

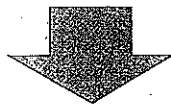
本日の内容

- 駿東・三島田方地域の背景
- 駿東・三島田方地域の医療・介護需要予測
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(施設)
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(医師数)
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(医療機能)
- 地域医療構想と医療提供体制のパラダイムシフト
- 受療者側の取り組み
- 今、駿東・三島田方地域に求められていること

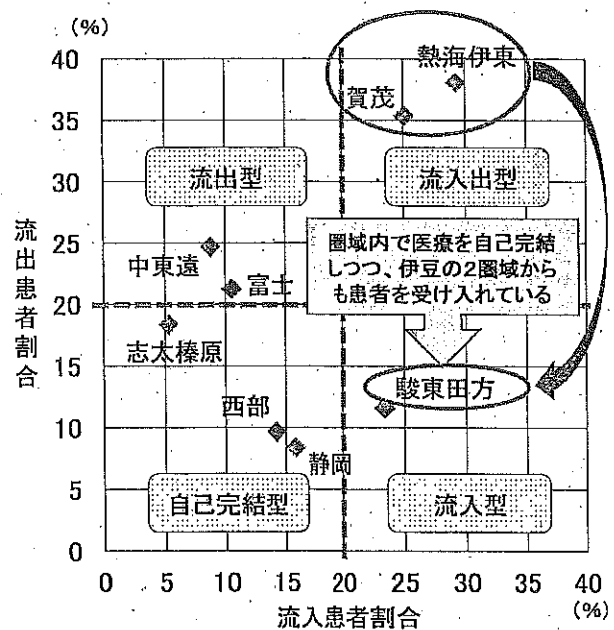
二次医療圏の設定

医療計画作成指針による見直し基準
(H29.3.31 厚生労働省医政局長通知)

- 人口規模が20万人未満
- 流入患者割合が20%未満
- 流出患者割合が20%以上



「トリプル20基準」



出典: 静岡県健康福祉部「平成29年度 第1回 静岡県医療審議会」(H29.8.21)資料
「二次医療圏」及び「構想区域」の設定

静岡県における各二次保健医療圏の流出入患者割合と医療の自己完結率

二次保健医療圏域	人口(人)	患者の流出入割合				医療の自己完結率	
		流入		流出		H29	H26
		H29	H26	H29	H26		
賀茂	65,197	25.1%	26.0%	35.4%	37.5%	64.6%	62.5%
熱海伊東	104,827	29.3%	32.7%	38.1%	47.2%	61.9%	52.8%
駿東田方	654,623	23.5%	24.2%	11.6%	11.2%	88.4%	88.8%
富士	377,836	10.5%	12.5%	21.3%	24.1%	78.7%	75.9%
静岡	701,803	15.8%	16.1%	8.4%	8.8%	91.6%	91.2%
志太榛原	460,970	5.3%	6.2%	18.4%	19.2%	81.6%	80.8%
中東遠	465,342	8.8%	8.3%	24.7%	24.7%	75.3%	72.7%
西部	856,347	14.2%	14.9%	9.7%	9.7%	90.3%	89.1%

※ 人口・患者の流出入割合の網掛けは二次医療圏の見直し基準(医療計画作成指針 平成29.3.31)に該当する項目
 <出典>

人口: 静岡県経営管理部「静岡県年齢別人口推計」(平成28年10月1日現在)

流出入患者割合: 静岡県健康福祉部「在院患者調査」(平成29年5月31日、平成26年5月28日)

※ 医療の自己完結率は一般病床及び療養病床の入院患者

平成29年度 静岡県保健医療計画 第2回策定作業部会資料を基に作成



地域医療支援学講座
 Dept. of Regional Medical Care Support

医療計画において医療提供体制の確保が求められている 「5疾病・5事業及び在宅医療」+ α (都道府県独自)

