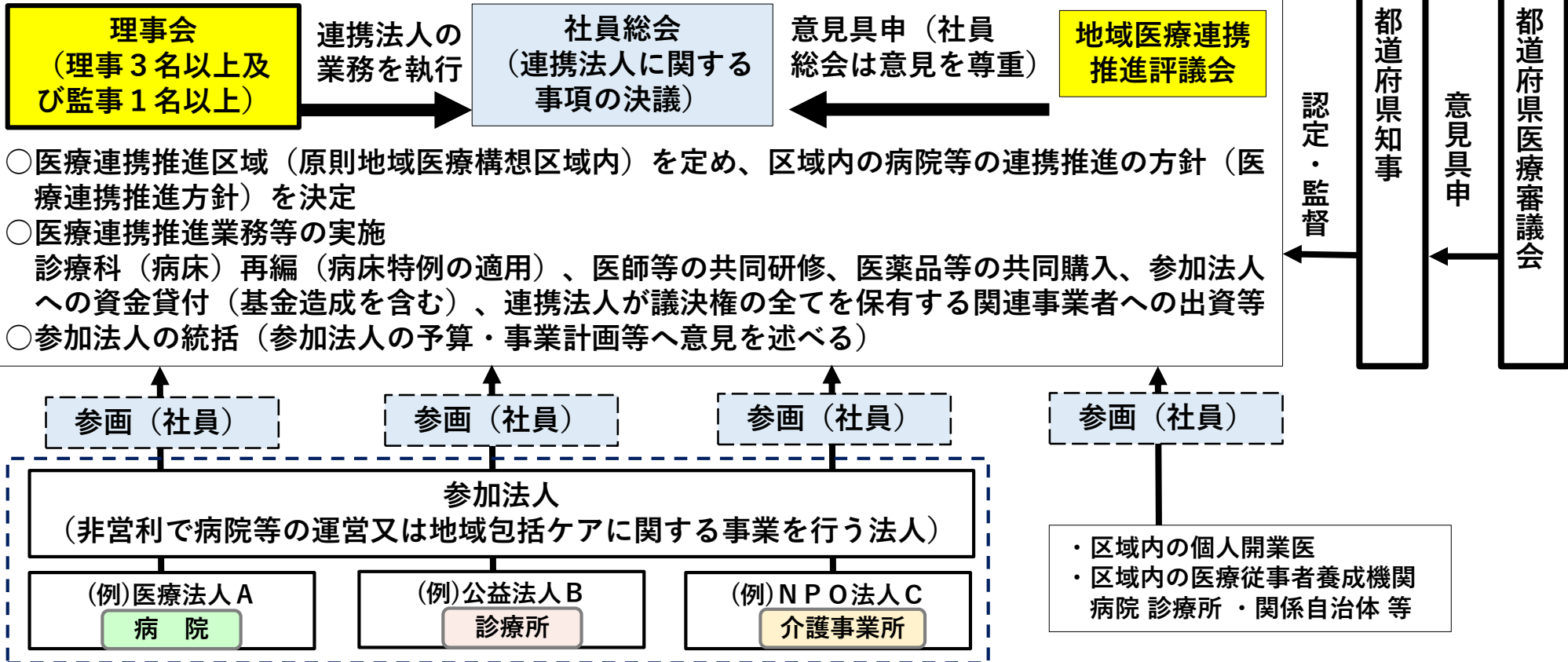


地域医療連携推進法人制度の概要

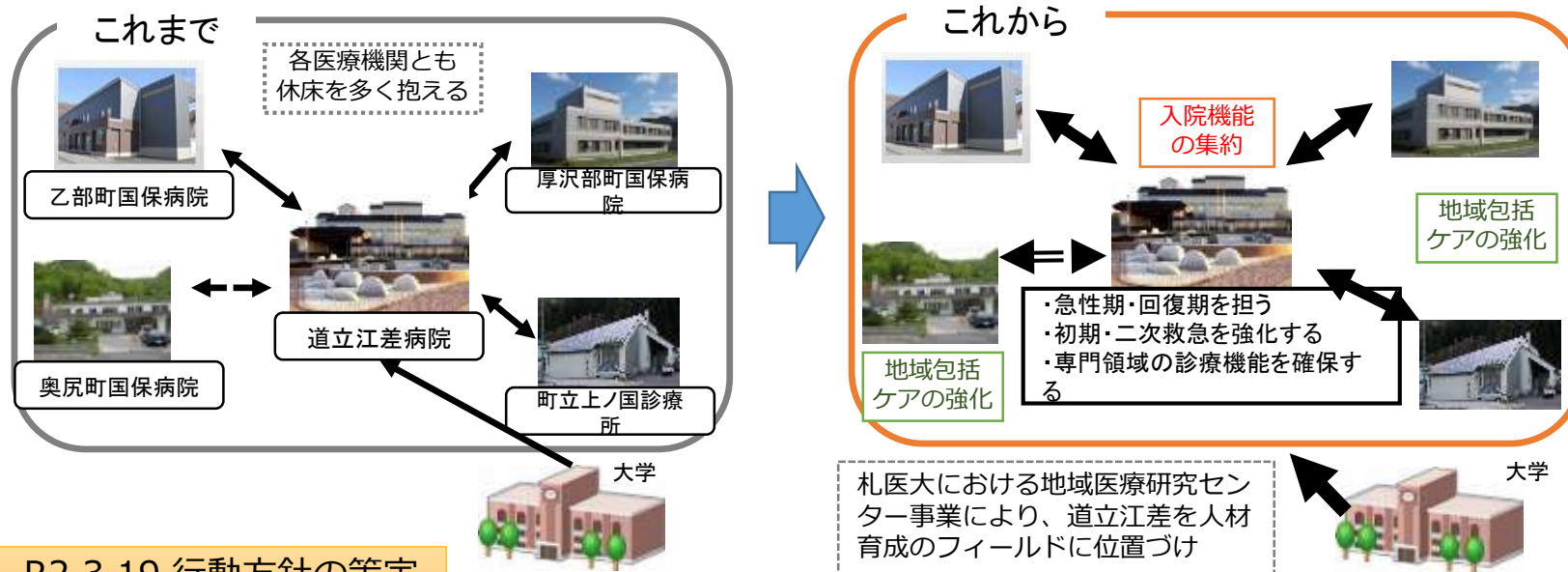
- ・医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢としての、新たな法人の認定制度
- ・複数の医療機関等が法人に参画することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保

