

新型コロナで医療が変わる

第4波と三位一体改革の行方

社会福祉法人日本医療伝道会
衣笠病院グループ相談役
よこすか地域包括ケア推進センター長
武藤正樹

横浜

鎌倉

逗子・葉山海岸



油壺マリンパーク



衣笠病院



戦艦三笠

三浦半島



ベリー公園

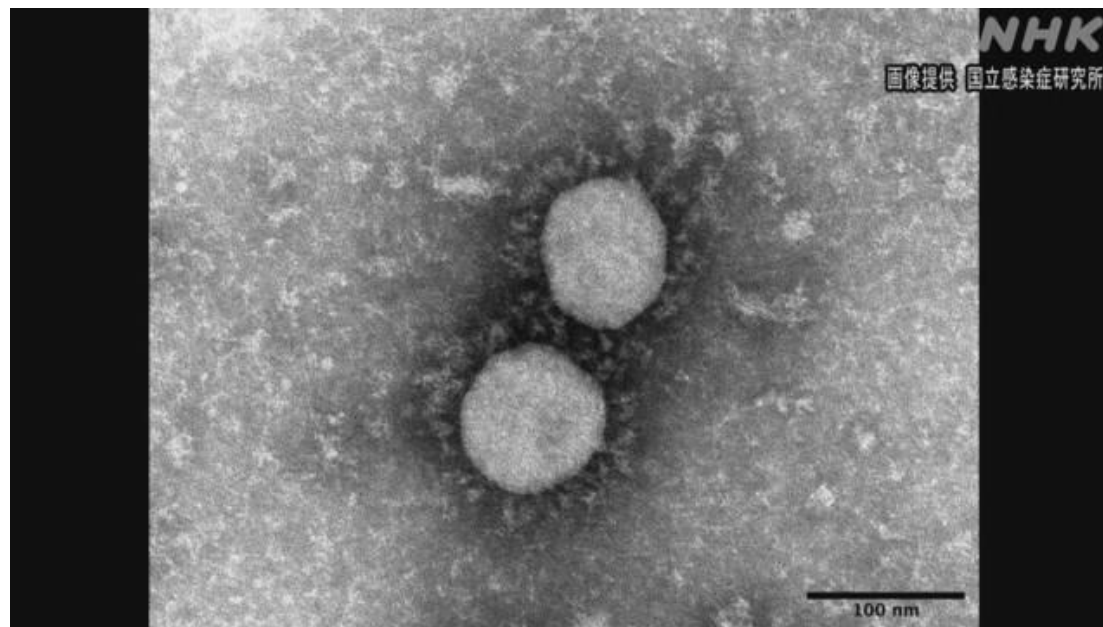
目次

- パート 1
 - 新型コロナでなぜ病床ひっ迫？
- パート 2
 - 三位一体改革の行方
 - 地域医療構想
 - 医師の働き方改革
 - 医師偏在対策
- パート 3
 - 三位一体改革と
地域医療連携推進法人



パート1

新型コロナウイルスでなぜ 病床ひっ迫？

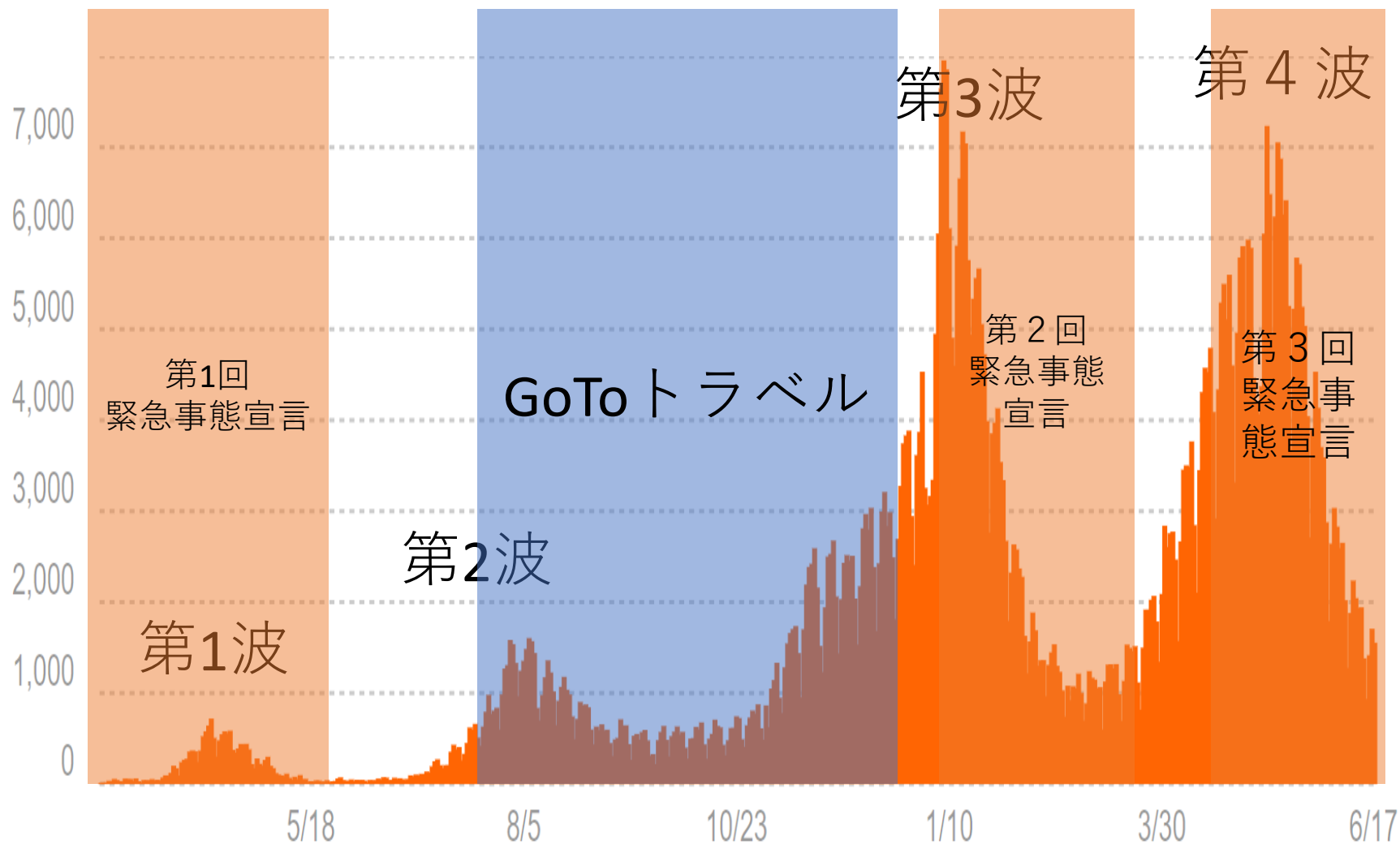


インド由来の変異株

全期間

30日間

新型コロナウイルス国内感染者数



2020年3月、第1波の新型コロナで肺炎
1か月感染症病棟に入院



変異株の種類

主な変異

特徴

英国株

N501Y

感染力が
従来株の
1.2~1.6倍

インド株

L452R

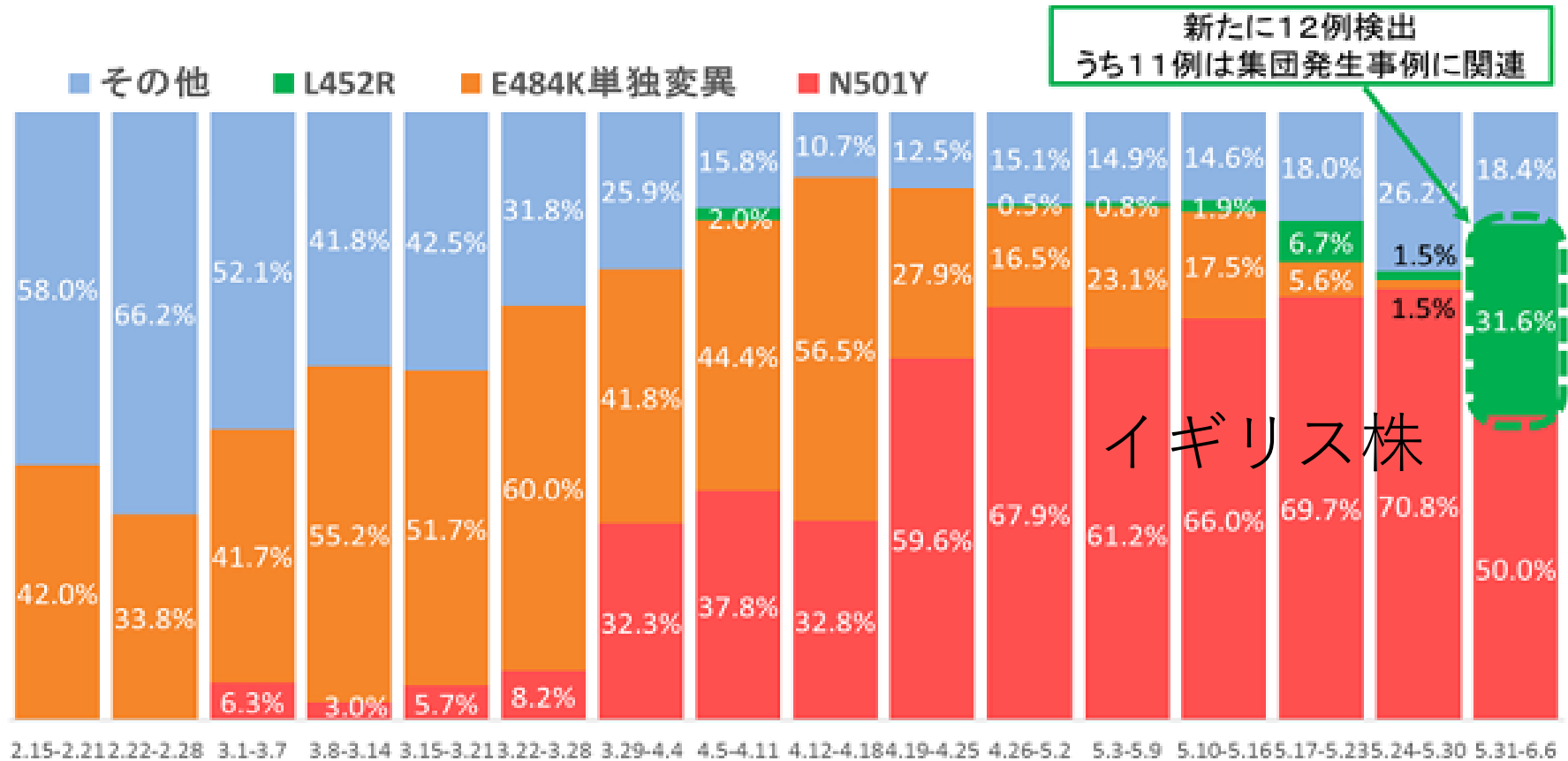
免疫効果を
低下させる
可能性
感染力が高い
可能性

E484Q

不明

都内変異株の発生割合（推移）

インド株



※健安研において実施した変異株スクリーニング結果をもとに推計しています。

※L452Rについては、4月1日分以降について実施。

※実績が「0.0%」については、表記を省略している。

※「その他」には、従来株やウイルス量が少ない等の理由により解析ができなかった検体が含まれる。

緊急事態宣言と“まん延防止”

“まん延防止”

三重・岐阜	▶	解除
埼玉・千葉	▶	延長
神奈川	▶	(来月11日まで)

7月11日まで

緊急事態宣言

北海道・東京	▶	“まん延防止”
愛知・京都	▶	(来月11日まで)
大阪・兵庫・福岡	▶	
岡山・広島	▶	解除
沖縄	▶	延長(来月11日まで)



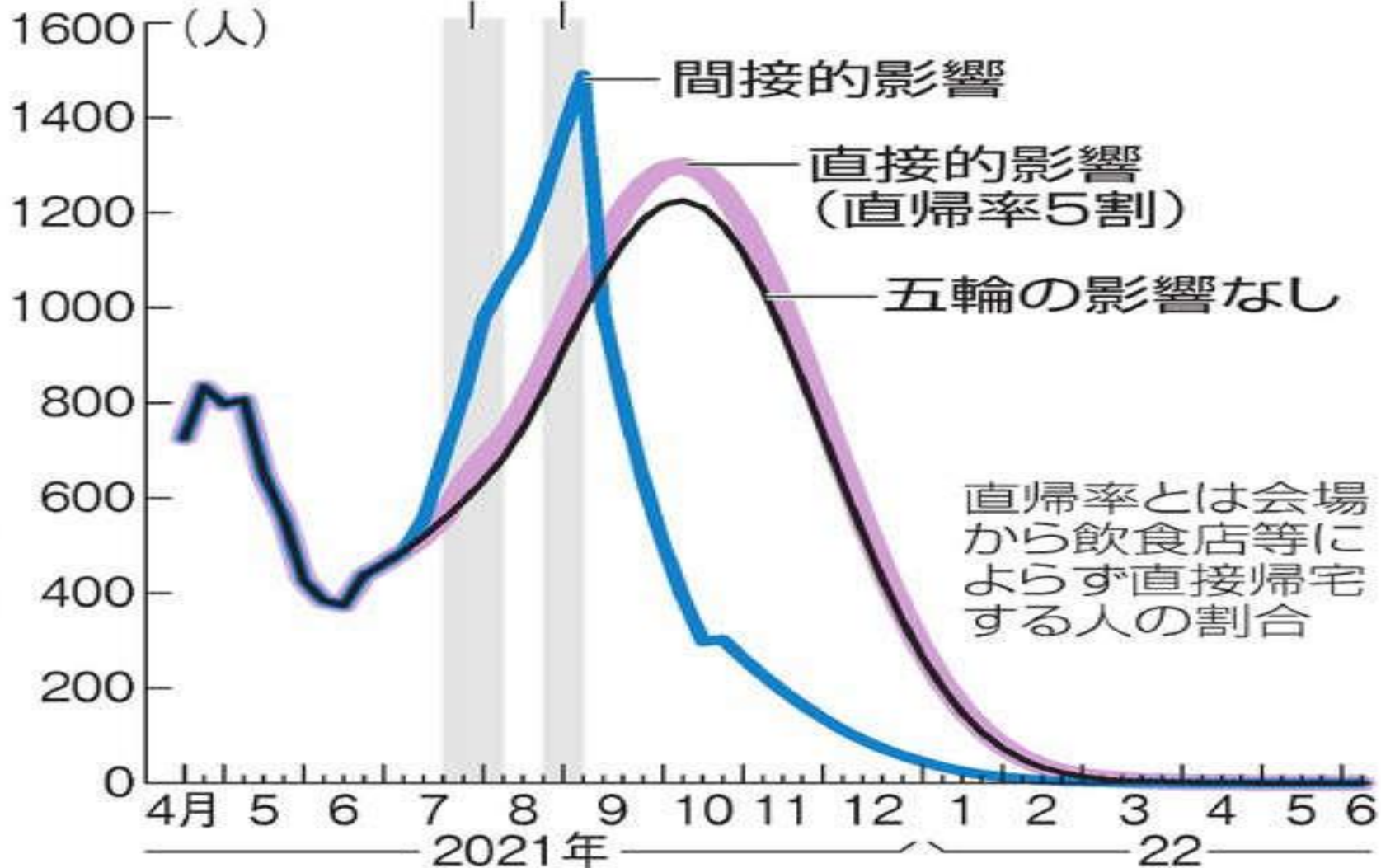
五輪開催による新規感染者数への影響

仲田泰祐・東大准教授らの推計

東京五輪 (7月23日～8月8日) パラリンピック (8月24日～9月5日)

(7月23日～8月8日) (8月24日～9月5日)

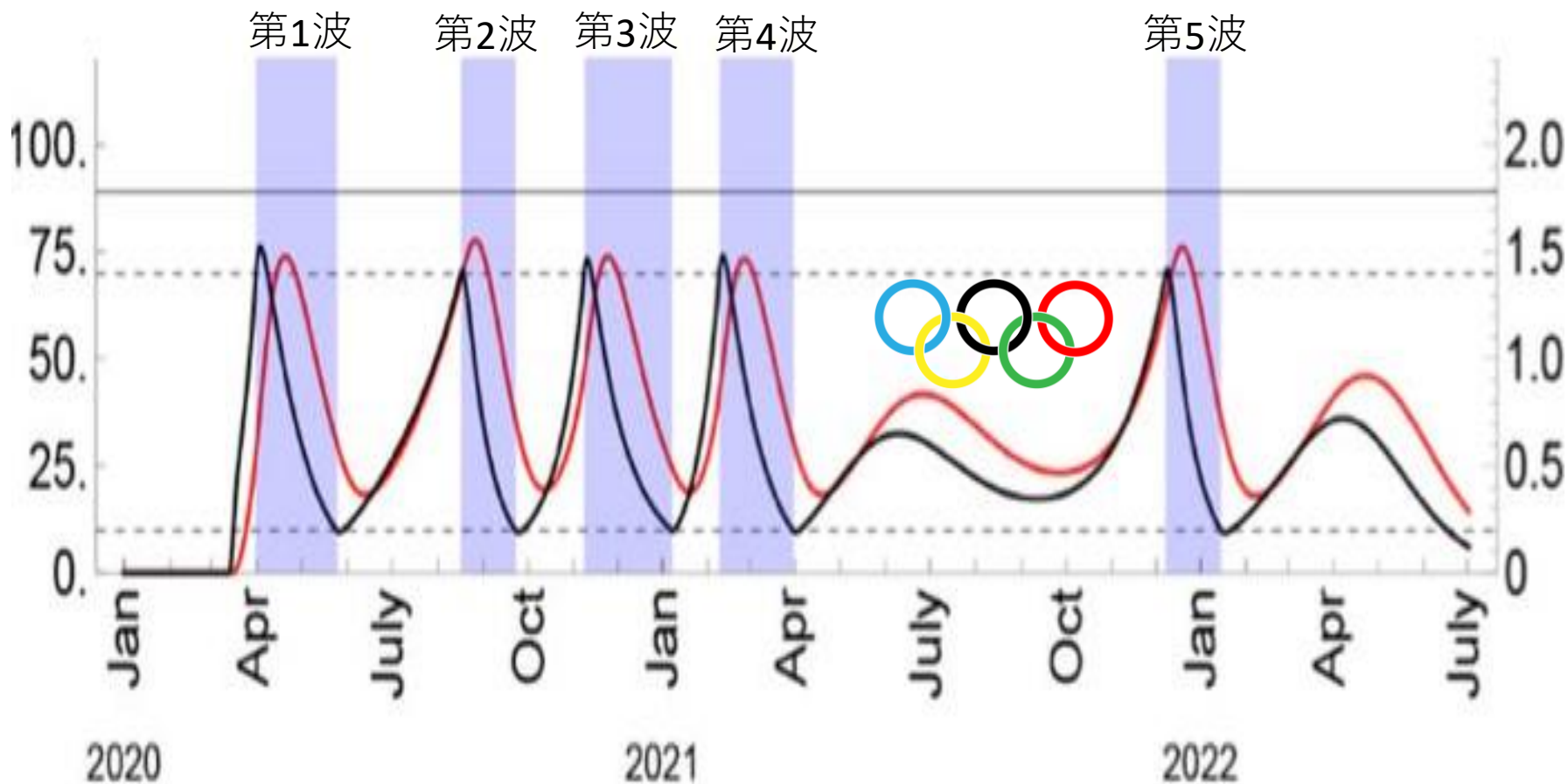
東京都内の1日あたりの新規感染者数



直帰率とは会場から飲食店等によらず直接帰宅する人の割合

「ウイルスとの闘いが数年続き、終息は早く くて**2022年夏頃になる**」

ハーバード大学の提唱モデル（2020年4月発表）



Kissler SM et al. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. Science(2020)

世界 1 位の病床大国日本でなぜ病床ひっ迫が起きたのか？

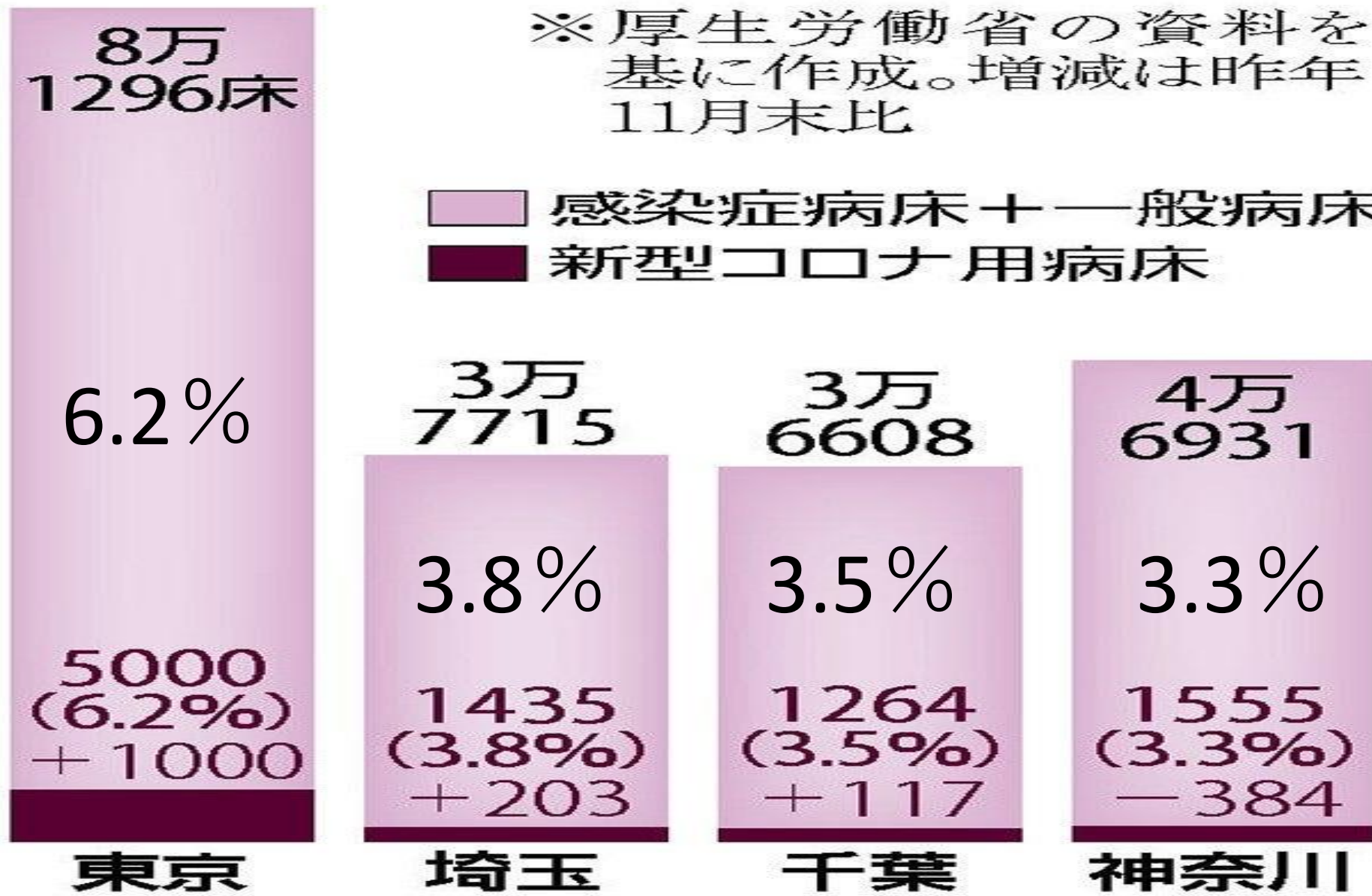


第 3 波で病床ひっ迫

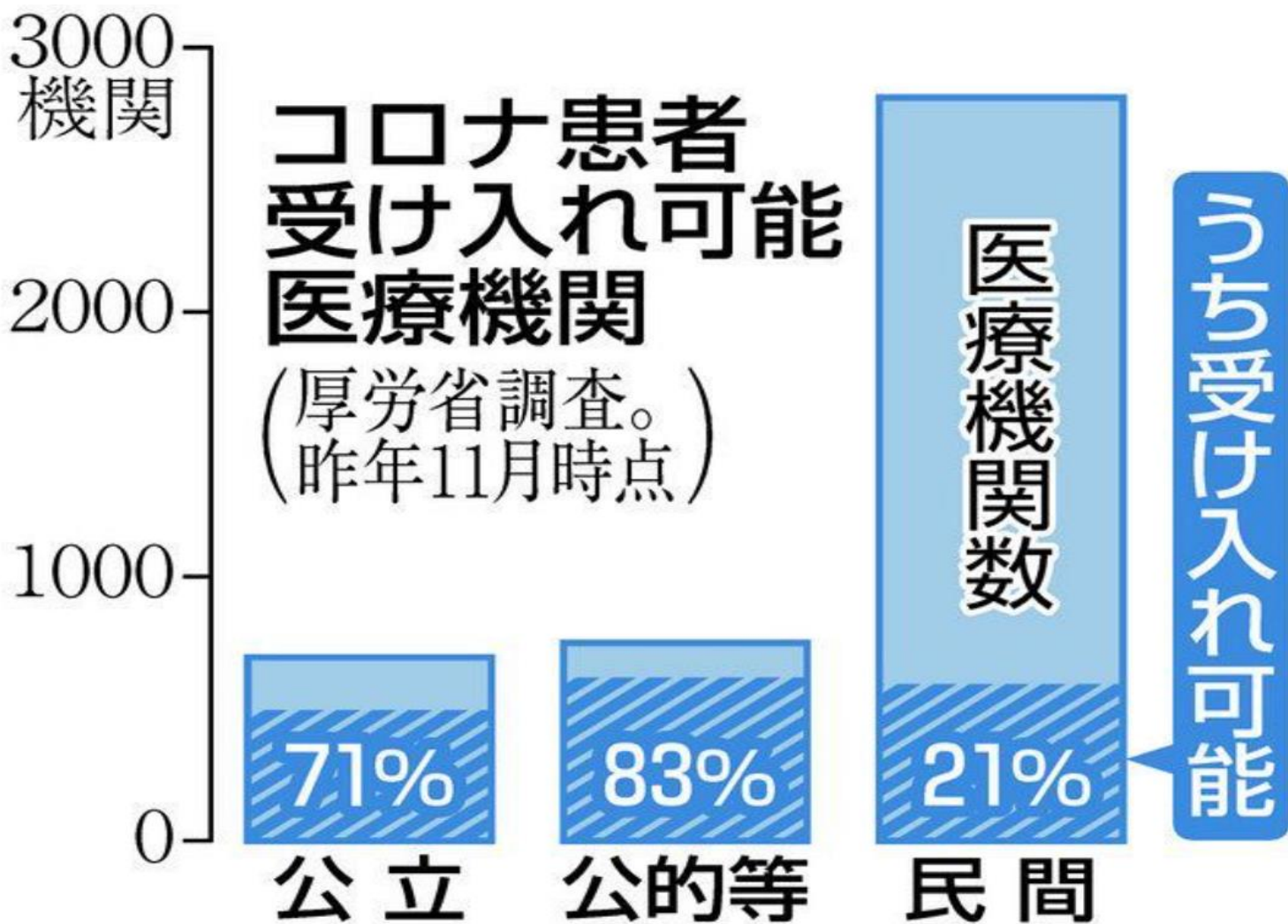
4都県の一般病床と感染症病床数、新型コロナ用病床数と割合 (3月3日時点)

