

令和元年度 第1回 地域医療構想調整会議

参考資料

(静岡県東部地域用)

静岡県地域医療構想アドバイザー
 浜松医科大学地域医療支援学講座
 竹内 浩視



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

2040年を展望した医療提供体制の改革について (イメージ)

平成31年4月24日

第66回社会保障審議会医療部会

資料1-1

○医療提供体制の改革については2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も少子高齢化の進展が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要。
 ○2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、地域医療構想の実現等だけでなく、医師・医療従事者の働き方改革の推進、実効性のある医師備在対策の着実な推進が必要。

2040年の医療提供体制 (医療ニーズに応じたヒト、モノの配置)



2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

地域医療構想の実現等

- ①全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ②合意形成された具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる対策
- ③かかりつけ医が役割を発揮するための医療情報ネットワークの構築や適切なオンライン診療等を推進するための適切なルール整備 等

三位一体で推進

医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ①医師の労働時間管理の徹底
- ②医療機関内のマネジメント改革(管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化(タスク・シフティングやタスク・シェアリング)、ICT等の技術を活用した効率化 等)
- ③**地域偏在対策**による地域における医療従事者等の確保(地域偏在と診療科偏在の是正)
- ④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進(これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む)⇒**地域医療構想の実現**

実効性のある医師備在対策の着実な推進

- ①**地域医療構想**や2040年の医療提供体制の展望と整合した**医師確保対策**の施行
 - ・医師備在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
 - ・将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
 - ・地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出
- ②総合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリ・ケアへの対応

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援**が一体的に提供される**地域包括ケアシステム**の構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、**地域包括ケアシステム**の構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**



出典：厚生労働省ホームページ



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

地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

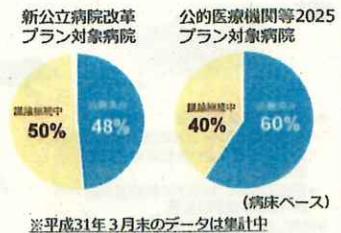
1. これまでの取り組み

- 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成

平成31年 4月24日
第66回社会保障審議会医療部会
資料 1-2

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

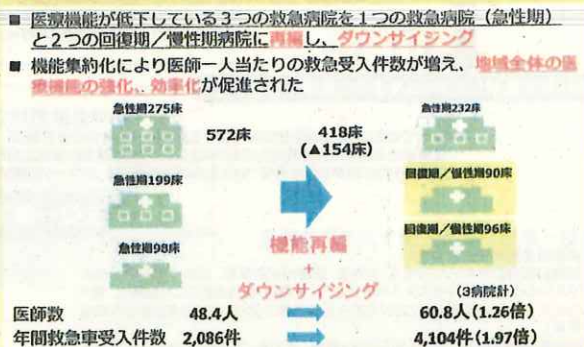
公立・公的医療機関等に関する議論の状況
平成30年12月末



地域医療構想の実現のための推進策

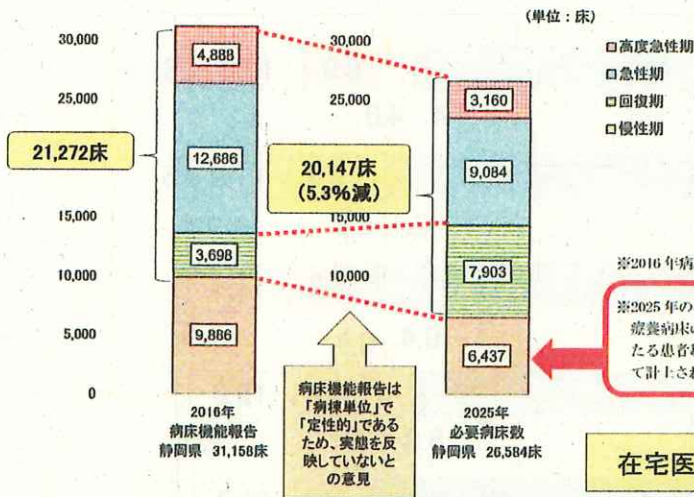
- 病床機能報告における定量的基準の導入
 - 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病床を適正化**
- 2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命
 - ・調整会議における議論の支援、ファシリテート
 - ・都道府県が行うデータ分析の支援等
 - (36都道府県、79名(平成31年3月))
- 2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置

機能分化連携のイメージ (奈良県南和構想区域)



静岡県地域医療構想 (1) 病床

図表4-3 2016年病床機能報告と2025年必要病床数の比較



病床機能報告は「病棟単位」で、必要病床数は「病床単位」であるため、そもそも両者を比較すること(数合わせ)は困難。
→ 「定量的基準」を導入し、より実態に近づける

ただし、将来推計人口に基づく医療需要からみれば、高度急性期から回復期までの総量と、高度急性期・急性期の占める割合は減少し、回復期の占める割合は増加することが見込まれる。

在宅医療等への「移行」を想定

病床削減は必須ではないかもしれないが、将来的な人口構造や疾病構造に基づく医療需要の変化を踏まえると、地域の実情に応じて、一定程度の病床の機能転換は避けられないのではないか

- ＜留意事項：病床機能報告と必要病床数との比較について＞
- ・「病床機能報告」は、定性的な基準に基づき、各医療機関が病棟単位で自ら選択します。
 - ・「必要病床数」は、厚生労働省の定める算定式により、診療報酬の出来高点数等から推計しています。
 - ・このようなことから、病床機能報告の病床数と必要病床数は必ずしも一致するものではありませんが、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けて、参考として比較するものです。

静岡県健康福祉部「第8次静岡県保健医療計画」を基に作成



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

地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について

平成31年 4月24日	第66回社会保障 審議会医療部会	資料 1-2
----------------	---------------------	-----------

○ 2019年年末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

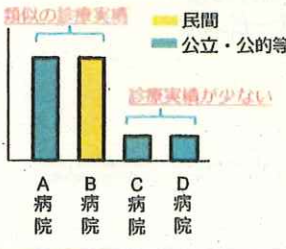
○ 今後、2019年年末までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「代替可能性がある」または「診療実績が少ない」と位置付けられた公立・公的医療機関等に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、医師の働き方改革の方向性も加味して、当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

分析内容

- ① 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、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。
B 各分析項目について、診療実績が特に少ない。
- ② 医療機関の所在地や、他の医療機関との位置関係を確認するなど、地理的条件も勘案する。