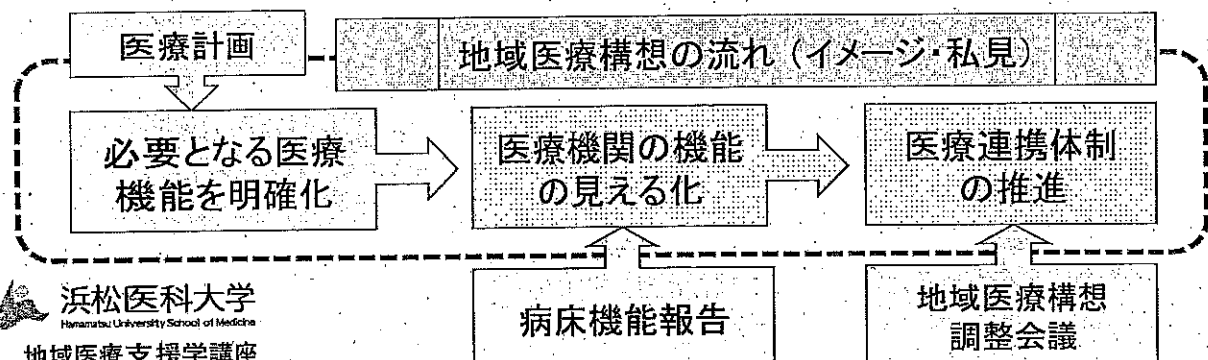
➤ 疾病

- 1 がん
- 2 脳卒中
- 3 心筋梗塞等の心血管疾患
- 4 糖尿病
- 5 肝炎(静岡県独自)
- 6 精神疾患

➤ 事業

- 1 救急医療
- 2 災害時における医療
- 3 へき地の医療
- 4 周産期医療
- 5 小児医療(小児救急)

➤ 在宅医療



救急搬送の現況(年齢区分・傷病程度別の搬送人員・構成比)(平成29年中)

年齢区分別搬送人員・構成比

(単位:人、%)

		新生児	乳幼児	少年	成人	高齢者	合計
静岡県	人数	139	6,237	5,279	47,062	94,860	153,577
	構成比	0.1	4.1	3.4	30.6	61.8	100.0
全国	人数	13,417	265,257	202,386	1,883,865	3,371,161	5,736,086
	構成比	0.2	4.6	3.5	32.8	58.8	100.0

※ 端数処理のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。

傷病程度別搬送人員・構成比

(単位:人、%)

		死亡	重症	中等症	軽症	その他	合計
静岡県	人数	1,539	10,134	65,878	75,594	432	153,577
	構成比	1.0	6.6	42.9	49.2	0.3	100.0
全国	人数	77,684	482,685	2,387,407	2,785,158	3,152	5,736,086
	構成比	1.4	8.4	41.6	48.6	0.1	100.0