※厚生労働省の資料を
基に作成。増減は昨年
11月末比

■ 感染症病床＋一般病床
■ 新型コロナ用病床



受け入れ可能病院は
公立・公的病院に多く、民間病院に少ない



日本とイギリスの病床

日本

コロナ以外

コロナ病床は一般病床88万床のうち2.8万床
3% (2021年1月6日時点)

どうして病床大国日本がひっ迫するの？

イギリス

コロナ入院患者 30.0%

コロナ以外

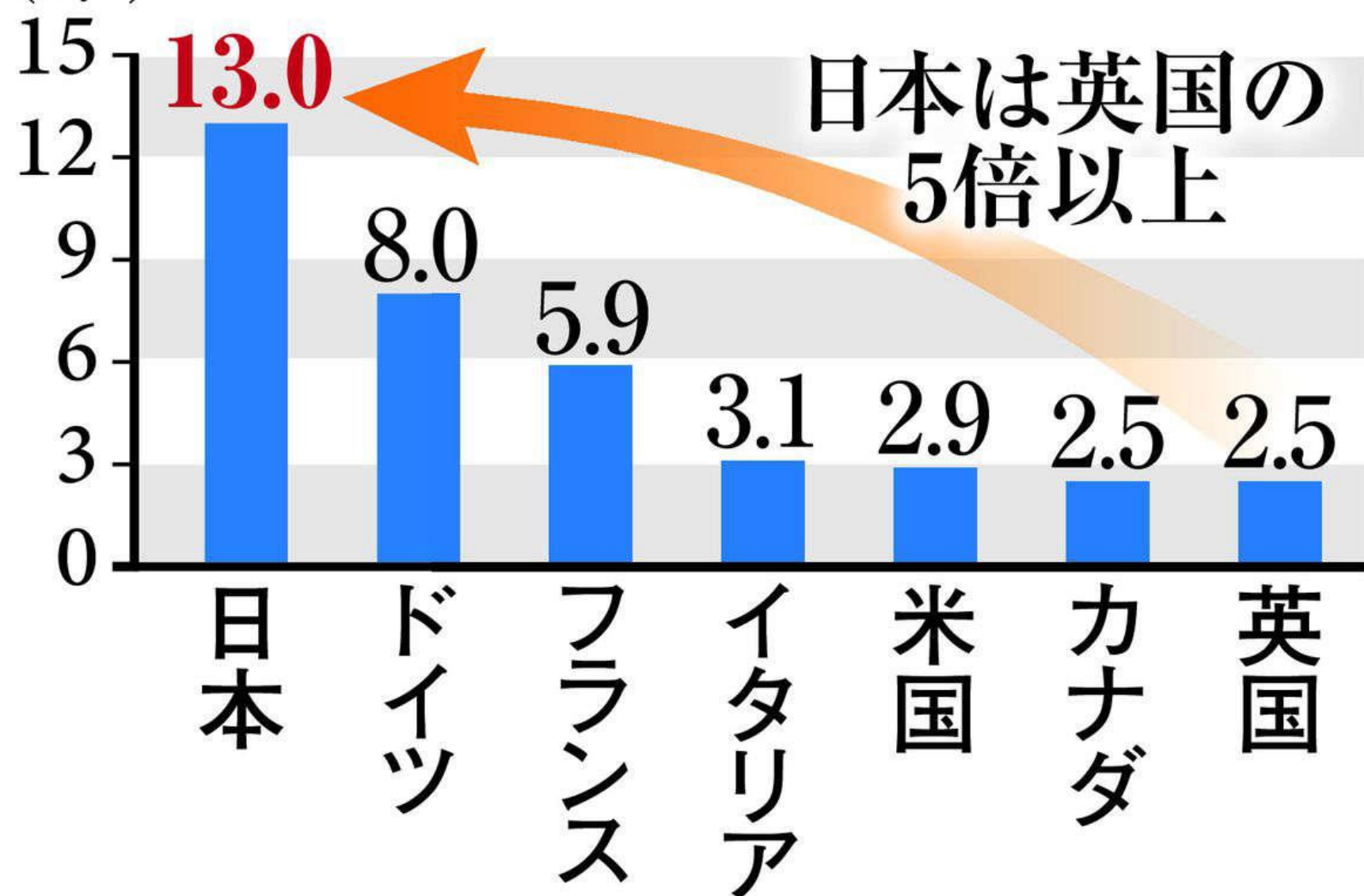
ロンドン

コロナ入院患者 50.2%

コロナ以外

イギリスは病院が**ほぼ国営**

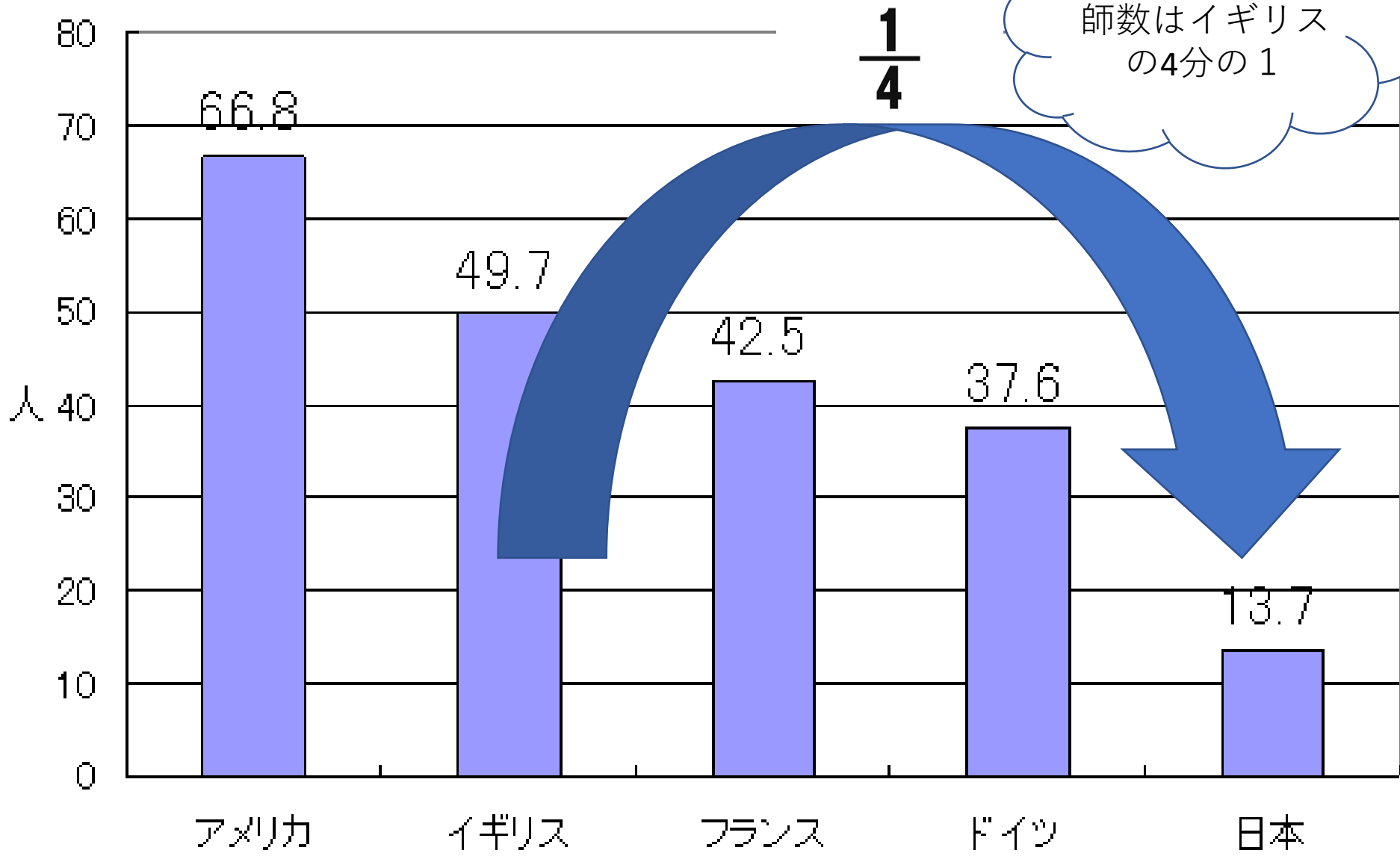
(床) 人口千人あたりの病床数



※OECD統計(2017~19年調査)に基づく

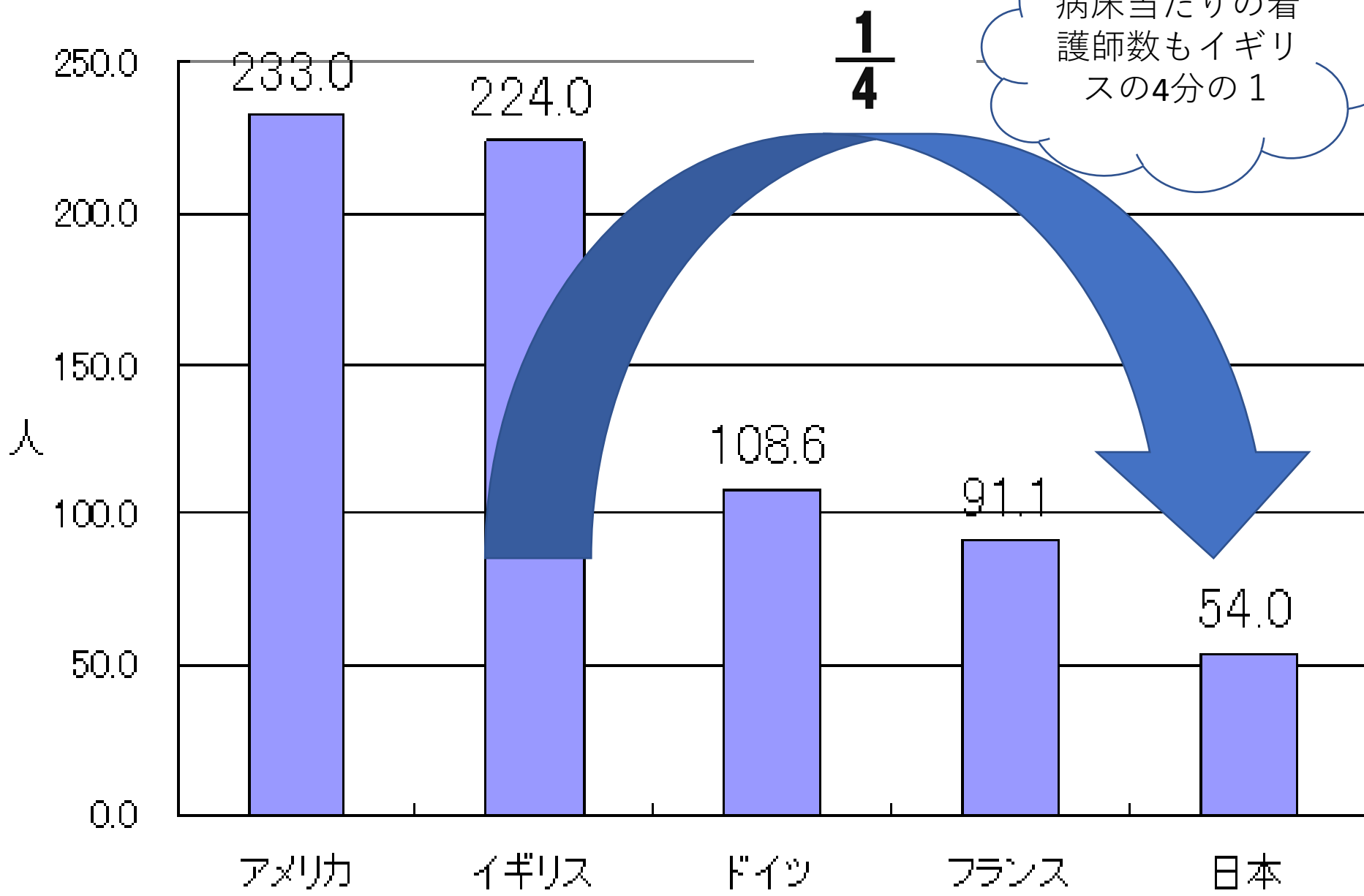
医師数の国際比較(02年。100床当たり)

病床当たりの医師数はイギリスの4分の1



出所: 厚生労働省06年

看護師数の国際比較(02年。100床当たり)

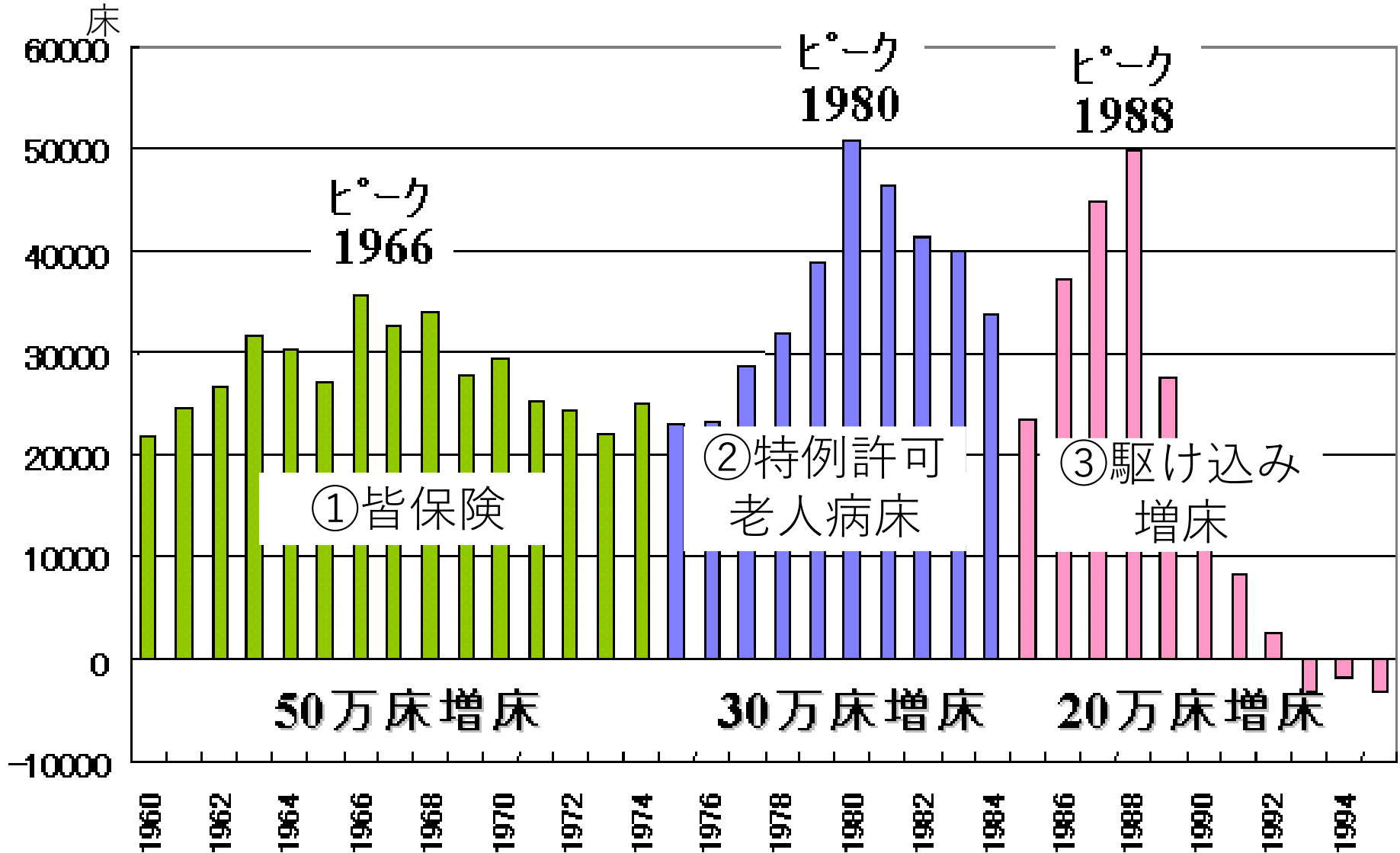


病床当たりの看護師数もイギリスの4分の1

$$\frac{1}{4}$$

出所:厚生労働省06年

日本の戦後の3つの増床ピーク



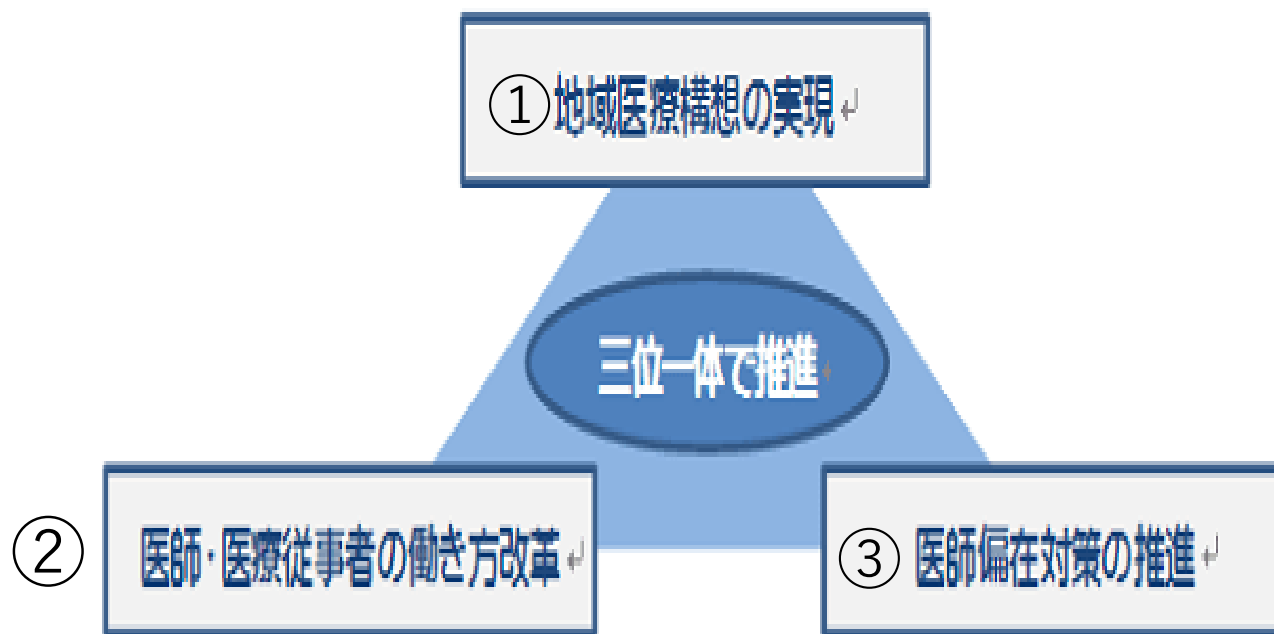
病床ひっ迫の理由は
病床当たりの職員数の不足

病床はあっても職員数が足りないので
コロナを受け入れられなかった

病床の構造改革を怠ったツケ

パート2

三位一体改革の行方



新型コロナを契機に 三位一体改革を推進すべき

社会保障審議会・医療部会（8月24日）

三位一体改革 その①「地域医療構想」



千葉県地域医療構想調整会議

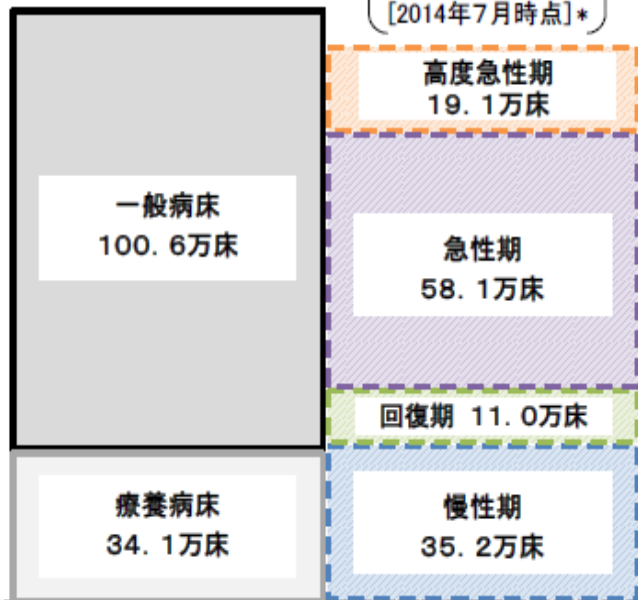
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 (→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

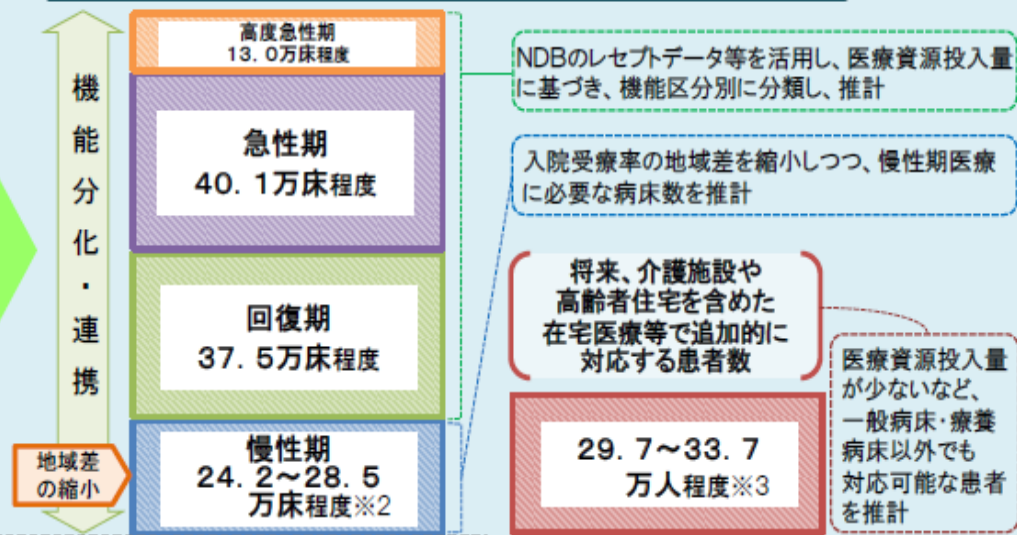
病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

「第21回 医療計画の見直し検討会」

(座長 学習院大学経済学部教授 遠藤久夫)

