

令和4年度 第1回横浜地域地域医療構想調整会議 議事次第

日時：令和4年8月9日（火）

19時00分～20時30分

会場：横浜市医師会会議室

（ウェブとの併用：ハイブリッド方式）

1 開会

2 協議

- (1) 令和4年度保健医療計画推進会議及び地域医療構想調整会議の運営について【資料1】
- (2) 医療機能等の転換について【資料2】
- (3) 病床整備について
 - ア 令和4年度病床整備事前協議について【資料3】
 - イ 令和4年度横浜市の病床整備の考え方について【資料4-1、4-2】

3 報告

- (1) 令和3年度第3回地域医療構想調整会議結果概要について【資料5】
- (2) 地域医療介護総合確保基金（医療分）について【資料6】
- (3) 令和3年度病床機能報告結果（速報値）について【資料7】
- (4) 外来機能報告制度について【資料8】
- (5) 地域医療構想をめぐる国の検討状況等について【資料9】

4 その他

5 閉会

【参考資料】

- 参考資料1 地域医療介護総合確保基金（医療分）の標準事業例
- 参考資料2 神奈川県計画に位置付けた事業一覧（平成26～令和2年度）
- 参考資料3 令和3年度病床機能報告結果（速報値）
- 参考資料4 外来機能報告等に関するガイドライン
- 参考資料5 横浜地域地域医療構想調整会議設置要綱
- 参考資料6 地域医療関係データ集

横浜地域地域医療構想調整会議 委員一覧

氏名	所属
みずの 水野 恭一	横浜市医師会 会長
わかくり 若栗 なおこ 直子	横浜市医師会 副会長
わたなべ 渡辺 とよひこ 豊彦	横浜市医師会 副会長
とつか 戸塚 たけかず 武和	横浜市医師会 副会長
よしだ 吉田 なおと 直人	横浜市歯科医師会 会長
さかもと 坂本 さとる 悟	横浜市薬剤師会 会長
かわかみ 川上 じゅんこ 純子	神奈川県看護協会 横浜西支部担当理事
まつい 松井 じゅうにん 住 仁	横浜市病院協会 会長
まつしま 松島 まこと 誠	横浜市病院協会 副会長
やまぐち 山口 てつあき 哲顕	横浜市病院協会 副会長
みすみ 三角 たかひこ 隆彦	横浜市病院協会 常任理事
たなか 田中 まさゆき 正行	全国健康保険協会 神奈川支部 企画総務部長
ならぎき 奈良崎 しゅうじ 修二	健康保険組合連合会 神奈川連合会 会長
しゅうり 修理 じゅん 淳	横浜市医療局長
ひらはら 平原 ふみき 史樹	横浜市病院経営本部長（病院事業管理者）
たばた 田畑 かずお 和夫	横浜市健康福祉局担当理事（保健所長）
さとう 佐藤 たいすけ 泰輔	横浜市健康福祉局高齢健康福祉部長
てらうち 寺内 やすお 康夫	横浜市立大学 学術院医学群長兼医学部長
ふしみ 伏見 きよひで 清秀	東京医科歯科大学 教授
すずき 鈴木 ひろまさ 宏昌	独立行政法人国立病院機構横浜医療センター 病院長
たかおか 高岡 かおり 香	弁護士
こまつ 小松 かんいちろう 幹一郎	神奈川県医師会 理事
たかい 高井 まさひこ 昌彦	神奈川県医師会 理事
くぼくら 窪倉 たかみち 孝道	神奈川県病院協会 副会長

(掲載順は、地域医療構想策定ガイドラインにおける団体掲載順に準じて作成)

令和4年度第1回横浜地域 地域医療構想調整会議 資料1

令和4年度保健医療計画推進会議及び 地域医療構想調整会議等の運営について

～第8次保健医療計画策定に向けた今後の流れ～

Kanagawa Prefectural Government

目次

本資料で、令和4年度の保健医療計画推進会議・地域医療構想調整会議（地区保健医療福祉推進会議）の運営等について説明します。

なお前段で、今年度協議事項に関連した医療計画の策定等についても説明します。

- **第8次医療計画の策定等について**
 - ・ 計画の概要等
 - ・ 検討体制（案）
 - ・ 検討スケジュール（案）
 - ・ 新たに検討が必要な事項
- **8次計画の策定等を踏まえたR4年度調整会議の運営**
 - ・ 開催方法、回数等
 - ・ 想定している主な議題
 - ・ 年間スケジュール

Kanagawa Prefectural Government

1. 計画の概要等

医療計画とは

医療法第30条の4第1項の規定により策定する法定計画であり、県民が身近なところで、質の高い医療を安心して受けられるよう、県の保健医療システムのめざすべき目標と基本的方向を明らかにするもの

記載内容及び計画期間

- ・ 「各種基準病床数」、「事業別、疾病別の医療体制の整備」、「地域包括ケアシステムの推進」、「医療従事者の確保・養成」等について、現状・課題・施策の三つの視点で記載
- ・ 現在の第7次保健医療計画の計画期間は、平成30年度～令和5年度までの6カ年

留意が必要な事項について

令和4年度末に国から新たな作成指針等が示される予定であるが、

- ・ 医療法改正に伴う新興感染症等の医療提供体制確保の事業化
- ・ 医師の働き方改革の全面施行（令和6年度）

を見据え、検討体制を整理し、令和4年度から検討を進めていく必要がある。

1. 計画の概要等

策定に当たっての基本的な考え方（案）

➤ 5疾病・6事業・在宅医療を、PDCAの観点から推進する。

課題／取り組むべき施策／アウトプット／アウトカムの関係性の明確化

今後、2年間でおおむね次のような取組みを行う。

<令和4年度>

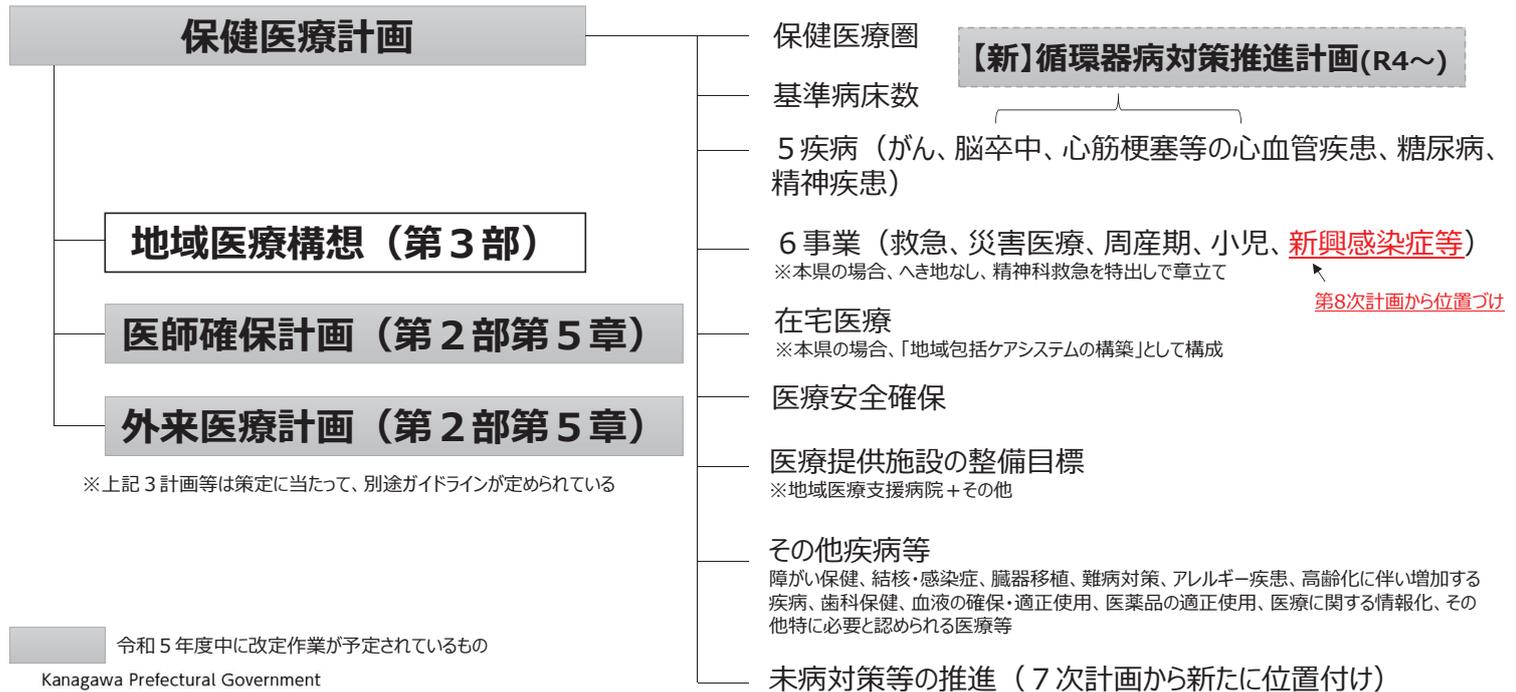
これまでの計画期間の振り返り（進捗評価）を行い、次期計画に向けた課題等を抽出
データ等の分析、ロジックモデルを参考にしたアウトプット・アウトカム等の整理を行う。
⇒年度末までに骨子の仮組みができることを目標

<令和5年度>

各会議体での意見等を踏まえつつ、骨子、素案、計画（案）を策定

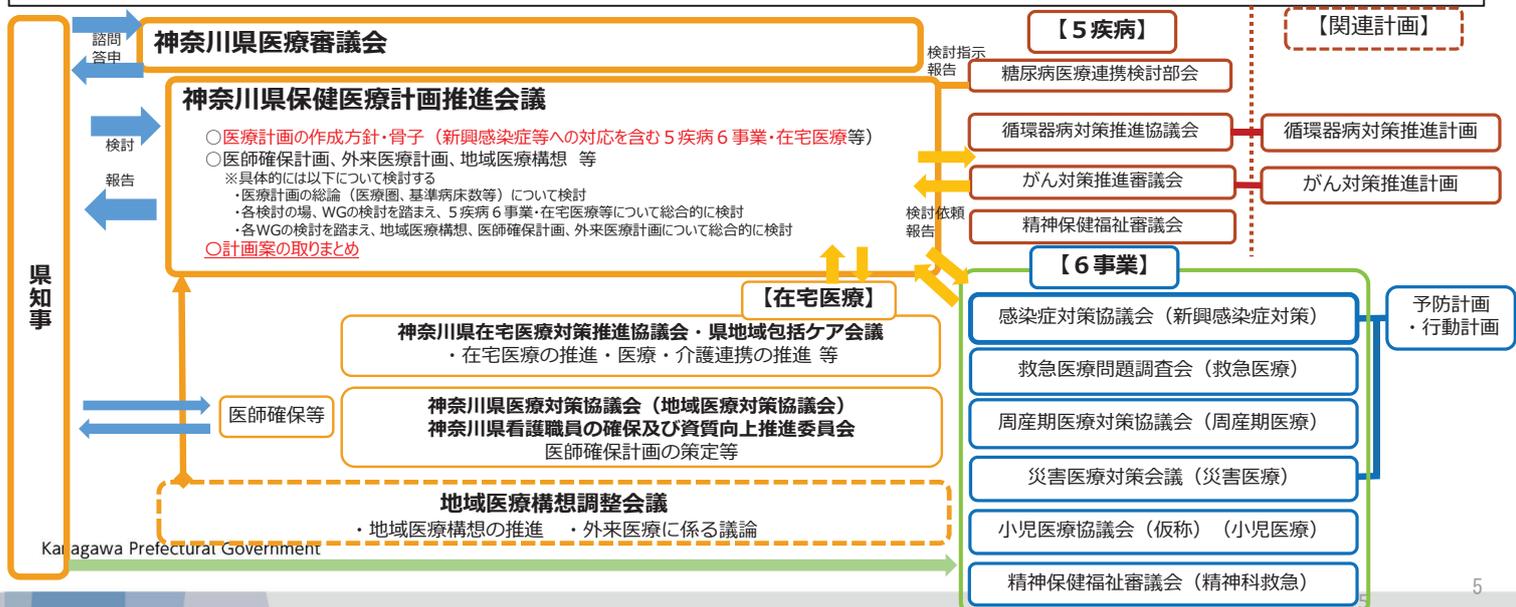
- ・ 保健医療計画推進会議を議論の中心とし、各会議体と的確に連携
- ・ 関連計画（高齢者福祉計画、障がい福祉計画）等の改定動向に留意

【参考】第7次保健医療計画の構成等

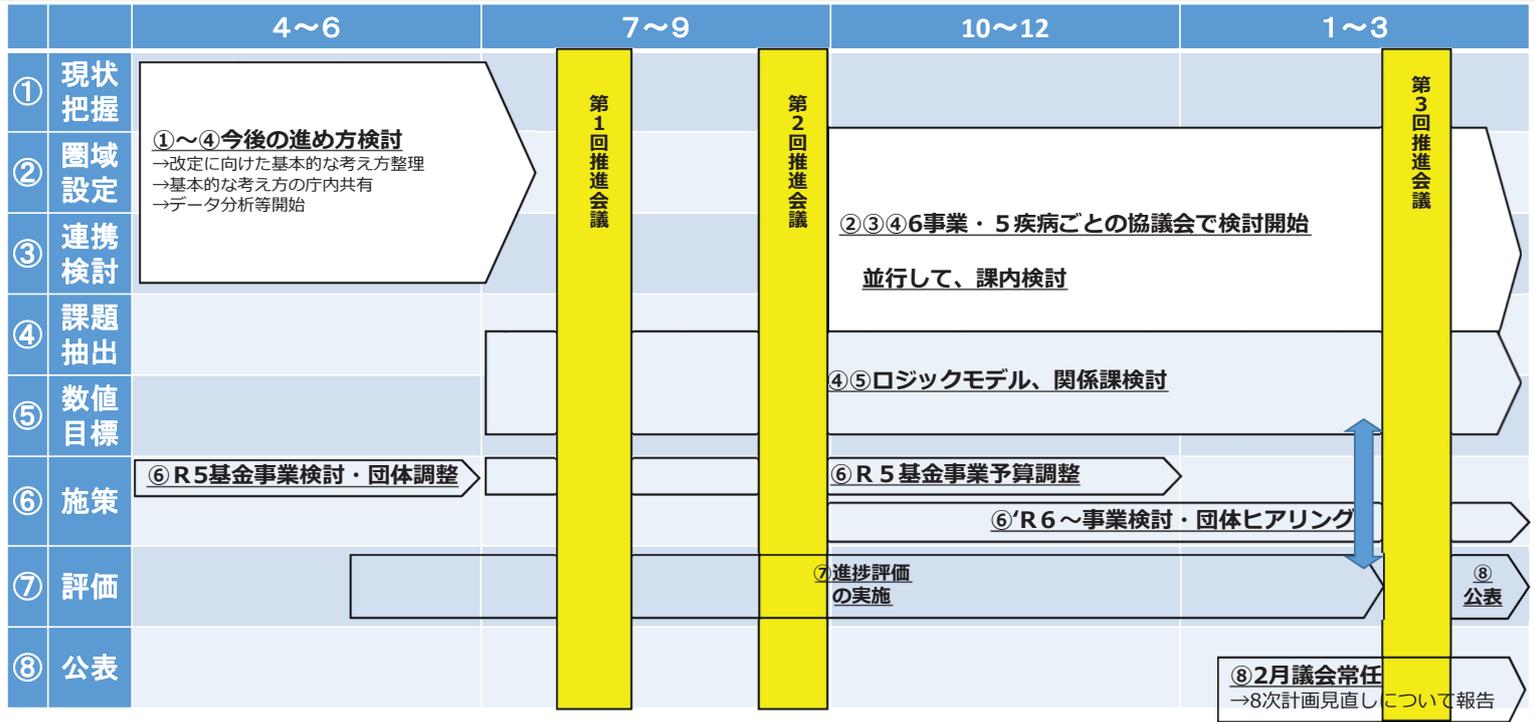


2. 検討体制（案）

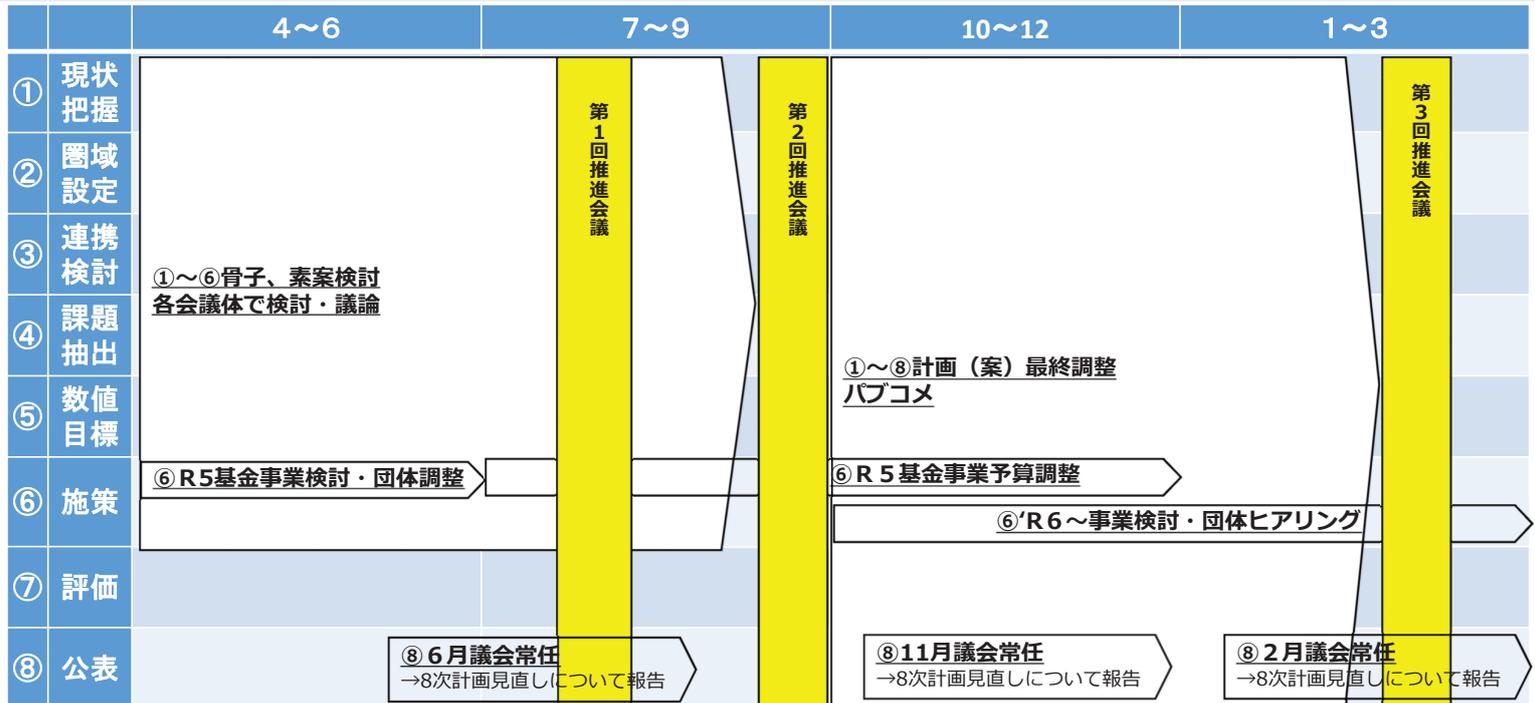
- 第7次計画策定経緯を踏まえ、疾病・事業ごとの既存会議体を活用して検討・議論し、**神奈川県保健医療計画推進会議**で全体の取りまとめ（議論）を行うことを基本とする。
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、**双方の検討の場の構成員が合同で議論を行う機会**を設けることとしてはどうか。