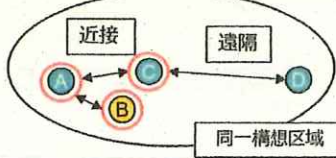
分析のイメージ

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又は診療実績が少ない場合のうち、近接している場合を確認

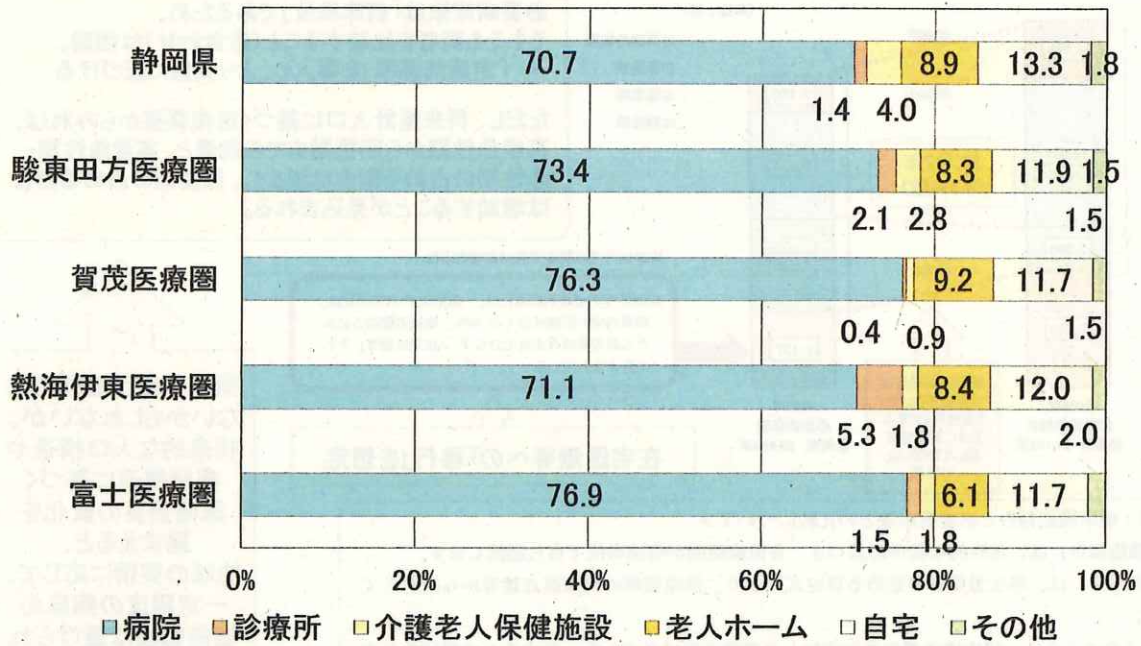


③分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における検証

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、
○ 代替可能性が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

地域医療構想調整会議

静岡県東部地域における死亡場所別構成割合



※ 老人ホーム: 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム
 ※ 自宅: グループホーム、サービス付高齢者向け住宅を含む



看取りの場所について
どう考えるか？

静岡県健康福祉部「第8次静岡県保健医療計画」を基に作成

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

静岡県地域医療構想 (2) 在宅医療等

図表4-2 2025年の必要病床数

	2025年の必要病床数				
	高度急性期 3000床以上	急性期 600床以上 3000床未満	回復期 175床以上 600床未満	慢性期 ※	計
賀茂	20	166	271	182	659
熱海伊東	84	305	384	236	1,068
駿東田方	609	1,588	1,572	1,160	4,929
富士	208	867	859	676	2,610
静岡	773	1,760	1,370	1,299	5,202
志太権原	321	1,133	1,054	738	3,246
中東遠	256	1,081	821	698	2,856
西部	880	2,104	1,572	1,440	6,014
静岡県	3,160	9,984	7,903	6,437	26,584
	11.9%	34.2%	29.7%	24.2%	100%

(単位: 床)

単身高齢者世帯、高齢者のみの世帯が急速に増加する中、誰が、どのように在宅療養患者を支えるのか？

急性期回復期の必要病床数には、一般病床での医療資源投入は175床未満、療養病床での医療区分1の70%、地域医療圏分にある患者数は含まれておらず、「在宅医療等」として計上されている。



訪問診療を受けている在宅療養患者はほぼ全員が介護サービスも利用している(2018年4月の併用率 92.7%)が、介護サービスは提供可能か。

* 在宅医療等の必要数については、在宅医療等を必要とする対象者を表しています。実際には全員が1日に医療提供を受けるものではなく、その患者の受ける医療の程度等によって医療提供体制は異なってきます。

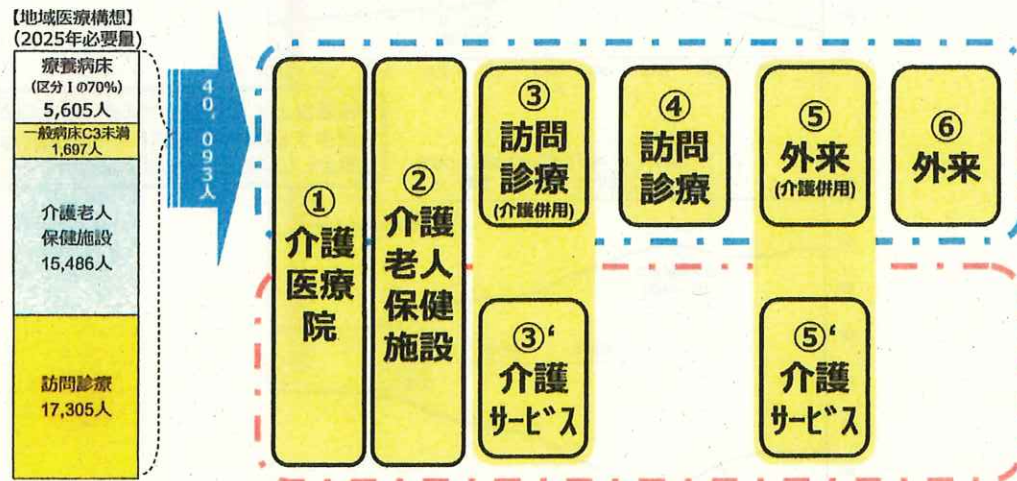
静岡県健康福祉部「第8次静岡県保健医療計画」を基に作成



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

介護施設・在宅医療等の必要量に対する受け皿のイメージ

- 2025年の在宅医療等の必要量40,093人の受け皿（提供体制）として、医療と介護の両面から提供体制をつくる必要がある。
- 医療の提供は在宅医療との必要量と同様40,093人分必要となる ⇒ ①～⑥の合計が40,093人
- 介護の提供は在宅医療等の必要量のうち、介護を必要とする人の分を見込むこととなり、合計は必ずしも40,093人とはならない
- 医療と介護の両方を必要とする人に訪問診療や外来で医療の提供をする場合は、それに対応した介護サービス（訪問介護、訪問看護等）の提供も必要となる ⇒ 「③+③'」、「⑤+⑤'」