※ 端数処理のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。

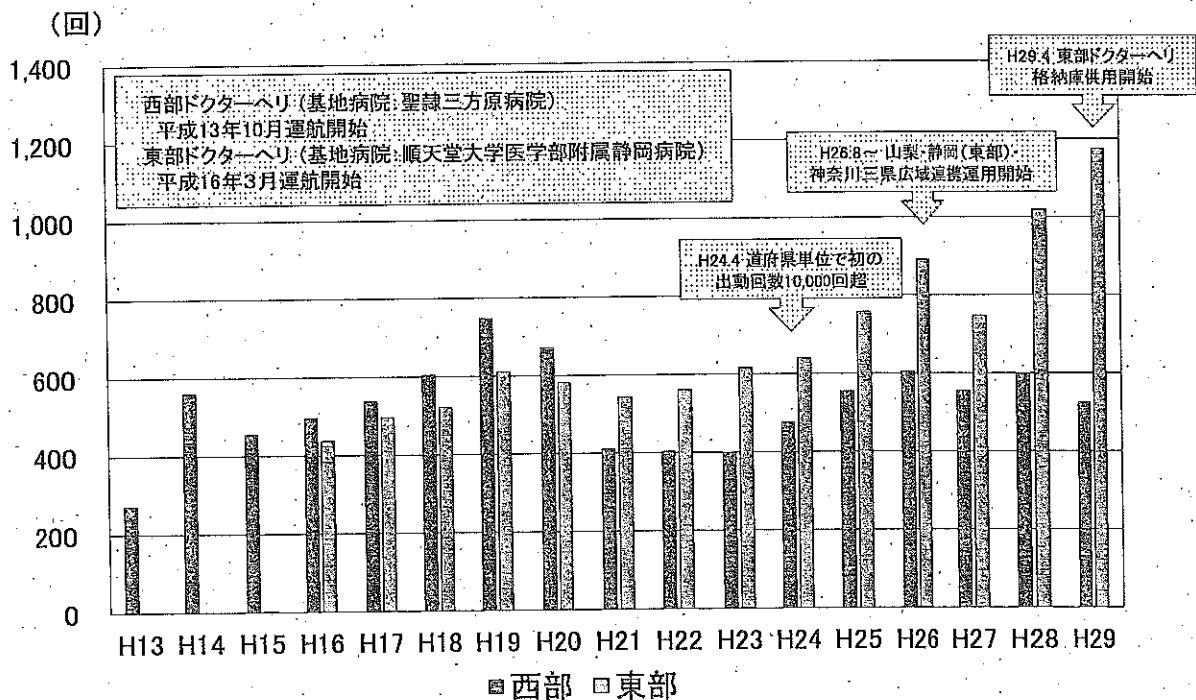
総務省消防庁「平成30年版 救急救助の現況」を基に作成



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

静岡県におけるドクターヘリ出動回数の推移



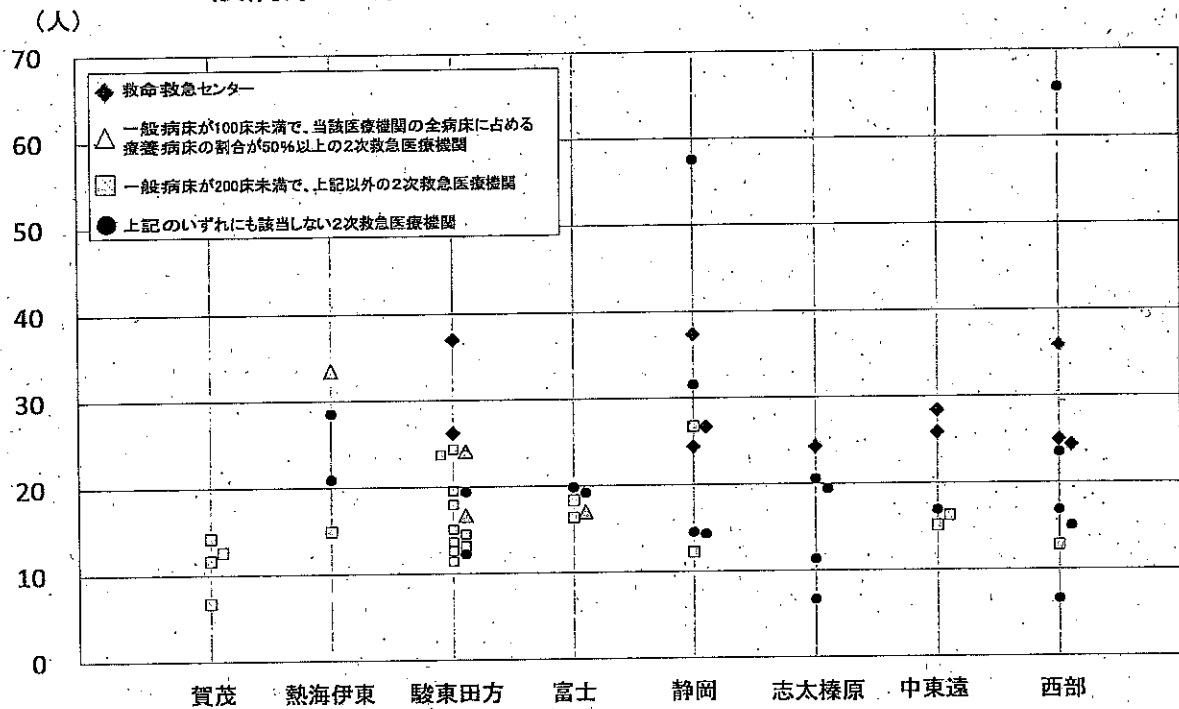
静岡県健康福祉部地域医療課提供資料を基に作成



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

静岡県内で2次・3次救急医療を担う病院における 一般病床100床当たり医師数(常勤+非常勤(常勤換算))