3.R 4年度検討スケジュール（案）



3.R 5年度検討スケジュール（案）



4.新たに協議等が必要な事項

① 具体的対応方針（2025プラン）の見直しについて

- 将来の医療提供体制（病床の必要量等）の確保を念頭に、地域の実情に応じた見直しを行う。

② 重点支援区域について

- 「地域医療構想の進め方について（令和4年3月23日厚労省医政局長通知）」では、今後、国は都道府県に重点支援区域に係る意向確認を行うとの方針が示された。
- 国が都道府県に行う意向確認の時期を踏まえ、地域の意向確認を実施予定

③ 外来医療について

- 外来医療の協議の場として「地域医療構想調整会議」を位置付け
- 「外来機能報告等に関するガイドライン（令和4年3月16日）」で示されたスケジュールに基づき、第3回地域医療構想調整会議において、「紹介受診重点医療機関（※）」の明確化のための協議を実施（協議が整った医療機関を公表予定）

（※）「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

5.8次計画の策定等を踏まえたR4年度推進会議・調整会議の運営

<開催方法>

- ウェブ会議を基本
- 協議内容や地域の要望に応じて、感染防止対策に留意の上、対面会議も開催を検討

<開催回数及び時期>

- 年3回を基本とし、例年の開催時期を行う。※R5年度の推進会議は年6回を想定

	4～6月	7～9月	10～12月	1～3月
医療審議会			第1回会議10月	第2回会議3月
保健医療計画推進会議		第1回会議 7/20 第2回会議 9月		第3回会議 2～3月
地域医療構想調整会議		第1回会議 8～9月	第2回会議 10～12月	第3回会議 1～2月

5.8 次計画の策定等を踏まえたR4年度推進会議・調整会議の運営

<想定している主な議題>

➤ 例年協議を実施しているもの

- 病床機能報告データ等の共有
- 病床整備事前協議について（※該当がある地域）
- 基準病床数の見直し検討について（※横浜、川崎北部、横須賀・三浦）
- 計画の進捗評価
- 地域医療介護総合確保基金（医療分）の活用について
- 地域ごとの懸案事項（調整会議のみ） 等

➤ 新たに協議等が必要なもの

- 8次計画策定に向けた協議
- 具体的対応方針（2025プラン）の見直し、重点支援区域
- 医療法改正等に伴う対応（外来機能報告等）について

Kanagawa Prefectural Government

10

6. 想定している主な議題の年間スケジュール

議題	4・5	6・7		8・9		10・11	12・1	2・3	
		第1回	第1回	第2回	第2回	第3回	第3回		
病床整備事前協議	既存病床調査	病床数確定(4/1時点)、共有	実施可否 公募条件等議論	公募	内容の審査(県・市)→結果を各地域で協議				
基準病床数の見直し	既存病床調査	病床数確定(4/1時点)、共有	基準病床積算	見直しの必要性について協議					
計画の進捗評価					これまでの振り返り作業				
基金の活用		基金のアイデア募集 新たな活用方策検討	【県】事業化検討→県予算編成→令和5年度計画策定に向けた調整 上記、検討状況等について、適宜、報告や意見聴取						
具体的対応方針 (2025プラン)の見直し		見直しの依頼 状況報告	見直し期間 ※この期間以降も並行して	見直しの結果を踏 まえた協議1巡目	見直しの結果を踏まえた 協議2巡目				
外来機能報告制度		制度の趣旨説明						医療資源を重点的に活用する外来の基幹 病院について、協議 → 3月結果公表	
働き方改革	各医療機関の対応状況と地域医療への影響を調査・分析								
	各圏域単位で対応について協議								

Kanagawa Prefectural Government

…保健医療計画推進会議

…地域医療構想調整会議

11

【参考】外来機能報告制度について（概要）

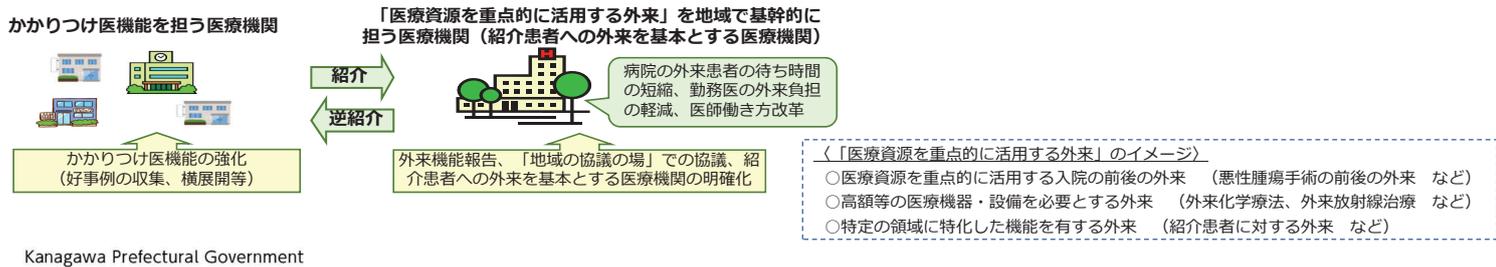
1. 外来医療の課題

- 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



【参考】外来機能報告制度について（概要）

（基本的な考え方）

- 外来医療においては、医療資源や医療ニーズの状況等が地域によって異なっているため、「**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**」の明確化に当たっては、医療機関の特性や地域性を考慮する必要があり、医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を参考にし、**当該医療機関の意向に基づき、地域の協議の場で確認**することにより、地域の実情を踏まえる仕組みとする。
- なお、外来医療に関するデータや議論の蓄積が少ない中で、「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」の明確化については、**外来機能報告や地域の協議の場での協議を重ね、改善を図りながら、精緻化していくものとする**。その際、**特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方についても検討**を行う。

（医療資源を重点的に活用する外来に関する基準）

- 「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」に関する基準は、患者に対するわかりやすさの観点や地域での協議を進めやすくする観点から、**初診と再診とで患者の受診行動に相違があることを勘案して設定**する。
- 具体的な水準については、他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供することとされている地域医療支援病院の状況を踏まえ、以下の通りとする。
 - ・ **初診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合**
：**初診40%以上**
 - かつ
 - ・ **再診の外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合**
：**再診25%以上**

【参考】医師の働き方改革について（概要）

令和6年4月に改正労働基準法が施行され、以下のとおり医師の時間外労働に上限が設定される。

- ⇒ 法定労働：**年間720時間**（1日8時間、週40時間以内）
- ⇒ 36協定の締結により、**年間960時間**（A水準）が上限となる。
- ⇒ さらに院内で特例水準（連携B、B、C-1、C-2）相当の医師がいる場合、要件をみたして都道府県から指定を受けることで、**年間1860時間**以内が上限となる。

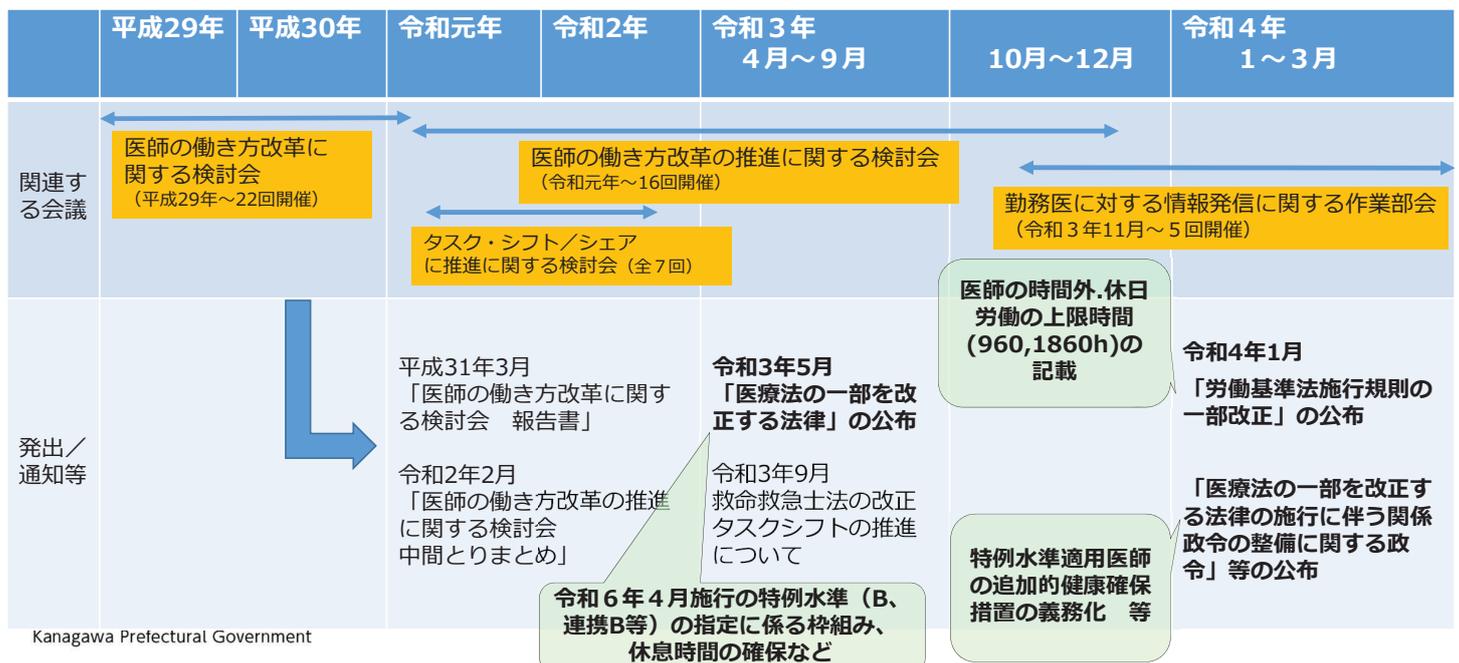
医師の区分	時間外労働の上限時間	要件
A水準	・年960時間、月100時間未満 （法定労働+時間外・休日労働20時間＝総労働時間週60時間が目安）	・36協定の締結 等
連携B水準	・年1,860時間、月100時間未満（例外あり） （法定労働+時間外・休日労働40時間＝総労働時間週80時間が目安）	・36協定の締結 ・時短計画の作成、追加的健康確保措置 等
B水準		
C-1水準		
C-2水準		

Kanagawa Prefectural Government

14

【参考】医師の働き方改革について（概要）

○令和6年4月施行に向けた国の動き



Kanagawa Prefectural Government

15

説明は以上です。

医療機能等の転換について

資料 2

…増加する機能
 …減少する機能

不足する病床機能への転換

医療機関名	所在区	エリア (7方面別)	開設者	許可病床数					①病床機能(変更前)					②病床機能(変更後)					今後の 機能転換等の 有無	転換計画の概要・スケジュール等
				一般	療養	精神	感染症 結核	計	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	計	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	計		
高田中央病院	港北区	北東部	医療法人 すこやか	60	0	0	0	60	0	36	24	0	60	0	24	36	0	60	転換	・急性期病床(12床)を回復期病床 (地域包括ケア病床)へ転換 【理由】地域で不足する回復期機能 の提供

令和4年度第1回横浜地域 地域医療構想調整会議 資料3

令和4年度病床整備事前協議について

Kanagawa Prefectural Government

目次

本資料で、令和4年4月1日時点の既存病床数及び今年度の病床整備事前協議の大きなスケジュールとについて報告させていただきます。

1. 事前協議の目的
2. 令和4年4月1日時点の既存病床数について
3. 今後のスケジュール

Kanagawa Prefectural Government

1. 事前協議の目的

- 病床整備事前協議は、二次保健医療圏の実情や圏域特性を考慮し、病床（療養病床及び一般病床）の機能別整備を進め、神奈川県保健医療計画の着実な推進を図り、良好な医療提供体制の確保に寄与することを目的とする。
- 当該年の4月1日時点の既存病床数が基準病床数を下回る二次保健医療圏については、必要に応じて病院の開設、増床に関して病院開設予定者からの事前協議を実施する。

2. 令和4年4月1日時点の既存病床数について

<療養病床及び一般病床>

二次保健医療圏	基準病床数	既存病床数	差引
	A	B	B - A
横浜	23,993	23,620	△373
川崎北部	3,796	4,330	534
川崎南部	4,189	4,772	583
相模原	6,545	6,462	△83
横須賀・三浦	5,307	5,096	△211
湘南東部	4,064	4,413	349
湘南西部	4,635	4,628	△7
県央	5,361	5,346	△15
県西	2,809	3,092	283
合計	60,699	61,759	1,060

※ 既存病床数には、昨年度までの事前協議承認分、医療法第7条第3項の許可を要しない診療所として決定された分を含んでいます。

2. 令和4年4月1日時点の既存病床数について

<精神病床>

区 域	基準病床数	既存病床数	差 引
	A	B	B - A
全 県	10,992	13,646	2,654

<感染症病床>

区 域	基準病床数	既存病床数	差 引
	A	B	B - A
全 県	74	74	0

<結核病床>

区 域	基準病床数	既存病床数	差 引
	A	B	B - A
全 県	129	146	17

3. 今後のスケジュール（予定）

- 8～9月 第1回地域医療構想調整会議（地区保健医療福祉推進会議）
横浜、相模原、横須賀・三浦、湘南西部、県央の各地域では事前協議実施の
要否及び実施する場合の公募条件を協議
- 9月末 第2回保健医療計画推進会議
事前協議の対象地域及び公募条件決定
- 10～11月 公募
- 公募後、配分可否の審査を行い、地域医療構想調整会議、保健医療計画推進会
議で意見聴取
第2回医療審議会（3月頃開催予定）への報告を経て、知事が審査結果を決定



説明は以上です。

令和 4 年度 横浜市の病床整備の考え方について（案）

1 横浜市の二次保健医療圏別病床整備状況（令和 4 年度）

神奈川県による市内二次保健医療圏の基準病床数と既存病床数

令和 4 年 4 月 1 日現在

二次保健医療圏	基準病床数 A ^{※1}	既存病床数 B ^{※2}	差し引き B - A
横浜	23, 993	23, 620	△373

※1 国勢調査の実施により年齢別人口統計調査結果の確定が例年より遅いこと及び令和 2 年度病床機能報告による病床利用率がコロナ禍の影響を受けているか見極める必要があることを考慮して、令和 4 年度の基準病床数は見直さないことを令和 3 年度第 2 回保健医療計画推進会議で決定。

※2 既存病床数には過年度に配分した病床（整備中も含む）が含まれています。

2 令和 4 年度病床整備事前協議についての横浜市の考え方（案）

(1) 配分方法

基準病床数の範囲内で、公募により配分します。

(2) 対象医療機関等

ア 回復期・慢性期機能を担う病床（表 1）を整備する医療機関

イ 新興感染症等の感染拡大時に陽性患者の受入医療機関となることを前提として、ゾーニング等の観点から活用しやすい病床を新たに整備する場合は、病床機能に関わらず特例的に配分を検討します。