平成30年度 第1回 地域包括ケア推進ネットワーク会議（平成30年11月9日）資料から抜粋

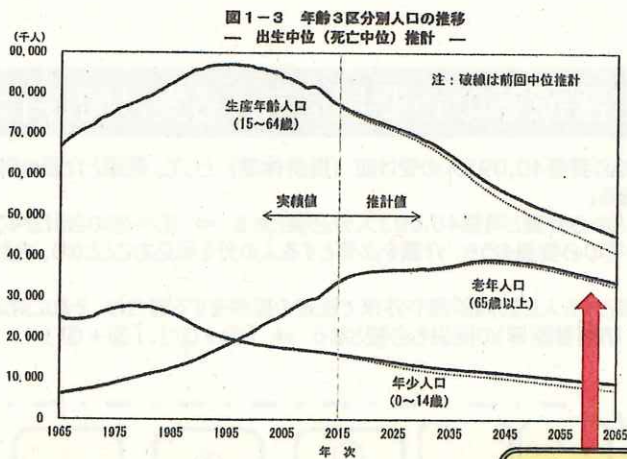
静岡県における高齢化と要支援・要介護認定率

圏 域	高齢化率(%)	認定率(%)
賀 茂	44.0%	16.3%
熱海伊東	43.3%	16.1%
駿東田方	28.7%	14.4%
富 士	27.8%	15.7%
静 岡	29.7%	17.8%
志太榛原	29.6%	15.0%
中 東 遠	26.8%	15.2%
西 部	27.5%	16.9%
全 県	29.1%	16.0%

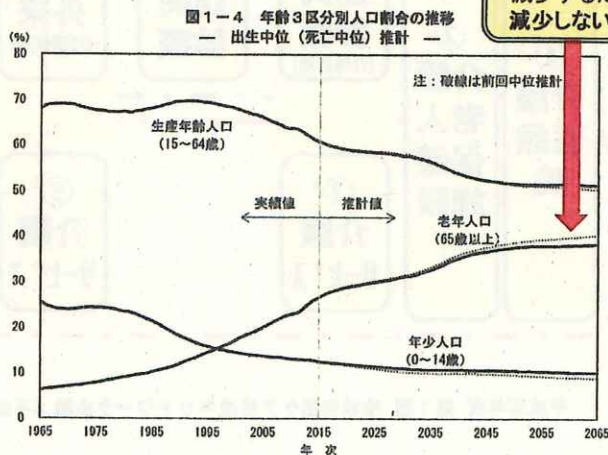
※ 高齢化率は、総務省統計局「国勢調査結果」による2017年10月1日現在の総人口（年齢不詳を除く）・高齢者人口の推計数から算出。

※ 要支援・要介護認定率は、厚生労働省「介護保険事業状況報告」による2017年9月末の第1号被保険者の認定者数を第1号被保険者数で除した率。

静岡県健康福祉部「静岡県長寿者保健福祉計画」を基に作成



65歳以上人口は減少するが、総人口が減少するため、総人口に占める割合は減少しないことに留意する必要がある。



出典: 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」

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

認知症の人の将来推計について

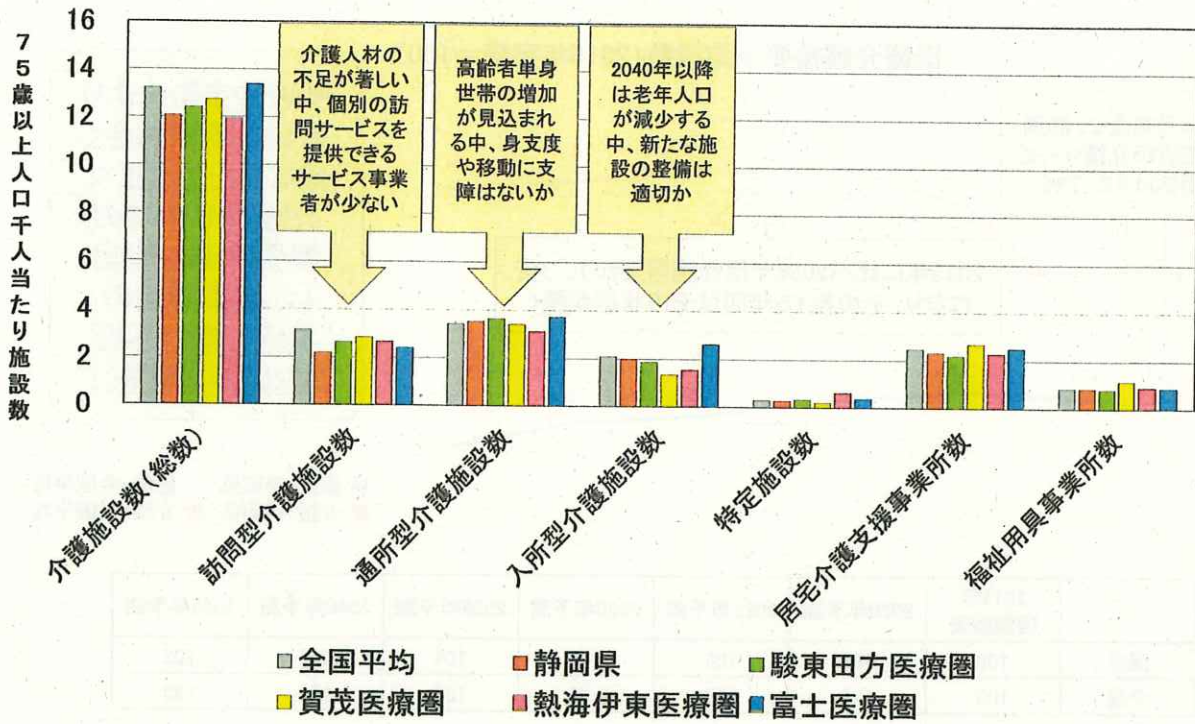
- 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合: 19%。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合: 20.6%。
- ※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。
- 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計人数/(半)	462万人	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計人数/(半)		15.0%	525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%

出典: 厚生労働省 社会保障審議会 第58回介護保険部会 参考資料3(抜粋)

静岡県東部地域の介護施設・介護職員の状況



出典：日本医師会ホームページ「地域医療情報システム」静岡県 駿東田方・賀茂・熱海伊東・富士の各医療圏



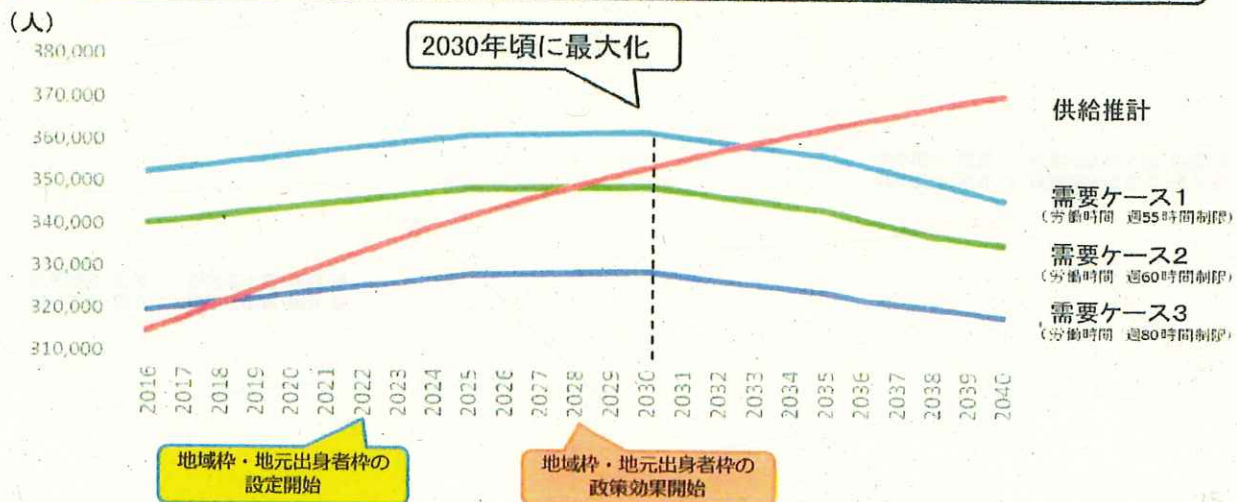
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

設定時点について - 医療需要について

医療従事者の需給に関する検討会
第19回 医師需給分科会 (平成30年4月12日)
資料1 (抜粋・一部改変)

■ 医師需給分科会第三次中間取りまとめにおける、医師需給推計において、医師需要は2030年頃に最大化すると推計されている。

供給推計 今後の医学部定員を平成30年度(2018年度)の9,419人として推計
 需要推計 ケース1、ケース2、ケース3について推計※
 ※ 労働時間、業務の効率化、受療率等について幅を持って推計(別紙)
 ※※ 勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした



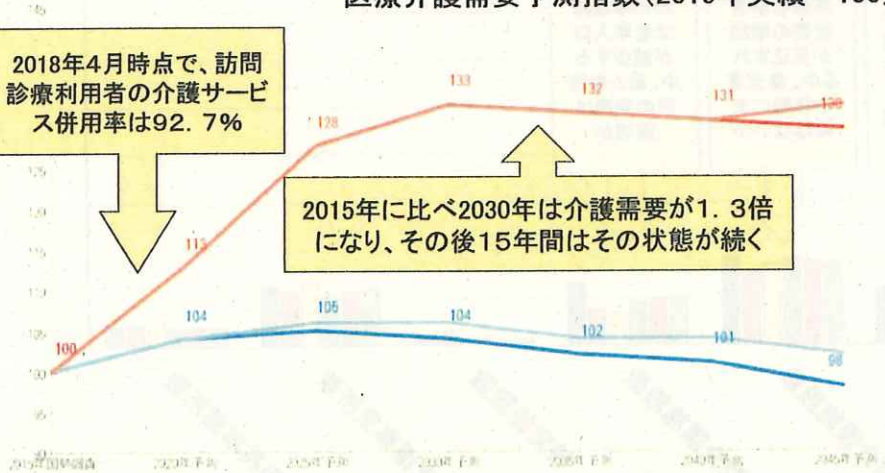
静岡県の医療・介護需要予測

医療介護需要予測指数(2015年実績=100)

2018年4月時点で、訪問診療利用者の介護サービス併用率は92.7%

2015年に比べ2030年は介護需要が1.3倍になり、その後15年間はその状態が続く

圏域や市町により需要予測が大きく異なるため、各々の圏域や市町の需要予測を確認し、事業計画の見直し等の必要がないか確認を！

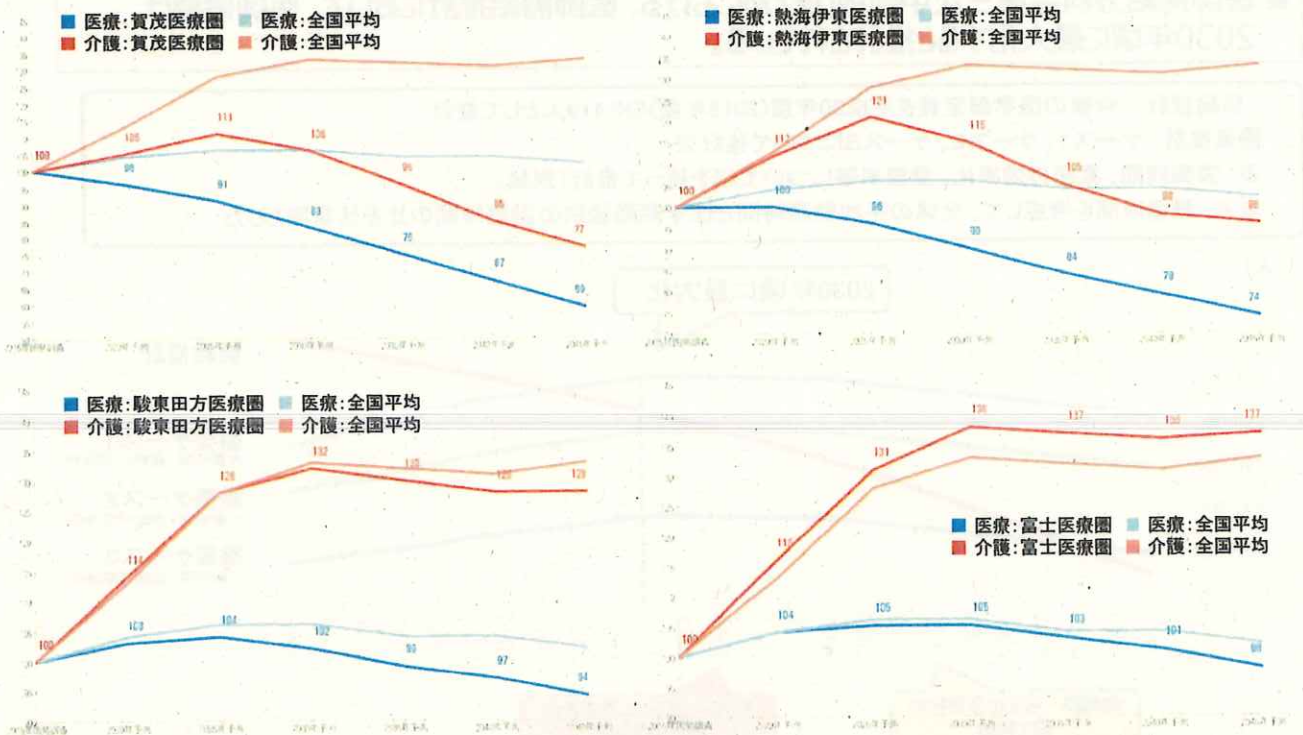


	2015年国勢調査	2020年予測	2025年予測	2030年予測	2035年予測	2040年予測	2045年予測
医療	100	104	106	106	104	104	102
介護	100	113	128	133	132	131	133

出典：日本医師会ホームページ「地域医療情報システム」静岡県

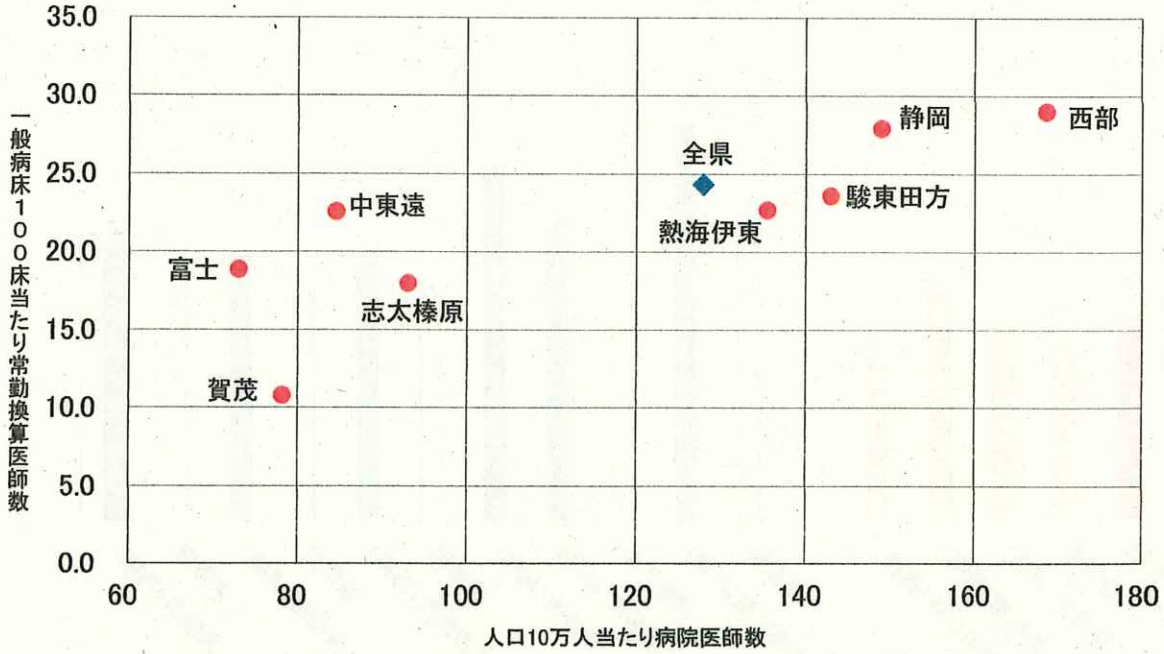
静岡県東部地域(4医療圏)の医療・介護需要予測

医療介護需要予測指数(2015年実績=100)



出典：日本医師会ホームページ「地域医療情報システム」静岡県 賀茂・熱海伊東・駿東田方・富士の各医療圏

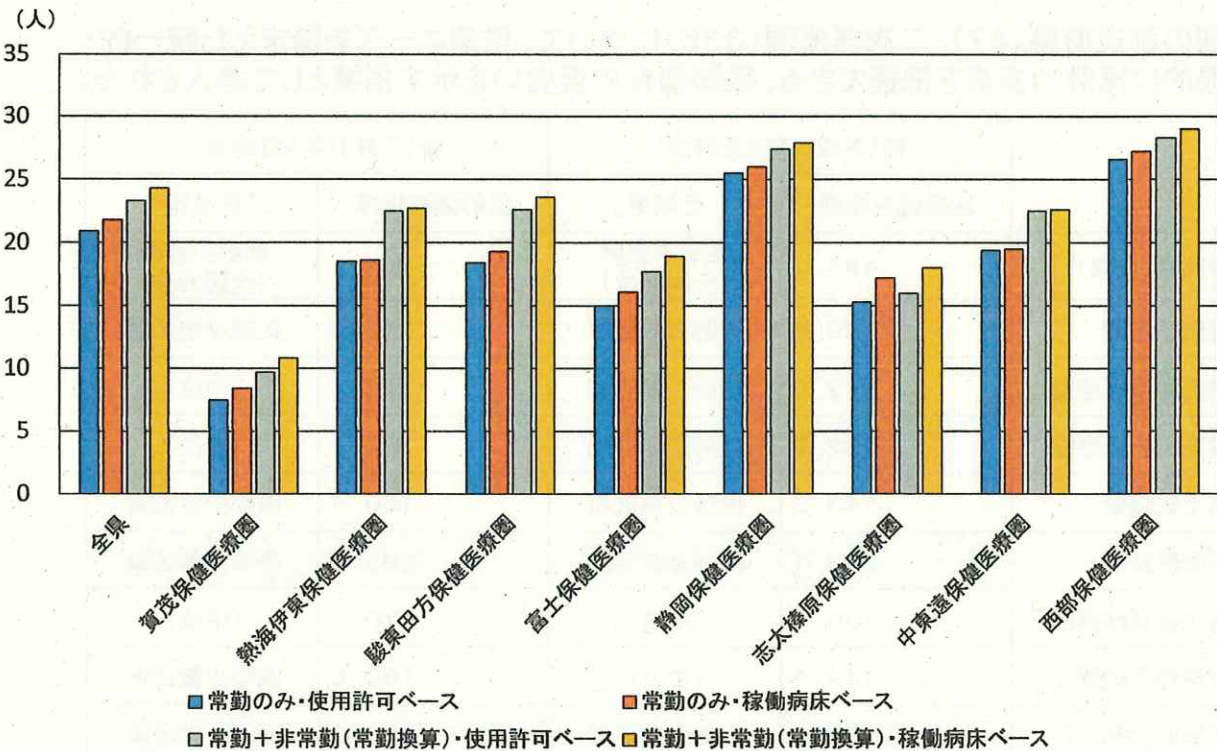
静岡県における二次医療圏別の人口10万人当たり病院医師数と一般病床100床当たり常勤換算医師数との関係(平成28～29年)



注1 病院医師数は常勤、非常勤を問わない(平成28年12月31日現在)
 注2 病床当たり医師数は常勤医師数と非常勤医師の常勤換算数の合計(平成29年7月1日現在)
 注3 一般病床数は稼働病床数(平成29年7月1日現在)

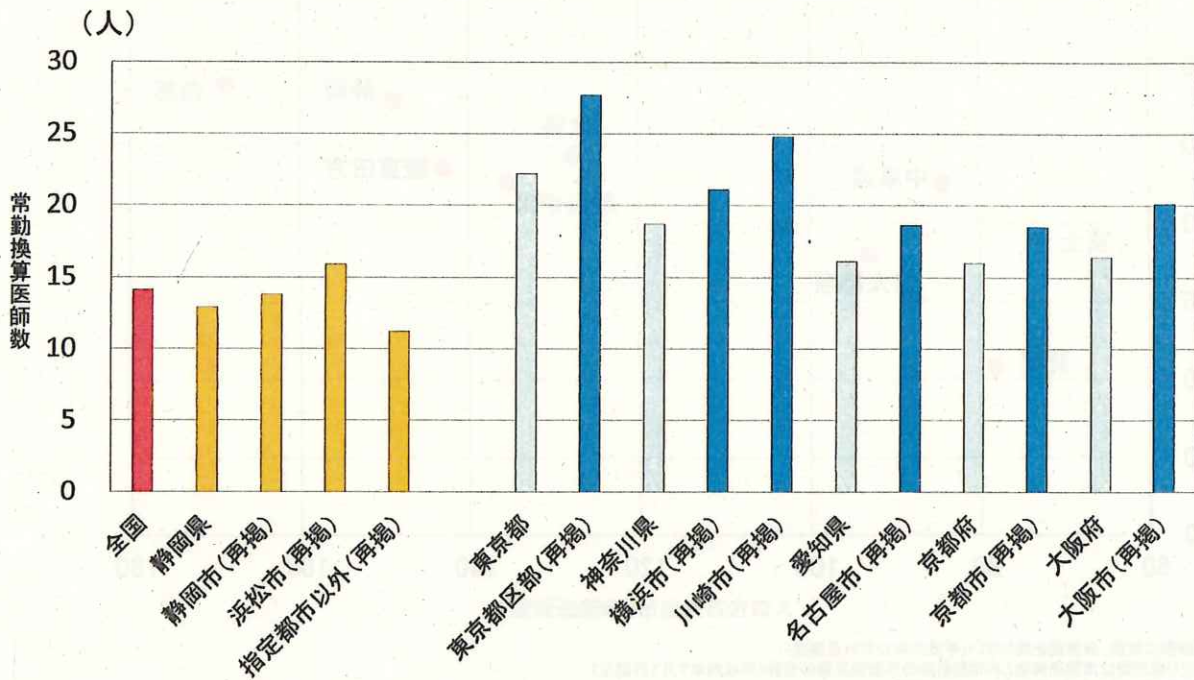
厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」、静岡県「平成29年度病床機能報告」を基に作成
 人口:総務省「人口推計」(全県)、静岡県「静岡県人口推計」(二次医療圏)

静岡県における一般病床100床当たり医師数(二次保健医療圏別)



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」

病院100床当たり常勤換算医師数（平成29年10月1日現在）



注:静岡県内の指定都市以外の市町(再掲)については、全県及び指定都市の公表数値を基に算出した。

厚生労働省「平成29年 医療施設(動態)調査・病院報告」を基に作成

医師偏在指標

全国の都道府県(47)・二次医療圏(335)について、医療ニーズを踏まえた統一的・客観的に医師の多寡を把握できる、医師偏在の度合いを示す指標として導入された。

	旧(平成31年3月時点)		新(平成31年4月時点)	
	医師偏在指標	区域等	医師偏在指標	区域等
静岡県(全県)	191.1	医師少数県 (全国39位)	193.1	医師少数県 (全国39位)
賀茂医療圏	89.6	医師少数区域	110.0	医師少数区域
熱海伊東医療圏	142.0	医師少数区域	172.1	(中位)
駿東田方医療圏	202.9	医師多数区域	192.7	(中位)
富士医療圏	143.3	医師少数区域	150.4	医師少数区域
静岡医療圏	213.1	医師多数区域	209.0	医師多数区域
志太榛原医療圏	150.4	(中位)	170.1	(中位)
中東遠医療圏	149.1	(中位)	160.5	医師少数区域
西部医療圏	247.5	医師多数区域	239.0	医師多数区域

資料提供:静岡県健康福祉部地域医療課

外来医師偏在指標(国において精査中)

- ▶ 全国の二次医療圏(335)について、人口10万人当たり診療所医師数をベースに、診療所医師の性・年齢階級別医師数に各区分別平均労働時間の違いを用いて調整し、さらに、地域ごとの性・年齢階級別の外来受療率や、病院・診療所全体に占める診療所の外来患者対応割合を加味した、より外来医療の実態を踏まえた指標。
- ▶ 上位33.3%を「外来医師多数区域」として設定。

	外来医師偏在指標	全国順位
全国	105.8	—
賀茂医療圏	84.0	233
熱海伊東医療圏	83.0	239
駿東田方医療圏	98.5	151
富士医療圏	89.8	211
静岡医療圏	92.5	191
志太榛原医療圏	73.4	294
中東遠医療圏	73.8	293
西部医療圏	92.5	193

都道府県	医療圏	外来医師偏在指標	全国順位	
全国		105.8	—	
東京都	区中央部	192.3	1	多数区域上限
島根県	益田	103.0	112	多数区域下限
奈良県	中和	102.9	113	中位1/3上限
埼玉県	川越比企	85.5	224	中位1/3下限
岐阜県	中濃	85.4	225	下位1/3上限
福島県	相双	48.1	335	

※ 本県に「外来医師多数区域」に該当する医療圏はない。
 ※ 医師偏在指標と異なり、下位1/3の区域設定はないが、参考までに、下位1/3を色分けして示した。

厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 第28回 医師需給分科会」(平成31年2月18日)参考資料6を基に作成

「令和元年度 第1回 地域医療構想調整会議 参考資料」補足資料

浜松医科大学地域医療支援学講座 竹内浩視

今年度の地域医療構想調整会議に当たり、これまでの課題や今後求められる議論の内容等について、ポイントとなる資料をまとめました。また、外来医師偏在指標についても追記しました。各構想区域での議論の参考として活用いただければ幸いです。

- 「2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）」
 - 団塊の世代（約800万人）が75歳以上に到達する2025年以降は、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。
 - 高齢者数がピークを迎える2040年頃（約3,900万人）を展望した対応として、「地域医療構想の実現等」、「医師・医療従事者の働き方改革の推進」、「実効性のある医師偏在対策の着実な推進」に、それぞれ取り組むことが求められている。
- 「地域包括ケアシステム」
 - 医療・介護需要の増加が見込まれている中、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、2025年を目途に、地域の包括的な支援・サービス提供体制（＝地域包括ケアシステム）の構築が進められている。
- 「地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組みについて」
 - 地域医療構想調整会議の設置等、これまでの取組状況
- 「静岡県地域医療構想（1）病床」
 - 「2016年病床機能報告」と「2025年必要病床数（＝病床の必要量）」を比べると、高度急性期から回復期までの病床数の合計は約5%の減少にとどまるが、高度急性期・急性期と回復期の2群に分けた場合、その構成割合は大きく変化。
 - ただし、病床機能報告が「病棟単位」で「定性的」であるため、実態を十分反映できないことから、「定量的基準」を導入し、より実態に近づけるように努力。
 - 「静岡県の医療・介護需要予測」（後出）からみると、医療需要全体に占める「治す」医療（cure）の割合が減少する一方、「支える・癒す」医療（care）の割合の増加が見込まれ、病床の医療機能にも影響することが考えられる。
※ 最終的に、病床と病棟の単位による違いは変えられないが、大まかな機能別にみた全体の方向性を理解することが重要。
 - 慢性期については、後出の看取りを含め、解決すべき課題が多い。
- 「地域医療構想の実現に向けたさらなる取組みについて」
 - 厚生労働省において、2019年年央までに、全医療機関の診療実績データを分析し、「代替可能性がある」または「診療実績が少ない」と位置づけられた公立・公的医療機関等に対して、他の医療機関との再編・統合等について、地域医療構想調整会議での協議を要請（予定）。

- 「静岡県（東部・中部・西部）地域における死亡場所別構成割合」
 - 今後も増加が見込まれる高齢者の看取りの場所について、介護施設等からの救急搬送などを含め、それぞれの地域の実情を踏まえてどう考えるか。
- 「静岡県地域医療構想（2）在宅医療等」
 - 「2013年度供給量」と「2025年必要量」を比べると、在宅医療等の必要量が大きく増加。増加率に関わらず、単身高齢者世帯や高齢者のみの世帯の増加や、高い併用率を示す介護サービスの供給体制の現状（後出）を踏まえた検証が必要。
- 「介護施設・在宅医療等の必要量に対する受け皿のイメージ」
 - 介護医療院と介護老人保健施設以外は、医療サービスと介護サービスが別に提供されるため、両者の多職種間での迅速かつ効率的な情報共有が重要。
→ 静岡県在宅医療・介護連携情報システム「シズケア★かけはし」の活用
- 「静岡県における高齢化と要支援・要介護認定率」
 - 二次医療圏間で高齢化率には大きな差があり、要介護認定率は高齢化率と必ずしもリンクしない。
- 「日本の将来推計人口（平成29年推計）」
 - 2040年以降、高齢者人口は減少するが、総人口も減少する（特に15～64歳が大きく減少する）ため、高齢化率は減少しない（ほぼ横ばいから微増傾向）。
→ 「2040年を展望した医療提供体制の改革」（前出）の必要性
- 「認知症の人の将来推計について」
 - 単に高齢者が増加するだけでなく、認知症の有病者数が増加。
※ 単身高齢者世帯や高齢者のみの世帯が増加する中、認知症への対応も課題。
- 「静岡県（東部・中部・西部）地域の介護施設・介護職員の状況」
 - 居宅サービスを提供する介護施設のうち、特に訪問型が全国に比べて少ない。
 - 入所型の施設については、医療サービスの必要性（前出）を含め、検討が必要。

その他、医療・介護需要予測や医療提供体制と関連した医師数等の参考資料を添付。

- 外来医師偏在指標
 - 主に病院を対象とした病床の医療機能に対し、診療所が担う外来医療機能（在宅医療、初期救急医療、公衆衛生等）について、地域医療構想調整会議等の場を活用して、地域で検討・協議していく必要性が指摘されている。

＜参考＞（本資料作成の参考とした主なもの、出典：厚生労働省ホームページ）

- 「今後の社会保障改革について－2040年を見据えて－」第28回社会保障審議会（平成31年2月1日）資料2
- 「基準病床数と病床の必要量（必要病床数）の関係性の整理について（その2）」第2回地域医療構想に関するワーキンググループ（平成28年8月31日）資料1－1

1.厚生労働省の算出した都道府県別診療科必要医師数・養成数のデータに基づくシーリング案は一定の評価はできるが、一方で急激な変化によってもたらされる影響にも配慮すべきであり、また、さらに地域医療に貢献しうる専門研修を構築する必要があること、などの理由から、専攻医不足の都道府県との「連携(地域研修)プログラム(都道府県限定分も含む※)」を追加したものを、日本専門医機構としてのシーリング案として提案する。
 ※充足率が80%以下の都道府県とする。

2.「連携(地域研修)プログラム(都道府県限定分も含む)」を追加するにあたり、専攻医の一部地域への集中に対する懸念に対応するという当初の目的を達成するため、シーリング対象となる都道府県別診療科専攻医数の上限は、現段階では、専攻医採用数を原則超えないようにする。

(日本専門医機構通知文より一部抜粋・改変)

厚生労働省「令和元年度 第1回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会」(令和元年5月14日)資料2-2 から抜粋

連携(地域研修)プログラムについて

暫定版

日本専門医機構案

○地域医療を配慮する観点から、以下の通り「連携(地域研修)プログラム」と「連携(地域研修)プログラムのうち都道府県限定分」を定める。なお、連携(地域研修)プログラムの専攻医募集については、通常の募集と分けて募集するものとする。

1. 連携(地域研修)プログラム
 ・シーリング対象外の都道府県の施設において50%以上の専門研修を行える環境が整った場合、募集可能とする。
 ただし、都道府県限定分に関しては、以下の条件が整った場合のみ募集可能とする。

2. 連携(地域研修)プログラムのうち都道府県限定分
 ・2016年足下充足率が0.8以下のその診療科の医師不足が顕著である都道府県の施設において50%以上の専門研修を行える環境が整った場合、募集可能とする。

$$(2016年足下充足率) = \frac{(2016年の足下医師数)}{(2016年の必要医師数)}$$

シーリング対象外の診療科

暫定版

1.外科と産婦人科については、平成6年度と比較して平成28年度の医師数自体が減少しているなどの理由から、病理および臨床検査とともに、昨年度の募集同様2020年度専攻医募集においても引き続きシーリング対象外とする。

2.救急と総合診療については、厚生労働省の医師需給分科会においても、さらなる議論が必要とされているため、2020年度専攻医募集においてはシーリング対象外とする。

厚生労働省「令和元年度 第1回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会」(令和元年5月14日)資料2-2 から抜粋

新たな日本専門医機構案

内科							
	(医師数/必要医師数) 2016年足下充足率	シリーング数	連携プログラム数	必要達成に限る推計 2024年の必要医師数を 達成するための年間医師 増加分	過去2年平均 採用数	2019年度専攻医 採用数	2018年度専攻医 採用数
北海道	0.89			193	96	101	90
青森県	0.84			74	18	17	18
岩手県	0.67			67	24	27	21
宮城県	0.93			72	53	53	52
秋田県	0.70			52	16	16	16
山形県	0.70			56	23	25	21
福島県	0.71			97	25	28	21
茨城県	0.68			151	44	46	41
栃木県	0.83			75	39	40	35
群馬県	0.81			84	25	24	26
埼玉県	0.86			364	78	85	70
千葉県	0.75			283	94	104	84
東京都	1.20			90	525	515	535
神奈川県	0.86			325	181	186	176
新潟県	0.72			115	40	36	44
富山県	0.84			42	18	17	19
石川県	1.05			21	40	40	39
福井県	0.80			32	11	0	13
山梨県	0.75			34	14	9	19
長野県	0.75			100	36	37	35
岐阜県	0.87			09	26	21	30
静岡県	0.69			195	45	45	44
愛知県	0.87			268	149	162	135
三重県	0.86			66	35	30	40

具体的計算例

暫定版

新たな日本専門医機構案

日本専門医機構案

内科

	(医師数/必要医師数) 2016年足下充足率	シリーング数	連携プログラム数	必要達成に限る推計 2024年の必要医師数を 達成するための年間医師 増加分	過去2年平均 採用数	2019年度専攻医 採用数	2018年度専攻医 採用数
東京都	1.20			90	525	515	535
千葉県	0.75			283	94	104	84
埼玉県	0.86			364	78	85	70
東京都	0.89			193	96	101	90

例)内科 東京都の場合

- シリーング数 (525-(525-90)×0.2)=438
- 連携(地域研修)プログラム数 (525-90)×0.2=87
- 連携(地域研修)プログラムのうち都道府県限定分 (525-90)×0.05=22
- シリーング数(連携(地域研修)プログラム含む) 438+87=525
- 2019年採用数515を超えるため515が上限となる。そのため連携(地域研修)プログラムは10減少。
- 最終的な連携(地域研修)プログラム87-10=77、うち都道府県限定分22-10=12

東京都	0.99			20	20	20	20
東京都	0.75			50	13	16	9
鹿児島県	0.99			37	36	42	30
沖縄県	0.93			43	28	24	31

厚生労働省「令和元年度 第1回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会」(令和元年5月14日)資料2-2 から抜粋

2016年足下の医師充足率と2020年度専攻医募集シリーング案
(2019年4月26日 日本専門医機構)

	2016年足下充足率(%)*1と診療科別シリーング数が示された都府県(◎)							
	静岡県	静岡県内の公立・公的病院等に医師を派遣している大学が位置する主な都府県						
		千葉県	東京都	神奈川県	山梨県	愛知県	京都府	大阪府
内科	0.69	0.75	◎ 1.20	0.86	0.79	0.87	◎ 1.23	◎ 1.08
小児科	0.70	0.76	◎ 1.22	0.92	◎ 1.05	0.79	◎ 1.16	0.95
皮膚科	0.78	0.79	◎ 1.49	0.97	0.86	0.94	◎ 1.20	0.98
精神科	0.71	0.75	◎ 1.22	0.91	0.83	0.80	◎ 1.02	0.90
整形外科	0.80	0.83	1.02	0.91	0.96	0.83	◎ 1.12	1.06
眼科	0.74	0.90	◎ 1.35	0.97	0.98	1.03	◎ 1.09	◎ 1.20
耳鼻咽喉科	0.82	0.78	◎ 1.30	0.96	◎ 1.07	0.93	◎ 1.36	◎ 1.13
泌尿器科	0.83	0.79	0.88	0.89	1.01	0.74	◎ 1.19	◎ 1.14
脳神経外科	0.76	0.73	◎ 1.12	0.82	0.88	0.82	0.96	1.03
放射線科	0.60	0.62	◎ 1.31	0.85	0.87	0.86	◎ 1.66	◎ 1.22
麻酔科	0.70	0.74	◎ 1.21	0.96	0.84	0.82	◎ 1.17	◎ 1.06
形成外科	0.81	0.88	◎ 1.84	1.02	0.63	0.52	◎ 1.02	◎ 1.10
リハビリテーション科	1.00	0.96	◎ 1.29	0.89	◎ 1.13	0.86	◎ 1.08	◎ 1.21

*1 厚生労働省が算出した2016年足下の都道府県別診療科別充足率(医師数/必要医師数)で、充足率が80%以下の場合に太字・下線で示した。
*2 外科、産婦人科、病理、臨床検査については2019年度から引き続き、救急、総合診療については、2020年度において、シリーング対象外とされた。

厚生労働省「令和元年度 第1回 医道審議会 医師分科会 医師専門研修部会」(令和元年5月14日)資料2-2、参考資料6を基に作成