地域医療連携推進法人



- 一般社団法人のうち、地域における医療機関等相互間の機能分担や業務の連携を推進することを主たる目的とする法人として、医療法に定められた基準を満たすものを都道府県知事が認定 (認定基準の例)
 - ・病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院のいずれかを運営する法人が2以上参加すること
 - ・医師会、患者団体その他で構成される地域医療連携推進評議会を法人内に置いていること
 - ・参加法人が重要事項を決定するに当たっては、地域医療連携推進法人に意見を求めることを定款で定めていること

問題意識：「今ここで、関係者が力を合わせ、将来を見据えた医療提供体制を作り上げていかなければ、人口減少が急速に進む南檜山の医療は守れない」



R2.3.19 行動方針の策定

- 「南檜山の患者は、できるだけ南檜山で診る」ことを指向し、圏域全体で目指すべき医療の方向性を示す、『**南檜山圏域の医療を確保するための行動方針**』を策定。
 - ポイント
 - ・ 入院機能をできるだけ江差病院に集約する。
 - ・ 各町立医療機関は、地域包括ケアの拠点としての機能を担う。
- 今後、本行動方針を踏まえ、令和3年度以降の新たな「公立病院改革プラン」及び「介護保険事業計画」を道及び各町において令和2年度中に策定し、限られた医療資源を効果的・効率的に活用しながら、関係者が力を合わせ、南檜山圏域全体で将来にわたり持続可能な医療提供体制の構築に向けて取り組む。
- また、本行動方針に基づく取組を関係者が一体となって進めるため、「地域医療連携推進法人」の設立を進める。(R2.9.1設立)
- さらに、国の「重点支援区域」への申請について、地域医療構想調整会議で合意。(R2.8.25選定)

- 令和2年3月16日 名寄市病院事業と士別市病院事業が本年10月にも「地域医療連携推進法人」を設立する旨公表。(R2.9.1設立)
- 名寄市立総合病院に急性期医療を集約し、士別市立病院は主に回復期・慢性期の患者を担う機能分担により、効率的な医療提供体制を目指す。



名寄市立総合病院

一般病床 300床
 ・高度・急性期 252床
 ・回復期 40床 (地域包括ケア)
 ・休床 8床
 (精神55床 感染症4床)

地方・地域センター病院
 救命救急センター
 災害拠点病院
 周産期母子医療センター

2病院による
 意見交換を
 重ねる

地域医療連
 携推進法人
 を設立する
 旨表明



士別市立病院

一般病床 148床
 ・急性期 60床
 ・慢性期 88床
 (うち地域包括ケア病床27床)

救急告示病院
 在宅療養支援病院

地域医療連携推進法人の概要

- 名称(仮称) : 地域医療連携推進法人「上川北部医療連携推進機構」
- 参加団体 : 名寄市(名寄市立総合病院)、士別市(士別市立病院) ※今後拡大を検討
- 区域 : 上川北部圏域 ※今後拡大を検討
- 具体的な取組 : ①診療機能等の集約化・分担・強化、病床規模の適正化
 ②医療機器の共同利用
 ③医薬材料・薬品等の共同交渉・共同購入
 ④委託業務共同交渉
 (推進方針) ⑤連携業務の効率化(電子カルテ、その他システム等の将来的な連動)
 ⑥医療介護従事者の派遣体制の整備、人材育成、人事交流
 ⑦入院患者の在宅療養生活への円滑な移行の推進、病院間の連携強化
 ⑧働き方改革への対応

- 南空知圏域では、公立・公的医療機関で施設の老朽化等が進み、建替えに向けた検討が進められている状況にあり、地域の議論を促進する必要があったことから、令和2年2月10日開催の調整会議において道から「論点提起」。
- 岩見沢市立総合病院と北海道中央労災病院を対象病院として、国に「重点支援区域」の申請をすることを調整会議で合意。(R2.8.25選定)



道からの論点提起

- 岩見沢市立総合病院と北海道中央労災病院では、人口減少下における急性期機能の維持・強化を図るため、機能集約化など再編統合に向けた議論を進めていただきたい。
- その他の病院では、岩見沢市内の議論の状況も踏まえながら、各病院においてどのような機能・規模が必要か、検討を進めていただきたい。

主な公立・公的病院の築年数

- ・岩見沢市立総合病院 (築35年) ※
- ・北海道中央労災病院 (築64年)
- ・市立美唄病院 (築53年) ※
- ・市立三笠総合病院 (築55年)
- ・栗山赤十字病院 (築40年) ※
- ・北海道せき損センター (築64年)

※建替を検討中

(R1年度時点)

地域医療構想の主な取組状況(構想区域別)①

区域	重点課題	各圏域の主な取組・今後の方針							主な取組内容など
		20以前	2000	2001	2022	2023	2024	2025	
		~R1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	
南 渡 島	○ 急性期経過後の患者等の受け皿と在宅医療等の提供体制の確保	●							独立行政法人国立病院機構函館病院（急性期→回復期47床）平成30年度
		●							共愛会病院（慢性期→回復期45床）平成30年度
				●					社会福祉法人北海道社会事業協会函館病院（急性期→回復期47床）転換
				●					南檜山・北渡島檜山圏域患者流入も踏まえた医療提供体制の検討（調整会議）
					●				他圏域を含めた詳細な受療動向等のデータ共有 （南檜山・北渡島檜山圏域との広域連携検討）
南 檜 山	○ 各医療機関・自治体における機能分化と連携体制の強化		●						重点支援区域に選定（令和2年8月）
			●						地域医療連携推進法人設立（令和2年9月） （道立江差病院、町立上ノ国診療所、石崎診療所、厚沢部町国保病院、乙部町国保病院、奥尻町国保病院、奥尻町青苗診療所、江差診療所、江差脳神経外科クリニック）
				●	→				国アドバイザーによるデータ分析結果を調整会議で共有し、現状分析と意見交換（令和3年10月：重点支援区域における国の支援）
				●					連携推進法人各病院長による会議で次年度の取組の検討
					●				連携推進法人理事会（R3決算、事業報告）（令和4年6月）
						●			道立江差病院に入院機能を集約し、各町立医療機関はプライマリケアを担うことなど地域の医療連携・分化に向け連携推進法人の取組を推進
北 渡 島 檜 山	① それぞれの病院における将来的な役割・機能等の在り方と検討 ② 在宅医療の提供体制の構築に向けた、地域における役割分担の明確化及び連携体制の推進 ③ 人口減少を見据え、各病院での連携強化による急性期機能の集約化		●					国立八雲病院の廃止及び機能移転（令和2年8月 ▲249床）	
			●					せたな町国保病院建替基本計画（R 8 建替）	
札 幌	○ 各地域で顔の見える連携体制を構築すること	●						個別調整部会の設置 ※医療機関相互の統合や再編などは多数あり割愛	