ウ 横浜市内の既存の医療機関の増床を優先とします。

表 1 回復期または慢性期機能を担う病床として算定する入院料

回復期 機能	回復期リハビリテーション病棟入院料 地域包括ケア病棟入院料 又は 地域包括ケア入院医療管理料
慢性期 機能	療養病棟入院基本料 有床診療所療養病床入院基本料 障害者施設等入院基本料 特殊疾患病棟入院料 又は 特殊疾患入院医療管理料 緩和ケア病棟入院料

(3) 配分に当たっての考え方

ア 病床の配分は、以下の視点で総合的に評価して行います。

- (ア) 地域の医療需要との整合性
- (イ) 地域医療連携等に係る調整状況とこれまでの実績
- (ウ) 運営計画（人材確保計画、資金計画）の実現性
- (エ) 整備計画（土地確保、建築計画）の確実性

イ 配分後の病床機能の維持について、以下の点を要件とします。

- (ア) 原則として、開設等許可後 10 年間は、配分を受けたときの機能と病床数を維持すること。
- (イ) 10 年を経過した後も、病床機能や病床数を変更する場合は、事前に地域医療構想調整会議に諮ること。



横浜市の病床の現状及び 病床整備について

令和4年度 第1回 横浜地域 地域医療構想調整会議

令和4年8月9日
横浜市医療局医療政策課

1 横浜市の病床の現状

(1) 2025年の推計病床数について

【地域医療構想の必要病床数】

2015年 病床機能報告①	2025年 病床数推計②	差引 ①-②
22,707床	30,155床	△7,448床

※ 病床機能報告は、各医療機関が自主的に報告した病床数。

【本市の独自推計】

2020年の推計病床数 (保健医療プラン中間年)	2025年の 推計病床数
24,384床	26,165床

	既存病床数	推計病床数
高度急性期	4,198床	3,633床
急性期	11,901床	9,273床
回復期	2,210床	7,708床
慢性期	4,560床	5,551床
合計	22,869床	26,165床

※1 推計病床数の内訳は地域医療構想の必要病床数で按分
 ※2 既存病床数は平成29年3月31日時点のもので、機能別内訳は平成28年度病床機能報告の機能別病床数で按分

2

(2) 基準病床数と配分可能病床数の推移

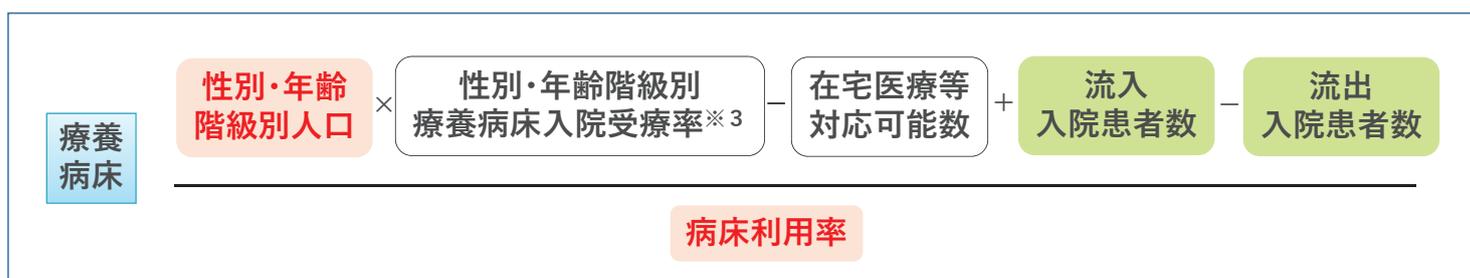
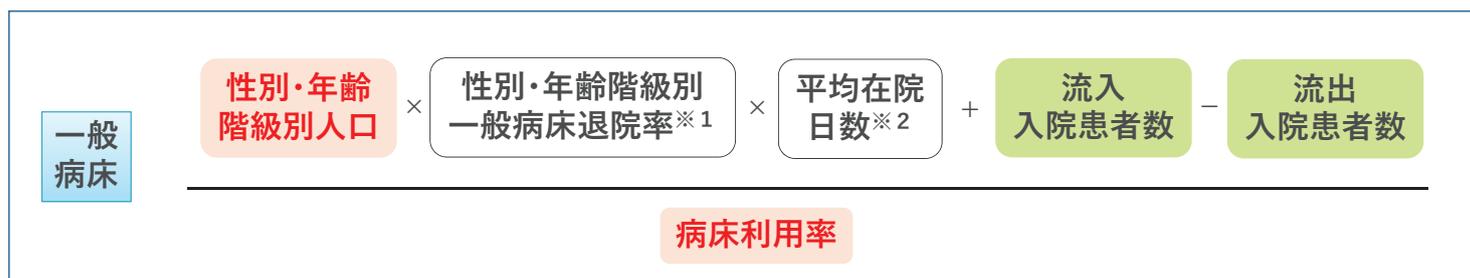
	30年度 (2018)	元年度 (2019)	2年度 (2020)	3年度 (2021)	4年度 (2022)
基準病床数 (A)	23,516	23,605	23,785	23,993	23,993
既存病床数 (B)	22,661	23,436	23,183	23,529	23,620
配分可能病床数 (A-B)	855	169	602	464	373
配分病床数	809	配分なし	470	154	

(令和4年4月1日現在)

※既存病床数には令和3年度までに配分した病床数を含む

※令和4年度の基準病床数については、令和3年度第2回県保健医療計画推進会議(令和3年9月24日開催)において、人口、病床利用率を考慮して令和3年度の基準病床数(23,993床)から変更しないことを決定。

3



□: 最新の数値を利用可能な項目（毎年度見直し） ■: 国の統計に基づき二次医療圏ごとの数値を採用

※1 国告示の値（地域ブロックごとに設定）

※2 国告示の値（13.6日）地域ブロックごとの経年変化率を踏まえた日数を設定

※3 国告示の値（全国一律で設定）

4

（3）過年度配分病床の整備状況

- 平成28年度に地域医療構想が策定されてから、病床整備事前協議で合計1,433床を配分。そのうち、既に稼働している病床は368床、稼働準備中の病床が714床。
- コロナ禍やウクライナ情勢による原油価格・建築資材の高騰、資材調達の遅延等の影響で、整備計画の一部は予定よりも遅れている。

配分年度	配分病床数	返還済	稼働済	整備中
平成30年度 (2018)	809床	341床	304床	164床
令和2年度 (2020)	470床	10床	64床	396床
令和3年度 (2021)	154床	-	-	154床
合計	1,433床	351床	368床	714床

(令和4年7月時点)

5

(4) 整備中病床の状況

配分年度	病院	配分病床数	稼働予定時期		整備が遅れている理由
			当初	R4.7現在	
30年度 (2018)	新横浜リハビリテーション病院	緩和：20床 地ケア：42床 回りハ：42床	R3.4	R5.9	整備予定地の調整に時間がかかったため。 令和4年3月着工済み。
	戸塚共立第1病院	回りハ：60床	R4.11	R8.1	整備予定地の調整に時間がかかっているため
2年度 (2020)	さいわい鶴見病院	地ケア：60床	R5.12	R6.12	既存棟の改修から改築へ事業計画が変更となったため
	清水ヶ丘病院	療養：20床	R6.2	R6.4	
	鴨居病院	療養：24床	R4.11	R6.6	新型コロナ（発熱外来・ワクチン接種）対応のため
	元気会横浜病院	療養：68床 地ケア：50床	R8.7	R8.9	
	ふれあい東戸塚 ホスピタル	障害：49床	R5.4	R7.3	整備予定地の調整に時間がかかっているため
	西横浜国際総合病院	地ケア：5床	R5.4	R7.9	整備予定地の調整に時間がかかっているため
	(仮) イムス横浜旭 リハビリテーション 病院	回りハ：120床	R6.6	R6.6	

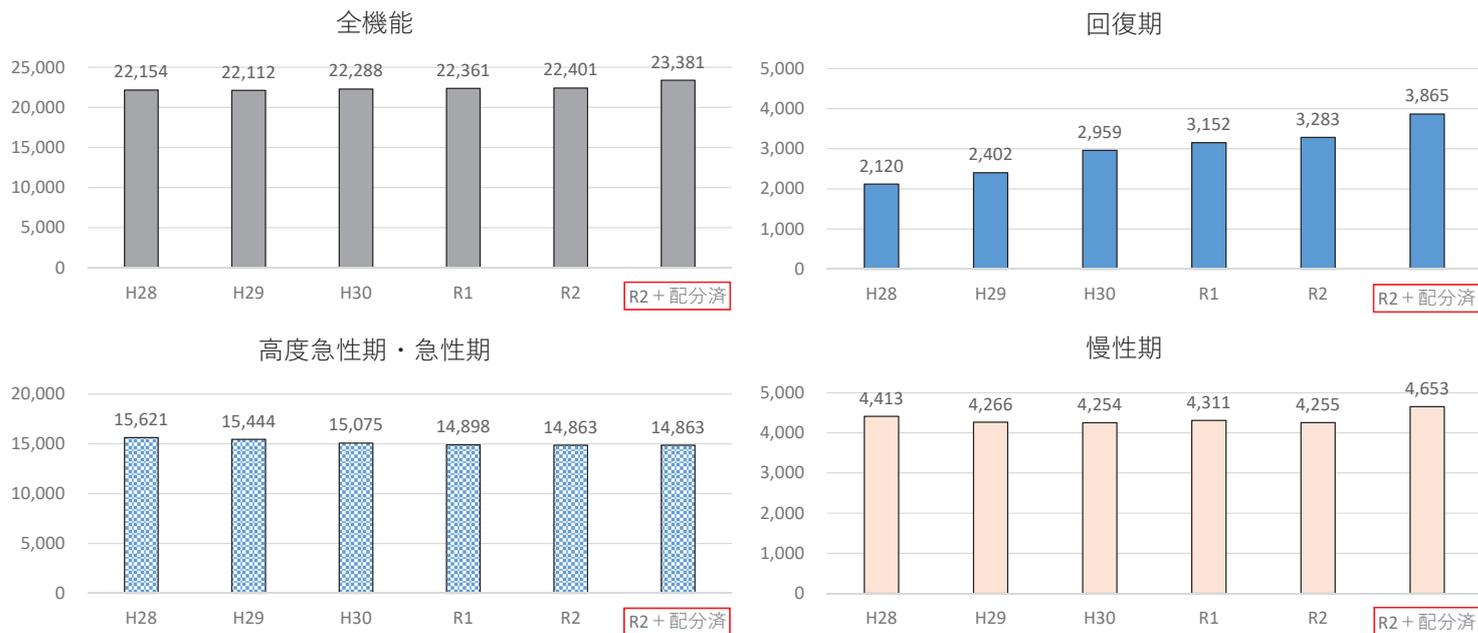
6

(4) 整備中病床の状況

配分年度	病院	配分病床数	稼働予定時期		整備が遅れている理由
			当初	R4.7現在	
3年度 (2021)	新横浜こころの ホスピタル	療養：76床	R6.3	R6.11	建築資材の高騰の影響による工事仕様の再検討及び資材入荷に時間を要するため
	江田記念病院	障害：60床	R5.4	R4.11	
	市ヶ尾病院	回りハ：2床	R4.8	R4.9	
	横浜いずみ台病院	療養：16床	R4.6	R5.3	建築費の高騰により、予算の組み直し、収支計画の見直しが必要となったため

7

(4) 横浜市の病床数の推移 (病院のみ)



※「病床機能報告(各年7月1日時点)」(神奈川県)を基に作成

※休棟中、廃止予定等の病床は含まない(病床機能報告未提出の病院の病床も)

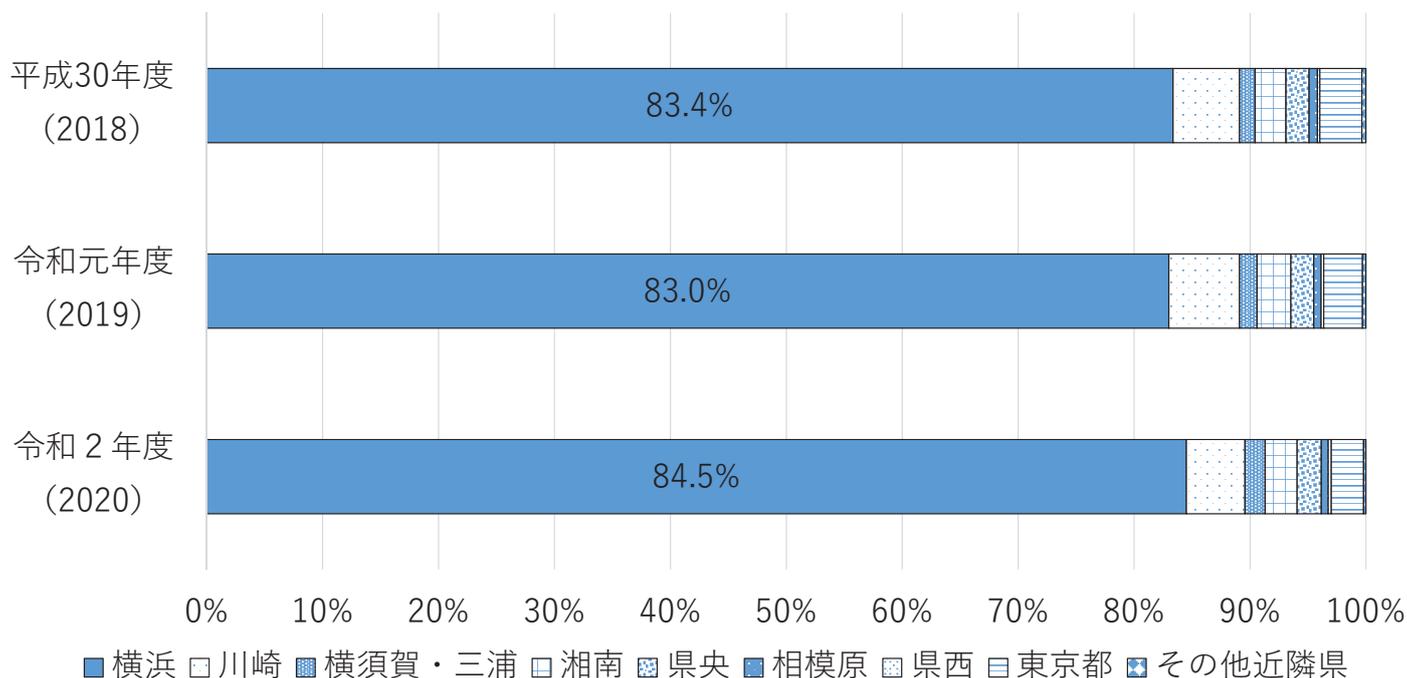
※慢性期には介護医療院転換済みの病床を含む

※R2+配分済: R2の病床数にR3年度までに配分した病床数(返還済除く)を加えたもの

8

(6) 入院医療の自己完結率【横浜地域】(NDBデータから)

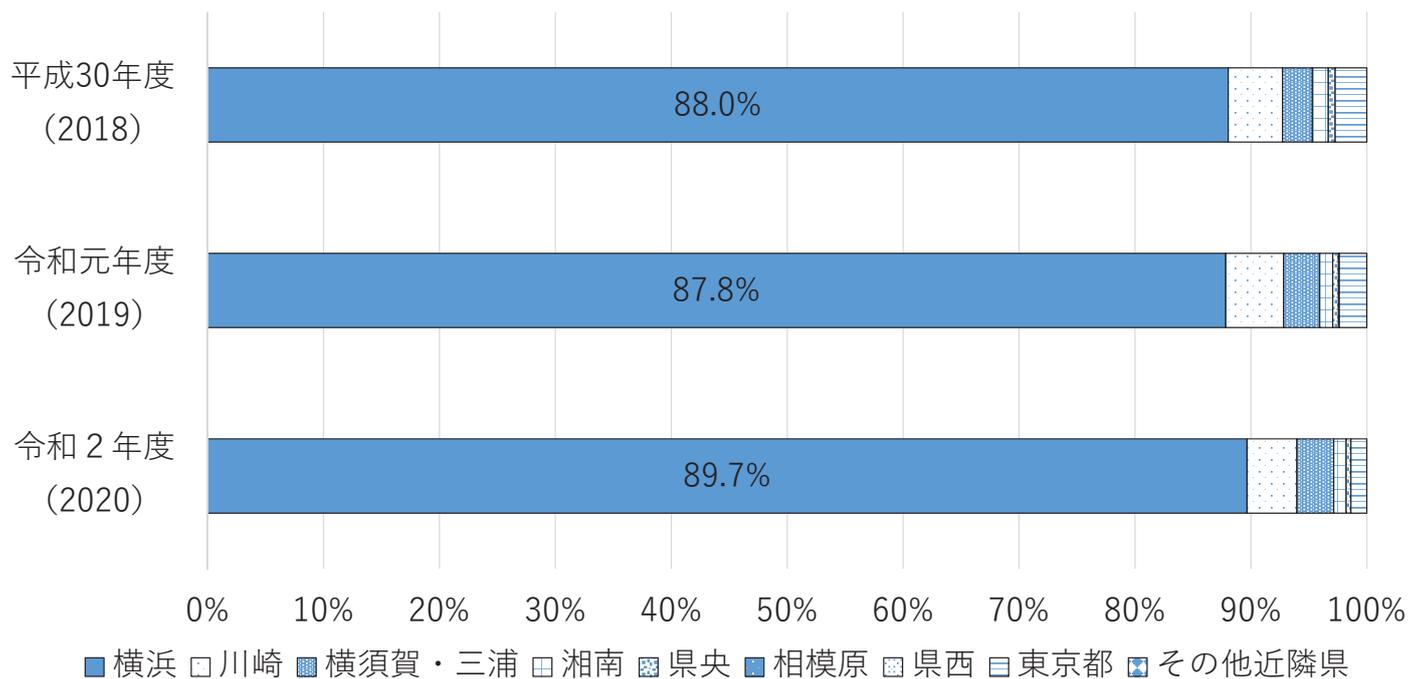
一般入院基本料(7、10対1)