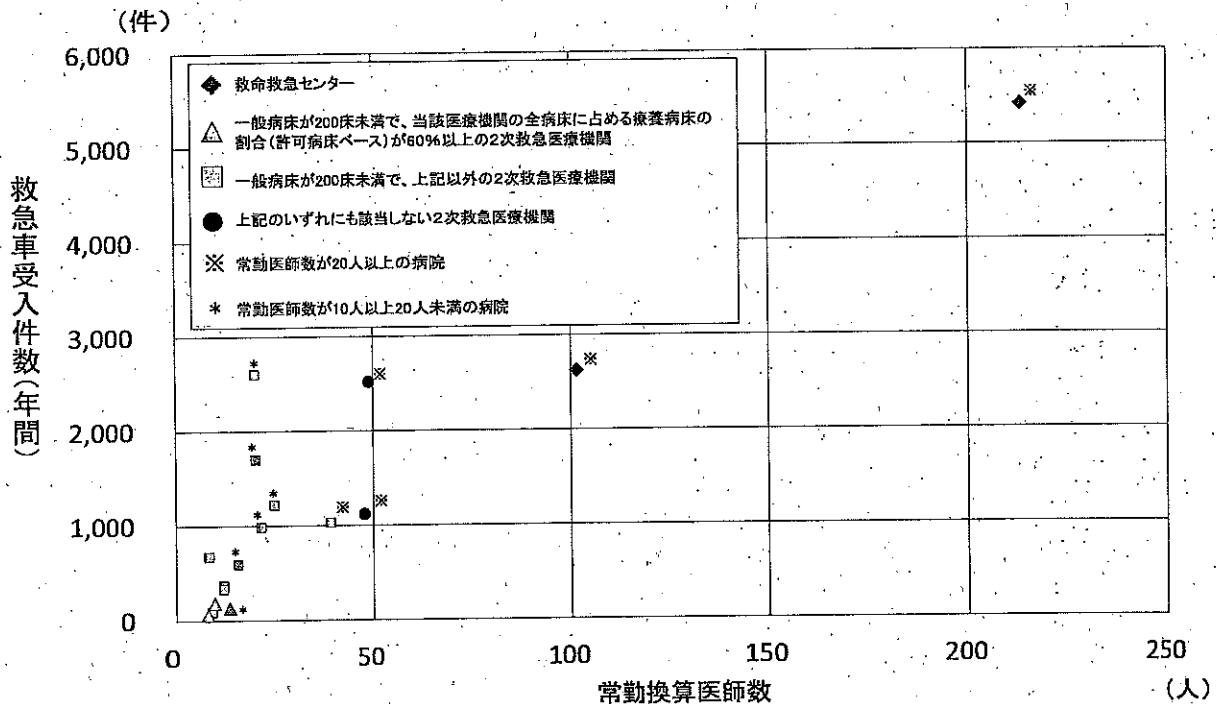


出典:平成29年「病床機能報告」



地域医療支援学講座
 Dept. of Regional Medical Care Support

駿東田方保健医療圏における二次・三次救急医療機関の 常勤換算医師数と救急車受入件数(平成29年度)

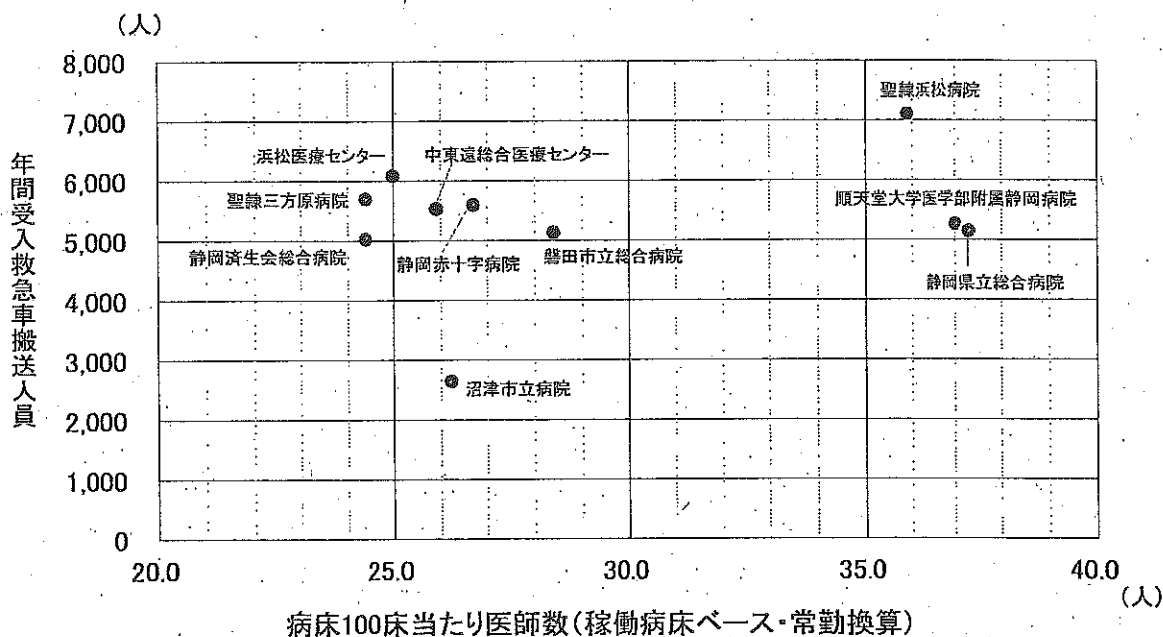


出典:静岡県健康福祉部医療政策課「平成29年 病床機能報告」



地域医療支援学講座
 Dept. of Regional Medical Care Support

静岡県内の救命救急センターにおける病床100床当たり常勤医師数と年間受入救急車搬送人員との関係



出典: 静岡県健康福祉部医療政策課「平成29年 病床機能報告」
厚生労働省ホームページ「救命救急センターの評価結果(平成29年度)について」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188907.html>



