った方に身体合併症が起こったときの連携について問題視されているが進んでいない。感染症にかかわらず、検討していく必要。
- 新興感染症等を医療計画の5事業に追加するということであれば、医療計画もかなり整理できてきたのではないかと。地域医療構想の制度の枠組み、そもそもの目的を関係者間で再確認して、今後の工程の大枠を国が示した上で、検討されるべき。

【論点1. 地域医療構想と感染拡大時の取組との関係】

- 地域医療構想が一般病床を対象としているため、地域の中で精神疾患に関する具体的な協議があまり行われていない状況にあって、コロナに感染した精神疾患の患者等にどう対応するかということが現場の課題であった。精神疾患も、調整会議あるいは作業部会を設けて協議していくべきではないか。
- ICUをどれだけ確保できるのかが重要。ICUが止まると一般医療が止まる。大きな病院でICUを確保すると、一般医療を他の病院に移さなければいけない。重症病床に関しては特出しで考えるべきであり、論点として書き加えてもらいたい。
- 地域で議論を進めるに当たり、新興感染症等への対応として、一般病床をどの程度確保していくのか。また、ICU等、特に重症者のためにどれぐらい病床を確保していくのかが大きな論点となる。今般の新型コロナウイルス感染症対応では、国が示した流行指標に基づいて段階的に病床の確保を進めているが、こうした病床確保の在り方について、国において考え方を示していただく必要がある。
- 後から振り返って、最大これだけの患者が出て、これだけの重症者が出たといった事実が明らかにならないと、そうした事態に必要な病床数や感染症対応の体制に関する協議が進まないのではないかと。コロナが他の新興感染症に適用できるわけではないが、コロナを目安にした必要量を参考にしないと協議しにくいのではないかと。
- 感染症対応は一般医療・災害医療と異なり、各圏域にどれだけ確保するかという基準的なものがないと、各圏域で協議して、医療機関が機能分担して対応してくださいと言っても、簡単には進まないと思う。余力を持たせる場合、平時には無駄になる可能性もあり、一定数の根拠みたいなものを出して、今後の在り方を決めていかざるを得ないのではないかと。
- 一般病床を新興感染症対応の病床に転換する際、動線の確保や個室化、陰圧病床等への改修が必要となることが考えられる。その際の財源措置等の支援についても示した上で議論を進めていく必要がある。
- 地域医療構想は、今後、確実にやってくる将来の医療需要の変化を見据え、各地域の実情も勘案いただきながら病床のダウンサイジングや機能の転換、さらには必要に応じ病院の再編・集約も選択肢に入れて各地域で検討いただき、県ごとに策定する「医療計画」や「予防計画」において、感染症拡大時の対応を担保するという整理でよいのではないかと。
- ふだんはいろいろと競合していても、こういう感染症に対しては、一つの病院が受け入れて、もう一つの病院は一般の救急や一般医療が困らないようにコロナ以外を受け入れるという考え方もあっていいのではないかと。
- 新型コロナウイルスは飛沫感染。空気感染の新型麻疹であればこんな状況ではなかったはず。陰圧室が必要になり、全個室に陰圧をつけるかつかないかという話になる。病院単位で対応するとしても、建物として独立させなければいけないという問題が出てくる。感染症病床は空気感染でもある程度対応できるが、一気に広がるため、数が全然足りなくなるのは目に見えている。有事のため、どこまでこういった感染症対応ができる病床を確保しておくのかということは、構造の改変に直接影響してくる。コロナよりも、もうワンランク上のレベルを考えるかどうかで、随分その後の対策も変わってくると思う。
- 感染症病床について、少なくとも陰圧病床などの整備に関しては、早く着手して増やしていくべきではないかと。

【論点2. 地域医療構想の実現に向けた今後の取組】

- 再検証を要請された病院のうち、コロナ対応に当たった病院は、感染症という今後の6事業目の役割を考えると、むげに再編統合しなさいという話には行き着かないのではないか。
- 重点支援区域においては、ダウンサイジングや機能転換、連携の議論を優先すべき。拙速に新しい病院や基幹病院を作るのは莫大な財政支援や時間が必要。今必要なのは箱物を作るのではなく、現在ある医療資源を有効に活用し、ダウンサイジングした病棟を危機管理時のバッファーにつくり替えるといった、そういう方向性で考えていただきたい。一部の病院だけ集中的に財政支援を受けるのではなく、多くの病院が財政支援を受け、ダウンサイジングしているところを感染症の受入れ病棟みたいな形に変えていくことによって、余裕がかなり生まれてくるのではないか。
- 再編統合するときの中規模クラスの病院2つを合わせて少しダウンサイジングはするけれども、かなりがっちりした基幹病院をつくることは、将来的に考えると、かなりの無駄を生む可能性がある。ベッド数だけを調整するのではなく、機能に応じた基幹病院と地域の病院の対応の基本的なコンセプトについて、重点地域の事例を示していただきたい。
- 地域医療構想の実現に向けた今後の取組について。現在、足踏み状態にある地域医療構想調整会議を早期に再開、活性化すべく、国はデータ・知見の提供を行うとともに、病床機能の再編統合を行う場合には、当然必要な財政支援を行うべきである。あわせて、新型コロナウイルス感染症対応の先行きが見えない中、保健所等が地域医療構想調整会議の事務局機能を担っている現状を踏まえ、地域における議論の効率的な進め方を提示するなどの工夫も必要となるのではないか。