9

(6) 入院医療の自己完結率【横浜地域】 (NDBデータから)

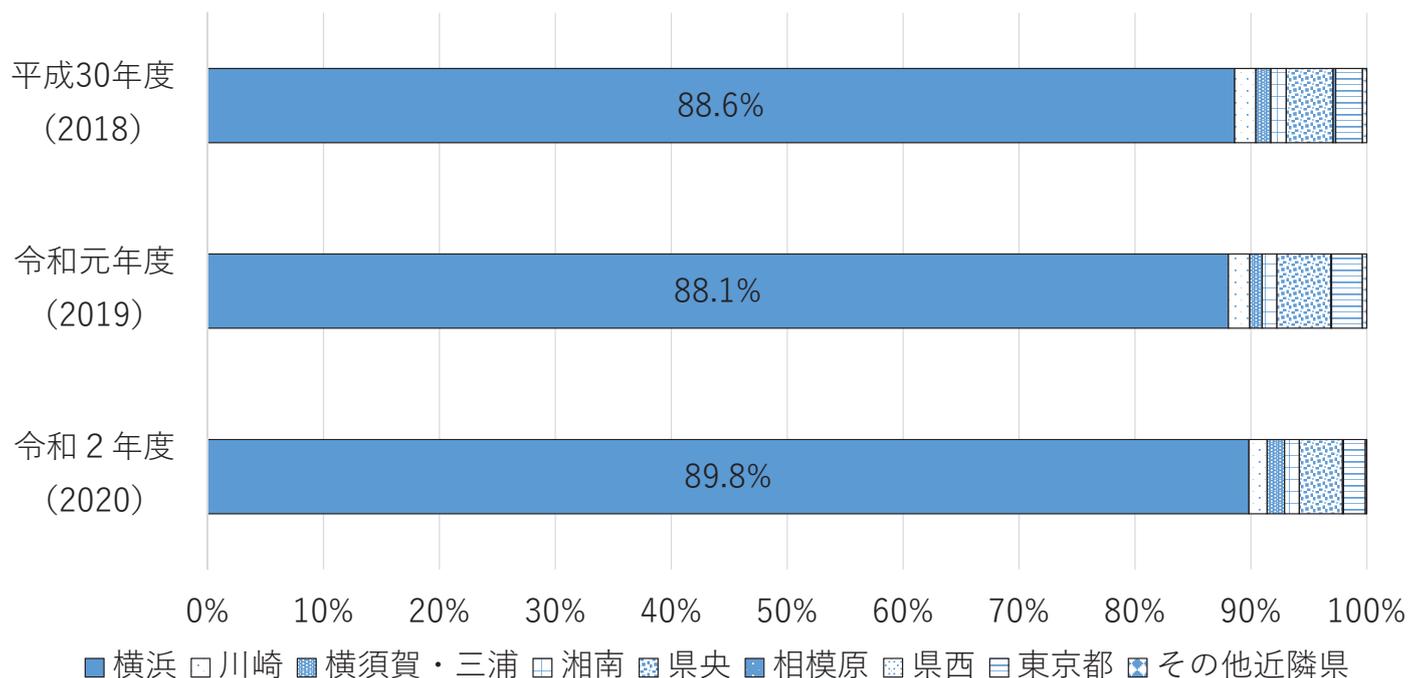
地域包括ケア病棟



10

(6) 入院医療の自己完結率【横浜地域】 (NDBデータから)

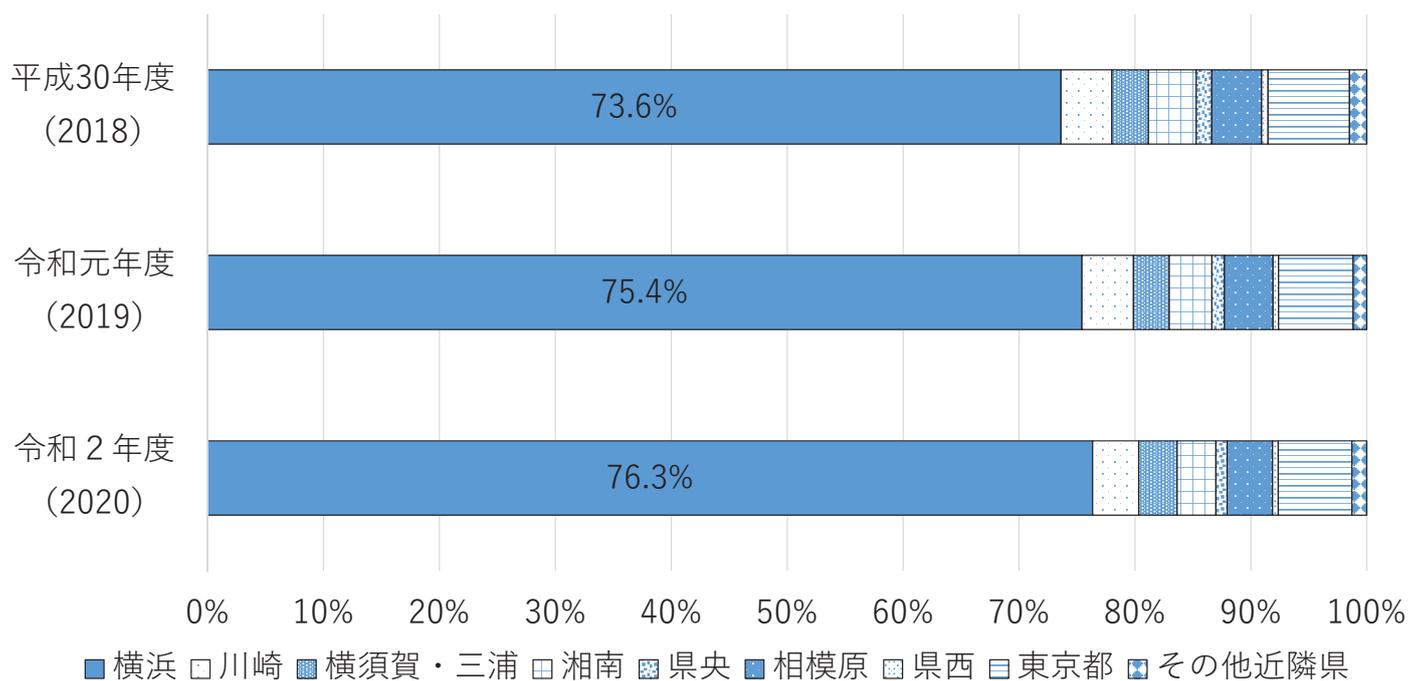
回復期リハビリテーション病棟入院料



11

(6) 入院医療の自己完結率【横浜地域】 (NDBデータから)

療養病棟入院基本料



12

2 横浜市の病床整備

13

(1) 将来の医療需要

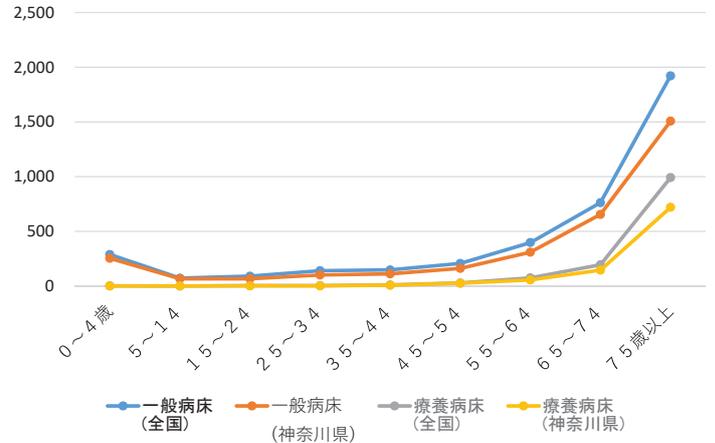
○ 横浜市将来人口推計（2017年）によると、入院受療率が高くなる65歳以上の人口は2045年頃まで増え続けることが見込まれている。

横浜市の将来人口推計値（年齢3区分）



■ 横浜市将来人口推計（2017年公表）
 平成27(2015)年度国勢調査の男女別年齢別人口（2015年10月1日時点）を基準とし、2015年から2065年までの各年の推計を行ったもの。
 ※年齢不詳は年齢構成比に基づき各歳に按分

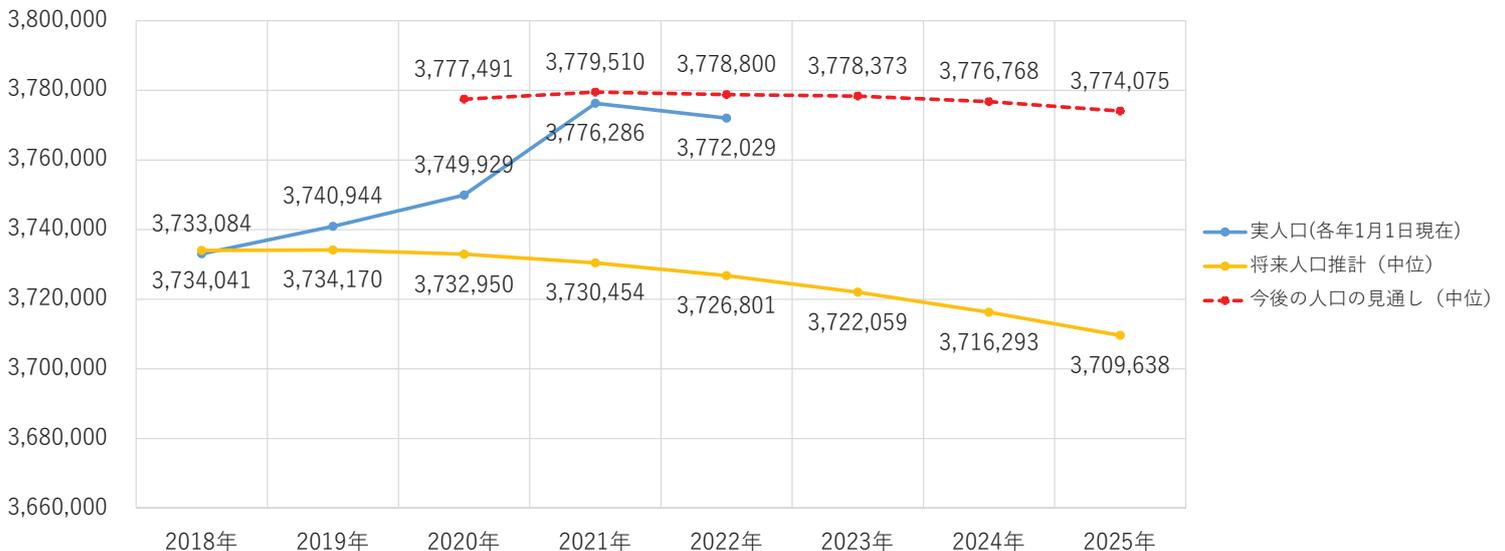
年齢階級別の入院受療率



■ 受療率（出典：令和2年患者調査）
 ・推計患者数（調査日当日に、病院で受療した患者の推計数）を人口10万対であらわした数。
 ・受療率（人口10万対）= 推計患者数 / 推計人口 × 100,000

○ 横浜市将来人口推計では、総人口は2019年の373万人がピークとされていたが、実際には2021年まで増え続け、2022年に減少に転じたものの、最大で377万人にまで達した。

横浜市の人口動態（将来人口推計値との比較）

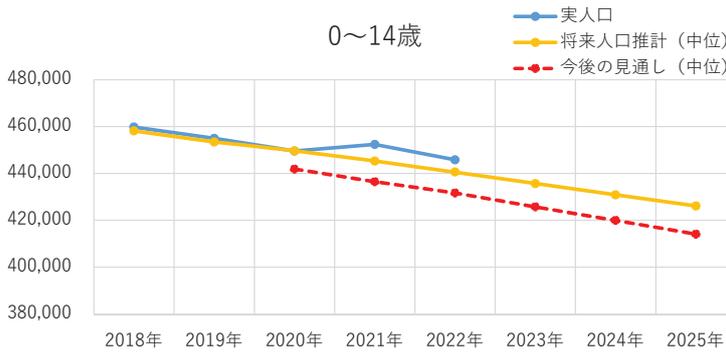


※実人口：「推計人口・世帯数（各年1月1日時点）」（横浜市統計情報ポータル）
 ※将来人口推計：「横浜市将来人口推計（2017年）」（横浜市政策局）
 ※今後の人口の見通し：「横浜市の今後の人口の見通しの推計（2021年度）」（横浜市政策局）