地域医療構想の主な取組状況(構想区域別)②

区 域	重点課題	各圏域の主な取組・今後の方針							主な取組内容など
		20以前	2000	2001	2022	2023	2024	2025	
		~R1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	
後 志	① 人口減少を見据えた急性期機能のあり方						●		J A 北海道厚生連倶知安厚生病院の改築予定 (172→157床、急性期→回復)
	② 医療機関の機能等の役割分担								
	③ 在宅医療の提供体制の確保								
南 空 知	○ 建替えを検討している医療機関における将来の役割・機能等のあり方	●							岩見沢市立総合病院と中央労災病院再編統合の協議開始 (令和2年3月)
			●						重点支援推進区域に選定 (令和2年8月)
	(岩見沢市立総合病院、中央労災病院)			●					岩見沢市立総合病院と北海道中央労災病院の統合に係る基本合意 (令和3年7月)
				●					統合を前提とした新病院整備基本方針作成 (令和3年8月)
					●				新病院基本設計 (令和9年度開設)
	(市立美唄病院)				●	→			国アドバイザーによる統合に向けた技術的支援 (相談・課題分析)
			●						市立美唄病院建替基本構想・基本計画策定 (ダウンサイズ 急性期→回復期)
					●				基本設計公表 (令和4年4月) (急性期▲42、回復49、慢性▲45)
							●		新病院閉鎖予定
中 空 知	○ 急性期病院と回復期・慢性期医療機関等との連携強化	●	→						あかびら市立病院 (急性期30床→回復期 (地域包括ケア病床) 30床 : H30~R3)
				●					市立芦別病院 (急性期→回復期 8床) (令和3年11月)
		●						→	・ 医師派遣を通じた医療機関の連携。 (砂川市立病院 : 圏域4病院、圏域外3病院、滝川市立病院 : 1病院、平岸病院 : 1病院 令和3年度実績)
		●						→	・ 開放型病棟による病診連携。 (奈井江町立国民健康保険病院)
北 空 知	○ 地域包括ケアシステムの更なる充実に向けた医療・介護機能の確保について	●						→	北空知地域医療介護確保推進協議会 (1市4町で交付金を拠出し、深川市立病院が事務局) 設置 平成28年度~
		●						→	深川市立病院 地域包括ケア病棟閉鎖 (平成30年2月)

地域医療構想の主な取組状況(構想区域別)③

区 域	重点課題	各圏域の主な取組・今後の方針							主な取組内容など	
		20以前	2000	2001	2022	2023	2024	2025		
		~R1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7		
西 胆 振	① 医療機関の役割について	●	→						3病院(市立室蘭総合病院、日鋼記念病院、製鉄記念室蘭病院)の診療機能統合再編等の協議「室蘭市地域医療連携・再編等推進協議会」12回開催(平成30年9月~令和2年2月) ※現在、一時休止中	
	② 将来、過不足が見込まれる病床機能の把握について		●						協議会の「第2次中間取りまとめ」(令和2年3月)	
	③ 病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関への対応								→高度急性期・急性期機能は新病院の建設も視野に東室蘭に1つ整備	
									→回復期・慢性期・比較的軽度な急性期医療は蘭西地域に確保	
									→市立室蘭総合病院の経営効率の取組強化、独立行政法人への移行も検討	
	●							JCHO登別病院(急性期▲2床、回復期1床、休棟等▲53床)平成30年度		
		●						北海道社会事業協会洞爺病院(回復期▲25床、慢性期▲15床、休棟等▲53床)		
東 胆 振	① 医療機関間の役割・機能の分担と連携					●	→		白老町国保病院改築(R6年5月頃開院/58床→40床)	
	② 医療機関と介護サービス・在宅療養との連携体制の構築					●	→		白老町:小規模介護老人保健施設定員29名→小規模介護医療院定員19名(国保病院と併設)	
	③ 公立病院における2021年度以降の取組方針									
日 高	① 回復期病床の確保	●							浦河赤十字病院 急性期10床→回復期へ転換	
	② 医師及びその他等医療従事者等の確保		●						新ひだか町静内病院 急性期12床→地域包括ケア病床へ転換	
上 川 中 部	○ 人口構造・疾病構造の変化を見据えた回復期機能の確保及び在宅医療の確保	●							→たいせつ安心i医療ネットR3:情報参照施設数146施設	
			●						旭川リハビリテーション病院 急性期→回復期32床増(令和2年6月)	
上 川 北 部	○ 今後の人口減少等を踏まえて、圏域全体で効率的な医療を提供するため、基幹病院における急性期機能を維持し、回復期・慢性期機能の役割分担を明確にして、連携強化を図る	●							→上川北部医療連携ネットワーク(ポラリスネットワーク)H25~他圏域にまたがり情報共有	
		●							入退院における連携ルール作成(名寄市立総合病院-上川北部8市町村)	
			●							→地域医療連携推進法人設立(名寄市立総合病院-士別市立病院:令和2年9月)
										機能分担及業務の連携を推進し、上川北部における医療提供体制を将来的に維持
			●						町立和寒病院の無床診療所化(令和3年4月)	