2020年10月1日

新型コロナウイルス感染症を踏
まえた医療提供体制の
在り方

「第21回 医療計画の見直し検討会」 2020年10月1日

新型コロナ対応の 3つの医療提供体制課題

①医療計画における課題

感染症法に基づく予防計画の検証

②地域医療構想における課題

公立・公的440病院リストの見直し

③外来医療計画における課題

①医療計画における課題

感染症法に基づく予防計画との関係



厚生科学審議会・感染症部会
2020年10月28日

感染症法に基づく予防計画について

- 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。)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。)

新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保について

2. 対応の方向性

- 新興感染症等の感染拡大時は、医療計画により整備される一般の医療連携体制にも大きな影響を及ぼす中、医療機関や行政など地域の幅広い関係者により必要な対応が機動的に講じられるよう、本部会の議論も踏まえ、社会保障審議会医療部会においても必要な取組について議論を進めるよう求めることとしてはどうか。

具体的には、**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**を追加した上で、医療法に基づく「基本方針」等について、感染症法に基づく「基本指針」と整合性を図りつつ、医療計画においても必要な内容が記載されるよう見直しを行うこと等が考えられるのではないかと。

※ 国民の生命・健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症（感染症法上の新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症など）の全国的なまん延等であって、医療提供体制に重大な影響が及び事態。

<想定される記載事項(イメージ)>

【平時からの取組】

- ・ 感染症指定医療機関（感染症病床）等の整備
- ・ 医療機関における感染防護具等の備蓄
- ・ 感染管理の専門人材の育成（ICN等）
- ・ 院内感染対策の徹底
- ・ 医療機関におけるPCR検査等病原体検査の体制の整備

【感染拡大時の取組】

- ・ 一般病床等での感染症患者の受入れ体制の確保（感染拡大時の受入候補医療機関、救急医療など一般の医療連携体制への影響にも配慮した受入体制に係る協議の実施など）
- ・ 臨時の増床、臨時の医療施設や宿泊療養施設の開設
- ・ 感染拡大時の人材確保の取組（病院内の重点配置や病院間の派遣など）

※ 医療計画は、医療連携体制構築に向けた施策・目標を定め、体制整備を図ることを目的とした計画。有事の際の業務方法等を詳細に定める計画（業務計画・行動計画）とは性質を異にすることに留意。

- また、今般の新型コロナウイルス感染症対策は、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく基本的対処方針に従って進めているところ、当面は感染拡大防止等の取組を進めつつ、事態が収束した段階で、対策の評価と併せて、感染症法に基づく「基本指針」等の見直しについて検討を行うことが考えられるのではないかと。

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

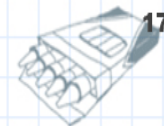
- 新型コロナウイルス感染症の患者(疑い患者を含む。)について、搬送主体や搬送先の調整ルールをあらかじめ設定する。
- 必要に応じてG-MISにより得られる医療機関の空床情報や重症患者の受入れ状況等を活用する。
- 都道府県調整本部について、以下の体制を構築する。
 - ・ 24時間体制で設置 ・都道府県職員を配置 ・患者搬送コーディネーターと速やかに連絡が取れる体制を整備 ・DMATの参画を検討

医療計画見直し検討会 (2020年11月19日)

新興再興感染症を医療
計画の6事業目に追加

1

5疾病5事業等



PRESENTATION

医療計画に、必ず網羅されていなければならない内容

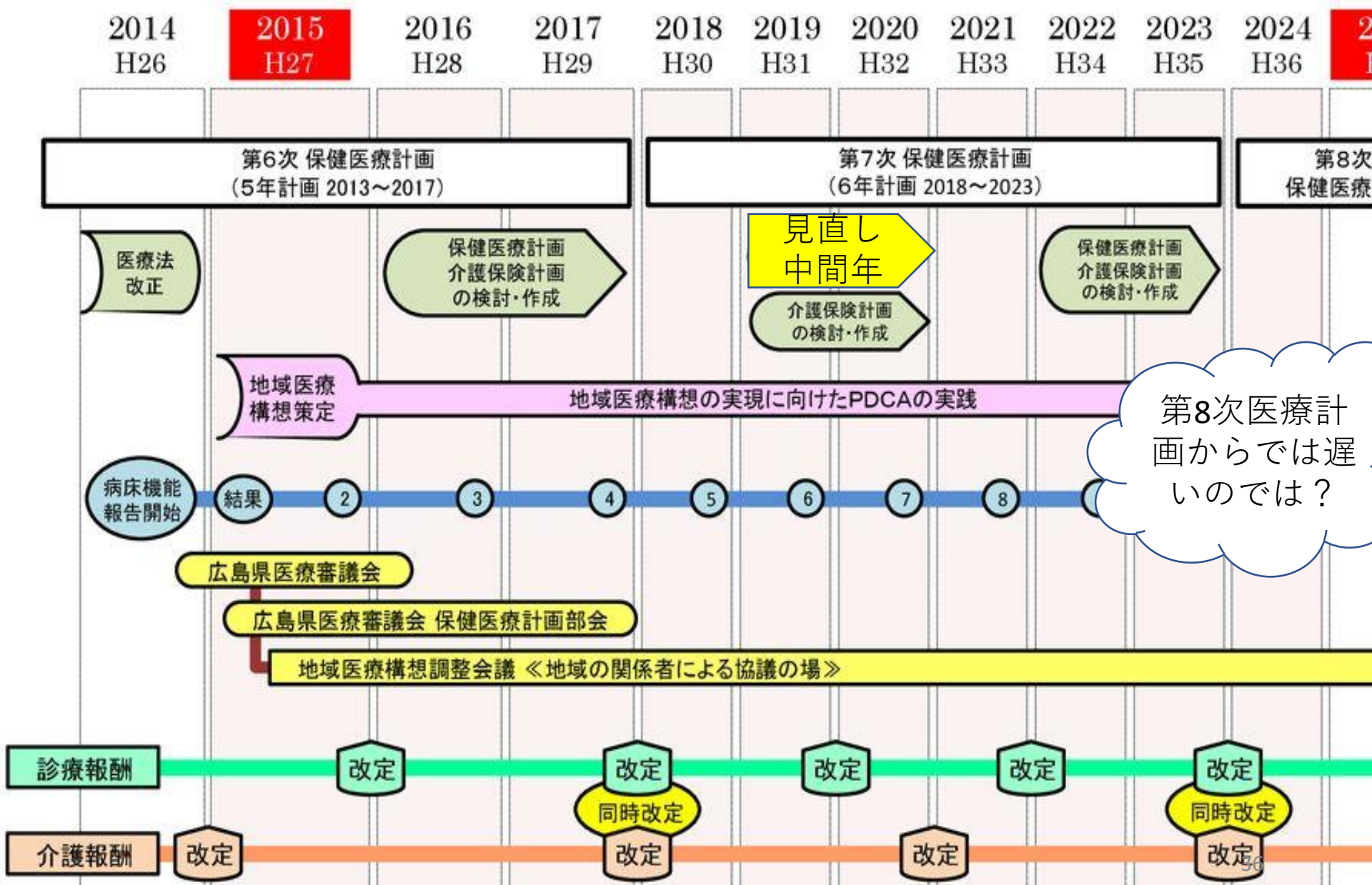
5疾病	5事業
がん	救急医療
脳卒中	災害医療
急性心筋梗塞	へき地医療
糖尿病	小児医療
精神疾患	周産期医療

6事業



新興再興感染症の
感染拡大時の医療

2020年は6年計画となった第7次医療計画見直しの年

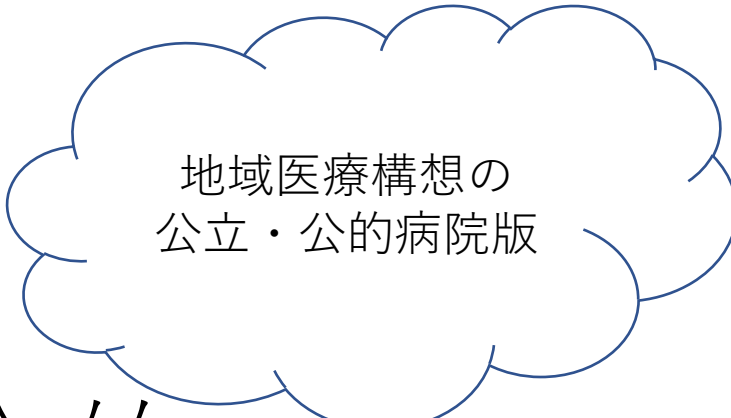


第7次医療計画の後半
2021年～2023年に
通知で新興感染症を5事
業と並立して記載するこ
とはできないか？



②地域医療構想 における課題

公立公的再編統合**424**病院リスト
はどうなる？



地域医療構想の
公立・公的病院版

公立・公的 4 2 4 病院再編リスト

地域医療構想ワーキンググループで公表
(2019年9月26日)

経済 フォローする

公立・公的424病院「再編検討を」 厚労省がリスト公表

2019年9月26日 15:10

厚生労働省は26日、市町村などが運営する**公立病院**と日本赤十字社などが運営する公的病院の25%超にあたる全国424の病院について「再編統合について特に議論が必要」とする分析をまとめ、病院名を公表した。診療実績が少なく、非効率な医療を招いているため。

424公的病院、再編必要

神奈川県 厚労省、異例の公表

厚生労働省は26日、全国145の公立病院や日本赤十字社の公的病院のうち診療実績が少なく、再編統合が必要と判断した424の病院を初めて公表した。高齢化で膨張する医療費抑制のため、競合地域にある病院との再編・統合を促す必要があるとして、異例の対応に踏み切った。10月にも対象病院に再編・統合の格別な検討を要請し、来年9月までに結論を出してもらう考え。強制力はないが、身近な病院がなくなる不安から地元首長や住民の反発が予想される。

都道府県別の再編・統合対象病院割合

都道府県	公的病院数	対象病院数	割合(%)
① 新潟	41	22	53.7
② 北海道	111	54	48.6
③ 宮城	40	19	47.5
④ 山口	30	14	46.7
⑤ 岡山	30	13	43.3
⑥ 愛知	57	9	15.8
⑦ 京都	26	4	15.4
⑧ 栃木	15	2	13.3
⑨ 東京	78	10	12.8
⑩ 沖縄	14	0	0

※割合は四捨五入



定例会見 石巻市役所

“病院再編” 石巻市長憤り 村井知事「議論は必要」

亀山市長

「人口減少進む地域にとって市立病院の役割大きく 国に考えを伝えていきたい」

- 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。

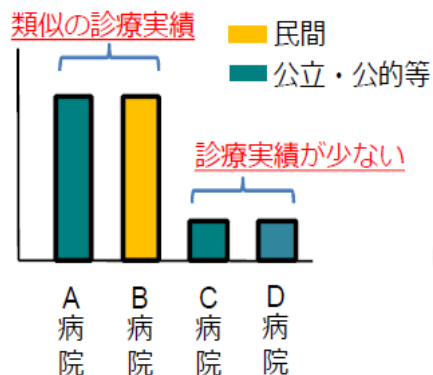
重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

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。

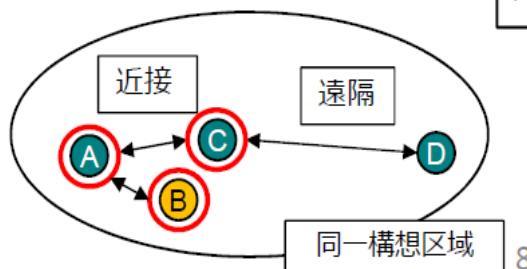
分析のイメージ

- 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



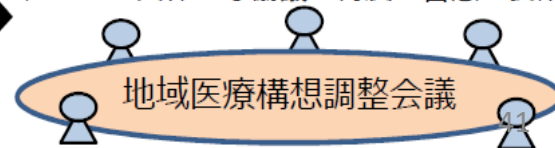
①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- 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、

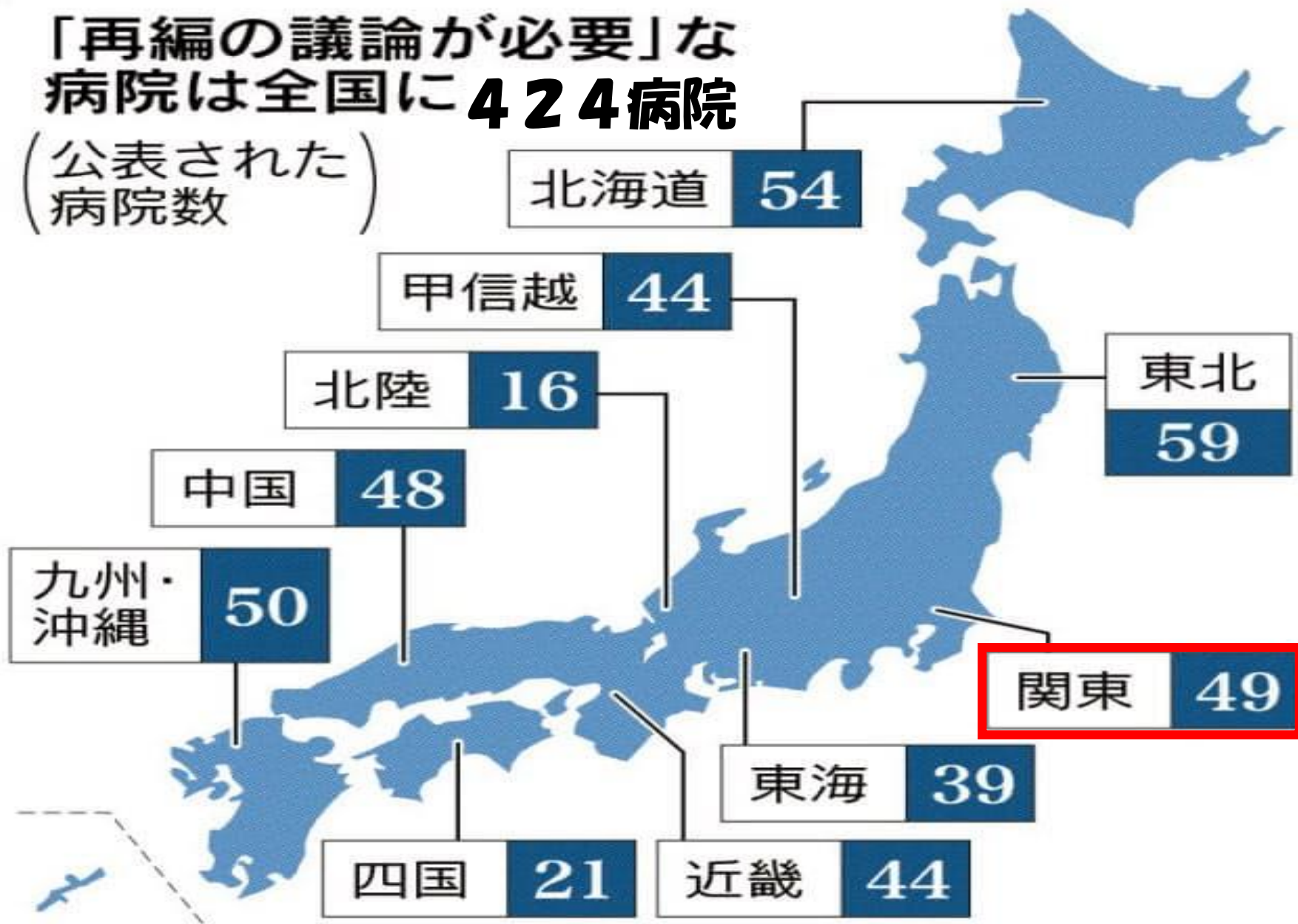
- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
- **病院の再編統合**

について具体的な協議・再度の合意を要請



「再編の議論が必要」な 病院は全国に**424**病院

(公表された
病院数)



424施設から7施設を外し、20施設を加えて440施設となった



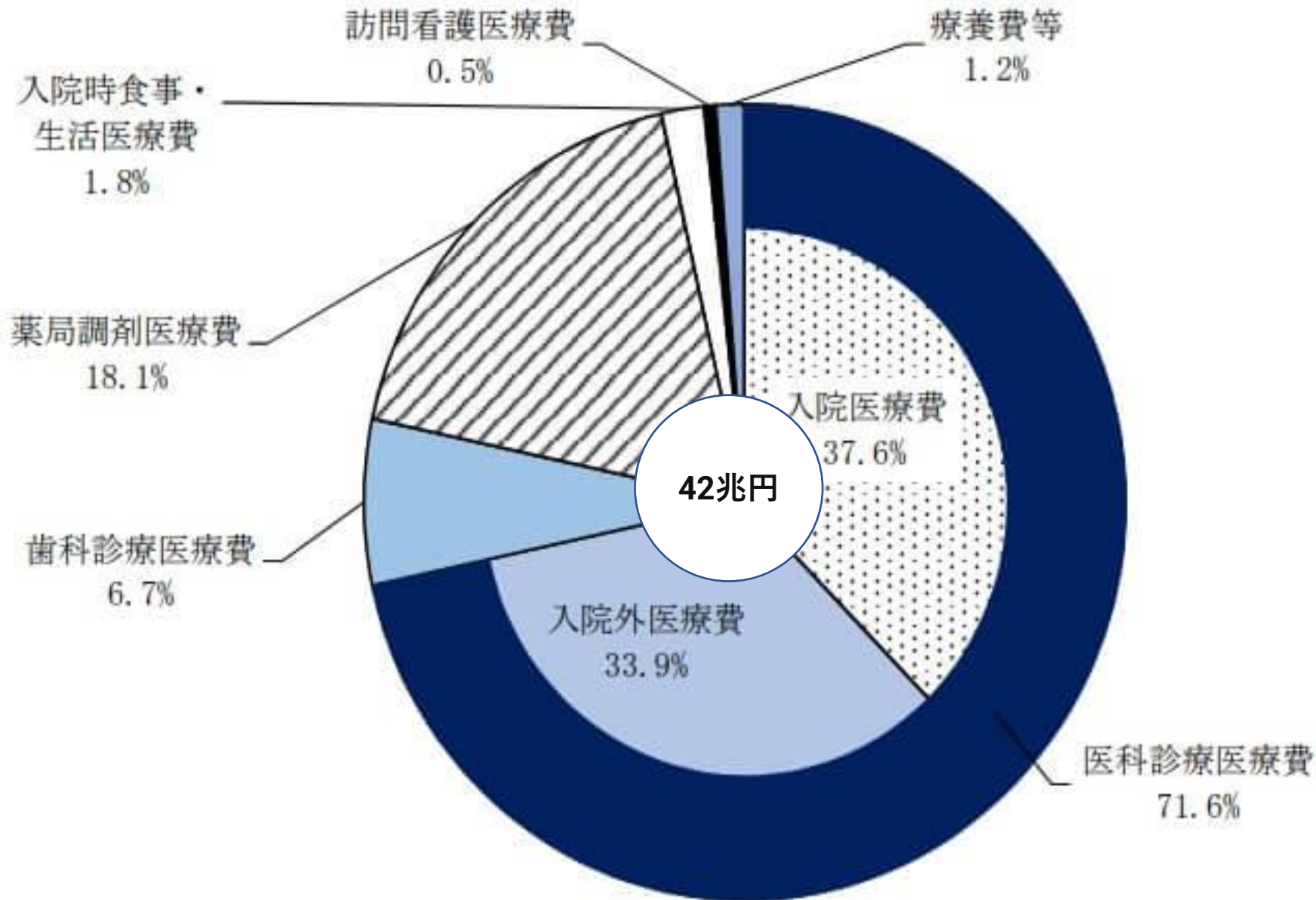
厚労省医政局地域医療計画課長の鈴木健彦氏（1月17日）

新型コロナで 440病院リスト見直し

- 当初、424病院リストの検証期限については、機能の見直しについては2019年度中に、再編統合については2020年秋までに行うこととしていた
- 厚労省は、2020年3月4日の通知
 - 「今回の新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から『改めて整理する』」として、事実上の「**期限延長**」を決めた
- このため新型コロナ感染拡大を受けて、今回の424病院リストでもその**感染症病床については再考が必要**
- 全国の感染症病床の9割は公立・公的病院によって占められ、**424病院の内、24病院が感染症指定病院**だからだ。

③外来医療計画の課題

外来版地域医療構想



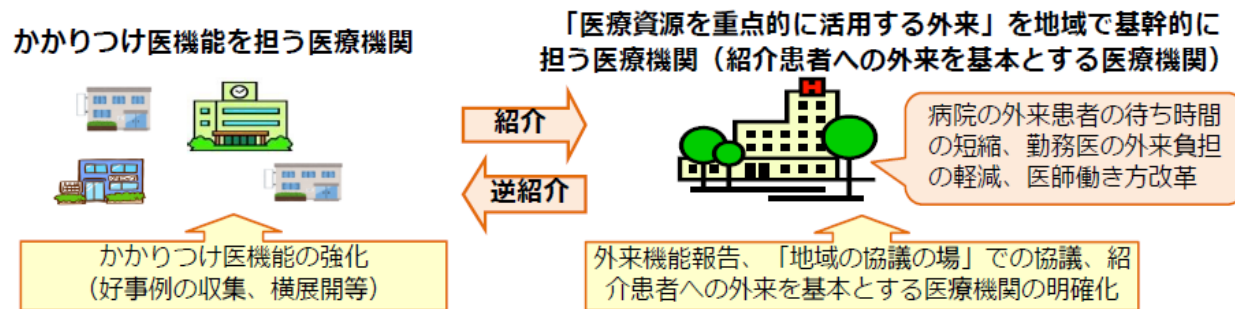
1. 外来医療の課題

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

2. 改革の方向性（案）

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

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



＜「医療資源を重点的に活用する外来」のイメージ＞

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

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

趣旨

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

明確化の方法

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

医療資源を
重点的に活
用する外来

(参考)地域医療支援病院との関係について

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

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

医療資源が重点的に活用される外来医療について

第18回医療計画の見直しに関する
検討会（令和2年2月28日）資料

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

イメージ

・外来で医療資源が重点的に活用される医療（例：外来化学療法を行う場合）

外来化学療法

参考 診療報酬における外来化学療法加算
の施設基準の概要

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

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

かかりつけ医で
悪性腫瘍疑いと診断（外来）

治療前の
説明、検査
（外来）

治療後の
フォローアップ
（外来）

安定したら再びかかりつけ医でフォローアップ（外来）

悪性腫瘍手術
（入院）

悪性腫瘍手術を実施するためには、例えば以下のような設備、人員が必要。

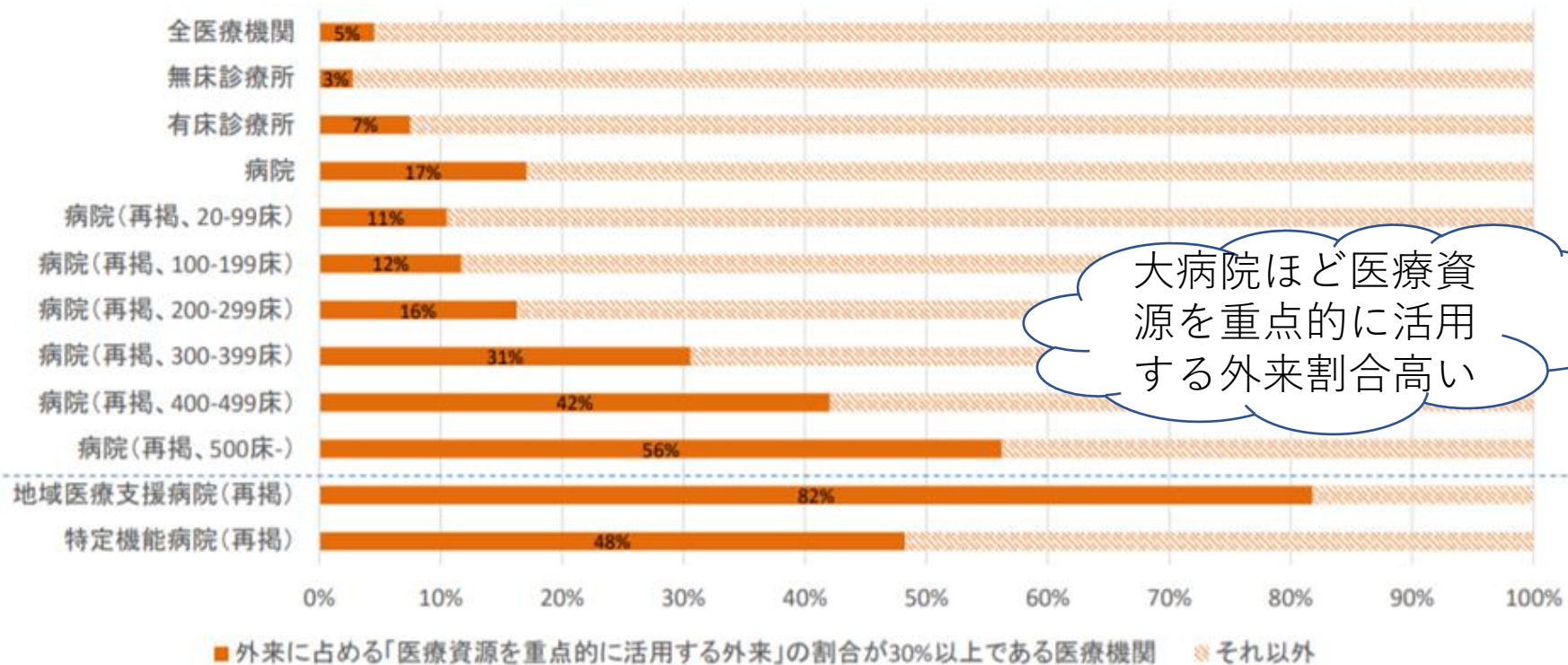
- ・手術前、手術後の管理を行うために設備、人員ともに充実した入院病棟
- ・全身麻酔により手術を実施できる手術室
- ・手術を実施できる経験を積んだ医師、看護師等の医療従事者