地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

静岡県内の分娩取扱医師数と分娩取扱医療施設

医療圏	分娩取扱医師数			分娩取扱施設数			
	産婦人科	産科	計	病院	診療所	助産所	計
賀茂	2	0	2	0	1	1	2
熱海伊東	6	0	6	2	2	0	4
駿東田方	52	3	55	4	12	1	17
富士	24	0	24	2	6	3	11
静岡	58	7	65	6	7	8	21
志太榛原	17	0	17	2	5	1	9
中東遠	31	0	31	3	5	7	15
西部	96	4	100	6	6	4	17
計	286	14	300	25	44	25	94

出典 分娩取扱医師数: 厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」
分娩取扱医療施設数: 静岡県健康福祉部地域医療課調べ(平成30年6月)

資料提供: 静岡県健康福祉部地域医療課



地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

静岡県周産期医療システム

(3次)

総合周産期母子医療センター (3施設)	
順天堂大学医学部附属静岡病院 (東部)	静岡県立こども病院 (中部) 総合病院聖隷浜松病院 (西部)

搬送 ↑ ↓ 逆搬送

(2次)

地域周産期母子医療センター (10施設)		産科救急受入医療機関 (7施設)	
東部	沼津市立病院	東部	伊東市民病院
	富士市立中央病院		富士宮市立病院
中部	静岡済生会総合病院	中部	静岡市立清水病院
	静岡市立静岡病院		静岡県立総合病院
	焼津市立総合病院		静岡赤十字病院
	藤枝市立総合病院		
西部	磐田市立総合病院	西部	中東遠総合医療センター
	浜松医科大学医学部附属病院		JA静岡厚生連遠州病院
	浜松医療センター		
	総合病院聖隷三方原病院		

← 補完

(1次)

搬送 ↑ ↓ 逆搬送

病院 (5施設)	国際医療福祉大学熱海病院、三島総合病院、聖隷沼津病院、菊川市立総合病院、かば記念病院
産科診療所 (44施設)	助産所 (25施設)

静岡県健康福祉部地域医療課作成資料を改編



地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

静岡県におけるへき地医療を支える医療機関等 (1)

(1) へき地医療拠点病院

無医地区等への継続支援(代診医等派遣、巡回診療等実施)が可能な病院

二次保健医療圏	病院名	指定年月
賀茂	西伊豆健育会病院(西伊豆町)	平成24年2月
	伊豆今井浜病院(河津町)	平成26年4月
駿東田方	フジ虎ノ門整形外科病院(御殿場市)	平成30年4月
静岡	静岡県立総合病院(静岡市)	平成14年9月
西部	国立病院機構天竜病院(浜松市)	平成14年9月
	浜松市国民健康保険佐久間病院(浜松市)	平成14年9月

(2) へき地診療所

設置基準(診療所設置場所を中心に概ね半径4kmの区域内に医療機関がなく、その区域内の人口が原則1,000人以上で、かつ、診療所設置場所から最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して30分以上要する)に合致した診療所

二次保健医療圏	診療所名	診療所数
賀茂	市之瀬診療所(南伊豆町)	1
熱海伊東	初島診療所(熱海市)	1
駿東田方	戸田診療所(沼津市)	1
静岡	静岡市玉川診療所、同大川診療所、静岡市国民健康保険井川診療所	3
西部	浜松市引佐鎮玉診療所、同診療所渋川出張所、浜松市国民健康保険佐久間病院附属浦川診療所、同附属山香診療所、あたご診療所、林クリニック(全て浜松市)	6

静岡県健康福祉部地域医療課作成資料を改編



地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

静岡県におけるへき地医療を支える医療機関等 (2)

(3) へき地病院

本県のへき地医療対策の対象地域にある病院(へき地医療拠点病院及び精神科病院を除く)

二次保健医療圏	病院名	病院数
賀茂	下田メディカルセンター(下田市)	2
	熱川温泉病院(東伊豆町)	
駿東田方	リハビリテーション中伊豆温泉病院	4
	中島病院(伊豆市)	
	中伊豆リハビリテーションセンター(伊豆市)	
	伊豆慶友病院(伊豆市)	