地域医療構想の主な取組状況(構想区域別)④

区 域	重点課題	各圏域の主な取組・今後の方針							主な取組内容など
		20以前	2000	2001	2022	2023	2024	2025	
		~R1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	
富良野	① 医療機関の役割分担の具体化及び再編に向けた検討について		●						ふらの西病院（慢性期→介護医療院40床）慢性期3床廃止
				●					上富良野町立病院が（慢性期→介護医療院4床）慢性期1床廃止
								●	上富良野町立病院改築計画(令和7年予定)地域包括ケア病棟の導入を検討中
	② 病床機能（回復期病床）の確保について	●							富良野協会病院（急性期→回復期50床）H28
		●							ふらの西病院（急性期→回復期6床）H30
			●						上富良野町立病院（急性期→回復期44床）R2
③ 在宅医療の提供体制の確保について	●								
留 萌	① 地域医療を確保するため、医師及び医療従事者の確保対策について	●							留萌市立病院（休床52床削減）急性期44床→回復期44床（地域包括ケア病床H30.10月）
	② 人口減少・人口構造・疾病構造の変化を見据えた、望ましい医療機能の確保について				●→				遠別町立国保病院の診療所化（慢性期36床→19床）令和5年度中開設予定
	③ 管内の病院等の、将来の役割・機能分担とその連携に向けた定期的な意見交換等について								
宗 谷	① 不足している医療機能（回復期機能）の確保	●							豊富町国民健康保険病院の診療所化（急性期24床・慢性期4床→急性期19床:H30）
	② ICTを活用した地域ネットワークの構築	●	●						浜頓別町国民健康保険病院建替基本構想・基本計画策定（R7開院）（回復期40床）
	③ 在宅医療の確保	●							一部医療機関において、上川北部医療連携ネットワーク（ポラリスネットワーク）への参加による患者情報の共有化
	④ 医師をはじめとする医療従事者の確保								
北 網	○ 在宅医療等の提供体制の確保	●							北見市医療・介護連携支援センター設置
			●						社会医療法人明生会道東の森総合病院(回復期25床増床)(令和2年8月)
								●	医療法人ケイ・アイオホーツク海病院（慢性期→回復期100床）（令和7年予定）
遠 紋	① 人口減少を見据えた回復期機能（急性期経過後の受け皿、軽度急性期対応を含める）の確保			●					滝上町国民健康保険病院の診療所化（令和3年4月）
		●							J A北海道厚生連遠紋厚生病院（地域包括ケア病棟10床増床、療養病床20床休床）（令和2年3月）
		●							一部医療機関において、上川北部医療連携ネットワーク（ポラリスネットワーク）への参加による患者情報の共有化

地域医療構想の主な取組状況(構想区域別)⑤

区 域	重点課題	各圏域の主な取組・今後の方針							主な取組内容など
		20以前	2000	2001	2022	2023	2024	2025	
		~R1	R 2	R 3	R 4	R 5	R 6	R 7	
十 勝	○ 人口構造、疾病構造を見据えた回復期機能の確保	●							→ 十勝いけだ地域医療センター(急性期→回復期(地域包括ケア病床)60床：H28～R7(予定)(令和2年4月時点44床転換))
		●							広尾町国民健康保険病院を独立行政法人化、北斗病院と連携し診療に係る効率・質を向上(平成31年4月)
		●							社会医療法人恵和会黒澤病院と同法人おびひろ呼吸器科内科病院の統合(急性期53床→回復期(地域包括ケア病床)47床)(令和元年10月)
		●	●						鹿追町国民健康保険病院(急性期→回復期 23床 令和元年7月)(慢性期→回復期 7床 令和2年7月)
釧 路	① 急性期病院と回復期・慢性期病院との連携強化	●							→ 釧路根室地域の一部医療施設をネットワークで結び、診療情報を共有(メディネットたんちょう)(平成25年度～)
	② 在宅医療提供体制の確保		●						道東勤医協釧路協立病院(急性期→回復期(地域包括ケア病床)38床)(令和2年10月)
		●		●					釧路労災病院(急性期→回復期50床(地域包括ケア病床)(平成31年2月)(急性期50床→回復期33床(緩和ケア病床)・17床削減)(令和4年4月)
根 室	① 地域全体での医療従事者の確保対策		●						町立中標津病院(許可199床→173床(稼働120床、休床53床)(令和2年9月)
	② 病床機能の急性期から回復期・慢性期への転換		●						石田病院(介護療養病床を廃止し介護医療院を開設 60床)(令和2年4月)
									市立根室病院(急性期→回復期(地域包括ケア病床の増床)転換を検討中)

医療計画（医師確保計画）について

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

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

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

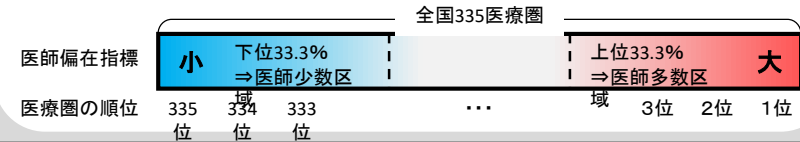
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

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

医師多数区域・医師少数区域の設定

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



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

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

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

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

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

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

目標医師数を達成するための施策

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

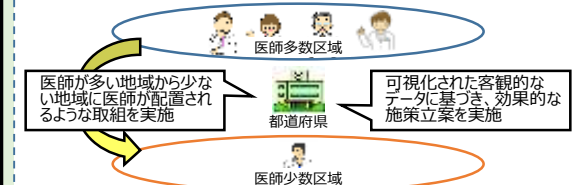
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
 - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)



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

都道府県による医師の配置調整のイメージ



「北海道医師確保計画」について



北海道医師確保計画

令和2年度（2020年度）～令和5年度（2023年度）

令和2年（2020年）3月
北 海 道

目 次

第1 基本的事項	
1 計画策定の趣旨	1
2 道が目指す姿	2
3 計画の位置づけ	2
4 計画の期間	2
5 計画の区域	3
6 計画の策定・推進体制	3
第2 北海道の医師数等の現状	
1 医療施設従事医師数の推移等	4
2 二次医療圏毎の医師数の状況	6
3 医師養成数の推移等	6
4 道の地域枠制度	7
5 地元出身者枠・地域枠	7
6 初期臨床研修医の状況	8
7 専攻医等の状況	9
8 診療科別の医師数の推移	10
第3 医師偏在指標	
1 医師偏在指標について	11
2 北海道の位置づけ	13
3 二次医療圏毎の医師偏在指標及び医師多数区域・医師少数区域の設定	14
第4 医師確保の方針	
1 基本的な考え方	15
2 道全体の医師確保の方針	15
3 二次医療圏毎の医師確保の方針	16
第5 目標医師数	17
第6 目標医師数を達成するために必要な施策	
1 基本的な考え方	19
2 北海道全体の医師数を維持・確保するための施策	21
3 二次医療圏の医師偏在是正に向けた取組	24

【道が目指す姿】

・北海道医療計画の基本理念である、「住民・患者の視点に立って、良質かつ適切な医療を効率的かつ継続的に提供する体制の確立」に向けて、地域医療構想や国における医師の働き方改革の推進状況等も踏まえ、本道における医師の地域偏在の是正を目指します。

・本計画の実施・達成を積み重ね、1計画期間ごとに、医師少数区域に属する二次医療圏がこれを脱することを繰り返し、**医師の地域偏在の是正は2036年度までに達成することを目標とします。**

第7 産科における対策	
1 位置づけ・基本的な考え方	25
2 産科における道内の現状と課題	26
3 産科における医師偏在指標	30
4 産科における医師確保の方針	33
5 必要な施策	34
第8 小児科における対策	
1 位置づけ・基本的な考え方	35
2 小児科における道内の現状と課題	35
3 小児科における医師偏在指標	39
4 小児科における医師確保の方針	42
5 必要な施策	43
第9 計画の効果測定と評価	44
付 録	
資料1	45