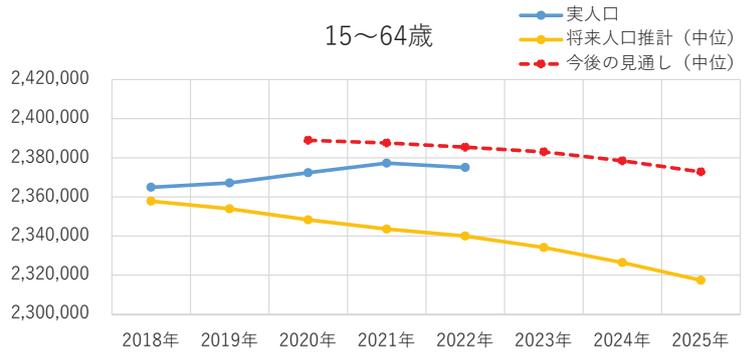
○ 特に、15～64歳の実人口が、将来人口推計よりも増加している。

横浜市の人口動態 年齢3区分別（将来人口推計値との比較）

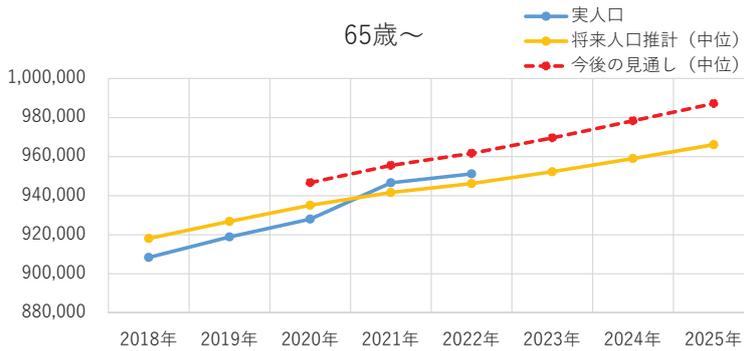
0～14歳



15～64歳



65歳～



※実人口

「年齢別の人口（推計人口による、1月1日現在）」（横浜市統計情報ポータル）※年齢不詳は年齢構成比に基づき各歳に按分

※将来人口推計

「横浜市将来人口推計（2017年）」（横浜市政策局）

※今後の見通し

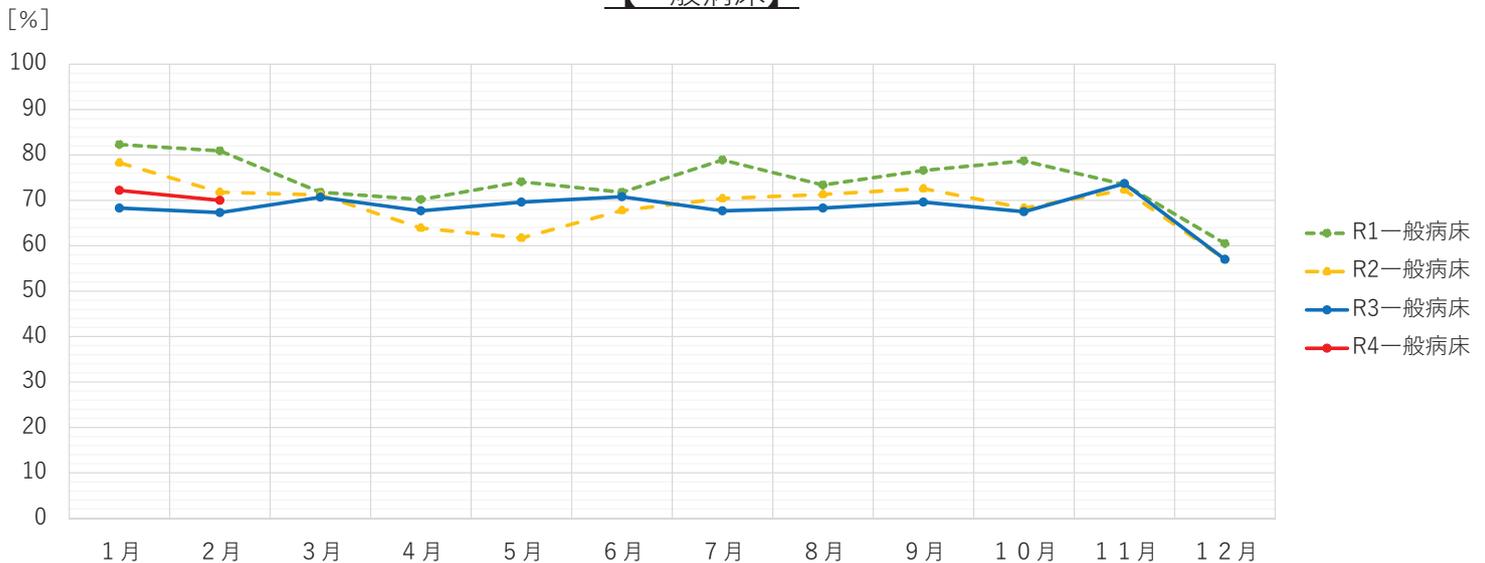
「横浜市の今後の人口の見通しの推計（2021年度）」（横浜市政策局）

（2）新型コロナウイルス感染症の影響

○ 令和2年以降、主に急性期を担う一般病床の利用率は令和元年以前よりも低い状態で推移している。

神奈川県内の病院の月末病床利用率

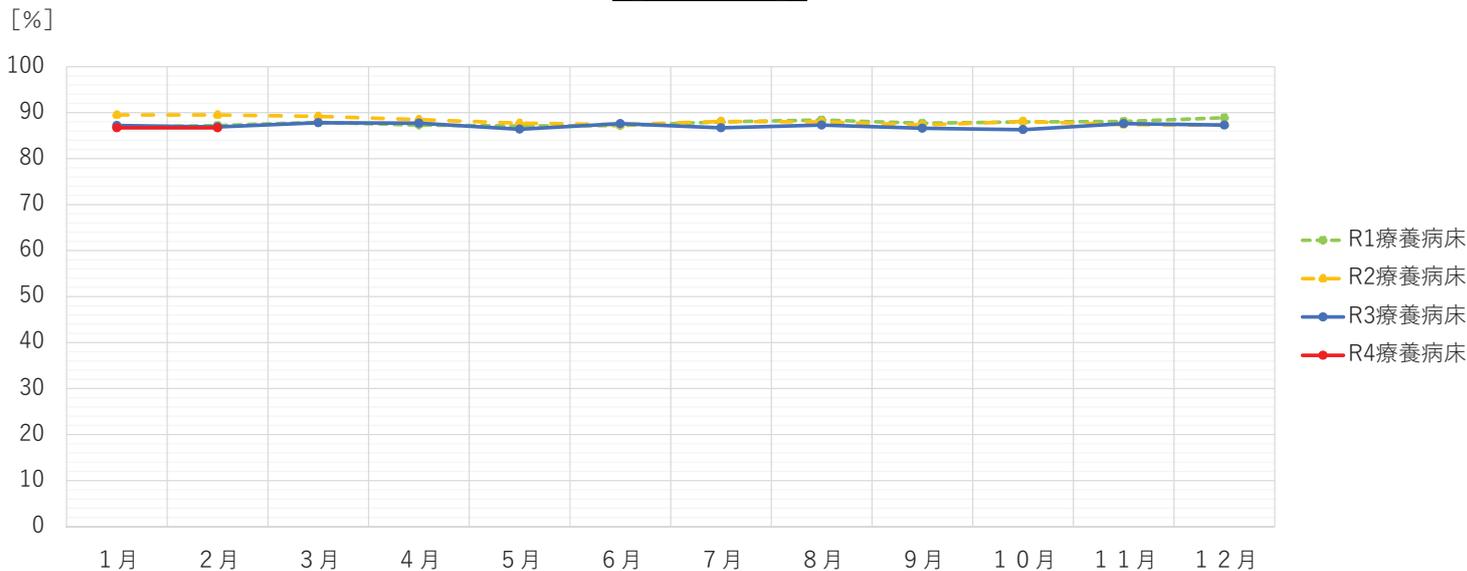
【一般病床】



出典：「病院報告」（厚生労働省）

○ 慢性期を担う療養病床の病床利用率は令和2年・3年ともほとんど変化がなかった。

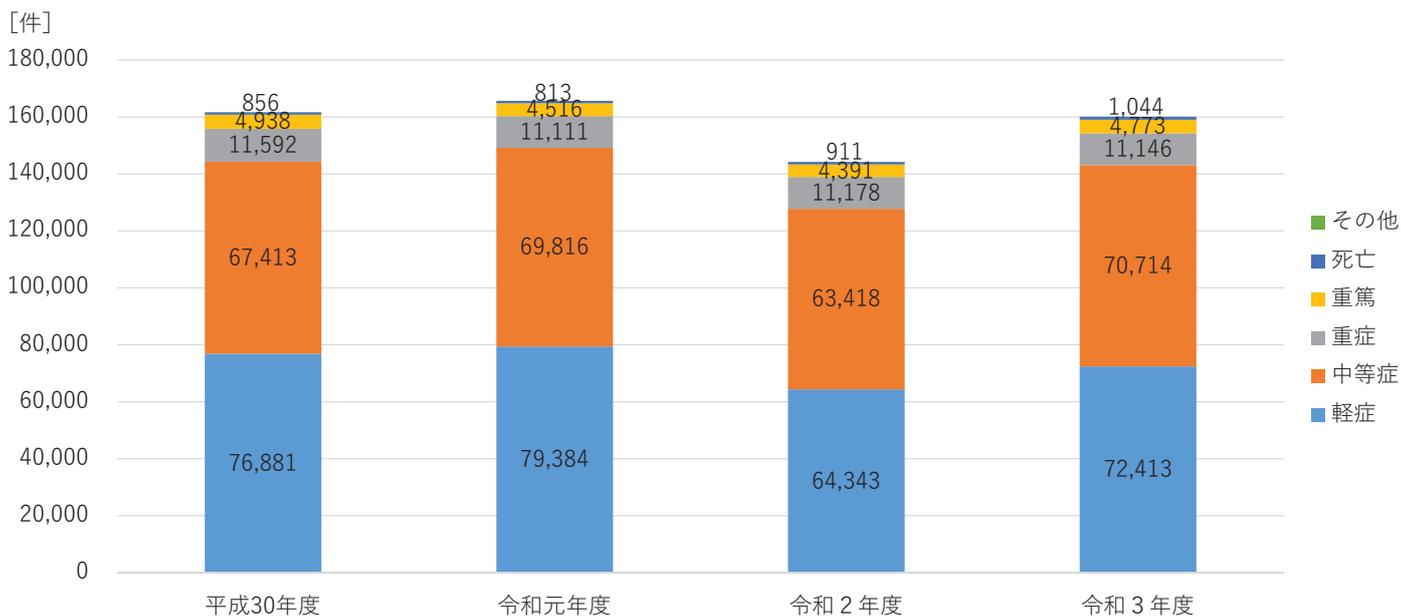
神奈川県内の病院の月末病床利用率
【療養病床】



出典：「病院報告」（厚生労働省）

○ 入院患者数に影響のある救急搬送件数については令和2年度に減少したものの、令和3年度は平成30年度並みに増加した。

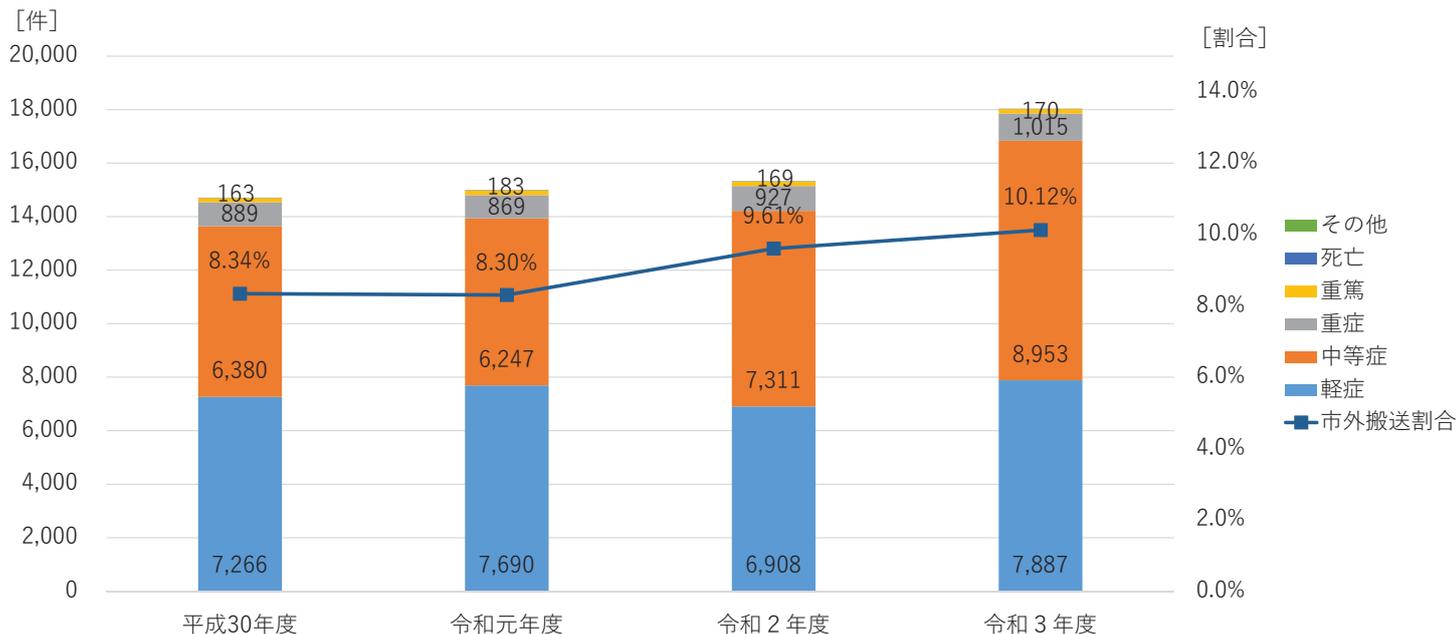
市内の救急搬送件数



※横浜市消防局の救急統計データを基に作成

○ 市外への搬送件数及び割合は増加した。（主に軽症、中等症患者の市外搬送件数が増加）

市外への救急搬送件数と割合



※横浜市消防局の救急統計データを基に作成

(3) 今後の医療需要の予測

○ 第8次医療計画等に関する国の検討会資料によると、横浜市の2025年の患者数を100人とする、2040年の入院患者数は112.1人、在宅患者数は125.5人に増加すると推計されている。

二次医療圏ごとの推計患者数（2025年の患者数を100としたもの）

<神奈川県>

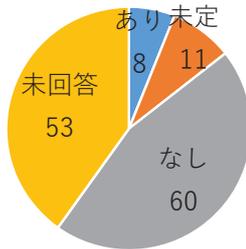
二次医療圏名	区分	2030年	2035年	2040年
川崎北部	入院患者数	109.2	117.4	122.3
	外来患者数	104.2	107.1	109.7
	在宅患者数	115.7	131.9	139.4
川崎南部	入院患者数	106.3	111.8	115.5
	外来患者数	103.7	106.5	109.4
	在宅患者数	109.6	119.9	124.0
横須賀・三浦	入院患者数	101.6	101.4	97.9
	外来患者数	97.2	93.5	90.4
	在宅患者数	106.9	111.8	107.4
湘南東部	入院患者数	106.8	112.0	113.9
	外来患者数	102.1	103.0	104.1
	在宅患者数	112.8	124.7	127.0
湘南西部	入院患者数	105.8	109.2	108.1
	外来患者数	99.6	97.4	95.0
	在宅患者数	113.6	125.6	126.0
県央	入院患者数	106.3	109.8	109.7
	外来患者数	100.5	99.5	98.8
	在宅患者数	114.3	125.4	125.9
相模原	入院患者数	107.7	112.7	114.3
	外来患者数	101.3	101.0	100.8
	在宅患者数	116.2	129.3	132.9
県西	入院患者数	102.6	103.5	100.7
	外来患者数	97.6	93.8	90.1
	在宅患者数	108.5	116.0	114.3
横浜	入院患者数	105.9	110.6	112.1
	外来患者数	101.5	101.9	102.3
	在宅患者数	111.6	122.8	125.5

出典：令和4年5月25日 第8回第8次医療計画等に関する検討会資料（厚生労働省）
患者調査（平成29年）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

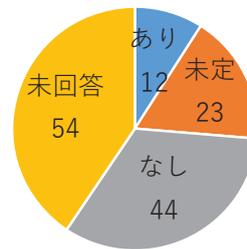
(4) 市内病院を対象とした増床・機能転換等に関するアンケート

- 1 アンケート実施期間 令和4年4月15日～令和4年5月10日
- 2 アンケート送付病院数 132病院
- 3 回答病院数 79病院（回答率：59.8%）
- 4 主なアンケートの内容および回答
 - (1) 増床及び機能転換の意向の有無
 - (2) 病院の移転・建替の予定の有無

(1) 増床及び機能転換の意向の有無



(2) 病院の移転・建替の意向の有無



22

○ 市内病院を対象に実施した増床・機能転換等に関するアンケート等でも、高齢者の増加に伴う医療需要に対応するために回復期・慢性期機能の病床を増やす必要があるとの意見が寄せられている。

(3) 現在及び将来に向けて地域で必要となる医療機能やその医療機能を確保するための課題

【主な回答】

- ・ 今後の高齢化に伴って必要な医療機能は、**回復期・慢性期**
- ・ 高度急性期病院をクリニックを結ぶ、**一般急性期病院**も必要
- ・ 認知症が悪化した時、スムーズに入院できる医療機能
- ・ **大規模災害**が発生したときに対応できる医療機能
- ・ 高齢化率の高まりを見込むと、**療養病棟・福祉施設**が必要
- ・ **在宅医療、介護・福祉**のさらなる充実と地域も含めた連携
- ・ **緩和ケア病棟、在宅訪問、訪問看護**等の医療機能
- ・ **在宅医療**体制の充実（医師確保も含めた）

※「病床数の変更及び移転・建替えの意向についてのアンケート（令和4年度）」（横浜市医療局）

23

(5) 令和4年度病床整備事前協議についての横浜市の考え方（案）

- 推計人口の上振れに伴い、将来の医療需要が想定よりも高まる可能性があること、また病床の整備には2～3年の期間を要すること等から、基準病床数の範囲内で、公募により病床配分を行います。
- **回復期機能又は慢性期機能**を担う病床を公募対象とします。
- 新興感染症等の感染拡大時に陽性患者の受入医療機関となることを前提とし、ゾーニング等の観点から活用しやすい病床を新たに整備しようとする場合は、病床機能に関わらず、特例的に配分を検討します。
- 横浜市内の既存の医療機関の増床を優先します。
- 病床整備事前協議においては「地域における意見交換会等で計画地周辺での調整状況」も確認したうえで総合的な評価を行い、配分病床を決定します。

24

【公募の対象とする病床機能の定義】

対応方針における、「回復期機能及び慢性期機能を担う病床」については、以下の入院料等を算定する病床とします。

○回復期機能

- ・ 地域包括ケア病棟入院料・管理料
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料

※医療法上の一般病床、療養病床どちらも可

○慢性期機能

- ・ 療養病棟入院基本料
- ・ 有床診療所療養病床入院基本料
- ・ 障害者施設等入院基本料
- ・ 特殊疾患病棟入院料・管理料
- ・ 緩和ケア病棟入院料

25

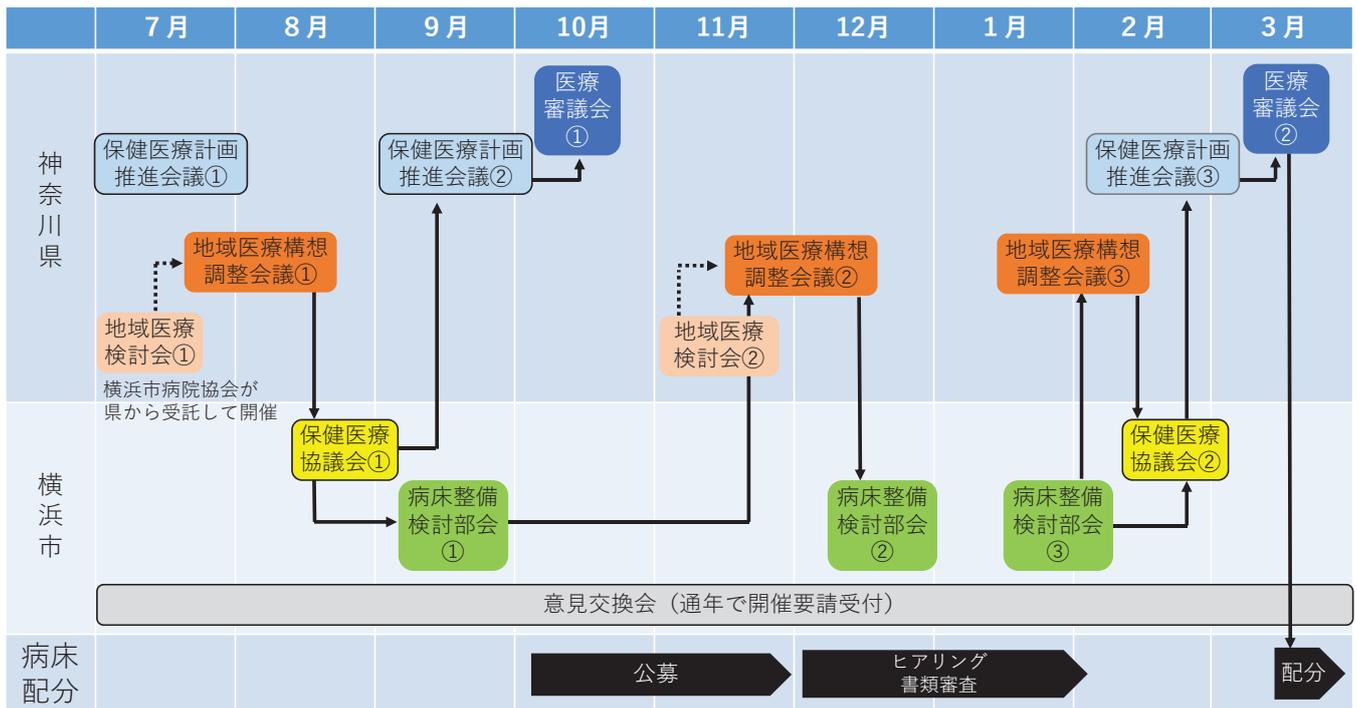
○病床の配分は、以下の視点で総合的に評価して行います。

- ・ 地域（医療圏単位、エリア単位）の医療需要との整合性
- ・ 地域医療連携等に係る調整状況とこれまでの実績
- ・ 運営計画（人材確保計画、資金計画）の実現性
- ・ 整備計画（土地確保、建築計画）の確実性