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30%以上である医療機関の分布

(今回の議論のための仮設定に基づいた分析)

$$\text{外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30\%以上である医療機関の割合} = \frac{\text{「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30\%以上である医療機関の施設数}}{\text{施設数全体}}$$

外来に占める「医療資源を重点的に活用する外来」の割合が30%以上である医療機関の割合 (施設数ベース)



大病院ほど医療資源を重点的に活用する外来割合高い

- (注)
- ・施設数ベースでの集計
 - ・2017年度1年間での集計。外来受診の中には在宅での受診を含まない。
 - ・病床数は許可病床数。

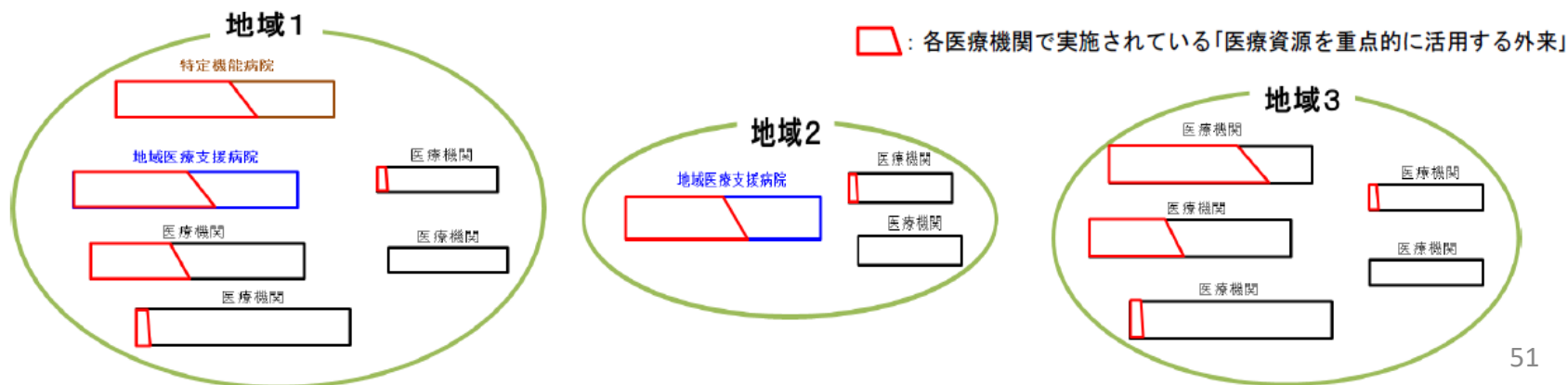
出典:レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)より地域医療計画課において作成

地域ごとに各医療機関で実施されている「医療資源を重点的に活用する外来」の明確化の方法について（外来機能を報告する仕組み）【論点②】

第20回医療計画の見直しに関する検討会(令和2年3月18日)資料1

- 入院機能の分化・連携を進めていく上では、病床機能報告制度を通じて、病床を有する全ての医療機関から都道府県に対し、1年に1回、その有する医療機能（現在・将来）について報告を行い、その報告を基に、地域においてどのような入院機能の分化・連携を行うか、地域医療構想調整会議で調整を行うこととされている。
- 地域において外来医療の機能分化・連携を進めるに当たって、地域ごとに、どの医療機関でどの程度、「医療資源を重点的に活用する外来」が実施されているかについて明確化を図るため、病床機能報告制度を参考に、各医療機関から「医療資源を重点的に活用する外来」に関する医療機能の報告を行うことが考えられるのではないかと。
 - ① 病床機能報告同様、レセプト情報・特定健診等情報データベース(NDB)を活用して、国から各医療機関に対して実施状況データを提供した上で、各医療機関から都道府県に実施状況を報告することについて、どのように考えるか。
 - ② 入院医療と一体的に議論する観点や、医療機関の負担軽減の観点から、病床機能報告と報告スケジュールを合わせることにについて、どのように考えるか。
 - ③ 制度趣旨や負担の観点から、今回検討する仕組みの対象となる医療機関の範囲について、どのように考えるか。

〔地域ごとに各医療機関で実施されている「医療資源を重点的に活用する外来」の明確化のイメージ〕



改めてかかりつけ医機能を 再定義する必要がある

- 1985年「家庭医に関する懇談会」の失敗
 - (1987年、89年に米国ニューヨーク州立大学の家庭医学科に留学)
 - 日本医師会が家庭医に大反対、かかりつけ医を主導
- 2004年 新医師臨床研修制度
 - 各診療科のローテーション
- 2018年 新専門医制度
 - 19番目の基本領域に「総合診療専門医」が位置付けられた

かかりつけ医機能の制度化
を考える時機
さらに在宅医療の定義も明
確化すべき

三位一体改革 その2 働き方改革

- ①医師の働き方改革
- ②タスクシフト
- ③スチューデントドクター

①医師の働き方改革



働き方改革関連法

時間外労働（残業）の上限を規制



大企業

2019年4月～

中小企業

2020年4月～

【原則として】

🕒 月45時間・年360時間

【例外でも】

🕒 年720時間以内（※休日労働を含まない）

🕒 単月100時間未満、
2~6か月平均80時間以内（※休日労働を含む）



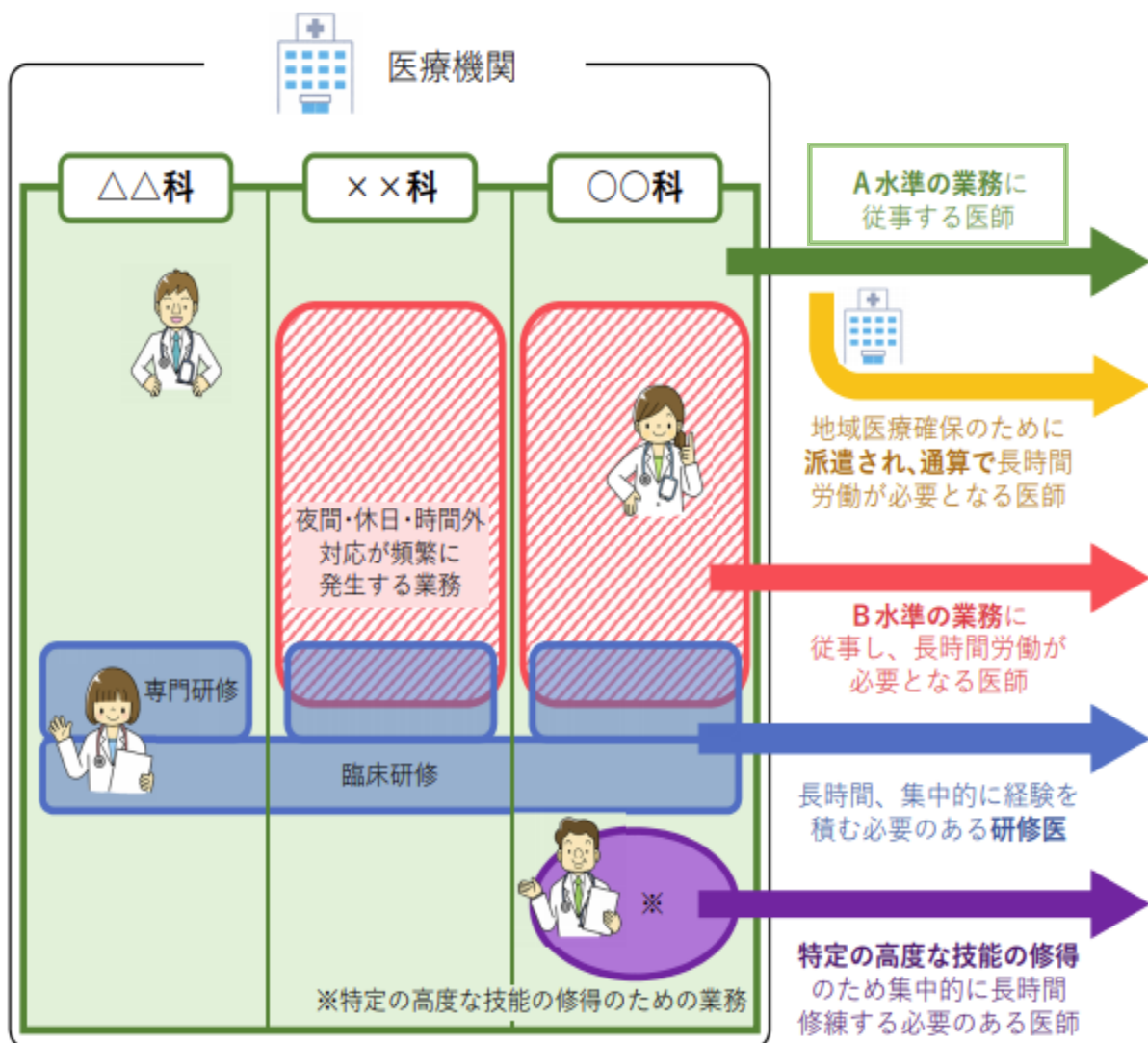
医師への適用は **2024年4月～**、
上限時間も別に設定



各水準の指定と適用を受ける医師について

A水準以外の各水準は、指定を受けた医療機関に所属する全ての医師に適用されるのではなく、**指定される事由となった業務に従事する医師にのみ適用される**。所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関は**それぞれの水準についての指定を受ける必要がある**。

*年の時間外・休日労働時間数（簡明さを優先し、詳細は省略）



医療機関に必要な指定	医師に適用される水準	
	36協定で定めることができる時間*	実際に働くことができる時間*(通算)
—	960以下	960以下
連携B	960以下	1,860以下
B	1,860以下	1,860以下
C-1	1,860以下	1,860以下
C-2	1,860以下	1,860以下

臨床研修医にはより強い健康確保措置

この医療機関の例の場合、連携B、B、C-1、C-2の4つの指定が必要となる。（それぞれの指定要件は大部分が共通）

2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②(案)

- 2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなり、暫定特例水準対象の医師についても、時間外労働が年960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組んでいく。

病院勤務医の働き方の変化のイメージ

(時間外労働の年間時間数)

現状



2024.4
上限規制適用

2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

2023年度末までに
解消

約1割
約2万人

約3割
約6万人

1,900~
2,000時間程度

水準B
暫定特例水準

2035年度末までに解消

960時間

2024年度以降適用される

水準A

約6割
約12万人

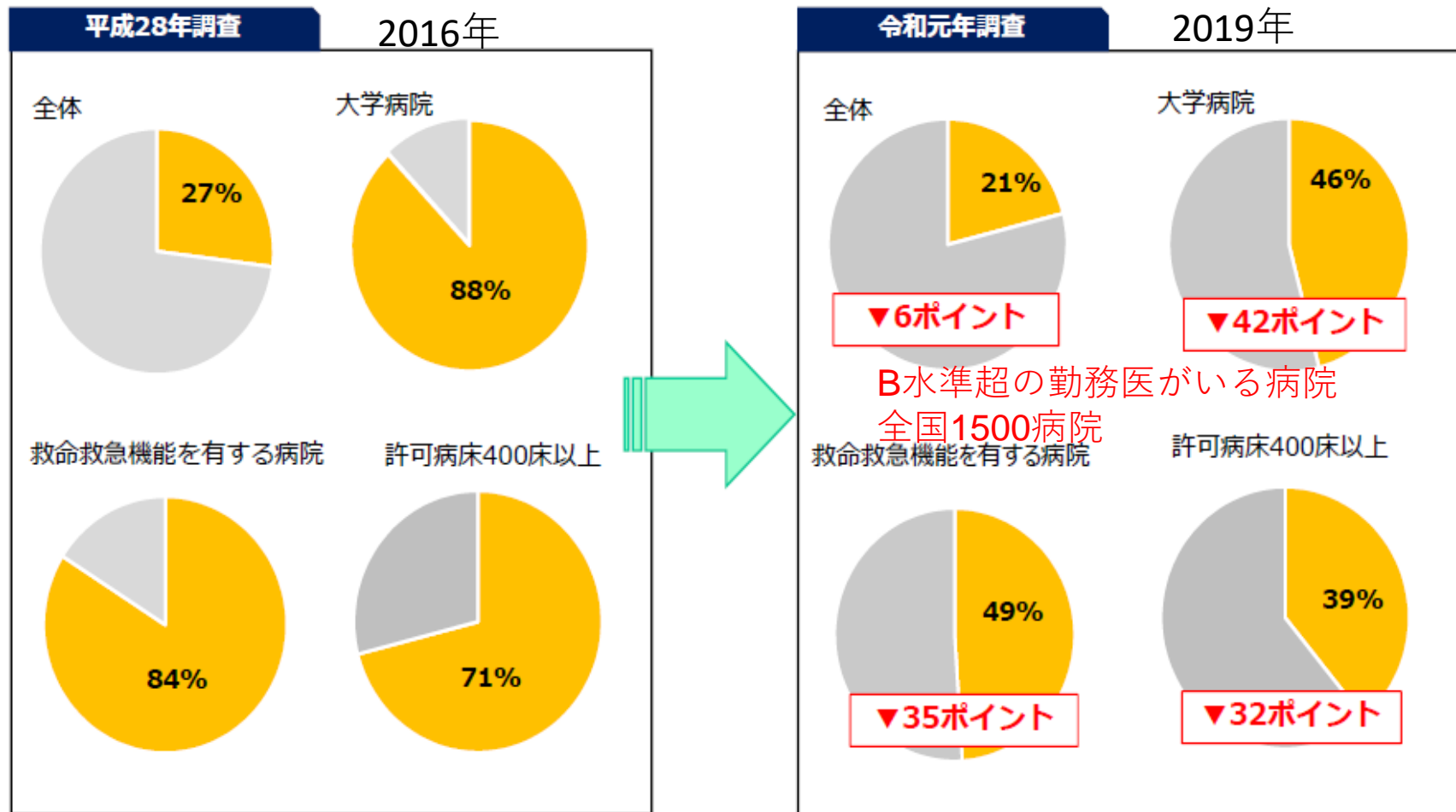
暫定特例水準対象についても、時間外労働が年960時間以内となることを目指し、さらなる労働時間短縮に取り組む

暫定特例水準対象を除き、2024.4以降、年960時間を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

地域医療確保暫定特例水準を超える働き方の医師がいる病院の割合

時間外労働が年1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

- 平成28年調査と比較し、時間外労働が年1860時間を超えると推定される、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる病院の割合が減少している。
- 大学病院・救命救急機能を有する病院・許可病床400床以上の病院においては、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる割合が7割～8割を占めていたところ、いずれも割合が大幅に減少し、労働時間の短縮が認められる。



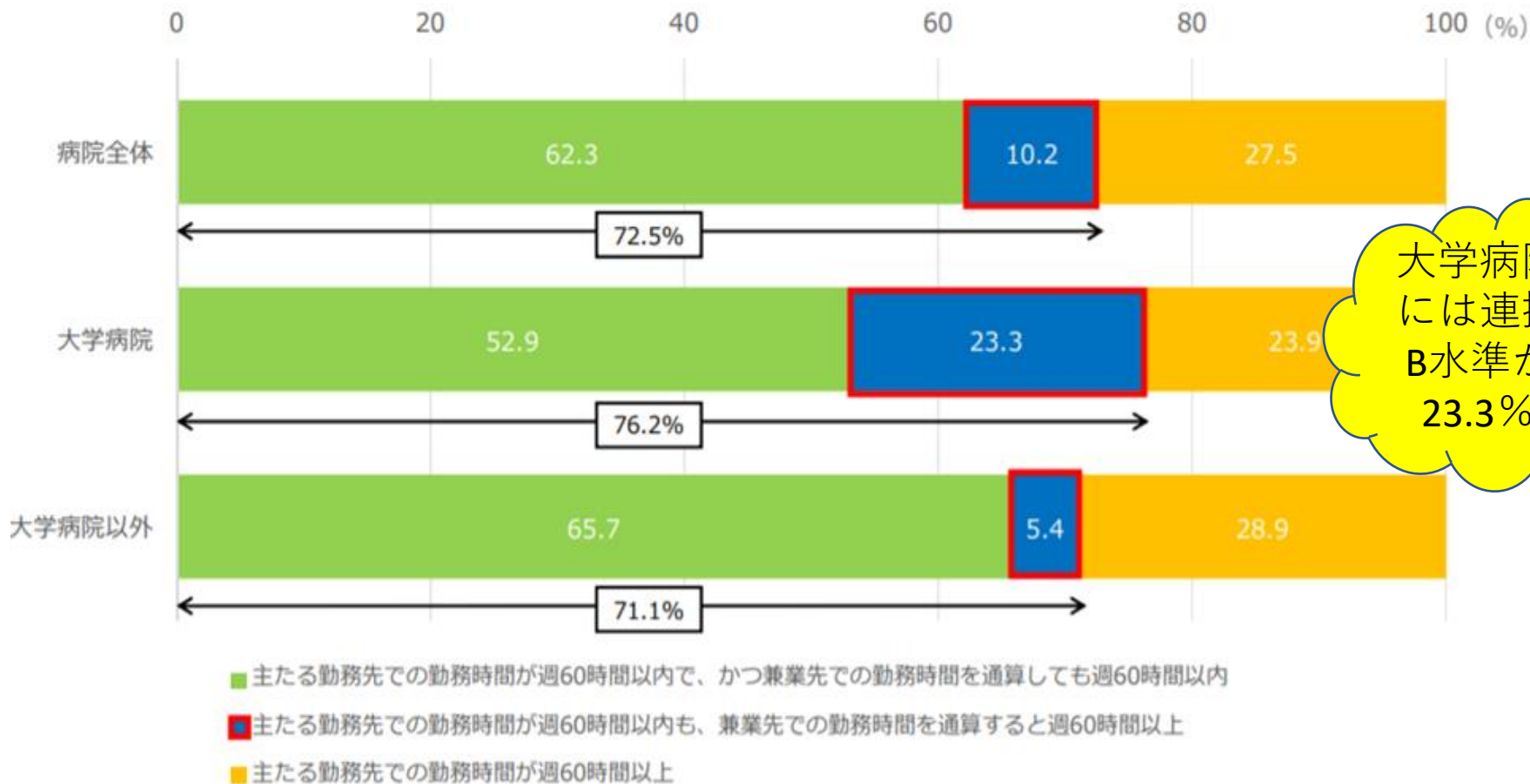
※ H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診察外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

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

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

副業・兼業：主たる勤務先と兼業先の勤務時間（全体・大学病院・大学病院以外）

○ 主たる勤務先である大学病院での勤務時間が週60時間（年間時間外・休日労働960時間換算）の範囲内に収まる医師は全体の76.2%であるが、兼業先での勤務時間を通算すると週60時間を超過する医師が全体の23.3%と、大学病院以外の医師よりもその割合が高い。

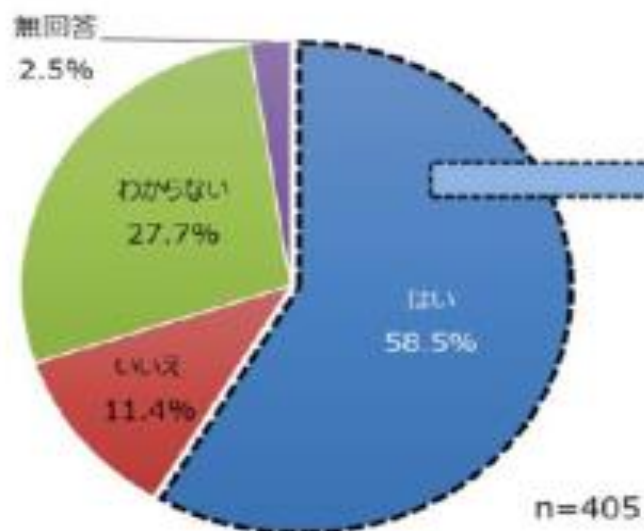


大学病院
には連携
B水準が
23.3%

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

⑤ 医師の時間外労働の上限規制は、地域医療の崩壊を招く危険性があると思いますか。

	病院数	割合
はい	237	58.5%
いいえ	46	11.4%
わからない	112	27.7%
無回答	10	2.5%
合計	405	100.0%



⑥ ⑤で「はい」と回答した病院にお聞きします。どのような影響があると考えますか。（複数回答可）

	病院数	割合
救急医療からの撤退	211	89.0%
外来診療の制限・縮小	152	64.1%
病院の経営破綻	151	63.7%
産科・小児科医療からの撤退	139	58.6%
医療の質の低下	121	51.1%
過疎地・へき地医療の確保	116	48.9%
長時間手術の制限	98	41.4%
医師のプロフェッショナリズム・モラルの低下	85	35.9%
医療へのアクセスや利便性の低下	84	35.4%
研修医教育の制限	81	34.2%
高度医療の提供制限	69	29.1%
その他	5	2.1%
無回答	2	0.8%

n=237



【医師】医療機関での勤務形態（派遣・受け入れ）

	%
専ら医師を派遣する病院である	4.1%
医師の派遣、受け入れは概ね半々程度の病院である	12.0%
専ら医師を受け入れている病院である	83.9%
合計	100.0%

(n=3,549)

派遣元...受入先の各医師の勤務時間を全て掌握することになる？
受入先...各医師の勤務時間を派遣元に全て報告することになる？
半々 ...両方に対応する必要がある

《把握しなければならない人数が多い→事務作業の煩雑化？》

➡ 各医療機関での対応は可能？

外来や宿日直
を派遣医師に
頼っている

2024年4月に向けたスケジュール

医師についての時間外労働の上限規制の適用開始（改正労働基準法の施行）

2021年度

2022年度

2023年度

2024年度

時短計画案の作成

都道府県の指定を受けようとする場合は、第三者評価を受審する前までに作成

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

連携 B 水準

B 水準

C-1 水準

C-2 水準

医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価

労働時間実績や時短の取組状況を評価

※第三者評価に関する規定は2022年4月施行

都道府県による特例水準医療機関の指定 (医療機関からの申請)

地域医療への影響等を踏まえた都道府県の判断

※都道府県の指定に関する事前準備規定は2022年4月施行

C-1 水準

臨床研修・専門研修プログラムにおける時間外労働時間数の明示

※開始年限は、臨床研修部会等において検討

C-2 水準

審査組織による医療機関の個別審査

特定の高度な技能の教育研修環境を審査

※審査組織における審査に関する規定は2022年4月施行

時間外労働が年960時間以下の医師のみの医療機関は都道府県の指定不要

特例水準の指定を受けた医療機関

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

連携 B 水準

B 水準

C-1 水準

C-2 水準

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

労務管理の一層の適正化・タスクシフト／シェアの推進の取組み

② タスクシフト



看護特定行為の導入



2014年保助
看法改正

「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」
(座長:有賀徹・昭和大学病院院長)

特定行為及び特定行為区分(38行為21区分)