現行計画：2020年度～2023年度

「北海道医師確保計画」(医師偏在指標)について

医師偏在指標 (全国値)	239.8
--------------	-------

No.	都道府県名	医師偏在指標	No.	都道府県名	医師偏在指標	No.	都道府県名	医師偏在指標
医師多数都道府県			医師中間都道府県			医師少数都道府県		
1	東京都	332.8	17	兵庫県	244.4	32	栃木県	215.3
2	京都府	314.4	18	大分県	242.8	33	三重県	211.2
3	福岡県	300.1	19	奈良県	242.3	34	群馬県	210.9
4	岡山県	283.2	20	広島県	241.4	35	宮崎県	210.4
5	沖縄県	276.0	21	島根県	238.7	36	岐阜県	206.6
6	大阪府	275.2	22	宮城県	234.9	37	長野県	202.5
7	石川県	272.2	23	鹿児島県	234.1	38	千葉県	197.3
8	徳島県	272.2	24	福井県	233.7	39	静岡県	194.5
9	長崎県	263.7	25	愛媛県	233.1	40	山形県	191.8
10	和歌山県	260.3	26	神奈川県	230.9	41	秋田県	186.3
11	佐賀県	259.7	27	愛知県	224.9	42	茨城県	180.3
12	高知県	256.4	28	山梨県	224.9	43	福島県	179.5
13	鳥取県	256.0	29	北海道	224.7	44	埼玉県	177.1
14	熊本県	255.5	30	富山県	220.9	45	青森県	173.6
15	香川県	251.9	31	山口県	216.2	46	岩手県	172.7
16	滋賀県	244.8				47	新潟県	172.7

国は、医師偏在指標に基づき、全国47都道府県のうち上位33.3%に該当する都道府県を「医師多数都道府県」に、下位33.3%に該当する都道府県を「医師少数都道府県」に設定することとしており、この結果、都道府県別では、医師偏在指標の全国値が239.8であるのに対し、北海道は224.7で、全国では29位となり、医師多数でも医師少数でもない都道府県に位置づけ。

「北海道医師確保計画」(医師偏在指標)について

道内順位	全国順位	圏域	医師偏在指標	区分
-	-	全 国	239.8	
-	29	北 海 道	224.7	
1	42	上 川 中 部	281.9	医師多数区域
2	48	札 幌 圏	276.4	
3	117	南 渡 島	195.3	医師中間区域
4	127	西 胆 振	190.9	
5	130	上 川 北 部	189.9	
6	131	後 志	189.9	
7	139	中 空 知	186.9	
8	161	十 勝	179.3	
9	181	東 胆 振	173.1	
10	207	留 萌	166.3	
11	222	南 空 知	162.0	
12	267	釧 路	147.8	
13	275	南 檜 山	145.3	
14	276	遠 紋	145.0	
15	284	北 網	141.5	
16	320	日 高	124.8	
17	325	富 良 野	119.0	
18	326	北 空 知	118.8	
19	327	根 室	116.1	
20	328	北 渡 島 檜 山	115.3	
21	335	宗 谷	108.4	

国は、医師偏在指標に基づき、全国335の二次医療圏のうち、上位33.3%に該当する圏域を「医師多数区域」に、下位33.3%に該当する圏域を「医師少数区域」とすることとしており、道は、国の方針に従って区域を設定することとします。

この結果、道は、本計画期間中において、道内21圏域のうち旭川市を含む上川中部圏域及び札幌市を含む札幌圏域の2圏域を「医師多数区域」に設定し、宗谷圏域、北渡島檜山圏域、根室圏域など10圏域を「医師少数区域」に設定することとします。なお、それ以外の9圏域については、医師多数でも医師少数でもない区域（以下「医師中間区域」という。）となります。

【医師少数区域における目標医師数】（暫定値による算出）

圏域区分	該当する二次医療圏	国算出			道計画		考え方
		策定時点医師数 A	国算出目標数 B	差 C(B-A)	目標数 D	追加確保必要数 D-A	
医師少数区域	宗谷	59	77.5	18.5	78	19	○全国二次医療圏の医師偏在指標下位33.3%を脱する指標を達成するために必要な医師数として、国から示された数により、目標医師数を設定する ※策定時点医師数を下回る場合は同数とする ※小数点以下は切り上げとする
	北渡島檜山	48	57.9	9.9	58	10	
	根室	72	92.7	20.7	93	21	
	北空知	51	62.6	11.6	63	12	
	富良野	50	62.4	12.4	63	13	
	日高	64	72.7	8.7	73	9	
	北網	334	366.0	32.0	366	32	
	遠紋	99	98.5	-0.5	99	0	
	南檜山	29	26.4	-2.6	29	0	
	釧路	396	408.6	12.6	409	13	

(参考)
医師の働き方改革

働き方改革の目指すもの

「働き方改革」は、働く方々が、個々の事情に応じた多様で柔軟な働き方を、自分で「選択」できるようにするための改革です。

日本が直面する「少子高齢化に伴う生産年齢人口の減少」、「働く方々のニーズの多様化」などの課題に対応するためには、投資やイノベーションによる生産性向上とともに、就業機会の拡大や意欲・能力を存分に発揮できる環境をつくる必要があります。

働く方の置かれた個々の事情に応じ、多様な働き方を選択できる社会を実現することで、成長と分配の好循環を構築し、働く人一人ひとりがより良い将来の展望を持てるようにすることを目指します。

時間外労働の上限規制

「長時間労働は、健康の確保を困難にするとともに、仕事と家庭生活の両立を困難にし、少子化の原因、女性のキャリア形成を阻む原因、男性の家庭参加を阻む原因となっています。長時間労働を是正することによって、ワーク・ライフ・バランスが改善し、女性や高齢者も仕事に就きやすくなり労働参加率の向上に結びつきます。このため、今般の働き方改革の一環として、労働基準法が改正され、時間外労働の上限が法律に規定されました。

法改正のポイント

- **時間外労働**(休日労働は含まず)の上限は、**原則**として、月45時間・**年360時間**となり、臨時的な特別の事情がなければ、これを超えることはできなくなります。
- **臨時的な特別の事情**があつて労使が合意する場合でも、
 - ・時間外労働……………**年720時間以内**
 - ・時間外労働＋休日労働…月100時間未満、2～6か月平均80時間以内 とする必要があります。
- 原則である月45時間を超えることができるのは、年6か月までです。
- 法違反の有無は「**所定外労働時間**」ではなく、「**法定外労働時間**」の超過時間で判断されます。
- **大企業への施行は2019年4月**ですが、**中小企業への適用は1年猶予され2020年4月**となります。