※必要資料

- ・ 現行の病床利用率、在院日数、入院待ち患者数等のデータ
- ・ 増床部分にかかる人材確保、資金計画、診療報酬関係などの計画書
- ・ 地域での話合いの状況 等

病床整備事前協議の流れ（参考：令和3年度の場合）



(参考) 地域医療連携等に係る意見交換会

○概要

取り扱う事案 (目安)	<ul style="list-style-type: none">・ 地域における役割分担、連携等について、意見交換を行いたい場合・ 増床や病院の新設等を行うにあたり、意見交換を行いたい場合・ その他、地域で特に意見交換を行いたい場合
参加者	<ul style="list-style-type: none">・ 開催要請を行った病院事業者・ 司会進行役の病院 (市病院協会が選任)・ 参加病院 (数病院程度を市病院協会が選定)・ その他 (市病院協会理事、市・区医師会)
事務局	横浜市医療局、横浜市病院協会
開催要請時期	通年で開催要請可能

○開催実績 (令和3年度)

3回 (北部、北東部、中心部)

令和4年度病床整備事前協議の実施に向けた検討

2022/2/7

令和3年度第3回横浜地域地域医療構想調整会議

1 病床整備事前協議実施に向けた横浜市の考え方

横浜市の基本的な考え方

- 横浜市では、将来の高齢者数の増加に伴い、がん、急性心筋梗塞、脳卒中、肺炎、骨折等の患者や救急患者の増加が見込まれます。
- 市域において、高度急性期や急性期の病床は充足していることから、今後不足が見込まれる回復期・慢性期機能の病床を中心に整備したいと考えています。
- 新型コロナウイルス感染症の影響で、患者の受療行動が変化しているのではないかという声もありますが、施設整備には数年間にわたる期間を要することを考慮すると、本市としては、新型コロナウイルス感染症収束後のことも見据えて、毎年度公募を実施し、計画的かつ段階的な整備を進め、高齢化の進展に対する準備を確実に進めることが必要と考えます。

書面による意見聴取の実施について（案）

- より丁寧にご意見を伺うため、本日この場での協議に加え、補完的に「書面による意見聴取」（次頁参照）を実施したいと考えます。

2 「書面による意見聴取」の実施について（案）

書面による意見聴取の内容（案）

- 下記①・②について、自由記載の形式としてはどうか。
 - ① 横浜市の基本的な考え方を踏まえた病床整備の在り方について
 - ② 病床整備事前協議を実施する場合の公募要件について

<公募要件についてご意見を記載いただく際に、参考としていただきたい検討の視点>

- 【例】
- ・配分すべき病床機能・入院料
 - ・配分すべき病床の稼働予定時期
 - ・配分すべき病床数 等

スケジュール（案）

<令和4年>

- 2月：委員へ意見聴取の書面を送付
- 3月：ご意見のとりまとめ。委員へ共有
- 4～5月：令和4年度病床整備事前協議の方針案を作成（横浜市）
- 6～7月：地域の医療関係者から意見聴取（地域医療検討会等）
- 8月：令和4年度第1回地域医療構想調整会議にて協議

3 増床意向等アンケートの実施について（予定）

趣旨

- 市内既存病院の増床・機能転換の意向を予め確認し、「病床整備事前協議」の実施有無に関わらず、中長期的な支援につなげる。
- アンケート結果の概要は、地域医療構想調整会議等に共有し、今後の病床整備の検討において参考とする。（病院名は非公表）

内容（案）

- 増床・機能転換の意向の有無
- 意向ありの場合、病床機能・病床数・時期 等

実施時期

- 令和4年4月頃を予定

その他

- アンケート結果を踏まえ、必要に応じて、市より個別ヒアリングを実施

（2）令和4年度病床整備事前協議の実施に向けた検討について【資料2】

（伏見会長）

よろしいでしょうか。続きまして、議題2（2）令和4年度病床整備事前協議の実施に向けた検討について、事務局からの説明をお願いいたします。

（事務局）

（説明省略）

（伏見会長）

ありがとうございました。今の説明についてご質問・ご意見等ありましたらお願いいたします。

（窪倉委員）

まず1つは書面による意見聴取のところで、横浜市の基本的な考え方を踏まえた病床整備の在り方について意見を求めるとありますが、この基本的な考え方自体についても意見してよろしいですね。要するに整備をしっかりと。それから、計画的・段階的に整備を進めて準備を確実にすると。方向性が非常に固定的に見えるので、慎重にやるべきだという意見も含めて出してよろしいですね。それが1つです。まずそこからよろしいですか。

（事務局）

窪倉委員、ありがとうございます。そういったご意見も含め、幅広いご意見を頂きたいと思っております。

（窪倉委員）

この間、公募した数が全部満たない状況が結果的には出ておりますよね。ここの点を少し慎重に考えていかないといけないのではないかと私自身が思っているものですから。

それから2つ目は、提出された資料についての意見というか希望がありますが、よろしいでしょうか。2つございます。1つは構想区域別の病床稼働率について、細かい資料提供を頂きました。回復期病床の稼働率がかなり高いということをお願いののだろうなと思っておりますが、地域医療構想を検討するときから回復期機能を担う病床が少ないという実態について、幾つかの意見がございました。その中で、急性期の病床の一部が実質的には回復期機能を担っていることがあるのではないかと指摘があつて、これはかなり全国的にあつた意見だと思っております。そうした理由から、急性期の病床機能をもう少し可視化して、定量的な基準をもって分析すべきだという意見がありました。神奈川県でも例えば手術、救急、重症度・看護必要度、この3つの指標をもって急性期の一般型と急性期の

地域密着型の2つの類型に分けて分析しようということを行ったことがありました。横浜市でも実質的な回復期機能を担っている地域密着型の病床がどのくらいあるのか、そしてその病床はどのくらいの病床稼働率があるのか、これから患者さんを吸収する余力があるのかないのか、実態把握をしてもいいのかなと思います。今回は、分析の期間、検討の期間が非常に長く取られておりますので、そうしたことができるとうち少し議論が深まるのではないかなと思います。

もう一つございます。今回提示された看護補助者に関するアンケート結果についてですが、残念ながら今回の資料では看護補助者の採用について困難であるという実態が、当事者の声は分かるのですが、客観的な形としては分からないと思っています。そのことについて47ページでは、看護補助者の需給資料をこれから整えると。収集中だという記載があります。しかしながら、これについては既に去年の7月に厚労省が、各自治体が最新の第8期の介護保険事業計画に盛り込んだ今後のサービス提供量、見込み量を基にして、新たな介護職員の必要性を公表しています。それによれば、2025年では32万人の不足、2040年では69万人の不足を推計しています。この数は介護ですから、実は看護補助者が入っていないわけです。ですので、相当な不足が既に見込まれているわけです。

もう一つの問題は、こういう介護系職員の処遇問題で、今の岸田内閣も介護職員の給料を上げると言っていますけれども、これは介護保険に従事している人の給料です。それも微々たるものだと思いますが、ご存じのとおり、病院の看護補助者にはその処遇改善は及ばないわけですので、やはり病院の中での介護職員の雇用は相当厳しいです。ですので、回復期・慢性期のベッドを増やすことは人材面でも相当な困難を持っているんだということがよく分かるように示していただかないと、議論がベッド増ありきになってしまいますから、そこを大層心配しております。時間がありますので、客観的な資料整備をよろしくお願ひしたいと思ひます。以上です。

(伏見会長)

ありがとうございました。事務局、何かありますでしょうか。

(事務局)

窪倉委員、ありがとうございました。市と県で協力して、資料については作成したいと思ひます。

(伏見会長)

よろしくお願ひいたします。ほかにご意見はありますか。

(小松委員)

県医師会の小松です。先ほど病床利用率を全県の中で見せていただきました。回復期とか慢性期は横浜が周りよりもちょっと高い数字、つまり病床が不足していると考えられるものだと思いますが、我々の実感からすると回復期とか療養病床は一般病床と違って100%が目標で各病院が運営しているのです、むしろ逆です。90%とかで高いなと思われる

かもしれませんが、病院を運営している側からすると、むしろ患者が少ない。これが多分、我々の現場の肌感覚であることが1つ。

もう一つは、いつまでも看護補助者という言葉を使っている時点で介護職員は絶対に病院に集まらないと思います。病院だろうが介護施設だろうが介護職員という呼び名にして仕事として独立させてあげなければいけないと思いますが、そういったことも含めてそちらを補充する政策がないのであれば、私の理屈から言うと、今言ったように病床利用率はどこも満床で逼迫している状況ではないと。一方で、介護職員はこの数年間、絶望的なぐらい足りないし、集めるすべも今のところないと。であるならば、病床を新たに増やすことはできません。やればやるほどお互いの首を絞めて、ますますひどいことになって市民が困るという考え方もあると思いますので、その議論をなしにしてベッドだけ増やし続けるのはもうそろそろやめたほうがいいのではないかということはあると思います。以上です。

(伏見会長)

ありがとうございました。ほかにご意見はありますか。それでは、多くの意見・要望等をたくさん頂きましたので、それに合わせて作業をぜひ進めていただきたいと思います。事務局はどうぞよろしく願いいたします。

令和3年度第3回横浜地域地域医療構想調整会議（書面による意見聴取） 委員意見等

1 横浜市の基本的な考え方を踏まえた病床整備の在り方について

○ 吉澤委員

- ・ 必要病床機能については、慢性期・回復期の要素が高いと考えている。病床数の検討が先行していかずに、マンパワーの確保と共に必要な病床機能の種類・市域のみでなく県域も踏まえた活用状況やその活用が促進できる方法の検討が必要である。
- ・ 地域医療においては、在宅に医療・ケアサービスが届けられる機能が重要であり、訪問診療（歯科含む）・訪問看護やリハビリ・NST 機能も拡充していく必要がある。また、病院と在宅との中間的役割で医療ケアにも対応できる看護小規模多機能施設も重要で設置が促進されていくことを願っている。
- ・ 病床機能拡大が円滑に進められるためには人材の確保が重要である。発掘・採用・定着がすすめられることや今いる人材が安全に健康的に働き続けられること・学び続けられることも視野に入れた検討と整備が必要と考える。その中核的な機能が担える看護協会のナースセンター機能の拡充が重要である。ナースセンターと横浜市・神奈川県が共同で進めていく事業展開が求められる。例えば採用困難職種である看護補助者は介護福祉士などと異なり資格要件に伴う処遇がない状況があるため、資格取得につながるような育成の仕組みなど積極的な支援方法の検討等をお願いしたい。

○ 新納委員

「横浜市の基本的な考え方」は、概念として理解するものの、具体的な整備水準が示されていない。

地域医療構想上の必要病床数、保健医療計画（医療計画）上の基準病床数は、国が定めたものであるが、その算定式、引用データから導き出されたものが、地域の実態を正確に反映したものなのか検証が必要ではないか。

神奈川県は、基準病床数の算定式について「地域の実態に即した算定式のあり方を検討しよう」国に要望しているとのことだが、具体的な提案をしているのかなど、どのような要望を行っているのか示すべきである。

目指すべき整備水準（病床数）を明確にし、そのために必要な人材確保策や効率的な医療提供体制等を考えるべきである。

新型コロナの影響で、市民の受療行動の変化を見極めるのが難しい状況であること、また第8次医療計画の策定も控えている中で、病床整備事前協議の実施を一時凍結してでも、あるべき整備水準を慎重に議論すべきではないか。

横浜市は、増床意向等のアンケートを実施するとしている。良い機会なので、増床等の意向に止まらず、各医療機関が地域の医療をどのように捉えているのか、将来をどのように見通しているのか、改めて調査し、それも材料に議論を進めていくことを提案す

る。

また、今回の調整会議では療養病床増と相応の精神科病床の減について問題提起された。精神科病床については県の権限であり、療養病床については市の権限である。このギャップを県と市が事前に調整しておくべきであった。今後も同様の計画が出される可能性があることから、その取扱い及び対応方針について明確にするべきである。

○ 三角委員

横浜市の分析は妥当なものとする。当エリアで行っている地域医療検討会でも、回復期及び慢性期の病床が不足しており、増床の必要があるとの意見の一致を得ている。

ただし、コロナの影響で今後の受療行動が不確実なこと、医療従事者の確保が困難なこと、新たな土地確保や増床の投資を行う資金確保が難しいこと等の理由で、実際に手を挙げることを躊躇している事業団体がほとんどである。病床不足が今後さらに悪化し、市民から直接要望が出るような状況が生じると、横浜市外の事業団体の新たな参入を認可せざるを得ないことになり、これまで築いてきたバランスを崩すことになりかねない。行政として、資金援助等を踏まえた長期的視野に立った医療提供計画を考えていただきたいと思う。

○ 寺内委員

国の医療計画においては5疾病、5事業が言及されており、横浜市の医療計画においても、これらを意識していると思う。しかしながら、この中に含まれない「透析」に関する医療体制が、コロナ禍では横浜市のみで維持することが極めて困難で、近隣する市に依存する状況に陥っている。コロナ禍という特殊な状況といえどもそれまでだが、今後も同様の事態が生じたときに、横浜市は十分な対策を講じていなかったということがないようにした方がいいと思う。

○ 鈴木委員

- ・ 今回のコロナ禍は、年齢の制限なしに高度医療が必要である事を示した。
- ・ ポストコロナでも、低い自己負担金制度とフリーアクセス権を持ち、逆に適切なトリアージ体制をもたない日本では、この状況は続くと考えられる。
- ・ 地域の基幹である高度急性期病院では多くの合併症や認知症等、様々なケアの必要な高齢者への対応が必須である。非常に手間がかかるため手厚い看護体制が必要である。このため急性期病棟を高度急性期に転換する事が有用と認識している。(診療報酬改定もこの方向に向いている)市が考える「高度急性期病床は充足」には疑問がある。
- ・ 現在、急性期病床が回復期や療養病床化している現実がある。これは地域の基幹病院である高度急性期病院で治療をした高齢者が、気管切開や胃ろう、酸素投与等、未だ医療が必要な状態で下り搬送をしている影響と考える。急性期を増やさないのであるなら、回復期や療養病床だけでなく介護施設や在宅での医療提供体制を強化する必要がある。

- ・ 診療所、病院に次ぐ第3勢力となった在宅や医療者派遣グループの意見が必要。
- ・ 横浜は医師数や医療者数は多く病床数は少ない。これを上手く利用し適切な医療供給体制を構築することが、今後増える高齢者対応に有効と考える。
- ・ 今後の横浜市の医療は、回復期・慢性期の病床数増だけで解決できる問題ではない事は参加者全員が認識している。病床転換、機能変更、役割分担を目指し、有意義な会議になる事を望む。

○ 小松委員

今回の調整会議で示された横浜区域、県内全域の回復期病床、慢性期病床の病床利用率から言える事は「病床が不足している」のではなく、「病床が空いている」である。多くの回復期病床や慢性期病床の病床利用率は95～100%である。まず市内の回復期病床、慢性期病床を有する医療機関に「①患者がいらないから病床が空いている」のか、「②医療従事者が確保できないから病床を稼働できない」のか、「③常に満床であり病床を増やしたい」のかのアンケートを行うべきである。

①、②が多い場合に増床した場合、県医師会が従来から主張している患者、医療従事者の確保競争に拍車がかかり共倒れになる。

○ 窪倉委員

- ・ 配分病床の整備状況について

第2回調整会議を補完する書面会議にて、過年度配分病床の整備に時間がかかっており、配分病床に占める返還病床の割合が少なくないことから、平成30年度と令和2年度に配分した合計1,279床の規模が横浜市内の医療提供体制にとって大きな課題であった可能性について指摘した。令和3年度についても、病床配分枠は464床であったが、3回目会議で報告された配分病床案は154床であった。これらは、市内医療機関の潜在的増床能力の先細りや大規模な増床に伴う今後の困難を予感させる結果と言える。既存病床に勘定されながらいまだ未稼働な病床の今後の整備状況やその進捗による医療現場の状況を見極めながら慎重に整備を進めることが望ましいと考える。

- ・ 病院における看護補助者の確保困難な状況について

第3回調整会議に提示された資料には、看護補助者の採用の可能性／困難性を示す内容が残念ながら盛り込まれていなかった。この点について参考となるのは厚生労働省が発表した2021年7月の資料で、自治体が最新の介護保険事業計画(第8期)に盛り込んだ今後のサービス提供の見込み量を基に、新たな介護職員の必要数を公表している。それによれば、全国規模で[2025年度]約243万人 + 約32万人(5.3万人/年) [2040年度]約280万人 + 約69万人(3.3万人/年)の必要量と推計している。この数字には看護補助者の必要数は算入されていない。今一つの問題は、看護補助者には介護分野の処遇改善加算が及ばず、介護職員間格差のために、病院での看護補助者の確保は一層厳しくなっていることである。回復期・慢性期の病床にはと