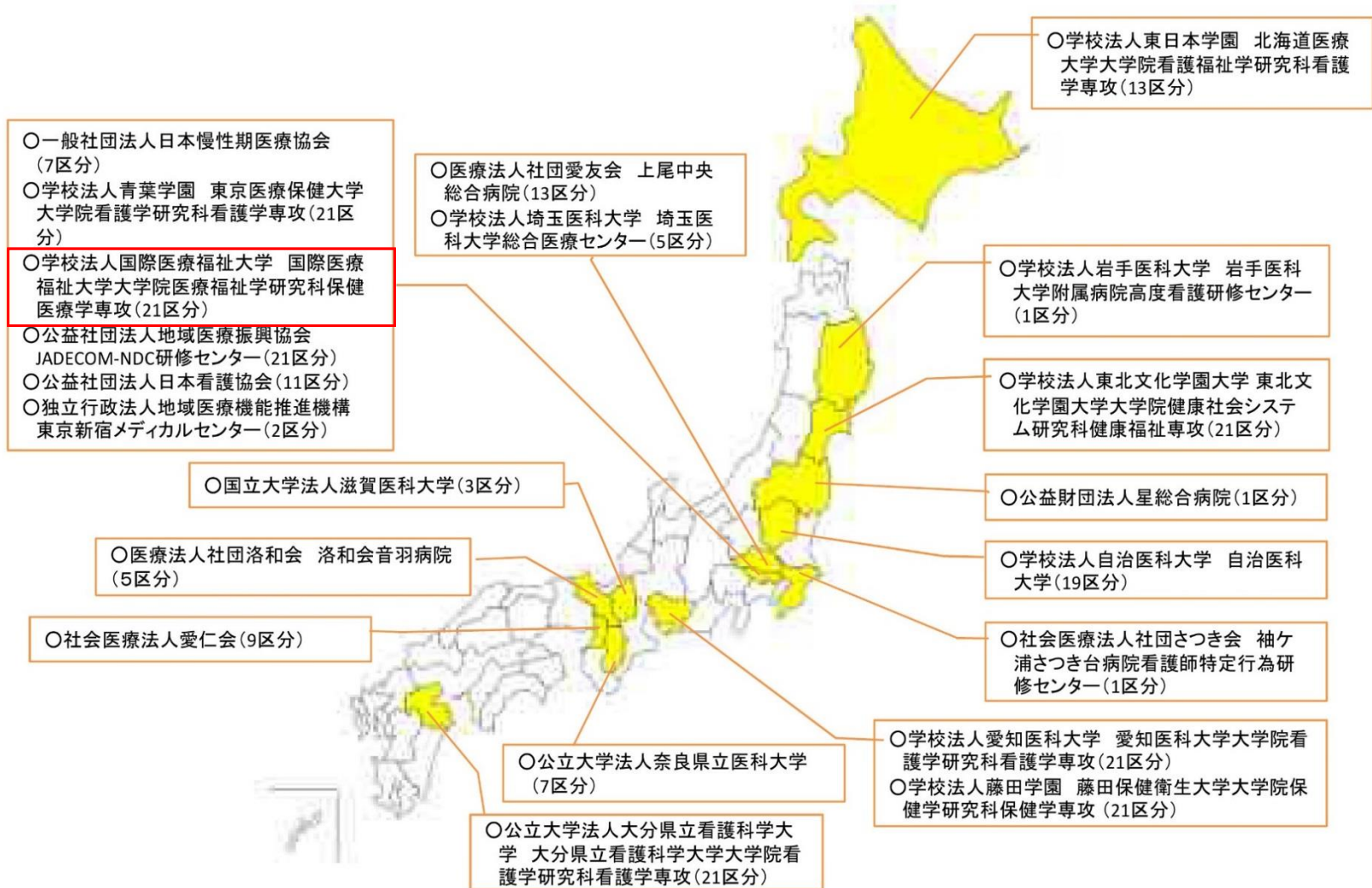
特定行為区分	特定行為
呼吸器(気道確保に係るもの)関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器(人工呼吸療法に係るもの)関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整
人工呼吸器からの離脱	
呼吸器(長期呼吸療法に係るもの)関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカーの操作及び管理
	一時的ペースメーカーリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンポンピングからの離脱を行うときの補助頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及び設定の変更
	胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去(腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。)
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
栄養に係るカテーテル管理(中心静脈カテーテル管理)関連	中心静脈カテーテルの抜去
栄養に係るカテーテル管理(末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理)関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入

特定行為区分	特定行為
創傷管理関連	褥(じょく)瘡(そう)又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
	橈骨動脈ラインの確保
透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時的投与
	抗精神病薬の臨時的投与
	抗不安薬の臨時的投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

厚生労働省令第33号(平成27年3月13日)

特定行為研修を行う指定研修機関

2020年8月現在、222機関



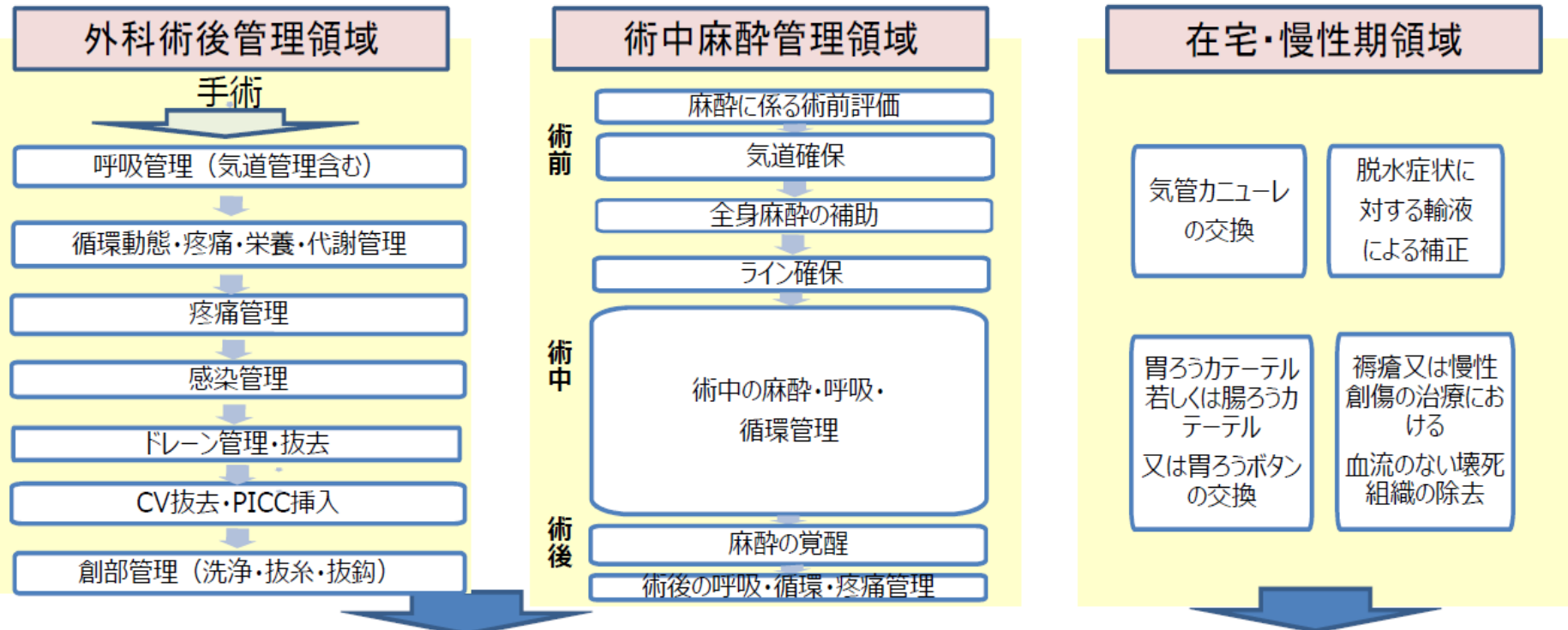
国際医療福祉大学大学院(東京青山キャンパス) 特定行為看護師養成分野



旧ナースプラクティショナー養成講座1年生

特定行為研修制度のパッケージ化によるタスクシフトについて

- 特定行為に係る業務については、タイムスタディ調査等によると、全体の約3%程度、外科系医師に限れば約7%程度の業務時間に相当する。週100時間勤務の外科系医師の場合、**週7時間程度**の時間がこれに相当する。
- 2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。
- 特に、病院においては、外科領域、麻酔管理領域（救急、集中治療領域等を含む。）における業務分担が進むことが期待される。



外科の術後管理や術前から術後にかけての麻酔管理において、頻繁に行われる一連の医行為を、いわゆる包括的指示により担うことが可能な看護師を特定行為研修のパッケージを活用して養成することで、看護の質向上及びチーム医療を推進。

在宅・慢性期領域において、療養が長期にわたる、もしくは最期まで自宅または施設等で療養する患者に柔軟な対応が可能に。

特定認定看護師

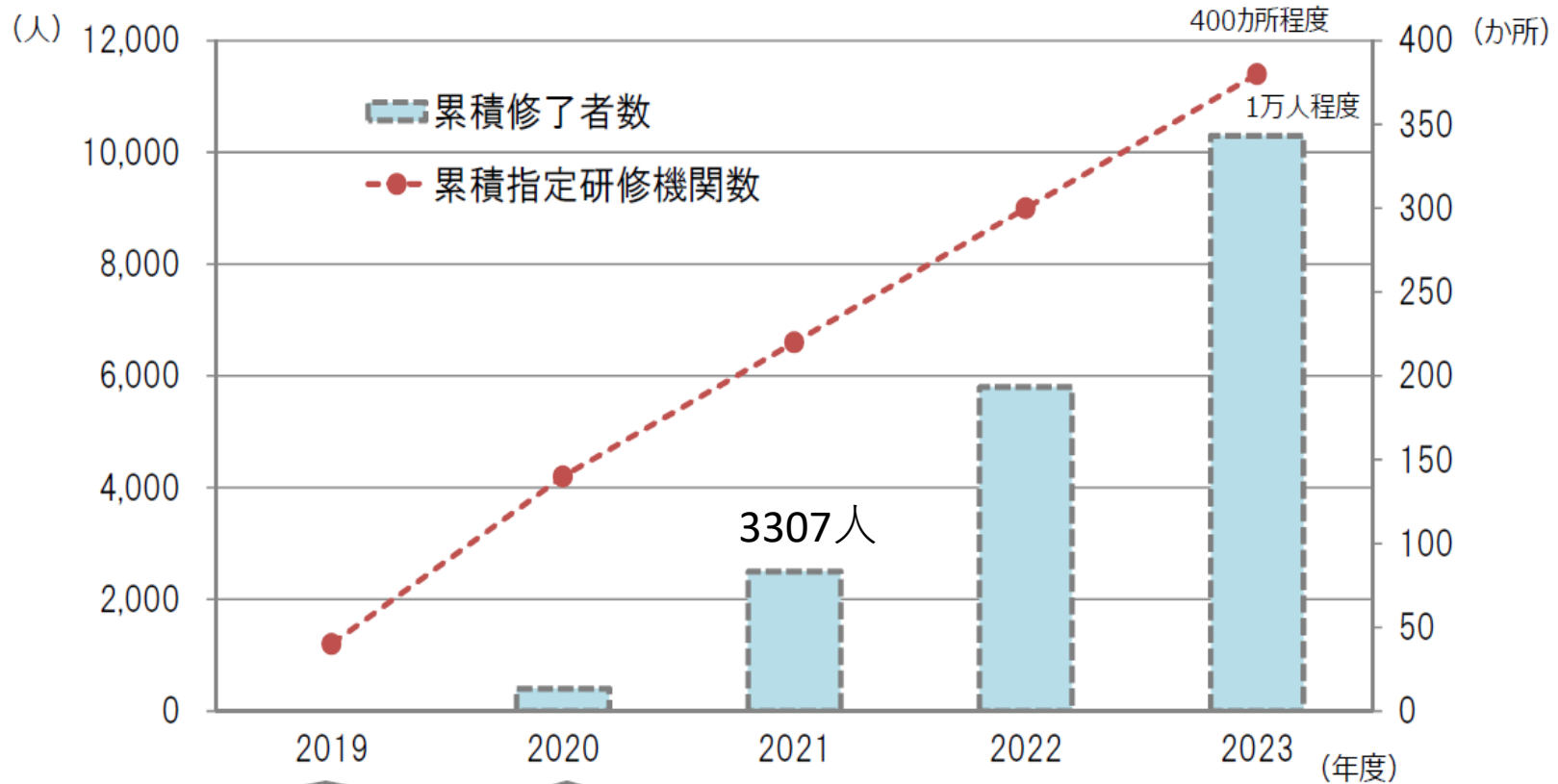
• 特定認定看護師とは

- 日本看護協会は、従来からある認定看護師が特定行為研修を修了した場合、「特定認定看護師」と名乗ることを可能とした。
- 認定看護師とはある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有する者を日本看護協会が認定する看護師のことで、全国に2万人いる。
- 特定認定看護師が2021年6月までに922名に達した
- 特定認定看護師
 - 「皮膚・排せつケア」：300人
 - 「クリティカルケア」：217人
 - 「感染管理」：96人
 - 「糖尿病看護」：81人

特定行為研修制度におけるパッケージ研修を修了した看護師の養成について

○ 特定行為研修制度については、今後パッケージ化による研修修了者の養成が進むと考えられるが、特定行為研修修了者全体の増加に取り組む中で、2023年度末までにパッケージ研修の修了者として1万人の養成を目指す。

■ パッケージ研修に係る指定研修機関数及び研修修了者数見込み



省令改正 (パッケージ研修創設)
パッケージ研修を実施する指定研修機関の申請開始

パッケージ研修開始

特定行為看護師を
2024年までに
1万人まで増やそう！



すべての大学病院
が特定行為の指定
研修機関へ！

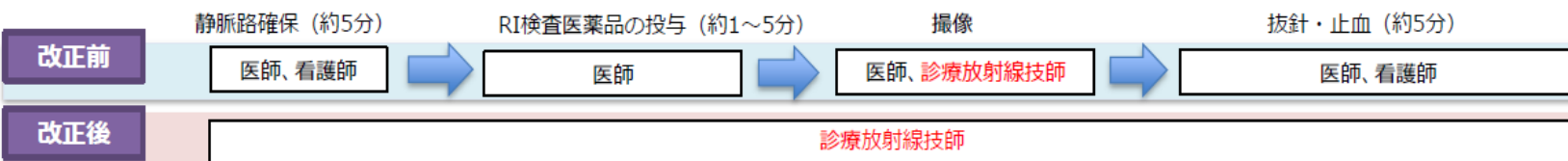
医療関係職種の業務範囲の見直し

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

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

診療放射線技師

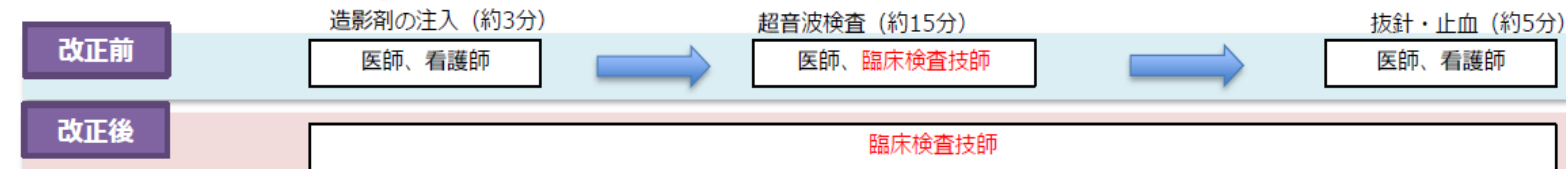
- ✓ R I 検査のために、静脈路を確保し、R I 検査医薬品を投与する行為、投与終了後に抜針及び止血する行為



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

臨床検査技師

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



- ✓ 採血に伴い静脈路を確保し、電解質輸液（ヘパリン加生理食塩水を含む。）に接続する行為
- ✓ 静脈路を確保し、成分採血装置を接続・操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為

臨床工学技士

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

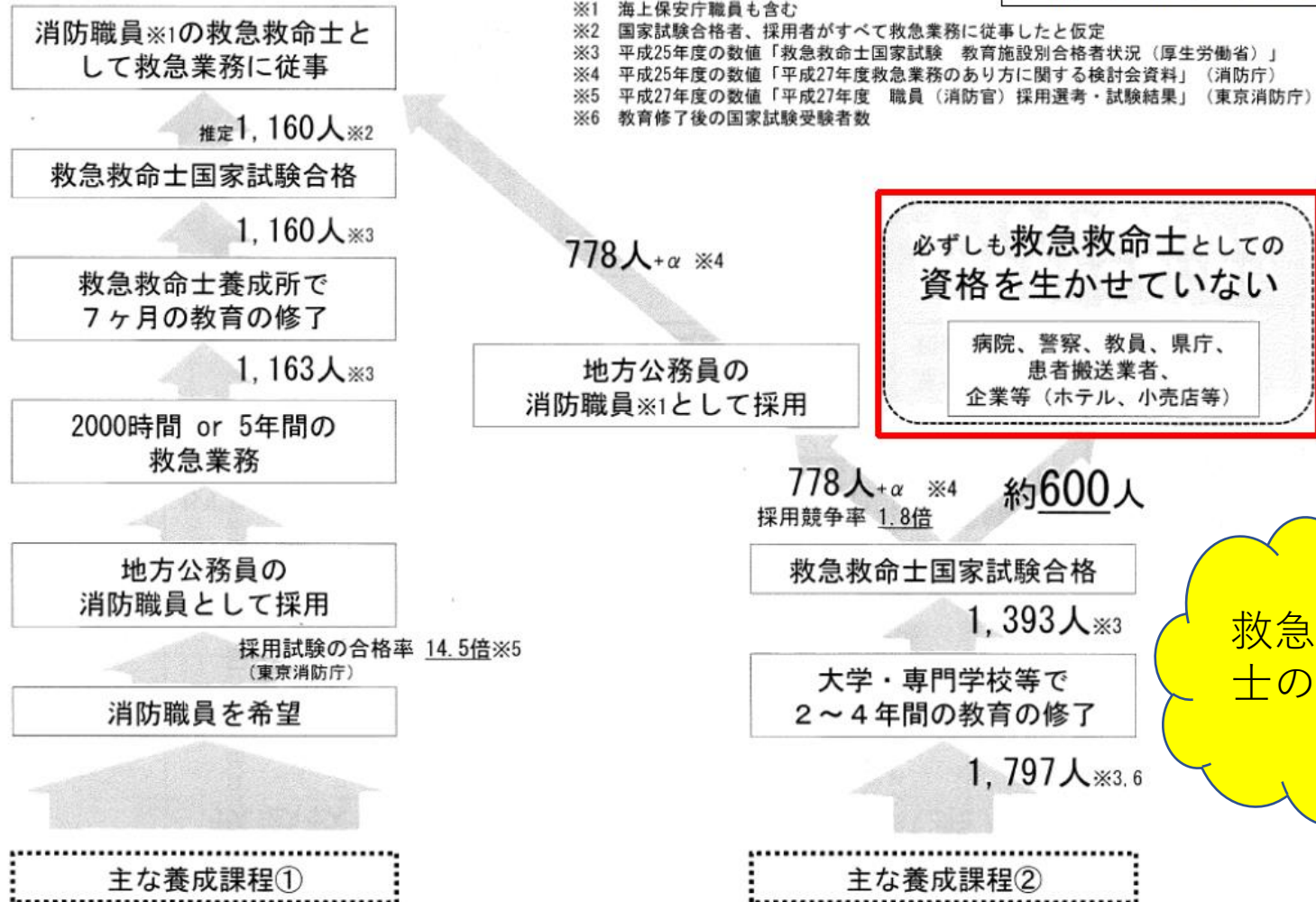
救急救命士

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

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

救急救命士の養成と消防機関への採用の現状について

第14回救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
令和元年5月23日 資料 2



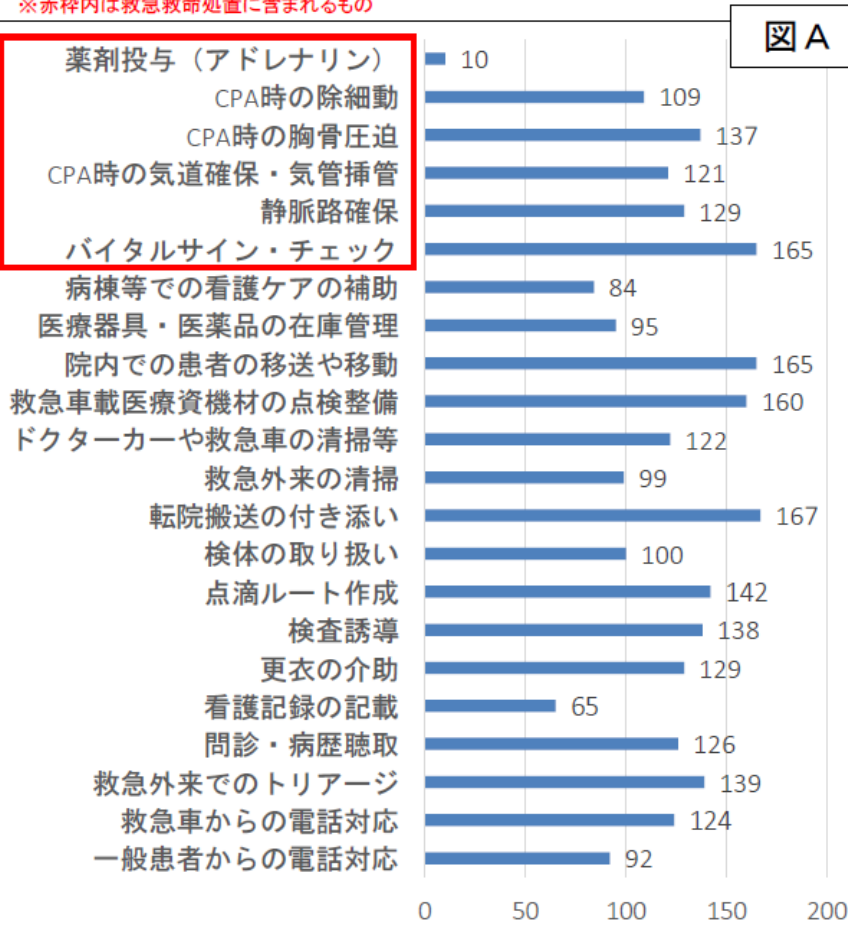
- ※1 海上保安庁職員も含む
- ※2 国家試験合格者、採用者がすべて救急業務に従事したと仮定
- ※3 平成25年度の数値「救急救命士国家試験 教育施設別合格者状況（厚生労働省）」
- ※4 平成25年度の数値「平成27年度救急業務のあり方に関する検討会資料」（消防庁）
- ※5 平成27年度の数値「平成27年度 職員（消防官）採用選考・試験結果」（東京消防庁）
- ※6 教育修了後の国家試験受験者数

平成27年度 厚生労働科学研究「救急医療体制の推進に関する研究」（山本班）研究協力者 田邊晴山

病院救命士を雇用した場合に、病院側が期待している業務内容について

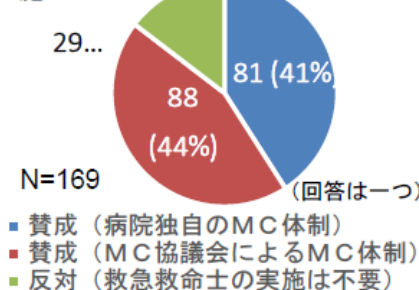
病院救命士にどのような院内業務を期待しますか。

※赤枠内は救急救命処置に含まれるもの

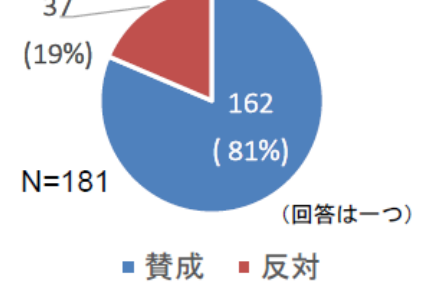


救急救命士を雇用していない202病院が回答した。
 ▷救急外来、患者搬送業務の補助目的で**病院救命士を雇用することに、82.1%の病院が賛成した。**
 ▷MC協議会又は院内MCの関与のもとで、**病院救命士が院内で救急救命処置を行うことに85%の病院が賛成した。**（図①）
 ▷救急救命士に期待する業務は、①転院搬送の付き添い、②バイタルサインチェック、③院内での患者の移送や移動の順で多かった。78.2%の病院が、CPA時の静脈路確保、気道確保・気管挿管、除細動、アドレナリン投与まで期待していた。（図A）
 ▷緊急度の低い又は病状の安定した患者を、**医師、看護師に代わり病院救命士が搭乗して病院救急車で搬送することに81%の病院が賛成した。**（図②）