違反した場合には、罰則(6か月以下の懲役または30万円以下の罰金)が科されるおそれがある。

適用猶予・除外の事業・業務

自動車運転の業務	改正法施行5年後に、時間外労働の上限規制を適用。上限時間は、年960時間とし、将来的な一般則の適用について引き続き検討する旨を附則に規定。
建設事業	改正法施行5年後に、一般則を適用。(ただし、災害時における復旧・復興の事業については、1か月100時間未満・複数月平均80時間以内の要件は適用しない。この点についても、将来的な一般則の適用について引き続き検討する旨を附則に規定。)
医師	改正法施行5年後(2024年4月)に、時間外労働の上限規制を適用。 具体的な上限時間等は省令で定めることとし、医療界の参加による検討の場において、規制の具体的あり方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る。 → ※R4.1.19公布 年間上限960時間、1860時間(労働基準法施行規則)
鹿児島県及び沖縄県における砂糖製造業	改正法施行5年間は、1か月100時間未満・複数月80時間以内の要件は適用しない。(改正法施行5年後に、一般則を適用)
新技術・新商品等の研究開発業務	医師の面接指導(※)、代替休暇の付与等の健康確保措置を設けた上で、時間外労働の上限規制は適用しない。※時間外労働が一定時間を超える場合には、事業主は、その者に必ず医師による面接指導を受けさせなければならないこととする。(労働安全衛生法の改正)

令和3年5月28日公布

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、各医療関係職種の特長性の活用、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。

概要

〈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**
⇒業務開始から24時間経過までに9時間連続休息時間確保・代償休息のセット(義務)
- ・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

医師の時間外労働規制について

一定の健康確保措置の実施を前提に、長時間労働を認める医療機関

救急医療等の地域医療提供体制の確保の観点から必須とされる機能を果たす上で、やむを得ず長時間労働が必要となる医療機関



B水準

医師の派遣を通じて、地域医療提供体制を確保する上でやむを得ず長時間労働が必要となる医療機関



連携B水準

臨床研修医・専門研修医が医師としての資質を確保するために、やむを得ず長時間労働が必要となる医療機関



C-1水準

臨床従事6年目以降の医師が、高度な技能を有する医師の育成が公益上必要な分野において、当該技能の育成に関する診療業務を行うためにやむを得ず長時間労働が必要となる医療機関



C-2水準

一般労働者と同等の時間外労働の上限規制が適用される医療機関

上記以外の医療機関



A水準

医師の時間外労働規制について

一般則

- (例外)
- ・年720時間
 - ・複数月平均80時間 (休日労働含む)
 - ・月100時間未満 (休日労働含む)
- 年間6か月まで

時間外労働の上限

- (原則)
- 1か月45時間
 - 1年360時間

2024年4月～

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

年960時間／月100時間未満(例外あり) ※いずれも休日労働含む

A: 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

連携B (医療機関を指定)

B 地域医療確保暫定

C-1 (医療機関を指定)

C-2 集中的技能向上水準

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

将来

[暫定特例水準の解消(=2035年度末を目標)後]

将来に向けて縮減方向

年960時間／月100時間(例外あり) ※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

※この(原則)については医師も同様。

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

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

追加的健康確保措置

業務開始から24時間経過までに9時間連続休息时间確保・代償休息のセット(努力義務)

又は業務開始から46時間経過までに、18時間連続休息时间確保・代償休息セット

実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。 ※1

業務開始から24時間経過までに9時間連続休息时间確保・代償休息のセット(義務)

又は業務開始から46時間経過までに、18時間連続休息时间確保・代償休息セット

業務開始から24時間経過までに9時間連続休息时间確保・代償休息のセット(義務)

臨床研修医は連続勤務時間制限を強化して徹底 ※2

初期研修医は、業務開始から24時間経過までに9時間連続休息时间確保・代償休息のセット

又は勤務開始から48時間経過までに24時間連続休息

※1: あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。
 ※2: 特定宿日直以外の宿日直に従事する場合で、24時間経過までに9時間連続休息时间確保できない場合に限る。

業務開始から24時間経過までに9時間連続休息时间確保・代償休息のセット(努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。 ※1

業務開始から24時間経過までに9時間連続休息时间確保・代償休息のセット(義務)

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運用開始(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。