りわけ看護補助者／介護者の配置が必要なので、病床整備の大きなハードルになることは間違いない。神奈川県や横浜市でもデータを把握し、実情を出して議論してはどうか。

2 病床整備事前協議を実施する場合の公募要件について

○ 水野委員

「地域医療にいかに関与できるか」を具体的に明示させる。

○ 吉澤委員

必要とされる病床の機能は必要と考える。また、①既存の医療機関の病床増床優先②回復期慢性期機能を担うもの③新興感染症等感染拡大時に陽性患者受け入れ機関になる前提でゾーニング等の観点から活用しやすく整備する場合等を条件とする考え方で公募され、さらに地域ごとでの意見交換を活発にされる中でその地域に求められる病床機能として認められて地域医療構想調整会議に手上げされ、マンパワーも整えられていけば良いと考える。

○ 新納委員

公募要件については今まで通りで良いと思う。しかしながら、横浜市保健医療協議会で議論があったように、病床増減については地域の医療連携が必要で、これは今後の連携ではなく、今までに連携がなされていたかが重要である。特に医師会、病院協会に入会していないものが地域連携していたとは思えない。医師会のような任意団体の入会が、公募要件に絡むのはよくないとの意見があったが、国はすべてにつけ、地域の医師会と相談する事としている。医師会は任意団体ではあるが、ある意味では日本の医療を支える重要な公的団体に匹敵する。医療に於いては、それぞれのいわゆる任意団体の入会も公募要件に含まれてもいいのではないか。

○ 鈴木委員

- ・ 急性期から病床数を減らし、HCU・CCU/SCU・ICU等への病床機能転換は認める。
- ・ 新規増床の場合は、救急対応を必須にすべきと考える（回復期でも）。
- ・ 申請から稼働開始は、新築は5年以内、改装・改築は3年以内
- ・ 精神科病床からの変更は、同等の病床減を実施するとともに、身体合併症を持つ症例の受け入れを推奨

○ 小松委員

仮に病床公募を行う場合は土地確保、人材確保の現実的なプランがあるか、病床配分後遅くとも（例えば）2年で病床が稼働するかなどは考慮すべきである。

令和3年度第3回地域医療構想調整会議結果概要について

	横浜	川崎	相模原	三浦半島	湘南東部	湘南西部	県央	県西
共通議題（報告のみ）	R4.2.7（月）19時～ 開催方法： ハイブリッド形式	書面	書面	書面	書面	書面	書面	書面
1 地域医療構想をめぐる国の検討状況等について	<p>【主な意見】</p> <p>○新興感染症等対応に関する検討については、検査・ワクチン接種等の対応と医療提供体制等の検討が整合性をもって行われるようお願いしたい。（川崎）</p> <p>○医師の働き方改革は、時間外の救急医療に多大な影響があるため、事前に各医療機関へのアンケート調査や救急医療体制についての検討等が必要である。（川崎）</p> <p>○今後はICTを活用した医療・介護の連携強化のための環境整備や、在宅療養支援体制の充実を図る促進策などさらなる国・県による支援の検討が必要である。（相模原）</p> <p>○病床数の必要量の算定にあたっては、新型コロナウイルス感染症における地域医療の対応状況の検証を行い、新興感染症等の影響や今後の高齢化の進展を見据えた推計方法とするとともに、必要な病床機能について地域の実情を踏まえて選択できるような工夫が必要である。（相模原）</p> <p>○今後も地域医療構想を三浦半島で成功させるために、三浦半島地区の特性も考慮し、現場の意見にも配慮していく必要があると考える。地域医療構想と地域福祉や介護障害分野との連携も必要である（三浦半島）</p> <p>○推進会議は、圏域における保健、医療、福祉に係る重要事項を協議することを目的とする会だが、病床転換の協議や外来医療機能に関する協議など推進会議に全てを委ねることなく、県が明確な方針を示し、地域でのWG等を十分活用できる体制を整えていただきたい。（県央）</p> <p>○第8次医療計画に盛り込まれる「新興感染症対応」に示されている「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」はどのような病床を指しているのかが不明。地域医療構想の基本的な枠組みは維持しつつとするならば、新興感染症対応のどの役割の病床を、どの区分の病床に当てるのかをある程度明確にした方がいいように思う。その辺りのデータも示していただけるとありがたい。（県央）</p>							
地域の個別議題								
2 【横浜、三浦半島】 令和3年度病床整備事前協議について【非公開】	事務局案を了承			事務局案を了承				
3 【横浜】 令和4年度病床整備事前協議の実施に向けた検討について	事務局案を了承							
	<p>【主な意見】</p> <p>○急性期病床の実態把握により議論がより深まるのではないかと。病床を増やすことは人材の確保を伴うため、そういった視点も含めた客観的な資料整備をお願いしたい。</p>							
4 【横浜】 「2025年に向けた対応方針」の更新について	事務局案を了承							
	○特に意見なし							
5 【県央】 ・県央地区における居住施設等の介護サービス（医療対応）等調査の変更（案）について ・高齢者施設調査について							事務局案を了承	
	<p>【主な意見】</p> <p>○現在、新型コロナウイルス感染症の施設でのクラスター発生の対応に関して医師会として検討をしているが、この施設調査で、協力医など施設の状況が分かり参考になる。</p> <p>○データをもとに海老名市、海老名市内の高齢者施設、救急告示の3病院で話し合いを持つことができた。継続的に話し合いを続け信頼関係を醸成した上で協力できる場所を模索したいと考える。</p>							

令和4年度第1回横浜地域 地域医療構想調整会議
資料6

報告：地域医療介護総合確保基金（医療分）について

Kanagawa Prefectural Government

1 これまでの分野別、地域別の活用状況について

(1) 分野別活用状況

ア 当基金における事業の分野

事業区分Ⅰ-1：地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業（R2年度までの区分Ⅰ。R3年度名称変更）

事業区分Ⅰ-2：地域医療構想の達成に向けた病床数又は病床の機能の変更に関する事業（R3年度新設区分）

事業区分Ⅱ：居宅等における医療の提供に関する事業

事業区分Ⅳ：医療従事者の確保に関する事業

事業区分Ⅵ：勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

【参考】国が示す標準的な事業例・・・・・・・・・・ 【参考資料1】

Kanagawa Prefectural Government

1 これまでの分野別、地域別の活用状況について

イ 積立額

(単位：百万円)

事業区分	H26	H27	H28	H29	H30	R01	R02	R3	合計
I	-	2,889	2,000	2,002	11	8	97	6	7,014
II	643	476	108	100	179	241	176	195	2,118
IV	3,207	576	1,562	1,330	1,622	1,549	1,494	1,142	12,481
VI	—	—	—	—	—	—	399	399	798
計	3,850	3,941	3,670	3,432	1,812	1,798	2,166	1,742	22,411

※ R4年度（要求ベース）

I：1,909百万円（うち区分I-1：1,909百万円、区分I-2：なし）、
II：256百万円、IV：1,960百万円、VI：80百万円 計4,205百万円

Kanagawa Prefectural Government

3

1 これまでの分野別、地域別の活用状況について

【参考1】国の予算額及び都道府県への配分方針等

○ 予算額（公費（=国2/3+地方1/3）ベース）

H26	H27	H28	H29	H30	R01	R02	R03	R04
544 億円	904 億円	904 億円	904 億円	934 億円	1,034 億円	1,194 億円	1,179 億円	1,029 億円

○ 都道府県への配分方針

区分I-1、II、IVについては、予算の範囲内に一律圧縮の上、メリハリある配分（医師少数都道府県や医師少数区域に置ける医師の確保に重点的に配分）を行う。

また、区分VIについては、予算の範囲内に調整し配分を行う。

Kanagawa Prefectural Government

4

1 これまでの分野別、地域別の活用状況について

ウ 分野別の執行状況

(単位：百万円)

事業区分	H26	H27	H28	H29	H30	R01	R02	R03	計	残高 (R03年度末)
I	-	83	1,453	837	561	1,399	887	443	5,663	1,371
II	98	352	255	260	275	264	192	208	1,904	215
IV	1,182	1,411	1,925	1,787	1,476	1,365	1,290	1,321	11,757	817
VI	—	—	—	—	—	—	19	170	189	610
計	1,280	1,846	3,633	2,884	2,312	3,028	2,388	2,143	19,513	3,013

※ R4年度(当初予算額)

I：1,909百万円(うち区分I-1：1,909百万円、区分I-2：なし)、

II：256百万円、IV：1,960百万円、VI：80百万円 計4,205百万円

【参考】神奈川県県計画に位置付けた事業の概要・・・【参考資料2】

Kanagawa Prefectural Government

5

5

(2) 県内の地域別執行状況

(地域医療介護総合確保基金(医療分)、平成26～令和3年度)

(千円)

公民区分	事業区分	横浜	川崎北部	川崎南部	相模原	横須賀・三浦	湘南東部	湘南西部	県央	県西	その他(全県対象)	計
公	I	1,041,801	263,718	0	67,419	39,028	123,030	258,138	908,876	3	2,290	2,704,303
	II	88,053	5,501	5,212	4,956	21,269	10,239	11,332	22,813	10,795	79,172	259,341
	IV	963,956	277,652	199,799	174,072	263,189	481,457	510,328	387,918	215,794	1,220,606	4,694,771
	VI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	2,093,811	546,871	205,011	246,446	323,485	614,726	779,798	1,319,607	226,592	1,302,068	7,658,415
民	I	1,484,748	172,190	80,818	7,742	129,658	270,197	99,855	654,988	9,586	18,433	2,928,216
	II	560,180	56,208	67,365	47,451	151,764	119,223	122,990	167,970	81,580	270,057	1,644,787
	IV	3,192,048	538,066	144,812	359,829	352,977	509,822	339,061	545,027	569,087	548,687	7,099,416
	VI	27,930	0	95,360	42,134	0	0	0	18,620	4,776	0	188,820
	計	5,264,906	766,464	388,354	457,156	634,398	899,242	561,907	1,386,605	665,029	837,178	11,861,239
計	I	2,526,549	435,908	80,818	75,161	168,685	393,227	357,993	1,563,864	9,589	20,723	5,632,518
	II	648,233	61,708	72,576	52,406	173,032	129,462	134,322	190,783	92,375	349,230	1,904,128
	IV	4,156,004	815,718	344,611	533,900	616,166	991,279	849,390	932,945	784,881	1,769,293	11,794,187
	VI	27,930	0	0	42,134	0	0	0	18,620	4,776	0	188,820
	計	7,358,717	1,313,335	593,365	703,602	957,884	1,513,968	1,341,705	2,706,212	891,621	2,139,245	19,519,654

注)当基金における「公」の定義

・都道府県及び市町村

・医療法(昭和23年法律第205号)第31条に規定する公的医療機関及び国、独立行政法人、国立大学法人及び地方独立行政法人が開設した医療機関

・都道府県、市町村、独立行政法人、国立大学法人及び地方独立行政法人が開設した介護施設等

6

令和4年度第1回横浜地域 地域医療構想調整会議
資料7

報告：令和3年度病床機能報告(速報値)について

Kanagawa Prefectural Government

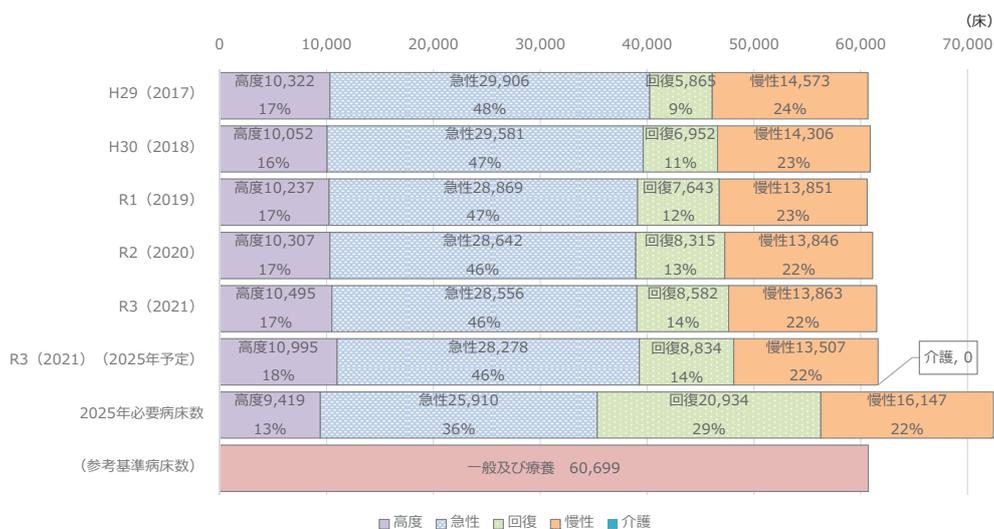
1. 速報値（県全体）

項	4機能区分						計
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	介護医療院等	
2021.7.1 時点(A)	10,495	28,556	8,582	13,863	712	—	62,208
2025時点(B)	10,995	28,278	8,834	13,507	273	—	61,887
必要病床数(C)	9,419	25,910	20,934	16,147	—	—	72,410
(A) - (C)	1,076	2,646	△ 12,352	△ 2,284	[712]	—	△ 10,202

※ 休棟中等には休棟中、廃止予定等のほか、未選択の病床数を含む。

Kanagawa Prefectural Government

2. 病床数の推移（病院＋診療所）

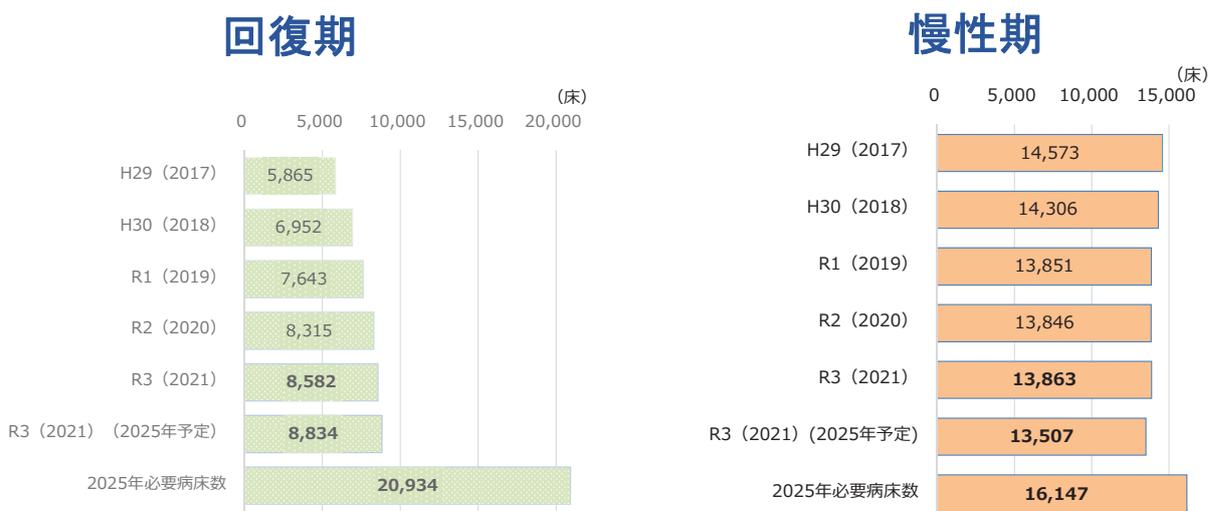


- 回復期は増加傾向
- 必要病床数として推計した4機能区分の割合と比較すると、急性期が多い状況

Kanagawa Prefectural Government

2

3. 回復期・慢性期病床数の推移



- 2025年の予定病床数に対する必要病床数
- 回復期：12,100床不足、慢性期：2,640床不足

Kanagawa Prefectural Government

3

令和4年度第1回横浜地域 地域医療構想調整会議 資料8

報告：外来機能報告制度について

Kanagawa Prefectural Government

目次

本資料で、今年度から始まる外来機能報告制度の大まかな概要について、国の資料を活用して報告させていただきます。

1. 外来医療の機能の明確化・連携について
2. 外来機能報告について
3. 今後のスケジュールについて

Kanagawa Prefectural Government

1. 外来医療の機能の明確化・連携について

令和3年2月8日
社会保障審議会医療部会資料抜粋

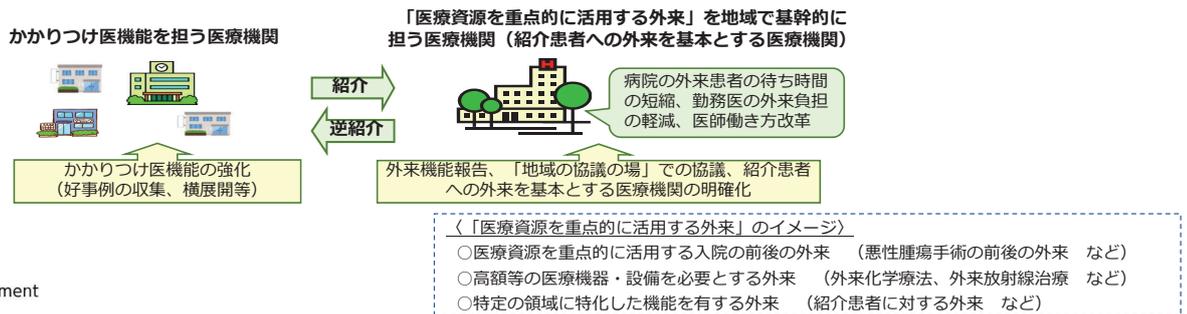
1. 外来医療の課題

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

2. 改革の方向性

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告（外来機能報告） 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（紹介受診重点医療機関）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