図① 院内の救急救命処置の実施



図② 病院救命士による患者搬送



（平成30年度厚生労働科学特別研究：消防救急車の代替搬送手段における病院救急車の活用に資する研究）」

いわゆる救急外来においては、救急搬送されてきた重度傷病者に対する救急救命処置のニーズがある。

③ スチューデント・ドクター

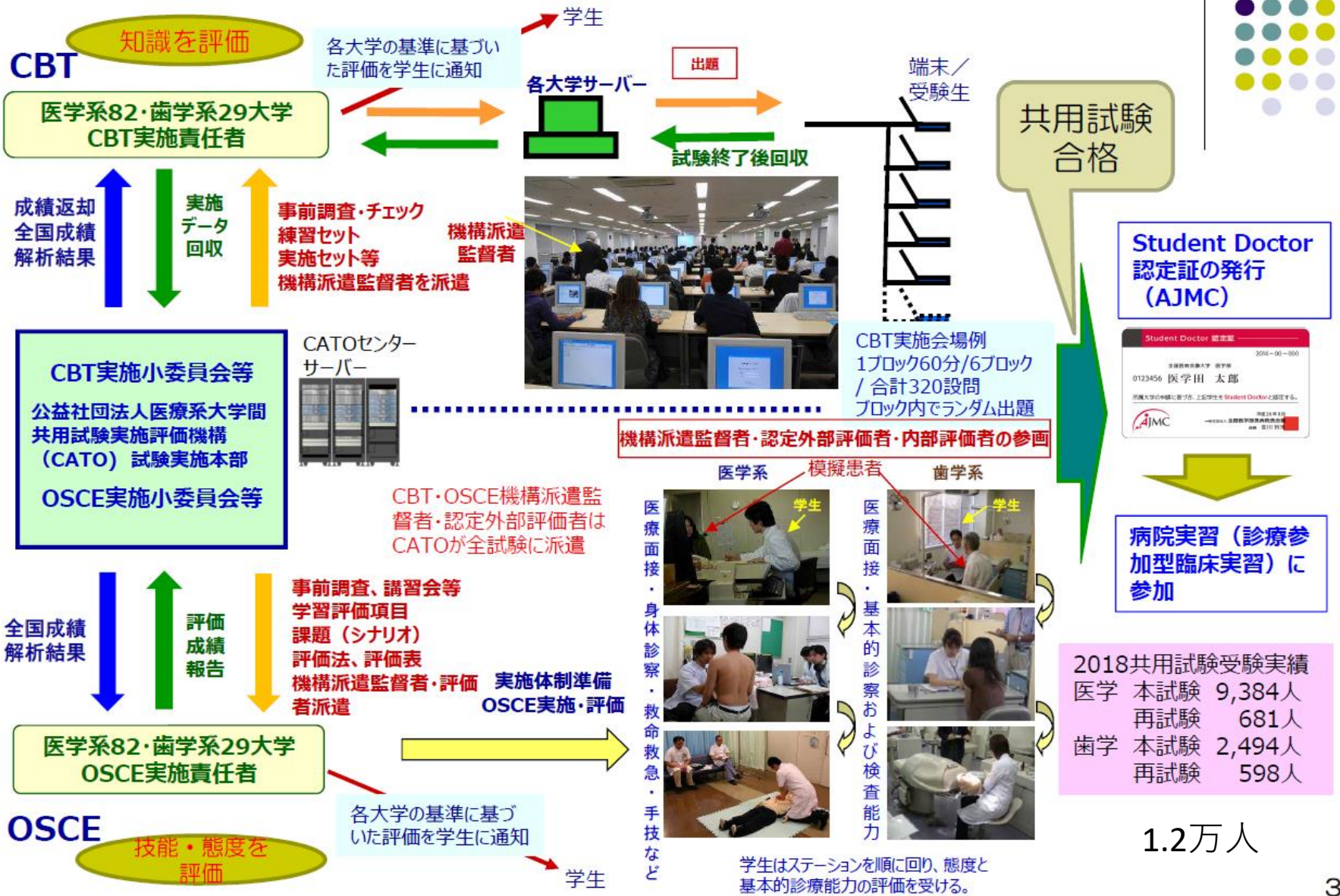


医療系大学共用試験

- 「共用試験実施機構」が2005年より実施
- 医学部4年生時に実施、不合格であれば5年生に進級できない。
- 医療系大学共用試験
 - CBT:Computer Based Testing（コンピュータ試験）
 - OSCE:Objective Structured Clinical Examination（客観的臨床能力試験）
- 合格すると臨床実習（診療参加型臨床実習）に参加できるスチューデントドクターになれる

共用試験実施の概要 (H17年12月から正式実施)

医道審議会 医師分科会
令和元年6月19日
CATO提出資料



1 医師国家試験の受験資格における共用試験合格の要件化

<背景>

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



<改正の内容>

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

共用試験を医師
国家試験受験資
格要件とする

2 医学生が臨床実習において行う医業の法的位置づけの明確化

<背景>

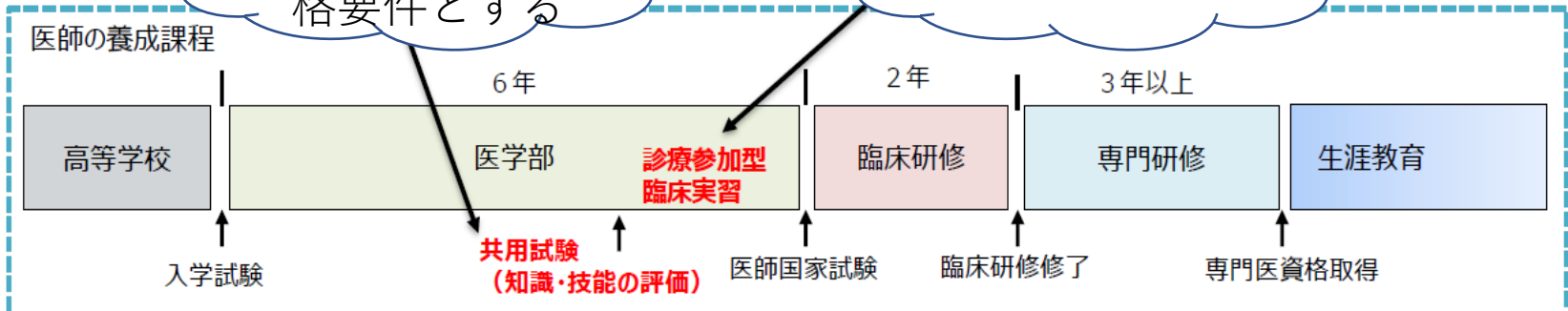
- 医師法第17条により医師でないものの医業は禁じられているところ、医師免許を持たない医学生が大学における臨床実習で行う医行為については、その目的・手段・方法が社会通念から見て相当であり、医師の医行為と同程度の安全性が確保される限度であれば基本的に違法性はないと考えられている。
- 一方で、大学が行う臨床実習については、診療参加型の実習が十分に定着しておらず、その要因として、医学生が臨床実習で行う医行為についての法的な担保がなされていないことが指摘されている。



<改正の内容>

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

共用試験合格者
に医業を認める



「スチューデントドクター」

診療参加型臨床実習を行う上で、医師を目指す医学生に、医師としての自覚、心構え、医療に携わる者としての責任感や使命感を再認識してもらうこと、患者さんや地域社会からも医学生であっても医療に関して一定レベルの知識と技量を有しているとの理解を図るため、学生の診療行為を病院が保証することを目的としてその称号を与られます。称号を与えられた学生は、医師と同様な態度・心構えで患者さんと接することが求められます！

認定証授与式のようす



スチューデントドクター宣誓式

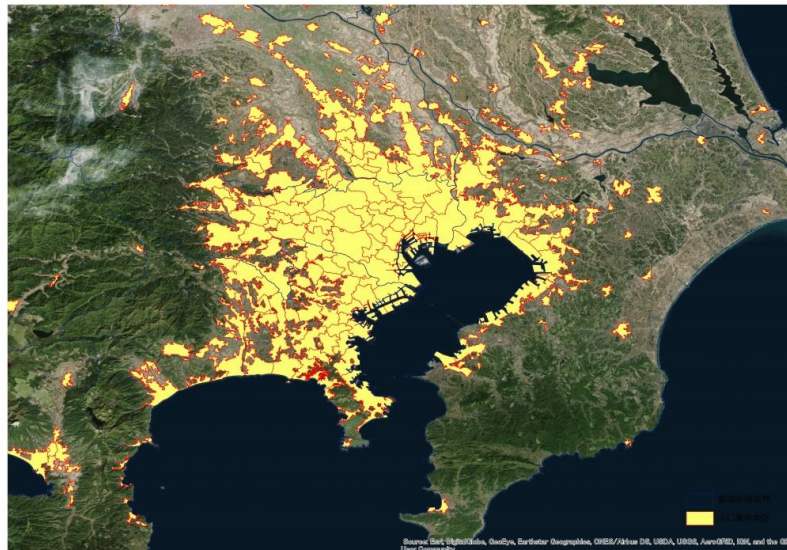


医学部4年次、5年次
あわせて
1.8万人のスチューデント
ドクターがいる

シチューデントドクターが できる医行為

- スチューデント・ドクターは臨床指導医の指導のもと、患者の同意を得て、以下の医行為の実施を臨床実習中できることになる。
- 必須項目
 - 静脈採血、胃管挿入、皮膚縫合、超音波検査、処方・点滴オーダー等
- 推奨項目
 - 分娩解除、小児からの採血、膿瘍切開、排膿、気管挿管等

三位一体改革 その3 医師偏在対策



医師も東京一極集中

A wide-angle photograph of a large conference room. Numerous people, mostly men in business suits, are seated around a long, dark wood conference table. The room has a high ceiling with several large, square recessed lights. The walls are wood-paneled. In the foreground, several people are seen from behind, looking towards the center of the room. The overall atmosphere is professional and formal.

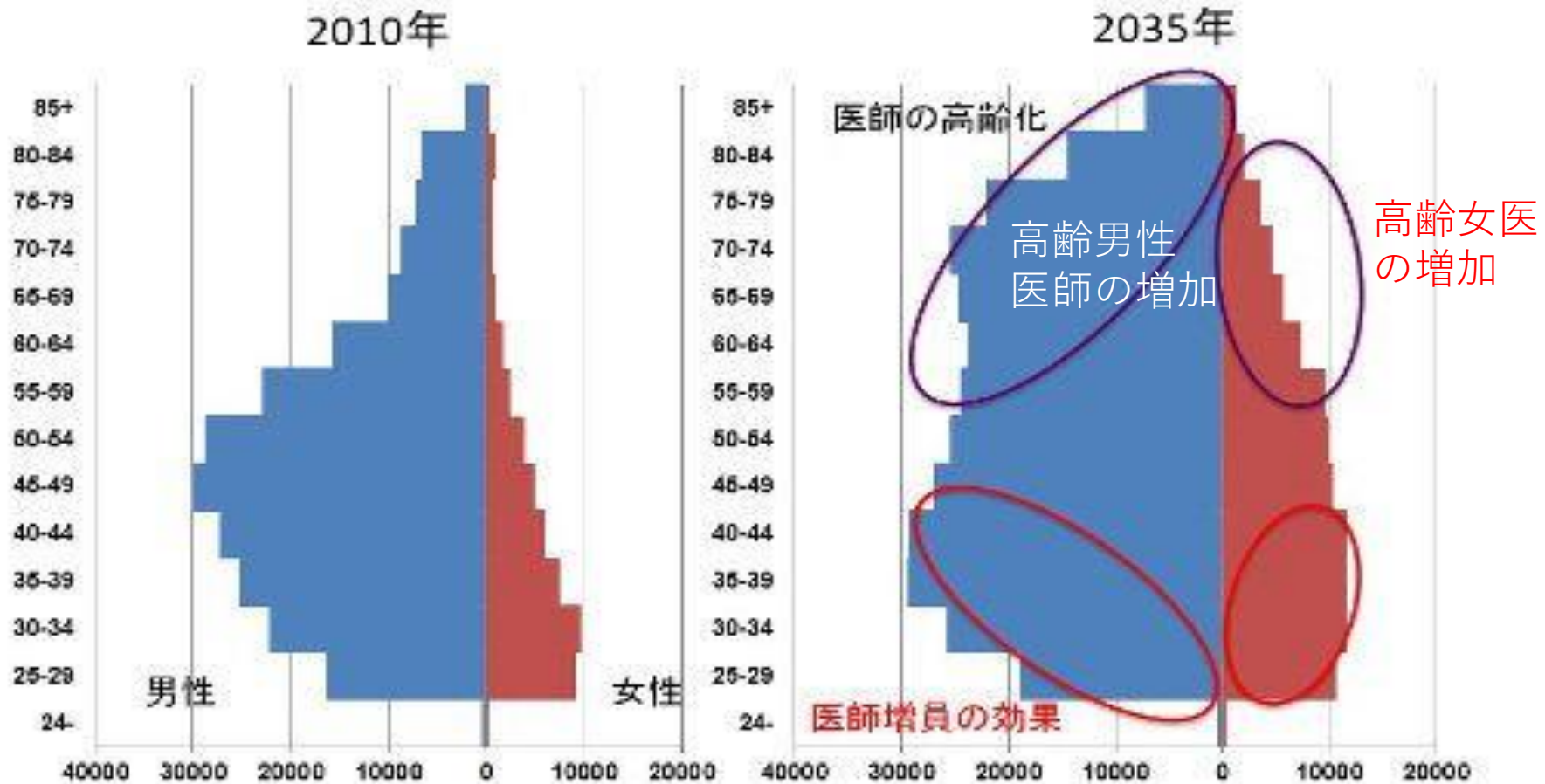
第28回 医療従事者の需給に関する検討会
医師需給分科会（2019年2月18日）

医師偏在指標

これまで長らく
「人口**10**万人対医師数」が指標として
用いられてきた

人口10万人対医師数における課題	医師偏在指標における対応
1-1. 人口構成(性・年齢構成)の違いを反映できていない	地域ごとの医療需要について、人口構成の違いを踏まえ、受療率を用いて性年齢調整を行ったものを用いてはどうか。
1-2. 患者の流出入等を反映できていない	昼間人口と夜間人口のそれぞれを用い、実態に応じた一定の重み付けを行ったものを用いてはどうか。 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととしてはどうか。
1-3. へき地等の地理的条件を反映できていない	法律上、医師確保対策の対象とされている「医師の確保を特に図るべき区域」に、医師少数区域以外の二次医療圏に存在する無医地区、準無医地区(へき地診療所設置済み地区を含む。)も一定の考え方の下、含めることを検討してはどうか
1-4. 医師の性別・年齢分布について反映できていない	医師の性・年齢階級別の平均労働時間で重み付けを行ったものを用いてはどうか。
1-5. 入院、外来などの機能ごとの偏在の状況、診療科別の医師の偏在の状況を反映できていない	入院外来別の医師偏在については、外来医療機能の不足・偏在等への対応について検討する際に併せて検討することとしてはどうか。 診療科別の医師偏在については、喫緊の対応として小児科と産科についての指標を暫定的に作成してはどうか。

医師が高齢化し、女性医師が増える



日本の総医師数は、2010年の27.1万人→2035年の39.7万人と46%増加する。
60歳以下の医師数は21.6万人から25.5万人の18%増加にとどまる
60歳以上の医師数は5.5万人(医師全体の20%)から14.1万人(同36%)へ増加

(参考) 現時点の医師偏在指標について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回 医師需給分科会(平成30年10月24日)
資料3-1(抜粋・一部改変)

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比} (\ast 1)}$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比} (\ast 1) = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率} (\ast 2)$$

$$\text{地域の期待受療率} (\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

注) 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。
へき地などの地理的条件については、「医師の確保を特に図るべき区域」として、一定の考え方の下で考慮することとする。

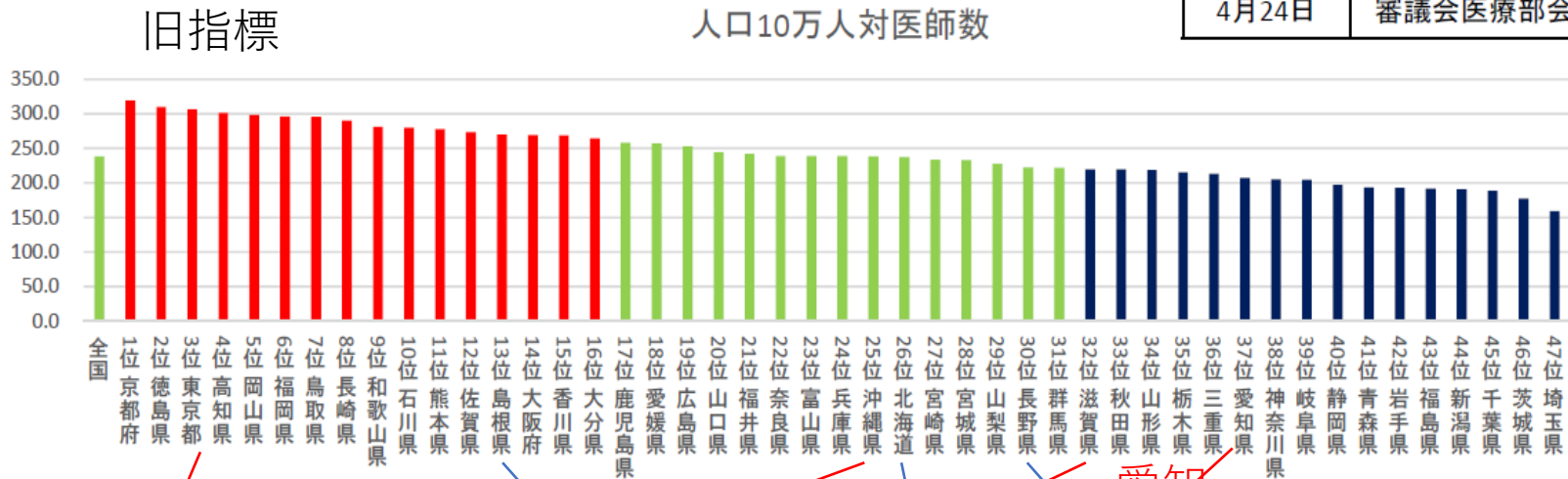
流出入を考慮した都道府県ごとの医師偏在指標

平成31年
4月24日

第66回社会保
険審議会医療部会

参考資料
1-3

人口10万人対医師数



東京

愛知

神奈川県

都道府県順
位が入れ替
わる

新指標

福岡

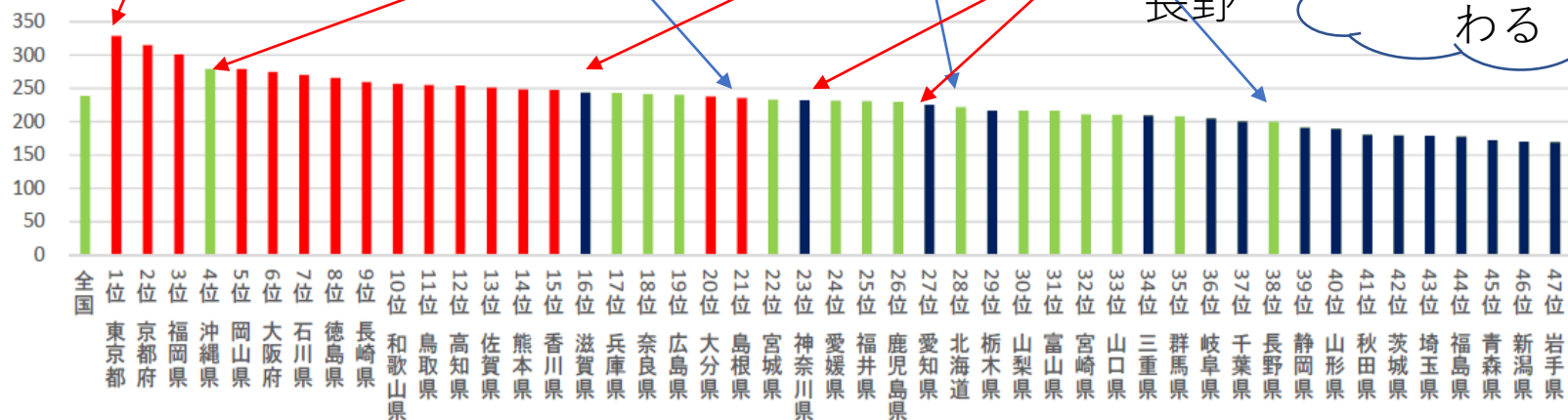
沖縄

島根

滋賀
医師偏在指標

北海道

長野



参照)

・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

・平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

・平成26年患者調査

・平成27年国勢調査

・「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)

●三次医療圏別医師偏在指標（暫定）（指標値降順）

・本資料における医師偏在指標は、患者の流入を反映した指標である。

	上位33.3%
	下位33.3%

都道府県コード	医療圏名	医師偏在指標	順位
	全国	238.3	
13	東京都	329.0	1
26	京都府	314.9	2
40	福岡県	300.5	3
47	沖縄県	279.3	4
33	岡山県	278.8	5
27	大阪府	274.4	6
17	石川県	270.4	7
36	徳島県	265.9	8
42	長崎県	259.4	9
30	和歌山県	257.2	10
31	鳥取県	255.0	11
39	高知県	254.3	12
41	佐賀県	251.3	13
43	熊本県	248.5	14
37	香川県	247.8	15
25	滋賀県	243.5	16
28	兵庫県	243.0	17
29	奈良県	241.1	18
34	広島県	240.4	19
44	大分県	238.0	20
32	島根県	235.9	21
04	宮城県	232.7	22
14	神奈川県	231.8	23

都道府県コード	医療圏名	医師偏在指標	順位
38	愛媛県	231.0	24
18	福井県	230.9	25
46	鹿児島県	229.8	26
23	愛知県	225.3	27
01	北海道	222.0	28
09	栃木県	216.7	29
19	山梨県	216.4	30
16	富山県	216.2	31
45	宮崎県	210.6	32
35	山口県	210.3	33
24	三重県	208.8	34
10	群馬県	208.2	35
21	岐阜県	204.7	36
12	千葉県	200.5	37
20	長野県	199.6	38
22	静岡県	191.1	39
06	山形県	189.4	40
05	秋田県	180.6	41
08	茨城県	179.3	42
11	埼玉県	178.7	43
07	福島県	177.4	44
02	青森県	172.1	45
15	新潟県	169.8	46
03	岩手県	169.3	47

二次医療圏別医師偏在指標

医師偏在指標（暫定） 二次医療圏

医療圏コード	都道府県名	医療圏名	医師偏在指標	順位
全国			238.3	
1301	東京都	区中央部	759.7	1
1304	東京都	区西部	508.0	2
4006	福岡県	久留米	453.3	3
0806	茨城県	つくば	442.9	4
2304	愛知県	尾張東部	431.3	5
1001	群馬県	前橋	425.4	6
3203	島根県	出雲	421.8	7
2501	滋賀県	大津	416.9	8
4001	福岡県	福岡・糸島	407.9	9
2604	京都府	京都・乙訓	399.6	10
0905	栃木県	県南	399.1	11
4312	熊本県	熊本・上益城	382.1	12
4601	鹿児島県	鹿児島	368.3	13
2701	大阪府	豊能	365.4	14
4101	佐賀県	中部	363.4	15
1702	石川県	石川中央	361.6	16
3001	和歌山県	和歌山	353.6	17
3103	鳥取県	西部	350.5	18
4201	長崎県	長崎	348.0	19
1303	東京都	区西南部	347.5	20
4703	沖縄県	南部	347.1	21
2007	長野県	松本	339.6	22
1311	東京都	北多摩南部	337.9	23
4501	宮崎県	宮崎東諸県	337.5	24
3505	山口県	宇部・小野田	337.2	25
3301	岡山県	県南東部	334.6	26
1302	東京都	区南部	334.4	27

上位33.3%
下位33.3%

1位東京都
区中央部
759.7

医療圏コード	都道府県名	医療圏名	医師偏在指標	順位
全国			238.3	
0803	茨城県	常陸太田・ひたち	96.4	315
1206	千葉県	山武長生夷隅	96.1	316
0508	秋田県	湯沢・雄勝	94.3	317
3202	島根県	雲南	94.0	318
3303	岡山県	高梁・新見	93.8	319
1704	石川県	能登北部	92.9	320
4306	熊本県	阿蘇	91.9	321
0121	北海道	根室	91.7	322
0706	福島県	相双	91.7	323
0102	北海道	南檜山	91.5	324
4611	鹿児島県	熊毛	90.6	325
2201	静岡県	賀茂	89.6	326
2311	愛知県	東三河北部	87.9	327
0808	茨城県	筑西・下妻	87.7	328
0804	茨城県	鹿行	86.9	329
0307	岩手県	宮古	86.8	330
4609	鹿児島県	曾於	81.7	331
1903	山梨県	峡南	81.5	332
0111	北海道	日高	80.4	333
0116	北海道	宗谷	79.0	334
0502	秋田県	北秋田	69.6	335

上位33.3%
下位33.3%

区中央部と北秋田で
10倍の格差！

第335位
秋田県
北秋田
69.6

医師養成と 医師偏在対策

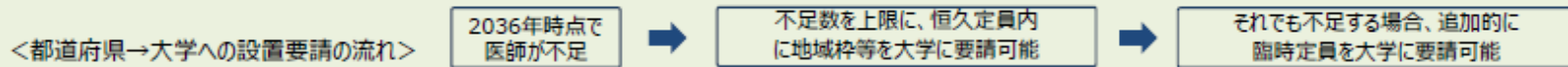
医師養成課程を通じた医師偏在対策

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

大学医学部 - 地域枠の設置 (地域・診療科偏在対策)

医師需給分科会

- 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される (一部例外あり)
- 将来的に医師供給量過剰とならないように、令和4年 (2022年) からの地域枠に係る医学部定員の設定・奨学金貸与について検討中