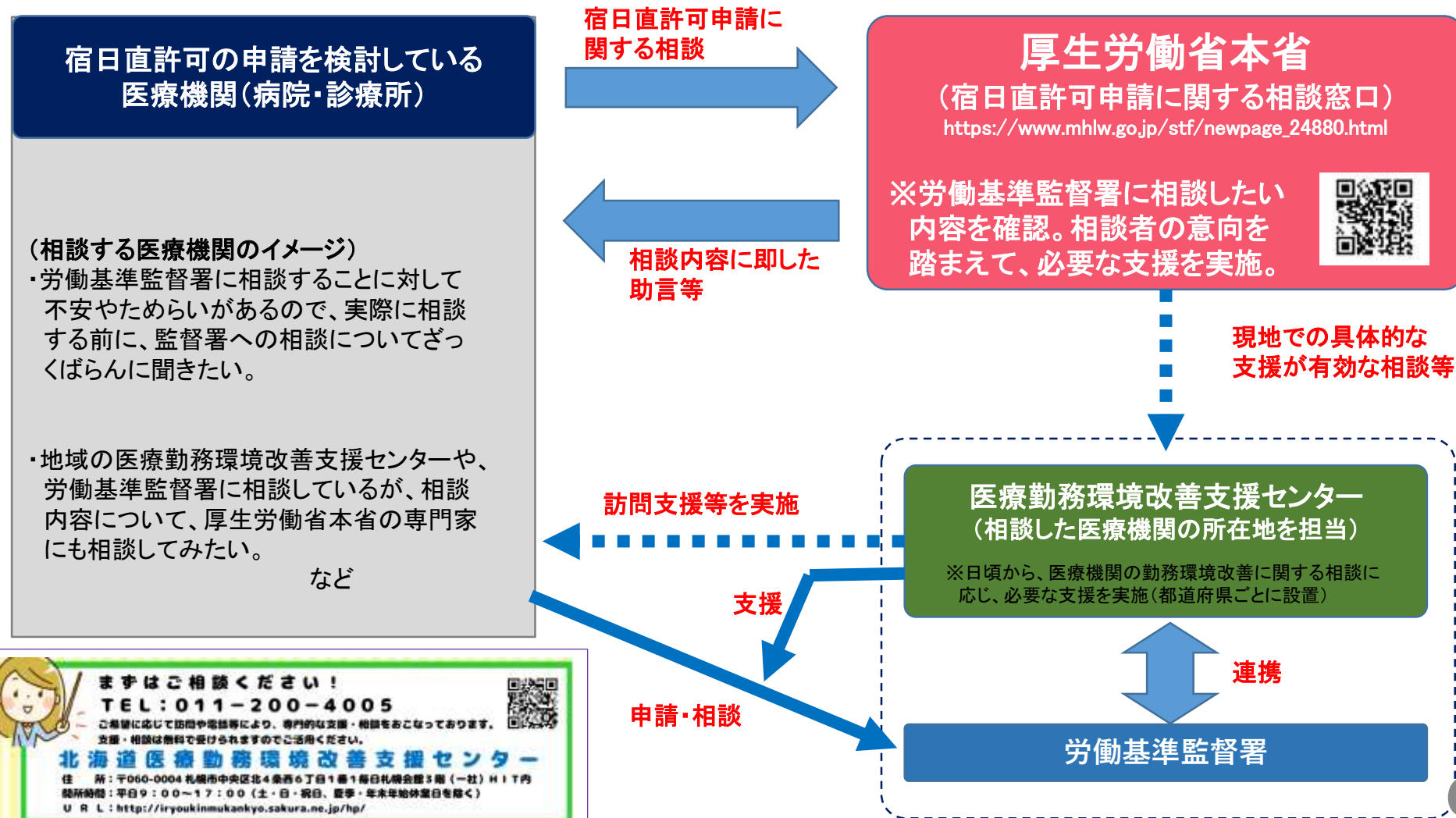
労務管理の一層の適正化・タスクシフト/シェアの推進の取組み

医療機関の宿日直許可申請に関する相談を受け付ける窓口の設置

◇令和4年4月1日から、医療機関の「宿日直許可申請」に関する相談窓口を厚生労働省に設置

◇受け付けた相談については、厚生労働省本省で検討の上、回答

※訪問による支援が適切な相談など、現地での具体的な支援が有効な相談については、相談者の意向も踏まえ、厚生労働省本省経由で医療勤務環境改善支援センター(医療労務管理アドバイザー)が必要な支援を実施



まずはご相談ください！
TEL: 011-200-4005

ご希望に応じて訪問や電話等により、専門的な支援・相談をおこなっております。
支援・相談は無料で受けられますのでご利用ください。

北海道医療勤務環境改善支援センター

住 所: 〒060-0004 札幌市中央区北4条西6丁目1番1号札幌金座3階(一社)HIT内
電話番号: 平日9:00~17:00(土・日・祝日、夏季・年末年始休業日を除く)
U R L: <http://iryoukinmukaenkyo.sakura.ne.jp/hp/>

医師の働き方改革に向けた医療機関の検討状況【北海道】①

国の調査「病院に勤務する医師の働き方に関するアンケート調査」(令和3年8月実施)結果及び北海道医療勤務環境改善支援センターによる留置調査(期間:令和元年～令和3年)に基づき、突合し整理したもの。※R4.3.31現在

第二次医療圏	圏域内の 病院数	960時間超の 医師がいる 医療機関数	特例水準の指定を予定(検討)している医療機関数					
			連携B	B	C-1	C-2	検討中	
南 渡 島	33	6	4		4	2		
南 檜 山	5							
北 渡 島 檜 山	6							
札 幌	230	31	22	8	14	3	4	2
後 志	21	1						
南 空 知	17	5	2	2	1		1	
中 空 知	16	2	1		1	1		
北 空 知	5	1						
西 胆 振	21	4	3		3			
東 胆 振	16	1	1		1			
日 高	6	1	1		1			
上 川 中 部	38	6	5	2	3	1		1
上 川 北 部	7	1	1	1	1	1		
富 良 野	5							
留 萌	7	1						
宗 谷	8	4	3		3			
北 網	26	5	3		3	2		
遠 紋	11	1	1		1			
十 勝	34	6	4	1	2	1		
釧 路	22	8	4		4	2	1	
根 室	7							
合 計	541	84	55	14	42	13	6	3

医療計画(外来医療計画)について

地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

経緯

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

外来医療計画の全体像

外来医療機能に関する情報の可視化

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

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

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

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

新規開業希望者等に対する情報提供

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

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

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

外来医療機能に関する協議及び協議を踏まえた取組

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

○ 外来医療計画の実効性を確保するための方策例

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

今後の検討課題

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

「北海道外来医療計画」について



その先の、道へ。北海道
Hokkaido, Expanding Horizons.

北海道外来医療計画

令和2年度（2020年度）～令和5年度（2023年度）

令和2年（2020年）8月
北 海 道

目 次

第1 基本的事項	
1 計画策定の趣旨	1
2 目指す姿	2
3 計画の位置づけ	2
4 期間	2
5 対象区域	2
6 策定体制	2
第2 人口の推計	
1 総人口	4
2 年齢三区分別の推計	4
第3 患者及び病院等の状況	
1 外来患者の受療動向	5
2 外来患者の病院・診療所別受診状況	6
3 医療施設の状況	7
4 診療所に従事する医師の状況	7
5 医療機器の保有状況	9
第4 外来医師偏在指標の算定	
1 外来医師偏在指標の考え方	10
2 算定方法	10
3 外来患者流入の調整	11
4 算定結果	11
5 外来医師多数区域の設定	12
6 算定結果の活用	12

【目指す姿】

外来医療計画は、地域に必要な外来医療機能の確保に向け、医療機関間の役割分担・連携を推進するとともに、外来医療機能に関する情報を可視化し、新たに診療所を開設する医師等にその情報を提供することなどを通じ、診療所が比較的少ない地域における診療従事を促すことを目指します。また、医療機器の効率的な活用に向け、医療機器の共同利用の促進を目指します。

第5 医療機器の配置状況に関する指標の算定	
1 医療機器の配置状況に関する指標の考え方	13
2 算定方法	13
3 算定結果	14
4 算定結果の活用	14
第6 必要な施策	
1 効率的な医療提供体制の構築に向けた基本的な考え方	15
2 外来医療機能の偏在等の解消	16
3 効率的な医療機器の活用	18
第7 計画の推進	
1 関係者の取組	19
2 住民の理解促進	20
3 推進体制	21
第8 各対象区域における不足する外来医療機能及び対応方針	23
第9 資料編	101

現行計画：2020年度～2023年度

「北海道外来医療計画」(外来医師偏在指標)について

対象区域	外来医師偏在指標	(参考)患者流出入で 試算した指標	(参考)人口10万対 診療所医師数
南渡島	92.1	89.0	72.2
南檜山	62.8	96.5	21.3
北渡島檜山	65.9	98.0	19.4
札幌	119.7	114.3	78.1
後志	99.8	113.6	76.1
南空知	88.6	102.2	63.1
中空知	85.9	90.0	41.6
北空知	92.0	114.2	63.0
西胆振	84.1	82.8	57.3
東胆振	76.2	76.8	53.6
日高	69.8	96.6	42.7
上川中部	102.4	95.8	70.4
上川北部	83.7	90.5	35.9
富良野	61.1	69.3	33.1
留萌	70.5	83.3	42.7
宗谷	62.2	77.4	23.1
北網	76.0	74.7	43.5
遠紋	94.3	118.3	27.4
十勝	70.7	71.4	46.7
釧路	65.4	62.5	40.2
根室	60.4	78.8	19.7

【外来医師多数区域の設定】

外来医師偏在指標の値が全国の二次医療圏(335圏域)の中で上位33.3%に該当する二次医療圏を「外来医師多数区域」に設定し、相対的に診療所が多い地域を客観的に可視化することとされています。道内においては、札幌圏域が外来医師多数区域に設定されました。

【算定結果の活用】

外来医師偏在指標は、一定の仮定の下、入手可能なデータを基に、全国で統一的に算出されるものであることから、外来医師の過不足を示す絶対的な指標ではなく、外来医師の偏在の状況を表し得る参考的な指標として捉えることが適当です。また、外来医師偏在指標には、病院で外来を担当する医師数や病院の外来を受診する患者数が考慮されていませんが、中には病院が中心的に外来医療を担っている地域もあり、こうした地域では、病院と診療所における機能分担のあり方などについて議論する必要があります。

「北海道外来医療計画」(医療機器の配置状況に関する指標の算定)について

【調整人口あたり台数】

圏域名	CT	MRI	PET	マンモグラフィ	放射線治療機器
南渡島	12.7	7.7	0.46	2.9	0.46
南檜山	16.5	7.0	0.00	4.2	0.00
北渡島檜山	17.6	2.3	0.00	5.5	0.00
札幌	15.2	9.1	0.80	3.2	1.20
後志	18.5	6.8	0.39	3.1	0.38
南空知	13.4	6.8	0.00	1.8	0.49
中空知	17.8	6.2	0.75	4.5	0.73
北空知	11.7	2.5	2.41	3.0	0.00
西胆振	14.5	6.6	0.91	3.1	1.34
東胆振	15.4	5.0	0.88	2.3	0.89
日高	16.7	5.3	0.00	4.4	0.00
上川中部	14.9	8.0	0.45	2.6	1.11
上川北部	15.5	4.1	0.00	4.7	0.00
富良野	10.5	6.5	0.00	2.4	0.00
留萌	11.8	16.0	0.00	2.1	0.00
宗谷	16.4	4.2	0.00	4.5	0.00
北網	13.1	7.1	0.41	2.2	0.40
遠紋	16.6	6.2	0.00	2.8	0.00
十勝	13.1	5.5	0.55	3.1	0.54
釧路	14.6	6.2	0.76	2.4	0.75
根室	11.5	5.1	0.00	3.9	0.00

【算定結果の活用】

人口減少が進行する中、医療ニーズを踏まえて医療機器を有効に活用し、効率的な医療提供体制を構築していく必要があります。そのためには、地域に既にある医療機器を適切に把握することが重要であり、病床機能報告等を適宜活用するとともに、地域医療構想調整会議等において医療機器の稼働状況や耐用年数等についての情報共有を図りながら、医療機器の配置状況に関する指標を活用していきます。

基準病床数について

目的

病床の整備について、病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

仕組み

- 病院又は診療所の開設等を行う場合は、都道府県知事（保健所設置市長、特別区長）に開設等の許可申請を行い、許可を受ける必要。（医療法第7条）
- 開設等の許可に対し、既存の病床数が基準病床数を超える地域（病床過剰地域）では、以下のとおり対応。

①公的医療機関等（※）

- ・ 都道府県知事は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、許可をしないことができる。（医療法第7条の2）

※ 公的医療機関等： 医療法第31条に定める公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者（地方独立行政法人、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等）の開設する医療機関）及び医療法第7条の2第1項2号から8号に掲げる者（共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等）が開設する医療機関

②その他の医療機関

- ・ 都道府県知事は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合には、都道府県医療審議会の意見を聴いて、開設・増床等に関して、勧告を行うことができる。（医療法第30条の11）
- ・ 病床過剰地域において、開設許可等に係る都道府県知事の勧告に従わない場合は、保険医療機関の指定を行わないことができる。（健康保険法第65条第4項）

特例措置

- 病床過剰地域であっても、一定の条件を満たす場合には、特例として新たに病床を整備することが可能。
＜特例が認められるケース＞
 - ・ がん又は循環器疾患に係る専門病床など、特定の病床を整備する場合
 - ・ 公的医療機関等を含め、複数の医療機関の再編統合を行う場合 等

基準病床数と既存病床数

【一般病床】

第二次医療圏	基準病床数 (平成30年4月1日)	既存病床数 (令和4年3月1日)	差 引	第二次医療圏	基準病床数 (平成30年4月1日)	既存病床数 (令和4年3月1日)	差 引
南 渡 島	4,265	5,521	1,256	上川中部	4,793	6,038	1,245
南 檜 山	174	391	217	上川北部	576	880	304
北渡島檜山	336	643	307	富良野	261	472	211
札 幌	21,316	32,873	11,557	留 萌	273	671	398
後 志	1,462	2,571	1,109	宗 谷	383	709	326
南 空 知	974	1,821	847	北 網	2,040	2,735	695
中 空 知	933	1,846	913	遠 紋	503	988	485
北 空 知	283	606	323	十 勝	3,341	3,970	629
西 胆 振	1,847	3,516	1,669	釧 路	2,590	3,423	833
東 胆 振	2,027	2,055	28	根 室	297	557	260
日 高	273	599	326	合 計	48,947	72,885	23,938

病床種別	基準病床数 (平成30年4月1日)	既存病床数 (令和4年3月1日)	差 引
精神病床	17,116	19,033	1,917
結核病床	80	146	66
感染症病床	98	97	▲1