Kanagawa Prefectural Government

2

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の概要

令和3年6月3日
社会保障審議会医療部会資料

改正の趣旨

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

改正の概要

＜Ⅰ. 医師の働き方改革＞

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

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

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

＜Ⅱ. 各医療関係職種専門性の活用＞

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

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

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

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

＜Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保＞

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

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

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

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

3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】

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

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

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための 医療法等の一部を改正する法律の施行に向けて

令和3年6月3日
社会保障審議会医療部会資料

- 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律(令和3年法律第49号。以下「医療法等改正法」という。)については、令和3年5月21日に成立したところである。
- 今後、医療法等改正法の着実な施行に向けた準備を進めて行く必要があり、各検討会等(医師の働き方改革の推進に関する検討会、第8次医療計画に関する検討の場等)において、各改正項目の施行に向けた具体的な検討を行っていく。

(施行に向けて検討する改正項目)

・医師の働き方改革

追加的健康確保措置の詳細や医療機関勤務環境評価センターの運営に関する事項等の厚生労働省令で規定する内容等について検討
→医師の働き方改革の推進に関する検討会において検討

・医療関係職種の業務範囲の見直し

救急外来で業務を行う救急救命士の院内研修の実施方法等について検討
→救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会において検討

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

第8次医療計画に向けた基本方針等の改正に関する検討を進める中で、具体的な記載項目等について検討
→第8次医療計画に関する検討の場を設けて検討

・外来医療の機能の明確化・連携

医療資源を重点的に活用する外来、外来機能報告、地域における協議の場、医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関等について検討 →第8次医療計画に関する検討の場の下に、ワーキンググループを設けて検討

※「医師養成課程等の見直し」については、医道審議会において、施行に向けた検討を実施

※「地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援」に関しては、公布日施行となっており、同日付で、都道府県を通じ、取扱い等について周知済み

4

2. 外来機能報告について

<対象医療機関>

- 報告の実施主体は、病床機能報告対象病院等(※)であって、外来医療を提供するものの管理者
(※) 病院又は診療所であって療養病床又は一般病床を有するもの
- また、患者を入院させる施設を有しない診療所(無床診療所)の管理者も、報告することができる。とされている。
- 令和4年度は、国において、無床診療所のうち、医療資源を重点的に活用する外来を行っている蓋然性の高い無床診療所を抽出し、あらかじめ報告を行う意向を確認することを予定している。

(外来機能報告等に関するガイドラインより)

2. 外来機能報告について

<報告項目>

(1) 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況

① 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の概況〔NDBで把握できる項目〕

- 医療資源を重点的に活用する外来の類型ごとの実施状況を報告

<報告イメージ>

	日数	初診(再診)の外来延べ患者数に対する割合
初診の外来の患者延べ数	日	—
医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	日	9%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	—
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	—
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	—
再診の外来の患者延べ数	日	—
医療資源を重点的に活用する外来の患者延べ数	日	9%
医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来の患者延べ数	日	—
高額等の医療機器・設備を必要とする外来の患者延べ数	日	—
特定の領域に特化した機能を有する外来の患者延べ数	日	—

※「患者延べ数」とは、患者ごとの受診日数を合計したものである。

② 医療資源を重点的に活用する外来の実施状況の詳細〔NDBで把握できる項目〕

- 医療資源を重点的に活用する外来のうち、主な項目の実施状況を報告

<報告イメージ>

初診の医療資源を重点的に活用する外来		再診の医療資源を重点的に活用する外来	
外来化学療法加算を算定した件数	件	外来化学療法加算を算定した件数	件
外来放射線治療加算を算定した件数	件	外来放射線治療加算を算定した件数	件
CT撮影を算定した件数	件	CT撮影を算定した件数	件
MRI撮影を算定した件数	件	MRI撮影を算定した件数	件
PET検査を算定した件数	件	PET検査を算定した件数	件
SPECT検査を算定した件数	件	SPECT検査を算定した件数	件
高気圧酸素治療を算定した件数	件	高気圧酸素治療を算定した件数	件
画像等手術支援加算を算定した件数	件	画像等手術支援加算を算定した件数	件
悪性腫瘍手術を算定した件数	件	悪性腫瘍手術を算定した件数	件

(2) 「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」となる意向の有無〔NDBで把握できない項目〕

Kanagawa Prefectural Government

(外来機能報告等に関するガイドラインより)

6

2. 外来機能報告について

<報告項目>

(3) 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要なその他の事項

① その他の外来・在宅医療・地域連携の実施状況〔NDBで把握できる項目〕

- 地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況を報告

<報告イメージ>

生活習慣病管理料を算定した件数	件	往診料を算定した件数	件
特定疾患療養管理料を算定した件数	件	在宅患者訪問診療料(Ⅰ)を算定した件数	件
糖尿病合併症管理料を算定した件数	件	在宅時医学総合管理料を算定した件数	件
糖尿病透析予防指導管理料を算定した件数	件	診療情報提供料(Ⅰ)を算定した件数	件
機能強化加算を算定した件数	件	診療情報提供料(Ⅲ)を算定した件数	件
小児かかりつけ診療料を算定した件数	件	地域連携診療計画加算を算定した件数	件
地域包括診療料を算定した件数	件	がん治療連携計画策定料を算定した件数	件
地域包括診療加算を算定した件数	件	がん治療連携指導料を算定した件数	件
オンライン診療料を算定した件数	件	がん患者指導管理料を算定した件数	件
		外来緩和ケア管理料を算定した件数	件

② 救急医療の実施状況〔病床機能報告で把握できる項目〕(病床機能報告で報告する場合、省略可)

- 休日に受診した患者延べ数、夜間・時間外に受診した患者延べ数、救急車の受入件数を報告

<報告イメージ>(病床機能報告と同様)

	人数・件数
休日に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
夜間・時間外に受診した患者延べ数	人
上記のうち、診察後直ちに入院となった患者延べ数	人
救急車の受入件数	件

③ 紹介・逆紹介の状況(紹介率・逆紹介率)〔NDBで把握できない項目〕

- 紹介率・逆紹介率を報告(初診患者数、紹介患者数、逆紹介患者数)

Kanagawa Prefectural Government

(外来機能報告等に関するガイドラインより)

7

2. 外来機能報告について

<報告項目>

④ 外来における人材の配置状況〔専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告で把握できる項目〕(病床機能報告で報告する場合、重複項目は省略可)

- ・ 医師について、施設全体の職員数を報告
- ・ 看護師、専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師、准看護師、看護補助者、助産師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、臨床工学技士、管理栄養士について、外来部門の職員数を報告

※ 勤務時間の概ね8割以上を外来部門で勤務する職員を計上。複数の部門で業務を行い、各部門での勤務が通常の勤務時間の8割未満となる場合は、外来部門の職員として計上(病床機能報告と同様の計上方法)

<報告イメージ> (専門看護師・認定看護師・特定行為研修修了看護師を除き、病床機能報告と同様)

	常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)		常勤(実人数)	非常勤(常勤換算)
<施設全体>	-	-	助産師	人	人
医師	人	人	理学療法士	人	人
<外来部門>	-	-	作業療法士	人	人
看護師	人	人	言語聴覚士	人	人
専門看護師・認定看護師・ 特定行為研修修了看護師	人	人	薬剤師	人	人
准看護師	人	人	臨床工学技士	人	人
看護補助者	人	人	管理栄養士	人	人

⑤ 高額等の医療機器・設備の保有状況〔病床機能報告で把握できる項目〕(病床機能報告で報告する場合、省略可)

- ・ マルチスライスCT(64列以上、16列~64列、16列未満)、その他のCT、MRI(3テスラ以上、1.5~3テスラ未満、1.5テスラ未満)、血管連続撮影装置(DSA法を行う装置)、SPECT、PET、PETCT、PETMRI、ガンマナイフ、サイバーナイフ、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置、内視鏡手術用支援機器(ダヴィンチ)の台数を報告

Kanagawa Prefectural Government

(外来機能報告等に関するガイドラインより)

8

【参考】紹介受診重点医療機関について

紹介受診重点医療機関について

令和4年3月16日
第7回外来機能報告等に関するワーキンググループ参考資料

- 外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来の機能に着目して、以下のとおり紹介患者への外来を基本とする医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化する。
 - ① 外来機能報告制度を創設し、医療機関が都道府県に対して外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無等を報告し、
 - ② 「地域の協議の場」において、報告を踏まえ、協議を行い、協議が整った医療機関を都道府県が公表する。

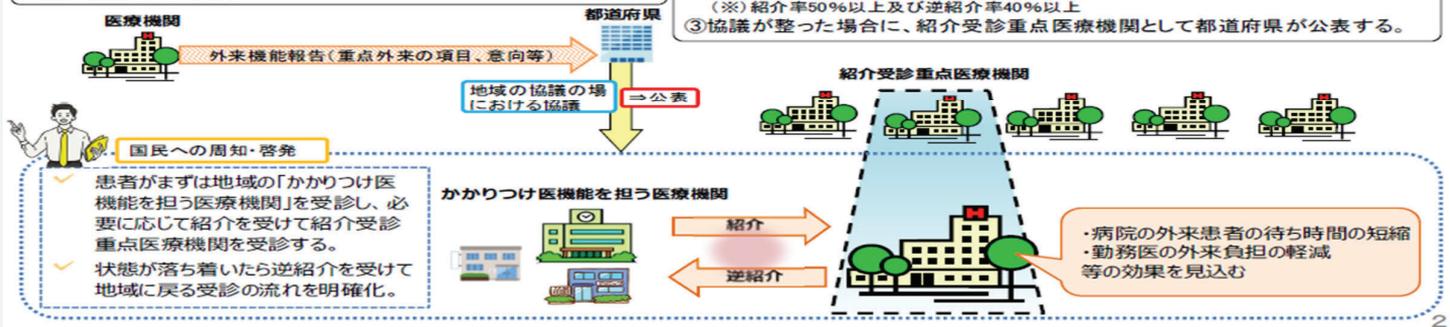
※ 紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上の病院に限る。)は、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となる。

【外来機能報告】

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

【地域の協議の場】

- ① 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準(※)を満たした医療機関については、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を確認し、紹介率・逆紹介率等も参考にしつつ協議を行う。
(※) 初診に占める重点外来の割合40%以上 かつ
再診に占める重点外来の割合25%以上
- ② 医療資源を重点的に活用する外来に関する基準を満たさない医療機関であっても、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を有する医療機関については、紹介率・逆紹介率等(※)を活用して協議を行う。
(※) 紹介率50%以上及び逆紹介率40%以上
- ③ 協議が整った場合に、紹介受診重点医療機関として都道府県が公表する。



2

9

【参考】定額負担の対象病院の拡大について

- 令和4年度診療報酬改定において、外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲等が見直された。
- 紹介受診重点医療機関のうち一般病床200床以上の病院については、令和4年10月1日以降、紹介状がない患者等の外来受診時の定額負担の対象となる。

定額負担の対象病院拡大について

【医療保険部会資料(一部改)令和2年12月23日】

- 大病院と中小病院・診療所の外来における機能分化を推進する観点から、紹介状がない患者の大病院外来の初診・再診時の定額負担制度の拡充が必要がある。
- 現在、外来機能報告(仮称)を創設することで、新たに「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(紹介患者への外来を基本とする医療機関)を、地域の実情を踏まえつつ、明確化することが検討されている。
- 紹介患者への外来を基本とする医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、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こととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関間相互間の機能の分担が進むようにするために、当該医療機関のうち、現在選定療養の対象となっている一般病床数200床以上の病院を、定額負担制度の徴収義務対象に加えることとする。

	病床数(※)	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
現在の定額負担(義務)対象病院	400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
	200~399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
現在の定額負担(任意)対象病院	200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
	全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)

出典：特定機能病院一覧等を基に作成(一般病床規模別の病院数は平成29年度医療施設調査より集計)
 ※ 病床数は一般病床の数であり、特定機能病院は平成31年4月、地域医療支援病院は平成30年12月時点。

10

【参考】令和4年度診療報酬改定(外来医療の機能分化等)

令和4年度診療報酬改定 I-4 外来医療の機能分化等-①

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し①

- 外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介状なしで受診した患者等から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲を見直すとともに、当該医療機関における定額負担の対象患者について、その診療に係る保険給付範囲及び定額負担の額等を見直す。

現行制度

- 【対象病院】
- ・特定機能病院
 - ・地域医療支援病院(一般病床200床以上に限る)
 - ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

- 【定額負担の額】
- ・初診：医科 5,000円、歯科 3,000円
 - ・再診：医科 2,500円、歯科 1,500円

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給(選定療養費) 7,000円	患者負担 3,000円

見直し後

- 【対象病院】
- ・特定機能病院
 - ・地域医療支援病院(一般病床200床以上に限る)
 - ・**紹介受診重点医療機関(一般病床200床以上に限る)**
 - ※上記以外の一般病床200床以上の病院については、選定療養として特別の料金を徴収することができる

- 【定額負担の額】
- ・初診：医科 **7,000円**、歯科 **5,000円**
 - ・再診：医科 **3,000円**、歯科 **1,900円**

- 【保険給付範囲からの控除】
 外来機能の明確化のための例外的・限定的な取扱いとして、定額負担を求める患者(あえて紹介状なしで受診する患者等)の初診・再診について、以下の点数を保険給付範囲から控除
- ・初診：医科 **200点**、歯科 **200点**
 - ・再診：医科 **50点**、歯科 **40点**

定額負担 7,000円	
医療保険から支給(選定療養費) 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)

【施行日等】令和4年10月1日から施行・適用。また、新たに紹介受診重点医療機関となってから6か月の経過措置を設ける。

【参考】令和4年度診療報酬改定（外来医療の機能分化等）

令和4年度診療報酬改定 I-4 外来医療の機能分化等-①

紹介状なしで受診する場合等の定額負担の見直し②

現行制度

【対象患者】

- ・初診：他の病院又は診療所からの紹介状なしで受診した患者
 - ・再診：他の病院（病床数200床未満に限る）又は診療所に対して、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者
- ※ 緊急その他やむを得ない事情がある場合には、定額負担を求めない。
 ※ 正当な理由がある場合には、定額負担を求めなくても良い。

《定額負担を求めなくても良い場合》 ※初診・再診共通

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治療協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

見直し後

➤ 定額負担を求めなくても良い場合について、以下のとおり見直す。

【初診の場合】

- ① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治療協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）

【再診の場合】

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
 - ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
 - ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
 - ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
 - ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
 - ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
 - ⑦ 治療協力者である患者
 - ⑧ 災害により被害を受けた患者
 - ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
 - ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（※急を要しない時間外の受診、単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合は認められない）
- ※ 再診の場合、定額負担の対象患者は、他の病院等に対して文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該医療機関を受診した患者であり、現行制度における①、②、③、④、⑤、⑥、⑦に該当する場合は規定されえないため、要件から削除。

【施行日等】令和4年10月1日から施行・適用。

Kanagawa Prefectural Government

（出典：外来機能報告等に関するガイドライン）

12

【参考】令和4年度診療報酬改定（外来医療の機能分化等）

令和4年度診療報酬改定 I-4 外来医療の機能分化等-②

紹介受診重点医療機関における入院診療の評価の新設

➤ 「紹介受診重点医療機関」において、入院機能の強化や勤務医の外来負担の軽減等が推進され、入院医療の質が向上することを踏まえ、当該入院医療について新たな評価を行う。

（新） 紹介受診重点医療機関入院診療加算 800点（入院初日）

【算定要件】

- (1) 外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の4第1項第2号の規定に基づき、同法第30条の18の2第1項第1号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）である保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- (2) 区分番号A204に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

Kanagawa Prefectural Government

（出典：外来機能報告等に関するガイドライン）

13

3. 今後のスケジュールについて

- 国が示した「外来機能報告等に関するガイドライン」によれば、令和4年度以降の具体的な年間スケジュールは以下のとおりである。

令和4年度については、原則として、都道府県において令和5年3月までに紹介受診重点医療機関を公表することが求められている。

4月～	<ul style="list-style-type: none">・ 対象医療機関の抽出・ NDB データ（前年度4月～3月）を対象医療機関別に集計
9月頃	<ul style="list-style-type: none">・ 対象医療機関に外来機能報告の依頼・ 報告用ウェブサイトの開設・ 対象医療機関に NDB データの提供
10～11月頃	<ul style="list-style-type: none">・ 対象医療機関からの報告
12月頃	<ul style="list-style-type: none">・ データ不備のないものについて、集計とりまとめ・ 都道府県に集計とりまとめを提供
1～3月頃	<ul style="list-style-type: none">・ 地域の協議の場における協議・ 都道府県による紹介受診重点医療機関の公表・ 都道府県に集計結果の提供

- 当該スケジュールを踏まえ、本県では、12月に提供される集計データを参考に、第3回地域医療構想調整会議（1月末～2月頃開催予定）において、「紹介受診重点医療機関」の明確化のための議論を行う。

説明は以上です。