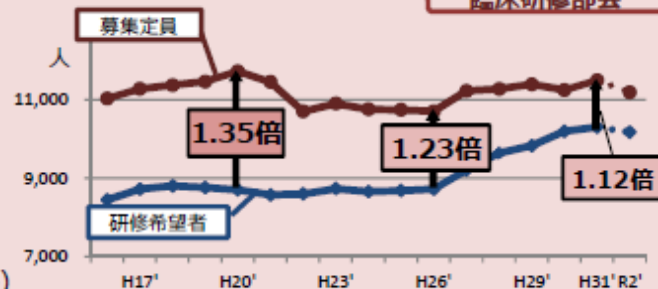


臨床研修 - 臨床研修制度における地域偏在対策

臨床研修部会

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

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

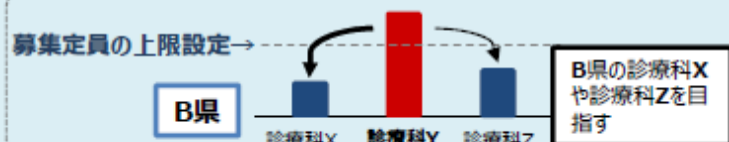
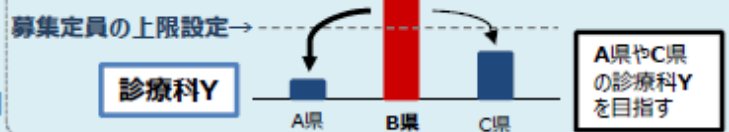


専門研修 - 専門医制度における地域・診療科偏在対策

専門研修部会

- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別採用上限数を設定 (シーリング)
- ※5大都市を対象としたシーリング→厚生労働省が算出した都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更されている (2020年度研修～)

- 医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施
- 2021年度に向けては、日本専門医機構において各学会・自治体を交え検討中



医師養成課程

入学時点

臨床研修

専門研修

外来医師の偏在対策

Ⅱ 外来医師偏在指標の算出式

- 外来医療については、診療所の担う役割が大きいため、診療所医師数を、新たな医師偏在指標と同様に性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分し、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性・年齢階級による外来受療率の違いを調整する。

標準化診療所医師数

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比}^{(\ast 1)} \right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合}^{(\ast 3)}}$$

$$\cdot \text{標準化診療所医師数} = \sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全診療所医師の平均労働時間}}$$

$$\cdot \text{地域の標準化外来受療率比}^{(\ast 1)} = \frac{\text{地域の期待外来受療率}^{(\ast 2)}}{\text{全国の期待外来受療率}}$$

$$\cdot \text{地域の期待外来受療率}^{(\ast 2)} = \frac{\sum (\text{全国の性・年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性・年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$\cdot \text{地域の診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所と病院の外来延べ患者数}}$$

(出典) 性年齢階級別医師数：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査

平均労働時間：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）

外来受療率：第3回NDBオープンデータ（平成28年度診療分）、人口推計（平成28年10月1日現在）

性年齢階級別受療率：平成26年患者調査 及び 平成27年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

人口：平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

外来延べ患者数：平成26年度医療施設静態調査※患者流出は、流出発生後のデータ（診療行為発生地ベース）を分母で用いることにより、加味している（平成26年患者調査より）

外来医師偏在指標（数値は精査中）

平成31年2月18日

（指標値で降べき）

都道府県	医療圏コード	医療圏名	指標値	順位
全国	00	全国	105.8	
東京都	1301	区中央部	192.3	1
東京都	1304	区西部	181.2	2
東京都	1303	区西南部	164.9	3
和歌山県	3001	和歌山	164.0	4
長崎県	4201	長崎	154.7	5
京都府	2604	京都・乙訓	153.1	6
福岡県	4006	久留米	147.3	7
鳥取県	3103	西部	145.1	8
群馬県	1001	前橋	145.0	9
福岡県	4001	福岡・糸島	144.0	10
奈良県	2901	奈良	143.5	11
徳島県	3601	東部	143.3	12
愛媛県	3804	松山	140.0	13
香川県	3706	東部	138.3	14
大分県	4401	東部	138.3	15
岡山県	3301	県南東部	137.4	16

1位

335位

秋田県	0501	大館・鹿角	64.7	315
岩手県	0308	久慈	64.5	316
岩手県	0305	気仙	64.4	317
青森県	0206	下北地域	63.9	318
岩手県	0309	二戸	63.5	319
秋田県	0502	北秋田	63.5	320
北海道	0102	南檜山	63.4	321
北海道	0116	宗谷	62.2	322
北海道	0114	富良野	62.0	323
茨城県	0803	常陸太田・ひたちなか	61.3	324
新潟県	1505	魚沼	61.2	325
愛知県	2302	海部	61.0	326
鹿児島県	4609	曾於	60.2	327
茨城県	0804	鹿行	60.2	328
北海道	0121	根室	60.1	329
千葉県	1209	市原	59.9	330
青森県	0204	西北五地域	57.7	331
神奈川県	1408	湘南西部	56.1	332
岩手県	0307	宮古	54.6	333
香川県	3702	小豆	48.4	334
福島県	0706	相双	48.1	335

96

外来医療計画ともあわせて
外来医師の偏在是正を行う

三次医療圏の医師の多寡の状況による医師の確保の方針の違い（案）

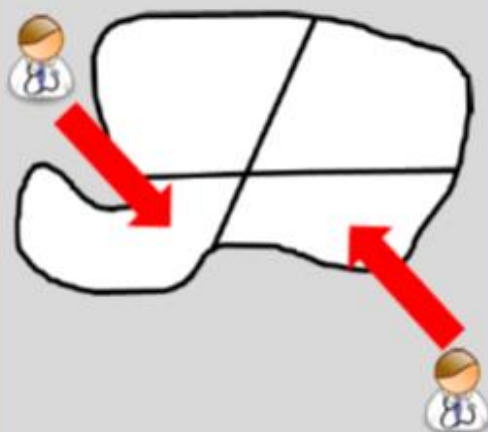
- 医師**少数**三次医療圏 : 他の医師多数三次医療圏からの医師の確保ができることとしてはどうか。
- 医師**中程度**三次医療圏 : 医師少数区域（二次医療圏）が存在する場合には、**必要に応じて**、他の医師多数三次医療圏からの医師の確保ができることとしてはどうか。
- 医師**多数**三次医療圏 : **他の三次医療圏からの医師の確保を行わない**こととしてはどうか。

医師**少数**三次医療圏
A県

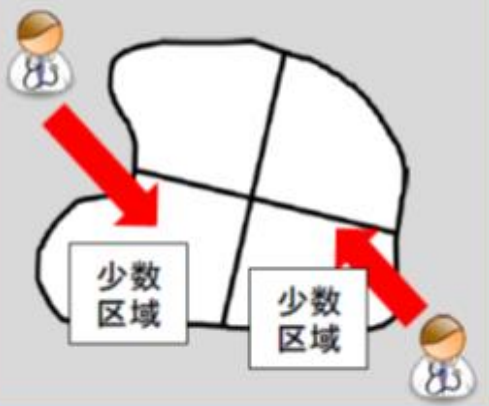
医師**中程度**三次医療圏
B県

医師**多数**三次医療圏
C県

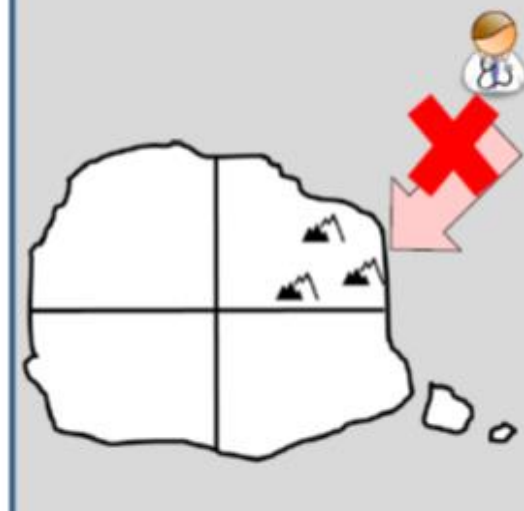
他の医師多数三次医療圏からの医師の確保を行うこととしてはどうか。



必要に応じて、医師少数区域に対しては他の医師多数三次医療圏からの医師の確保ができることとしてはどうか。



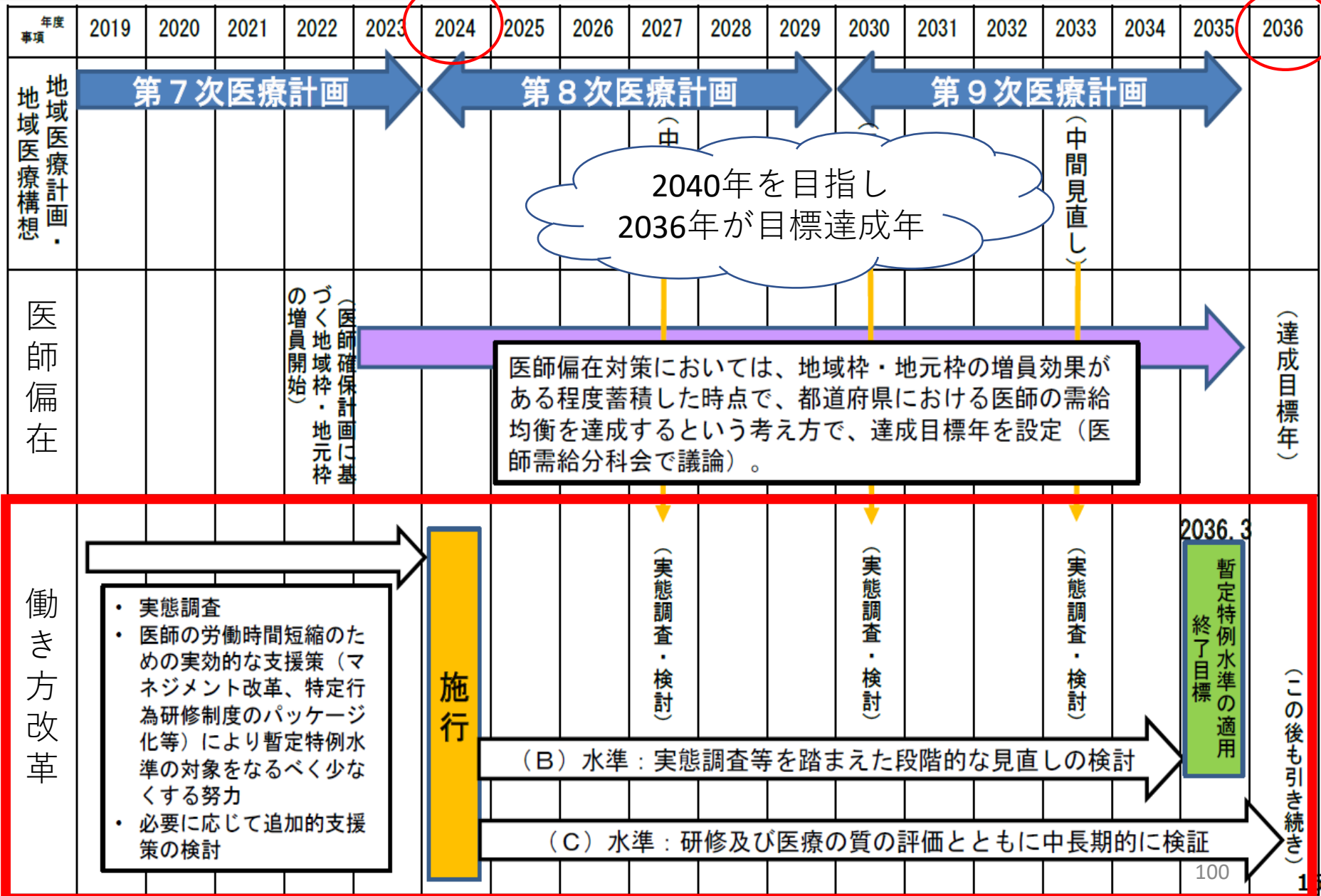
他の三次医療圏からの医師の確保を行わないこととしてはどうか。



三位一体改革の工程表

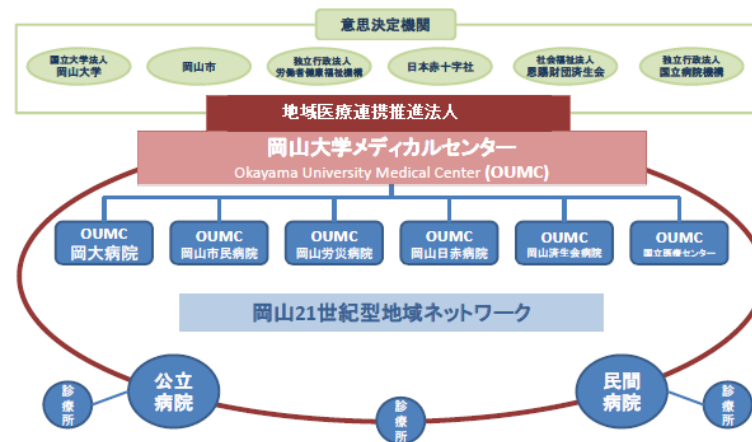
- ①地域医療構想（医療計画）
- ②医師偏在対策（医師確保計画）
- ③働き方改革

三位一体改革の工程表

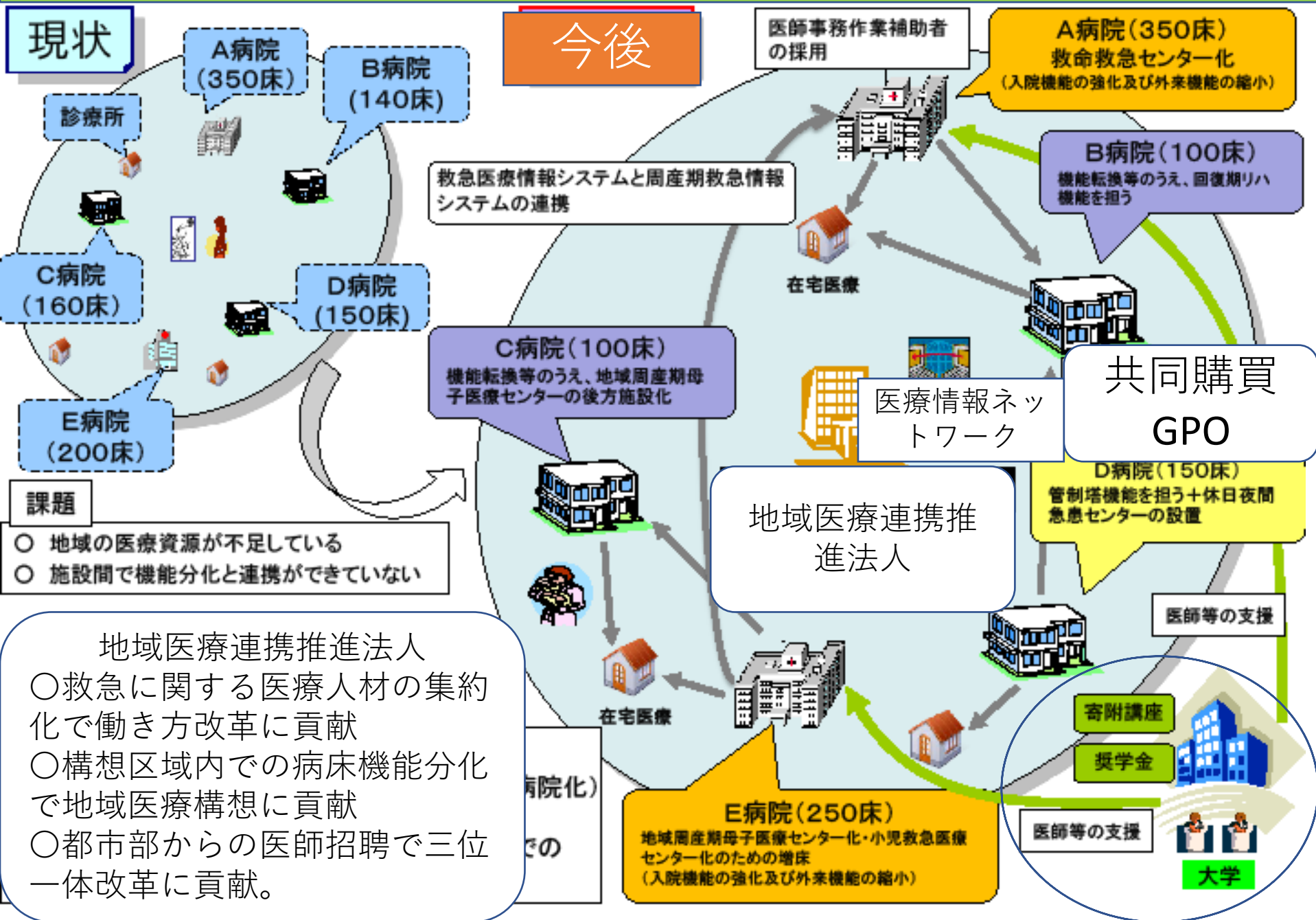


パート3

三位一体改革と 地域医療連携推進法人



三位一体改革の切り札 地域医療連携推進法人



地域医療連携推進法人

- 救急に関する医療人材の集約化で働き方改革に貢献
- 構想区域内での病床機能分化で地域医療構想に貢献
- 都市部からの医師招聘で三位一体改革に貢献。

地域医療連携推進法人



都道府県	地域医療連携推進法人名	認定年月日
北海道	南檜山メディカルネットワーク	2020年9月1日
	上川北部医療連携推進機構	2020年9月1日
青森県	上十三まるごとネット	2021年3月29日
山形県	日本海ヘルスケアネット	2018年4月1日
福島県	医療戦略研究所	2018年4月1日
	ふくしま浜通り・メディカル・アソシエーション	2019年10月1日
茨城県	桃の花メディカルネットワーク	2019年11月29日
栃木県	日光ヘルスケアネット	2019年4月1日
千葉県	房総メディカルアライアンス	2018年12月1日
神奈川県	さがみメディカルパートナーズ	2019年4月1日
岐阜県	県北西部地域医療ネット	2020年4月1日
静岡県	ふじのくに社会健康医療連合	2021年4月7日
愛知県	尾三会	2017年4月2日

都道府県	地域医療連携推進法人名	認定年月日
滋賀県	滋賀高島	2019年4月1日
	湖南メディカル・コンソーシアム	2020年4月1日
大阪府	北河内メディカルネットワーク	2019年6月12日
	弘道会ヘルスネットワーク	2019年6月12日
兵庫県	はりま姫路総合医療センター整備推進機構	2017年4月3日
	川西・猪名川地域ヘルスケアネットワーク	2021年4月1日
岡山県	岡山救急メディカルネットワーク	2021年3月30日
島根県	江津メディカルネットワーク	2019年6月1日
広島県	備北メディカルネットワーク	2017年4月2日
高知県	清水令和会	2020年3月31日
	高知メディカルアライアンス	2020年12月28日
佐賀県	佐賀東部メディカルアライアンス	2021年1月29日
鹿児島県	アンマ	2017年4月2日

国民の医療介護ニーズに適合した 提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を

社会保障制度改革国民会議

2013年4月19日

慶應義塾大学商学部 権丈善一



解決の方向性は

- 過当競争から病院経営を救う道は
- 非営利を厳正化して地域独占を許容
 - 高度急性期医療は、大学病院、国立病院、公的病院（日赤・済生会・共済・厚生連等）及び自治体病院が担っている場合が多い。これらの運営主体がそれぞれに独立したままで機能分担しようとしても、経営上の利害がぶつかるためうまくいかない。
 - このため、地域の中で、複数の病院がグループ化し、**病床や診療科の設定、医療機器の設置、人事、医療事務、仕入れ等を統合して行うことができる環境を作る。**

医療法人の事業展開等に関する検討会



2013年12月

非営利ホールディングカンパニー型法人制度（イメージ）

制度の目的等

- 複数の医療法人及び社会福祉法人等を束ねて一体的に経営することを法制上可能とする非営利ホールディングカンパニー型法人（仮称）を創設（本年末までに検討を進め、その後速やかに制度的措置を講じる）。
- 産業競争力会議では、その意義として、病床の機能分化や医療・介護等の連携が容易になり、高齢者が必要とするサービスを切れ目なく体系的に提供できるようになることや、病床や診療科の設定、高額医療機器の導入等を統合して行える他、資金調達の一括化による調達コスト抑制など、経営の効率化が可能となることを挙げている。

検討の方向性

- 非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等において、以下の3点を共有等できる仕組みとする方向で検討。（今後、本検討会において具体的に検討）

① 理念を共有すること

- 非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等が協力して、社会に対してどのような貢献をしていくのかを明確化した「理念」を策定する。

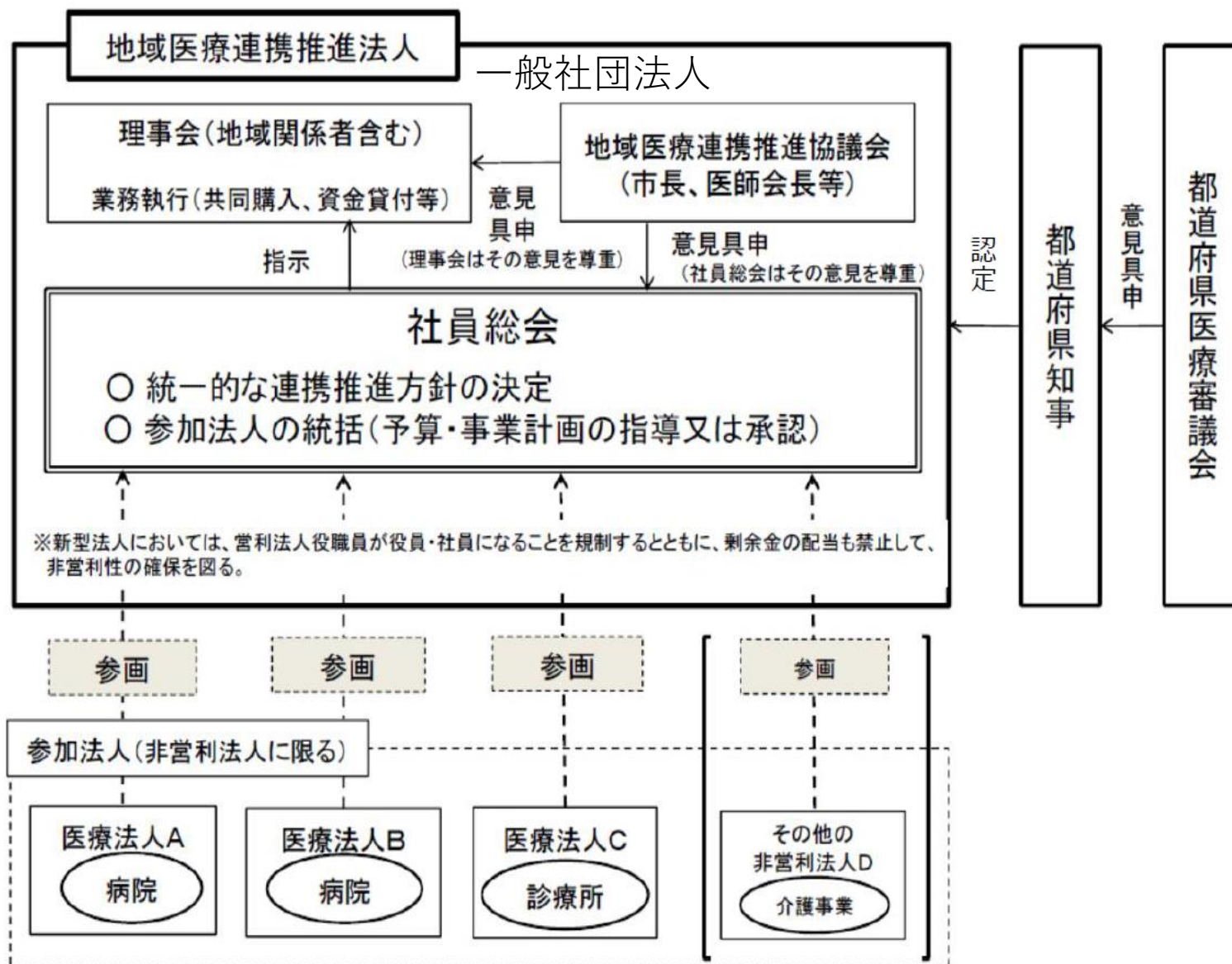
② この理念を実現するために行われる、意思決定を共有すること

- 上記の理念を実現するため、非営利ホールディングカンパニー型法人が行う個々の意思決定に従って、参加する医療法人等が法人運営を行うよう、必要なガバナンスの仕組みを設ける。
→医療法人等の社員総会又は評議員会の過半数を、非営利ホールディングカンパニー型法人やその理事又は社員が占める。

③ この理念等を実現するため、ヒト・カネ・モノを有効に活用すること

- 上記の理念や意思決定を実現するため、参加する医療法人等のヒト・カネ・モノを有効に活用する。
→個人に配当しない非営利法人の間で資金の融通ができるようにする。
→非営利ホールディングカンパニー型法人が株式会社（介護事業等）に出資できるようにする。