(4) 準へき地病院

へき地には所在しないが、へき地医療の確保に必要であると県が位置付けた病院

二次保健医療圏	診療所名	診療所数
賀茂	伊豆東部総合病院(東伊豆町)	1
駿東田方	伊豆赤十字病院(伊豆市)	1
中東遠	公立森町病院(森町)	1
西部	引佐赤十字病院(浜松市)	1

(5) 自治医科大学卒業医師の派遣

区分	派遣先病院	人数
へき地等勤務	下田メディカルセンター、伊豆今井浜病院、伊豆赤十字病院、佐久間病院等	14
初期・後期研修等	(初期)静岡県立総合病院(後期等)富士市立中央病院、藤枝市立総合病院等	10

静岡県健康福祉部地域医療課作成資料を改編

まとめ (5)

- 駿東・三島田方地域は医療の自己完結率が高く、隣接医療圏の患者を受け入れており、東部地域の広域的な医療提供体制の核となっているが、各病院の受け入れ態勢の規模が小さい。
- 駿東・三島田方地域の二次救急医療を担う医療機関は中・西部に比べて病床数が少なく、常勤医師数が少ない。
- 駿東・三島田方地域の周産期医療システムは機能しているか。
- 駿東田方医療圏には、へき地医療を担う医療機関が複数あり、地域住民の高齢化が一層進むことが見込まれる。



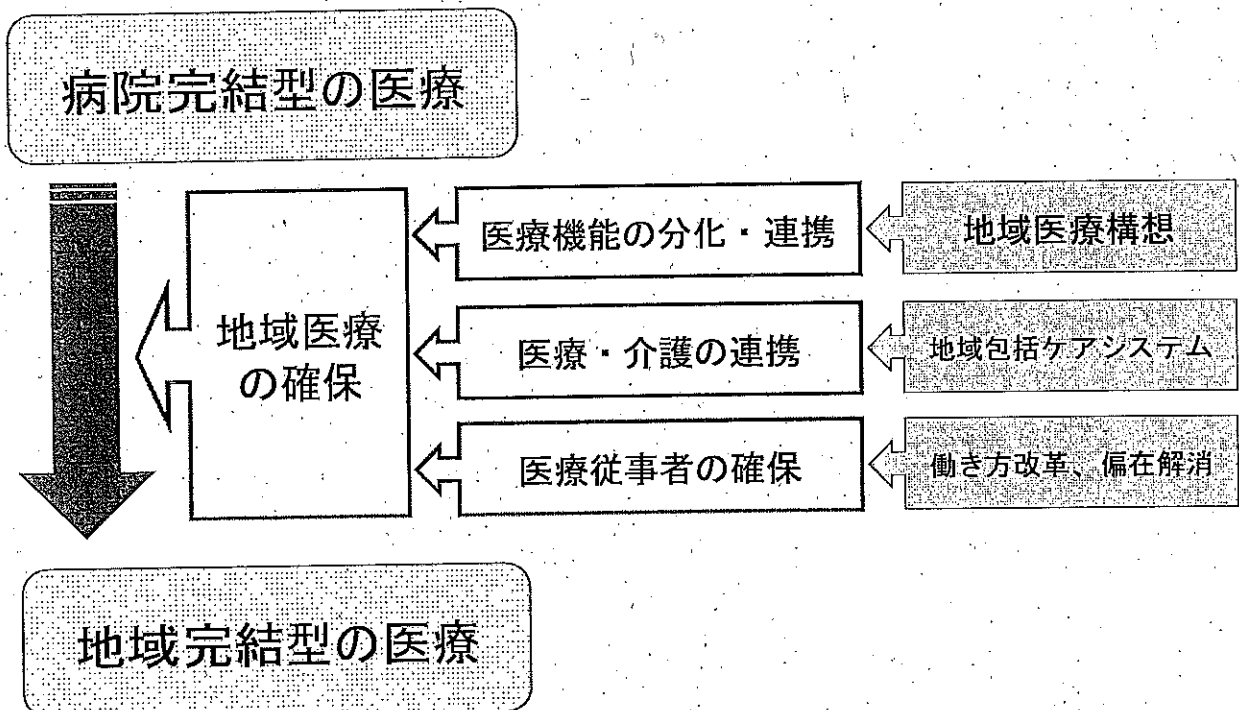
駿東・三島田方地域には、医療資源の集約化等を含めた医療機能の分化・連携の更なる推進が必要ではないか。

また、専門性を有して総合的な診療を行うことができる医師を地域で確保・育成する体制が必要ではないか。

本日の内容

- 駿東・三島田方地域の背景
- 駿東・三島田方地域の医療・介護需要予測
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(施設)
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(医師数)
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(医療機能)
- 地域医療構想と医療提供体制のパラダイムシフト
- 受療者側の取り組み
- 今、駿東・三島田方地域に求められていること

医療提供体制のパラダイムシフト (イメージ・私見)



地域医療構想における医学部との協力の必要性

- 独自のデータ分析の必要性
 - 厚労省から提供される「データブック」や公表データだけでは、臨床現場の実態を踏まえた地域ごとの受診行動の特性や個別医療機関の視点による議論には限界
- 地域事情に精通した地元専門家の活用の有用性
 - データだけでは、個別の背景事情に関する十分な解釈や実効性のある解決策の検討にも限界
- 人材供給源の医学部と一体的取り組みが不可欠
 - 医療提供体制は医師配置と表裏一体の問題（人材育成やキャリアパスも考慮した適正配置の必要性）

地域医療構想の協議で感じる課題(1)
【制度的問題】

- 必要病床数の解釈
 - 病床単位の報告と病床数(患者数)単位の必要量
 - 患者像の幅の見込み
- 病床機能の考え方
 - 「診療」を稼ぐための解説の繰り返して時間を消費
 - 特に突進として軽度急性期を含む「回復期」の捉え方
- 必要病床数だけでは捉えられない経営体制
 - 診療密度の高い急性期医療は一定程度の集約化が不可欠だが、「それぞれが等しくダウンサイジングや機能の転換に取り組む」ので良いのか、それとも「急性期機能をどこかの病院に集約化する」とか「複数の病院を再編・統合する」ことが必要かの議論などが欠落

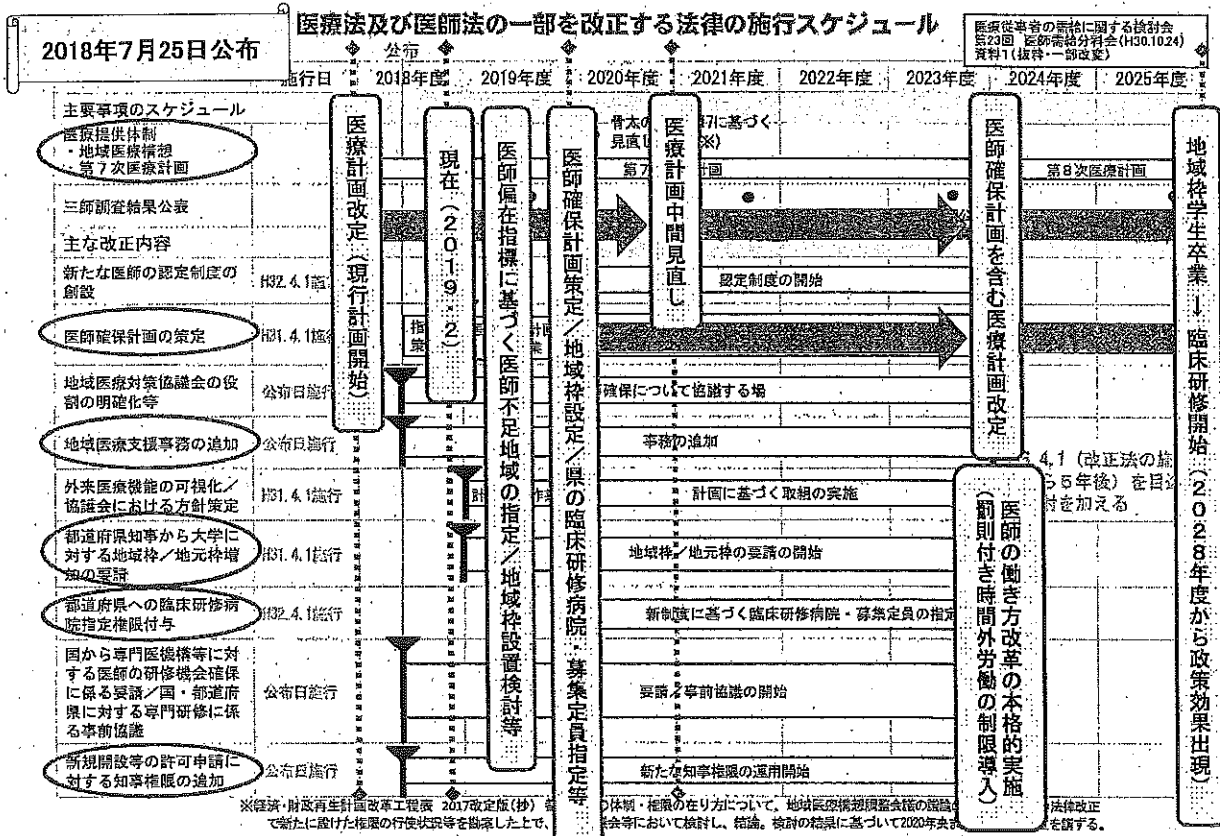
地域医療構想の協議で感じる課題(2)
【公立病院における政治的影響】

- 首長などの意向に左右される判断
 - 調整会議における協議の限界
 - 病床利用率が低下しても、少ない人口の範囲内でそれぞれが病院の体裁の維持に固執し、ダウンサイジングや再編・統合には消極的(依然として「拡大路線」)
 - 臨床現場の実態、医師・看護師などの人材育成やキャリアパスの在り方への認識不足
- 都道府県の「利益相反」
 - 医療政策担当部局と病院事業担当部局
 - 都道府県のちぐはぐな対応への他の病院の不信感

地域医療構想の協議で感じる課題(3)
【調整会議の機能】

- 練られていない協議の進め方
 - 議題が病床機能報告の結果報告や、病床の削減や機能転換の方針を決めた病院からの報告に終始してしまい、中身のある「調整」ではなく、単なる「報告会」になりがち(⇒地域全体での総合的な検討にならず)
- 「分かってはいても、当面は様子見」の構図
 - 「再編・統合は必要だが、いつ誰が旗を振るのか」
 - 「病院の機能は医師の配置次第」(人数だけでなく個々の医師の能力なども含めて)
 - 「地域包括ケア病棟にしても梯子外しに遭うのでは」などの声

厚生労働省「第17回 地域医療構想に関するワーキンググループ」(平成30年12月21日)資料2(山形県)から抜粋



厚生労働省「第16回 医師の働き方改革に関する検討会」(平成31年1月11日)参考資料1(抜粋)に追記

医療提供体制の現在の状況

(基本的な考え方)

- 少子高齢化が進み、地域で求められる医療機能も変化を迎えている。「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の体制構築が必要であり、その受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実させるとともに、地域における医師の確保を進めていく必要がある。

⇒参考資料 P3～5

(地域医療構想)

- 医療機能（高度急性期／急性期／回復期／慢性期）の分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築することを目的として、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し定めるもの。2016年に全都道府県において策定済み。
- 現在、公立・公的医療機関等の医療機関ごとの具体的対応方針について、各地域の地域医療構想調整会議において合意形成を進めており、今年度中に完了予定。
- 地域医療の確保に配慮しつつ医師の働き方改革を進める観点からは、2025年に地域医療構想を実現し、最大限、医療提供体制の効率化を図っておく必要があり、医師の働き方改革が2024年に実現するという前提で、地域医療構想調整会議における議論を進め、具体的な医療機関の再編に着手していくことが求められる。

⇒参考資料 P6～9

(医師偏在対策)

- 我が国の医師数は戦後一貫して増加しているが、地域間や診療科間の医師偏在は、今なお解消に至っていない。
- 地域で求められる医療提供体制を維持していくためには、地域医療構想の実現だけでなく、これと整合する形で、地域ごとに医師を確保する必要がある。
- このため、本年7月に成立した「医療法及び医師法の一部を改正する法律」において、全国ベースで医師の多寡を客観的に評価可能な医師偏在指標を算出し、医師少数区域・多数区域を定め、地域枠増員などの具体的な施策を含む「医師確保計画」を都道府県が主体的に策定するなど、実効的な医師偏在対策を実施できる仕組みを整備した。
- 既に施行したもの、2019年4月施行のもの、2020年4月施行のものに順次着手し、医師の働き方改革の実現に当たり地域で十分な医師が確保できるよう、対応を進めていく。

⇒参考資料 P10～16

厚生労働省「第14回 医師の働き方改革に関する検討会」（平成30年12月17日）資料2-2（抜粋）に追記

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

医療従事者の需給に関する検討会 第27回 医師需給分科会（平成30年10月24日）資料1（抜粋一部改変）

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出式を国が提示する。

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
- 医師の性別・年齢分布
- 医師偏在の程度（区域、診療科、入居/外来）
- 患者の進出/入等
- へき地域の地理的条件

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。

全国335医療圏

医師偏在指標

医師圏の順位 335位 334位 333位

上位0% → 医師多数区域
下位0% → 医師少数区域

3位 2位 1位

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18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）

西暦	2019	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次			第8次			第8次			第9次		
医師確保計画	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定
	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定	策定

*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

厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 第27回 医師需給分科会」（平成31年1月30日）資料1から抜粋