【論点3. 地域医療構想の実現に向けた今後の工程】

- 今後の工程について、一定のスピード感を意識する必要があるという記載について理解をるところではあるが、現状、全国各地域で新型コロナウイルス感染症の拡大が続いており、地域医療構想調整会議を構成する多くの保健医療関係者がその対応に当たっている状況。また、事務局機能を担う都道府県の本庁、保健所の行政にあっても同様であり、多くがBCP対応下にある。今まずなすべきことは新型コロナウイルス感染症対応であり、今後の進め方についてはこの点に十分配慮をお願いしたい。進め方については、都道府県と十分意見交換する機会を持っていただきたい。
- 2025年という地域医療構想そもそもの目標年次であるが、その前に2024年度から始まる第8次医療計画も見据えた対応も重要となる。第8次医療計画の作成指針等の策定は2022年度頃から行われ、それを受けて各都道府県が2023年度に具体的な計画策定を行っていくこととなる。それを踏まえれば、2022年度中をめどに地域医療構想の実現に向けた地域の議論が進捗していることは、2025年の先を考える上でも重要であると思われる。
現在、新型コロナウイルス感染症の第3波が来ているとの指摘もあり、そうした中で地域医療構想の議論を再開させるのは困難だとの声があることは承知しているが、重点支援区域はじめ可能な構想区域で検討が再開できるよう、地域の実情に配慮しつつも2022年度を見据える形で今後の工程を具体的に明示すべきである。
- 2035年、2040年、2045年で、状態は劇的に違う。2035年辺りだと医療需要がピーク。都会でものすごく医療需要が増える一方、地方ではすごく余ってきている状態が極端になっている。2040年辺りだと団塊ジュニアがリタイアするので、ニーズそのものは変わらないのにマンパワーがぐんと減ってくる。2045年辺りだと患者も減少してくるという状態になる。先の計画を作るのであれば、目標年によって中身がずいぶん変わってくるということを考える必要。
- 2025年以降を見据えた新たなビジョン・計画を作っていくときに意識しなければならないのは、年次をどうするかということと同時に、地域医療構想は社会保障と税の一体改革という大きな枠組みの中から出てきたものであるということ。給付と負担、特に財源のあり方をどう考えるかという大きな枠組みを考えないと、単なる机上の空論になってしまう可能性があるのではないか。

- 2024年度からの第8次医療計画に盛り込むこととなるが、新たな記載事項であることを踏まえ、新型コロナウイルス感染症対応で得られた知見や課題を抽出し、現段階から準備を進める必要がある旨を追記してはどうか。
- 例えば、感染拡大時における受診の仕方の変化など、国民が理解しておく必要がある内容を盛り込む必要がある旨、どこかに触れていただくと、住民への視点ということも入るのではないか。
- 今、問題になっているのは、やはり国民への情報がいろいろ錯綜していて非常に風評被害に遭っているというのが大きいと思う。そのため、国民へどのように情報を伝達していくかはある程度考えておいたほうがいいのではないか。
- 医療計画については、例えば自衛隊の派遣など、最悪の事態まで想定して作成する必要。計画に盛り込まれるかどうか、都道府県によって対応が変わるおそれもある。
- 高齢者の施設等におけるクラスターに対しては、災害医療とのオーバーラップでDMATの派遣など、具体的な取組も必要。感染拡大時には、災害医療の体制と相互に協力できるような形のもので書き込めるとよいのではないか。
- 第8次医療計画に向けて、各疾病・事業に反映させる内容と、今回新たに追加する「事業」の中に記載する内容をちゃんと分けて議論をしていく必要がある。
- 今般の対応では、都道府県に対し、人工透析の患者、妊産婦、精神障害を持っている方等の病床確保に向けて協議するように言われているが、現場では進んでいない。精神障害を持っている方の感染症の専門機関への転院も進んでいない。精神科救急の外来に疑い患者が来たときに非常に困っている。平時からの取組の中で十分に留意して検討していただきたい。
- 入院する場所の確保について、地域医療構想を踏まえたダウンサイジングにより空いたスペースを、例えば、新興感染症対応に向けた予備病床として使えるようにしておくようなことはできないか。
- 感染症専門医だけでは対応しきれない。専門医以外の医師、例えば、病院総合医とか総合診療医も含めたサポート体制を作っておく必要があるのではないか。公立病院と保健所で平時から人事交流を行うなど有事に対応できるシステムを作ることも考えられる。
- 重症患者を診られるようにするための施設整備に一番お金も手間もかかる。ぜひ検討いただきたい。
- 感染拡大時を想定した専門人材の育成等とあるが、育成から配置まで全て県で対応するのは難しい。医療計画の中でこのぐらい人数が必要ということを作った上で、国が支援することが必要。何か表現ぶりを考えていただきたい。
- 感染拡大時の外来におけるかかりつけ医の役割と連携について検討しておく必要があるのではないか。
- 圏域設定について、二次医療圏だけでは対応できないだろう。三次医療圏として対応することが基本ではないか。
- 今回、コロナの感染拡大の中、辛うじて日本が医療崩壊しなかった理由は、コロナを受けた病院と受けなかった病院が役割分担して、地域医療を守っているからである。こうした点に配慮するようお願いしたい。
- この文書を踏まえて厚生労働省として必要な措置を検討されたいといったような文言が必要なのではないか。

- 今後、具体的対応方針をどうやって詰めていって、各地の調整会議で検討するかが大事。その際、人材にしても、施設にしても、どの程度の感染症対応をするかという観点が必要。
- 財政支援が出ることによって、新たな病院づくりに走らないようにすべき。あくまでも地域に必要なダウンサイジングをして、ダウンサイズにより空いたスペースを、感染患者の即応病床や宿泊施設に変えていくといったことも含めて考えていただきたい。
- 計画策定に着手する前年度の2022年度中ぐらいをめどには、再検証対象医療機関はもとより、それ以外の民間病院を含めた医療機関においても対応方針の策定が一定程度完了しておくことが望ましい。
- 工程について再検討を行う具体的な時期が明記されていない。もう少し明確に記載してもよいのではないか。次回の骨太の方針までの間に工程を出すとか、そういったことをするのであれば自然な流れだし、それほど厳しい内容ではないと思う。
- 感染拡大と同時に各医療機関の持つ機能が大きく変化している。工程を明示することはよいが、それに縛られることのないよう対応していただきたい。
- 地域はその実情に応じて進めるところは進めるし、もう少し待ったほうがいいところは待つという感じで進めていくというやり方のためにも、大枠のスケジュール的なものを春ぐらいまでには示していただければよいのではないか。
- 今後の工程について、地域医療構想調整会議を構成する保健医療関係者、事務局機能を担っている自治体は、コロナ対応に集中しなくてはならないので、配慮をお願いしたい。感染状況は地域によってかなり違いがある、ぜひ各地域、各都道府県と丁寧に協議をしていただいて、今後の工程について進めていただきたい。
- 「重点支援区域」に関しては、どのようなことが計画されているか情報提供していただいて、本当にそれが機能分化として価値のある再編統合がなされているかどうか検証するような場にしていただきたい。
- 100万人以上の構成区域は、これからまだまだ患者が増える地域であり、今までの「類似かつ近接」の基準で分析するのは難しい。今コロナで病床が逼迫している今の状況で議論を進めるのはものすごく難しく、優先順位としては低いのではないかと。
- 大都市における高齢者の増加問題について、きちんと議論する必要。
- 新興感染症の感染拡大時における人材確保の考え方は、早くから準備して、フローチャートみたいなものを作っておかないと実際は動かない。
- コロナ受入れ病院に、回復期から療養まで任せてしまうと、非常に大変な状況になる。回復期は回復期の機能をしっかり受け止める。地域でそういうことが行われているかということも含めて検討が必要。地域住民に説明していくことも非常に重要。

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)について

- 医療現場では、掃除や洗濯など無資格の人でも対応可能な業務も多いことから、感染拡大時における病床、医療従事者の確保のみならず、そのような周辺業務に対応する人材の確保も併せて検討しておく必要がある。
- 平時から感染症専門医をたくさん確保しておくということではなく、感染拡大時には感染症専門医に非専門の方々に対して教育することで、感染症対応の体制を確保するという観点をもちながら、平時から必要な備えをしておくということが重要。

【今後の地域医療構想に関する考え方・進め方について】

- 重点支援区域が、公的病院を再編して大きな病院を作るという展開に使われていないかどうか。重点支援区域に対してどういう助言をしているのかなど、現状を教えてください。
- 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とされているが、どの程度進捗していることが望ましいのか、もう少し明確化してもいいのではないか。
- 今年度は地域医療構想調整会議すら、なかなか開催できていないという事情があるので、工程については、そういったコロナ禍の状況を考慮して考えるべきではないか。
- 公立病院と民間病院の在り方について、民間医療機関に関しては、地域医療構想策定ガイドライン等でも書かれているように、繰入金や補助金なしで頑張っているというところの評価も含めて議論を進めていただきたい。
- 現在の地域医療構想は、2025年を見据えたものであり、もともと社会保障と税の一体改革という大きな政策的枠組みの中から出てきたものである。つまり、給付と負担の関係、あるいは医療・介護の提供体制の在り方とそれを支える財源の問題はセットであり、今後2025年以降を見据えた新たなビジョンを検討する際にも、そうした姿勢は維持していただきたい。