参考)地域医療連携推進法人の仕組み



地域医療連携推進法人 日本海ヘルスケアネット 2018年1月



山形県庄内地方の地域医療連携 推進法人構想（イメージ）

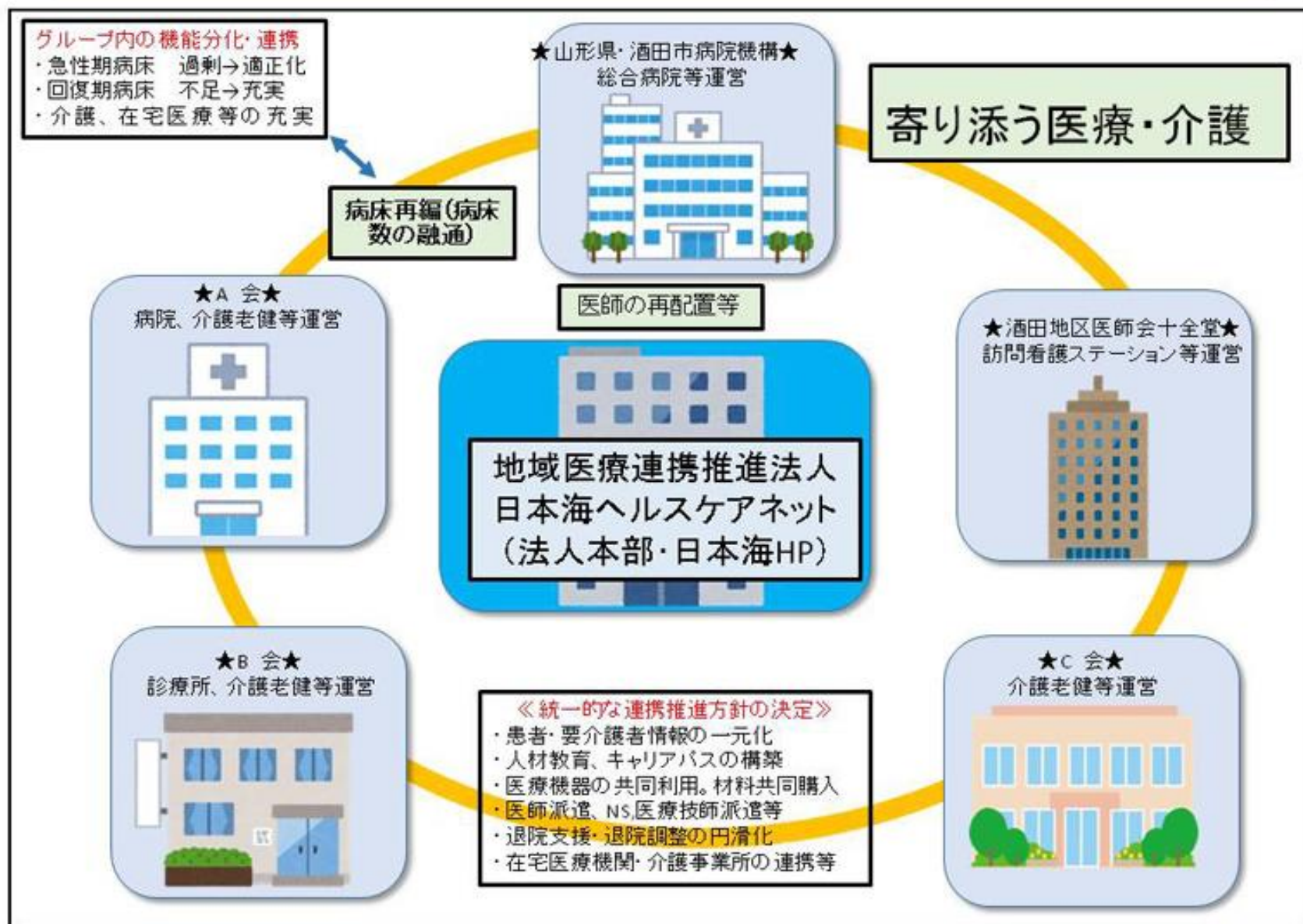
日本海ヘルスケアネットワーク

- 人工透析の検査は
日本海総合病院に一本化
- 医師の派遣
- 薬や資材の共同購入
- 老人保健施設の空き情報の共有 など



		病床数等		診療科	職員数	備考
1	地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構					
	日本海総合病院	計	646	27診療科	計 942	救命救急センター PET-CT・ヘリポート・LDR
	酒田医療センター	療養 回復期	35 79	内科、リハビリテーション科	計 107	回復期リハ デイケア
2	医療法人健友会	一般 地域包括ケア 療養 老健施設	80 24 50 100	内科、外科、整形外科、 泌尿器科	計 428	介護老健 訪問看護ステーション 地域包括支援センター 有料老人ホーム
3	医療法人宏友会	診療所 老健施設	6 100	外科、胃腸科、肛門科など	計 160	介護老健 在宅介護支援センター 地域包括支援センター 訪問看護ステーション
4	社会福祉法人光風会	老健施設	100		計 320	介護老健 地域包括支援センター 特別養護老人ホーム
5	一般社団法人酒田地区医師会	会員数	203		計 16	訪問看護ステーション、 スワン
※他、薬剤師会、歯科医師会などが オブザーバー参加			1,170床		総計1,973人	

連携法人日本海ヘルスケアネット(仮称)設立イメージ



ちょうかいネット



共有する診療情報	
診療録	
お薬の処方	
血液検査結果	
レントゲン、CT等の画像情報	
レポート	など



患者さんが指定した
医療施設でのみ
診療情報を
共有します。

※診療情報開示病院（平成23年1月現在）
日本海総合病院
健友会 本宮病院

診療情報開示病院

訪問看護
ステーション

酒田 医療情報ネットワーク協議会

ちょうかいネット

データセンター・認証局

介護施設

情報開示病院が公開した診療情報は、情報の安全性を確保するための暗号化され、個人情報が漏れることはありません。



診療所

薬局



歯科診療所



お問い合わせは



日光ヘルスケアネット
2019年4月

栃木県日光市に日光ヘルスケアネット 地域医療連携法人 2019年4月設立へ

- 日光市と同市内の医療機関が連携し、安定した医療体制の確保を
目指す「地域医療連携推進法人」に、ついで市は4月12日、市内
の11団体（富田富一）が3月末までに地域医療連携を
くみり、4月1日設立する。全国では7
とあり、本県では初めての設立になる。
- 同市議会議員全員協議会で明らかにした。2018年1月以降、日
光市内の7医療法人（8病院）は県が行う「日光地域の医療連携
に関する勉強会」に参加してきた。今月の勉強会で、さらに3診
療所が最終的な参加の意思を示した。
- 同市を加えた11団体が3月末までに一般社団法人を設立し、関
その法人が知事に認定を申請する。市は設立後も市内の医療機
に参加を呼び掛ける。
- 下野新聞 2019年2月13日
-

勉強会開催状況

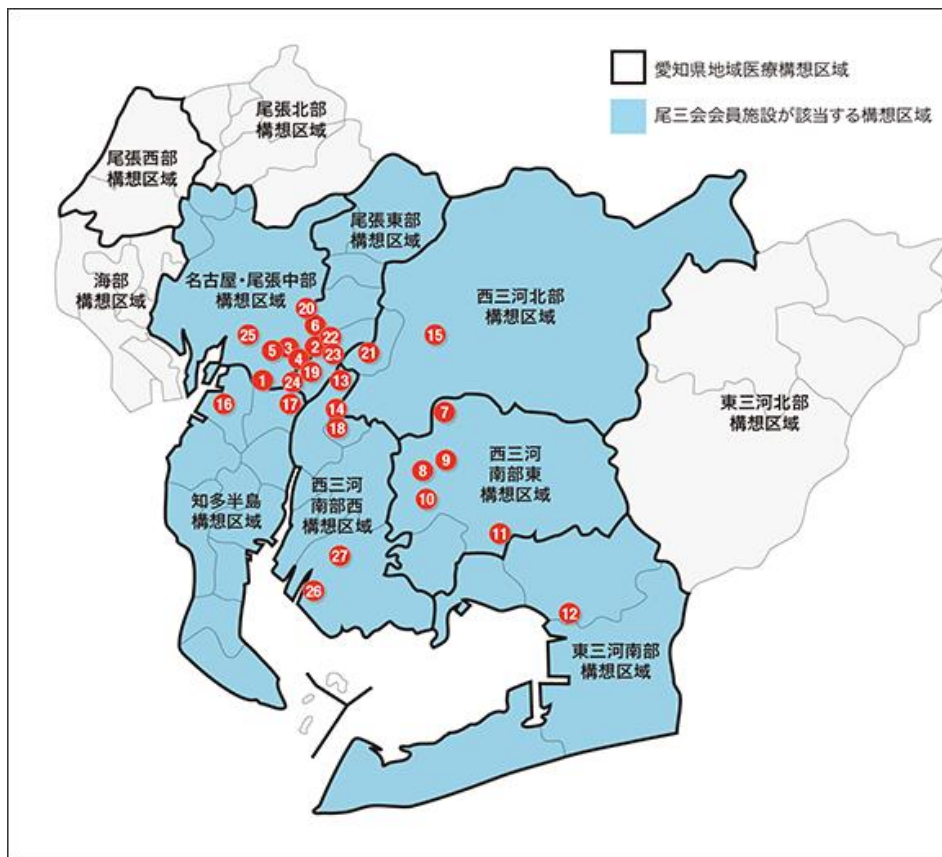
(参加メンバー) 足尾双愛病院、今市病院、川上病院、獨協日光医療センター、日光市民病院、日光野口病院、森病院、
上都賀郡市医師会、日光市、県 (オブザーバー) 県医師会、野村HSA

- 第1回(1月25日) 地域医療連携推進法人に関する勉強会
【野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー社による講演】
- 第2回(3月7日) 日光市における診療科・疾病ごとの受療状況について(県説明)
日光地域の医療連携体制及び各病院の機能に関する意向調査依頼
- 第3回(5月1日) 意向調査の回答内容の発表
- 第4回(6月11日) 意見交換
・日光地域にあると良いと考える診療科
・医療機能の分担について ・地域の人材確保について 等
地域医療連携推進法人に関する意向調査の依頼
- 第5回(7月9日) 地域医療連携推進法人に関する意向調査結果の説明
意見交換(地域医療連携推進法人モデルの説明)

(参考)病院位置図



尾三会 地域連携推進法人



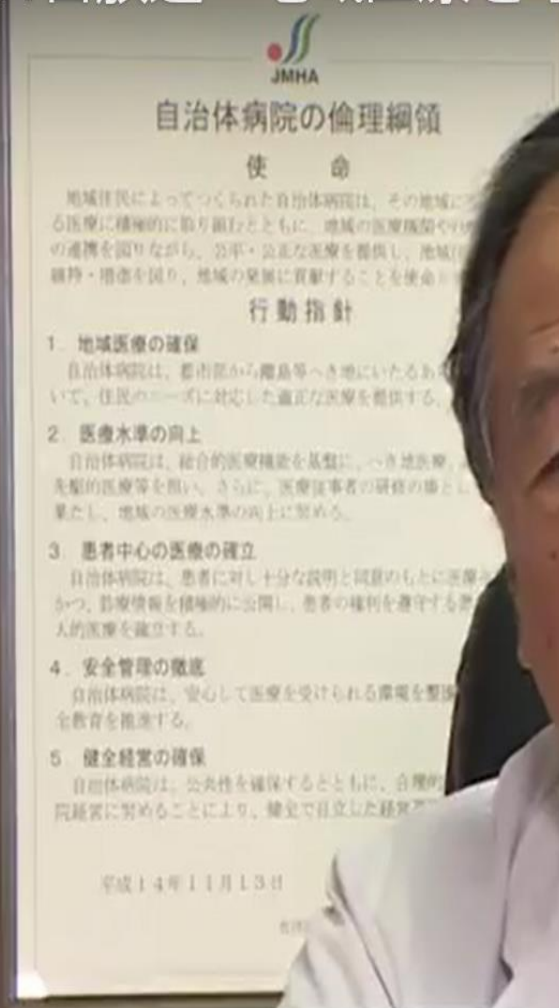
N0.	施設名	所在地
1	南医療生活協同組合 総合病院南生協病院	名古屋市緑区
2	医療法人清水会 相生山病院	名古屋市緑区
3	医療法人なるみ会 第一なるみ病院	名古屋市緑区
4	医療法人コジマ会 ジャパン藤脳クリニック	名古屋市緑区
5	医療法人 みどり訪問クリニック	名古屋市緑区
6	医療法人並木会 並木病院	名古屋市天白区
7	医療法人愛整会 北斗病院	岡崎市
8	医療法人鉄友会 宇野病院	岡崎市
9	医療法人十全会 三嶋内科病院	岡崎市
10	医療法人葵 葵セントラル病院	岡崎市
11	雷田病院	岡崎市
12	医療法人宝美会 総合青山病院	豊川市
13	医療法人明和会 辻村外科病院	刈谷市
14	医療法人社団同仁会 一里山・今井病院	刈谷市
15	公益財団法人 豊田地域医療センター	豊田市
16	医療法人贈恩会 小嶋病院	東海市
17	医療法人利靖会 前原整形外科リハビリテーションクリニック	大府市
18	医療法人 秋田病院	知立市
19	学校法人藤田学園 藤田保健衛生大学病院	豊明市
20	社会福祉法人あかい寿老会 特別養護老人ホーム 寿老苑	日進市
21	たきざわ胃腸科外科	みよし市
22	医療法人名翔会 老人保健施設 和合の里	愛知郡東郷町
23	社会福祉法人東郷福祉会 特別養護老人ホーム イースト・ヴィレッジ	愛知郡東郷町
24	社会福祉法人福田会 特別養護老人ホーム 豊明苑	豊明市
25	医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院	名古屋市南区
26	医療法人社団福祉会 高須病院	西尾市
27	医療法人秀麗会 山尾病院	西尾市

電子カルテ共同利用、給食セントラル化

- 電子カルテ等システムの共同利用
 - 高度急性期医療から在宅医療までの一連の流れの中で効率的に患者情報を電子的に共有し利用するため、高度急性期医療を担う藤田医科大学病院の電子カルテシステムを他参加法人へ拡張する方法等について検討する。
 - 画像データ（CTやMRI）の情報共有化を実施する。
- 病院給食、介護・福祉給食サービスの共同化
 - 藤田医科大学病院が実施している適時適温の食事提供システムを、参加法人施設で共同実施することを目指し、実現の可能性調査を実施し検討する。



備北メディカルネットワーク
設立の動機



自治体病院の倫理綱領

使命

地域住民によってつくられた自治体病院は、その地域における医療に積極的に参画するとともに、地域の医療機関や保健の連携を図りながら、公平・公正な医療を提供し、地域医療の維持・増進を図り、地域の発展に貢献することを使命とする。

行動指針

- 1. 地域医療の確保**
自治体病院は、都市部から離島等へき地にかけての地域において、住民のニーズに対応した適正な医療を提供する。
- 2. 医療水準の向上**
自治体病院は、総合的医療機能を基盤に、へき地医療、先進的医療等を担い、さらに、医療従事者の研修の場と結果とし、地域の医療水準の向上に努める。
- 3. 患者中心の医療の確立**
自治体病院は、患者に対し十分な説明と同意のもとに医療を行う。診療情報を積極的に公開し、患者の権利を遵守する患者中心の医療を確立する。
- 4. 安全管理の徹底**
自治体病院は、安心して医療を受けられる環境を整備し、安全教育を推進する。
- 5. 健全経営の確保**
自治体病院は、公共性を確保するとともに、合理的な経営に努めることにより、健全で自立した経営を確保する。

平成14年11月13日

広島県の中山間地域の医師不足解消が法人設立の動機

地域医療連携推進法人 備北メディカルネットワーク
代表理事 中西 敏夫

市立三次中央病院 院長

● 備北メディカルネットワーク
設立の動機



備北メディカルネットワーク

地域医療連携推進法人

従来

市立三次中央病院
(三次市)

三次地区医療センター
(三次地区医師会)

庄原市立西城市民病院
(庄原市)

庄原赤十字病院
(日本赤十字社)

備北メディカルネットワーク

市立三次中央病院
(三次市)

三次地区医療センター
(三次地区医師会)

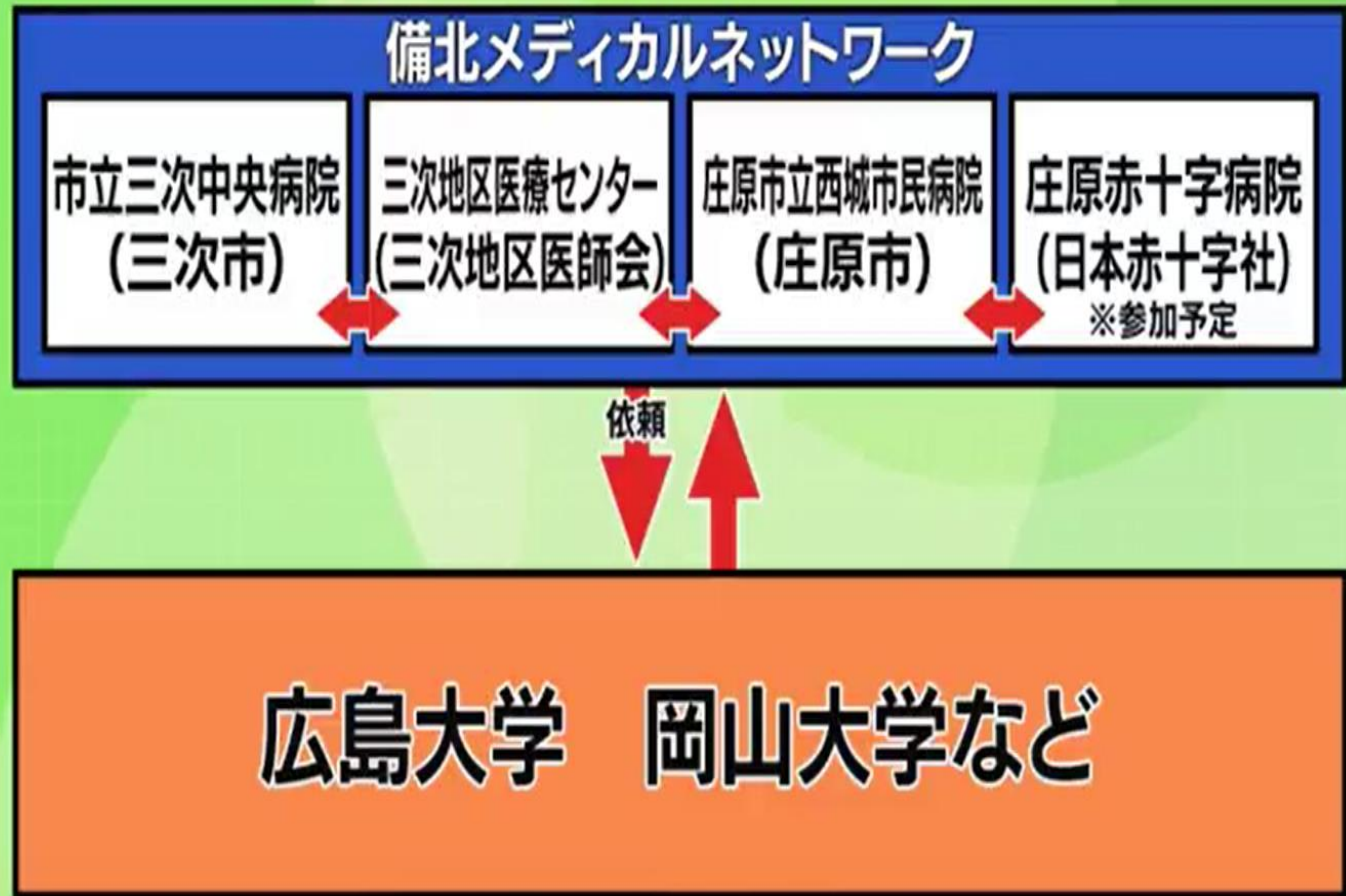
庄原市立西城市民病院
(庄原市)

庄原赤十字病院
(日本赤十字社)

合計
855床

医療機関の機能分化・連携を推進し安定的に医療提供体制を継続

これからの医師確保の形態(配置調整)



備北メディカルネットワーク
設立の動機

医療機関の経営の効率化

備北メディカルネットワーク

市立三次中央病院
350床

三次地区医療センター
150床

庄原市立西城市民病院
54床

庄原赤十字病院
301床

合計855床



共同購入(共同交渉)

医療機器・材料・医薬品など

房総メディカルアライアンス 千葉県（2018年12月1日）

亀田信介理事長



房総メディカルアライアンス

- 代表理事、太陽会亀田信介理事長
 - 社会福祉法人の太陽会が運営する安房地域医療センター（149床、館山市）
 - 南房総市立富山国保病院（50床、南房総市）
- 2020年3月、富山国保病院に24床のコロナ専門病床を設置した。
 - 同病院の24床を充て、医師3人、看護師24人を配置
 - 富山国保病院の受け入れる患者は軽症者または無症状の回復期にあるコロナ患者
 - 新型コロナ患者の受け入れにあたっては院内感染を防ぐため、富山国保病院の22人の入院患者については一時的に転院させた。
- 地域医療連携推進法人として初のコロナ病床設置となった

地域医療連携推進法人は 結婚以下、同棲以上



結婚にはお金がかかる



地域医療
連携推進
法人



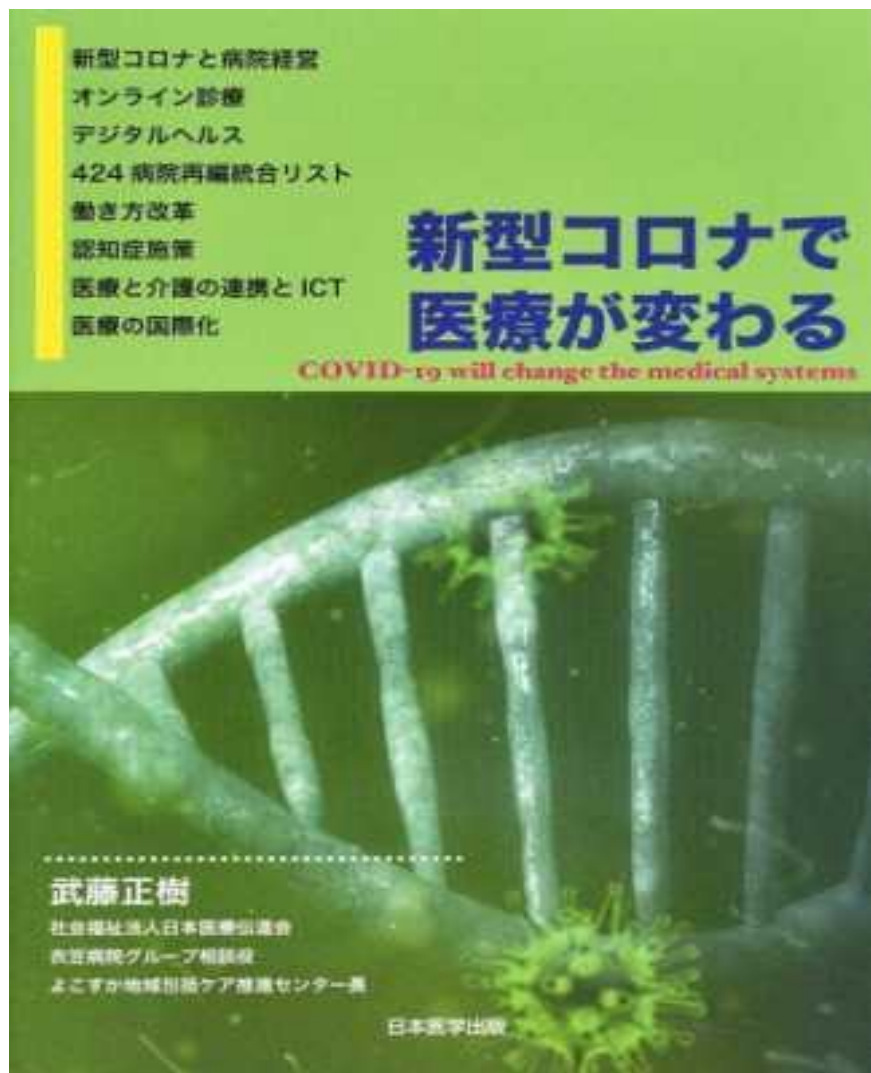
同棲だとすぐ別れる

2040年
地方は地域連携推進法人
だらけ・・・

今日のまとめ

- ・ 新型コロナで医療機関は戦後最大の危機
- ・ 新型コロナで医療提供体制が変わる
- ・ 医療計画に新興・再興感染症が加わる
- ・ 地域医療構想の在り方も変わる
- ・ 外来機能分化にも着目
- ・ 地域連携推進法人が三位一体改革の解決策

新型コロナで医療が変わる



- 新型コロナと病院経営危機
- オンライン診療
- デジタルヘルス
- 424病院再編統合リスト
- 働き方改革
- 認知症施策
- 医療と介護の連携とICT
- 医療の国際化

日本医学出版より
8月発刊！

ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp