

病床機能報告：静岡県における定量的基準の考え方（案）

1 厚生労働省通知における考え方

「地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的基準の導入について」（H30.8.16 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

- ・各都道府県においては、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい。
- ・厚生労働省において、各都道府県が地域の実情に応じた定量的な基準を円滑に作成できるよう、データ提供等の技術的支援を実施していく予定であり、適宜活用されたい。

⇒ 国から平成30年9月、埼玉県の手法を用いた計算ソフトが提供された。

2 埼玉県における定量的基準の考え方

- ・客観的な基準により地域の医療機能の現状を分析し、各医療機関が、自機関の立ち位置を確認し、地域で議論するための「目安」を提供。
- ・各医療機関の報告内容を尊重しつつ、別の観点として、入院料や具体的な医療提供状況から客観的な基準を作成。

⇒ 具体的な基準は別添1のとおり

3 埼玉方式に基づく本県の平成29年度病床機能報告結果

別添2のとおり

4 本県における今後の進め方（案）

- 埼玉方式に基づく分析結果（病棟別のデータ等）について、次回の地域医療構想調整会議へ提示する。
- 地域医療構想調整会議での御意見を伺いつつ、医師会などの医療関係者等と協議しながら本県の考え方を整理し、次回の県医療対策協議会で協議する。
- 定量的基準を踏まえることで、病床機能報告がより実態に近い報告となるよう努めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を活性化し、地域の実状を踏まえた医療機能の分化・連携を進めていく。

【別添1】 埼玉県における医療機能区分設定の考え方

- 「ICU → 高度急性期」「回復リハ病棟 → 回復期」「療養病棟 → 慢性期」など、どの医療機能と見なすかが明らかな入院料の病棟は、当該医療機能として扱う。
- 特定の医療機能と結びついてない一般病棟・有床診療所の一般病床・地域包括ケア病棟（周産期・小児以外）は、具体的な機能の内容に応じて客観的に設定した区分線によって、高度急性期 / 急性期 / 回復期を区分。

＜機能区分の枠組み＞

4 機能	大区分						
	主に成人			周産期	小児	緩和ケア	
高度急性期	救命救急 ICU SCU HCU	有床診療所の一般病床 地域包括ケア病棟			MFICU NICU GCU	PICU 小児入院医療管理料1	
急性期		一般病棟			産科の一般病棟 産科の有床診療所	小児入院医療管理料2,3 小児科の一般病棟7:1	緩和ケア病棟 (放射線治療あり)
回復期	回復期 リハビリ病棟	回復期 リハビリ病棟				小児入院医療管理料4,5 小児科の一般病棟7:1以外 小児科の有床診療所	
慢性期	療養病棟 特殊疾患病棟 障害者施設等	療養病棟 特殊疾患病棟 障害者施設等					緩和ケア病棟 (放射線治療なし)

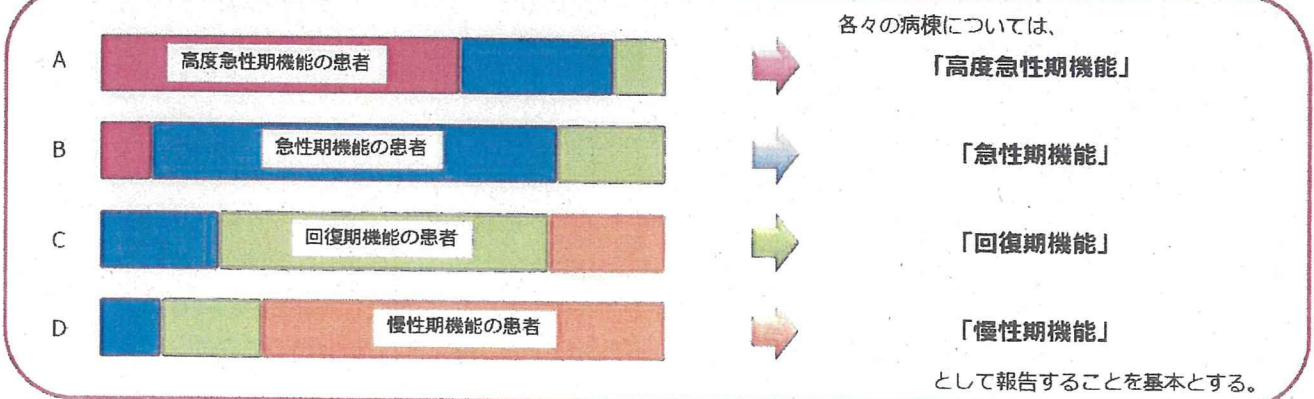
切り分け

具体的な機能に応じて区分線を引く

＜参考：病床機能報告における報告の考え方＞

- 病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告することとされているが、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、下図のように当該病棟において最も多くの割合を占める患者に相当する機能を報告することを基本とする。

(ある病棟の患者構成イメージ)



<区分線のしきい値>

【区分線1（高度急性期・急性期の区分）のしきい値】

高度急性期に分類する要件		稼働病床1床当たりの月間回数	40床の病棟に換算した場合
手術	A 全身麻酔下手術	2.0回/月・床以上	80回/月以上
	B 胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.5回/月・床以上	20回/月以上
がん	C 悪性腫瘍手術	0.5回/月・床以上	20回/月以上
脳卒中	D 超急性期脳卒中加算	あり	あり
	E 脳血管内手術	あり	あり
心血管疾患	F 経皮的冠動脈形成術	0.5回/月・床以上	20回/月以上
救急	G 救急搬送診療料	あり	あり
	H 救急医療に係る諸項目（下記の合計） ・救命のための気管内挿管 ・カウンターショック ・体表面・食道ペースティング法 ・心膜穿刺 ・非開胸的心マッサージ ・食道圧迫止血チューブ挿入法	0.2回/月・床以上	8回/月以上
	I 重症患者への対応に係る諸項目（下記の合計） ・観血的肺動脈圧測定 ・頭蓋内圧持続測定(3時間超) ・持続緩徐式血液濾過 ・人工心臓 ・大動脈バルーンパンピング法 ・血漿交換療法 ・経皮的心肺補助法 ・吸着式血液浄化法 ・人工心臓 ・血球成分除去療法	0.2回/月・床以上	8回/月以上
全身管理	J 全身管理への対応に係る諸項目（下記の合計） ・観血的動脈圧測定(1時間超) ・胸腔穿刺 ・ドレーン法 ・人工呼吸(5時間超)	8.0回/月・床以上	320回/月以上
上記A～Jのうち1つ以上を満たす			

【区分線2（急性期・回復期の区分）のしきい値】

急性期に分類する要件		稼働病床1床当たりの月間の回数	40床の病棟に換算した場合
手術	K 手術	2.0回/月・床以上	80回/月以上
	L 胸腔鏡・腹腔鏡下手術	0.1回/月・床以上	4回/月以上
がん	M 放射線治療	0.1回/月・床以上	4回/月以上
	N 化学療法	1.0回/月・床以上	40回/月以上
救急	O 予定外の救急医療入院の人数	10人/月・床以上	400人/月以上
重症度等	P 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合	25%以上	25%以上
上記K～Pのうち1つ以上を満たす			

<別添2> 埼玉県方式に基づく本県の平成29年度病床機能報告結果

1 算出方法

- ・国提供データに基づき、許可病床33,290床から休棟等1,097床を除く32,193床について試算。
- ・このうち28,776床(89.4%)は埼玉方式により、データ不足等で分類不能の3,417床(10.6%)は医療機関の報告どおりで算出した。

2 算出結果

※許可病床数ベース

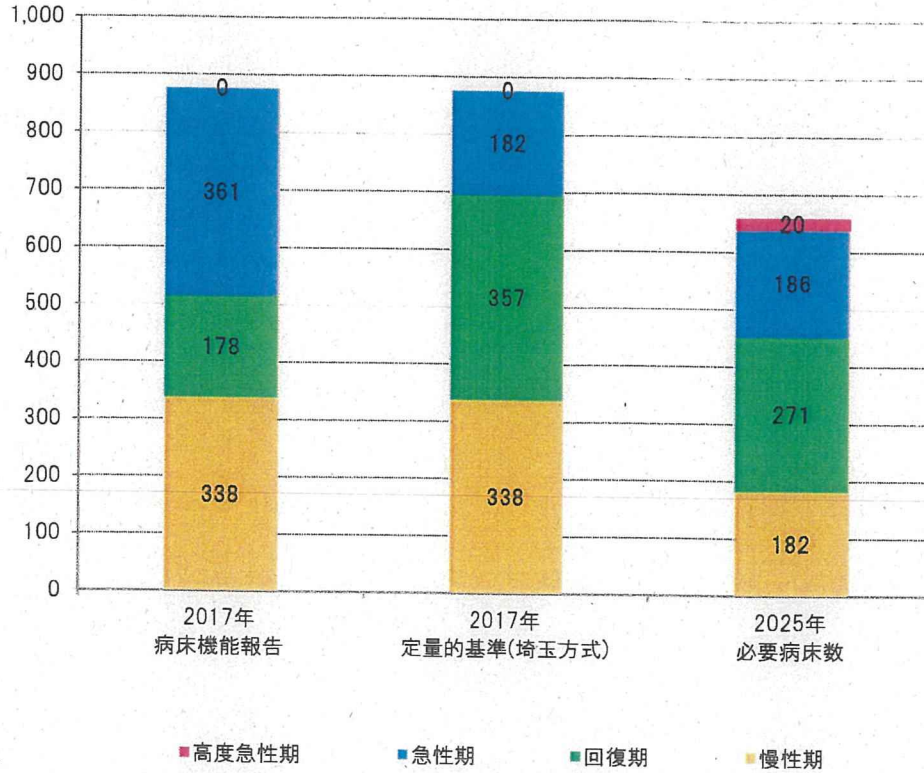
保健区域	医療機能	2017年 (H29)		2018年 (H30)		比較			
		病床機能報告 (A)		埼玉方式に基づく方式 (B)		必要病床数 (C)			
		実数	構成比	実数	構成比	実数	構成比		
県全体	高度急性期	5,059	16%	3,099	10%	3,160	12%	1,899	▲ 61
	急性期	13,028	40%	11,231	35%	9,084	34%	3,944	2,147
	回復期	4,116	13%	7,875	24%	7,903	30%	▲ 3,787	▲ 28
	慢性期	9,990	31%	9,988	31%	6,437	24%	3,553	3,551
	計	32,193		32,193		26,584		5,609	5,609
賀茂	高度急性期	0	0%	0	0%	20	3%	▲ 20	▲ 20
	急性期	361	41%	182	21%	186	28%	175	▲ 4
	回復期	178	20%	357	41%	271	41%	▲ 93	86
	慢性期	338	39%	338	39%	182	28%	156	156
	計	877		877		659		218	218
熱海伊東	高度急性期	68	6%	116	9%	84	8%	▲ 16	32
	急性期	578	47%	390	32%	365	34%	213	25
	回復期	158	13%	258	21%	384	36%	▲ 226	▲ 126
	慢性期	420	34%	460	38%	235	22%	185	225
	計	1,224		1,224		1,068		156	156
駿東出方	高度急性期	755	12%	917	14%	609	12%	146	308
	急性期	3,153	48%	1,971	30%	1,588	32%	1,565	383
	回復期	764	12%	1,857	29%	1,572	32%	▲ 808	285
	慢性期	1,833	28%	1,760	27%	1,160	24%	673	600
	計	6,505		6,505		4,929		1,576	1,576
富士	高度急性期	68	3%	285	11%	208	8%	▲ 140	77
	急性期	1,394	52%	811	30%	867	33%	527	▲ 56
	回復期	463	17%	829	31%	859	33%	▲ 396	▲ 30
	慢性期	740	28%	740	28%	676	26%	64	64
	計	2,665		2,665		2,610		55	55
静岡	高度急性期	1,578	24%	592	9%	773	15%	805	▲ 181
	急性期	2,132	32%	2,562	39%	1,760	34%	372	802
	回復期	830	13%	1,400	21%	1,370	26%	▲ 540	30
	慢性期	2,084	31%	2,070	31%	1,299	25%	785	771
	計	6,624		6,624		5,202		1,422	1,422
志太榛原	高度急性期	251	8%	271	8%	321	10%	▲ 70	▲ 50
	急性期	1,802	54%	1,413	43%	1,133	35%	669	280
	回復期	431	13%	800	24%	1,054	32%	▲ 623	▲ 254
	慢性期	837	25%	837	25%	738	23%	99	99
	計	3,321		3,321		3,246		75	75
中東遠	高度急性期	289	9%	202	6%	256	9%	33	▲ 54
	急性期	1,174	38%	984	32%	1,081	38%	93	▲ 97
	回復期	513	16%	790	25%	821	29%	▲ 308	▲ 31
	慢性期	1,140	37%	1,140	37%	698	24%	442	442
	計	3,116		3,116		2,856		260	260
西部	高度急性期	2,050	26%	716	9%	889	15%	1,161	▲ 173
	急性期	2,434	31%	2,918	37%	2,104	35%	330	814
	回復期	779	10%	1,584	20%	1,572	26%	▲ 793	12
	慢性期	2,598	33%	2,643	34%	1,449	24%	1,149	1,194
	計	7,861		7,861		6,014		1,847	1,847

平成29年度病床機能報告 定量的基準（埼玉方式）に基づく試算結果

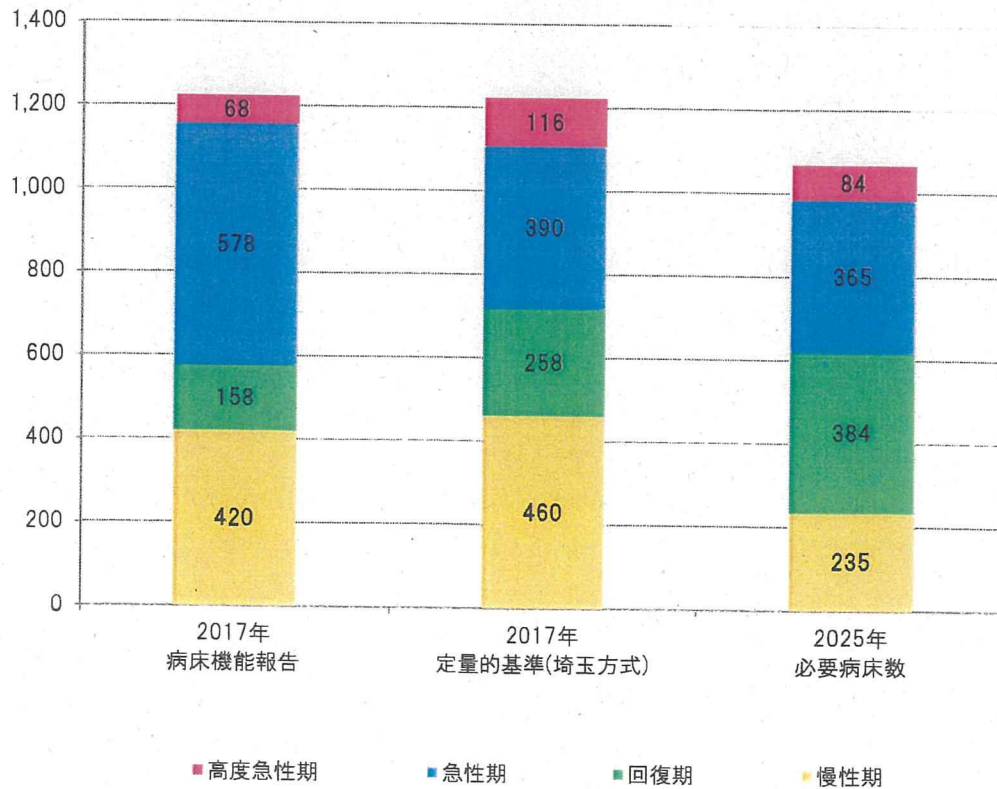
構想区域	医療機能	2017年許可病床数		2025年		埼玉方式の結果に基づいた現状と課題（例）
		病床機能報告 (A)	埼玉方式に基づく試算 (B)	必要病床数 (C)	埼玉方式との差 (B-C)	
賀茂	高度急性期	0	0	20	▲ 20	<ul style="list-style-type: none"> 全体の許可病床数が必要病床数を218床上回っている。 高度急性期は駿東田方との連携か。 埼玉方式では急性期はほぼ同程度、回復期は充足している。現場感覚や実態はどうか。 慢性期が必要病床数を上回るが、療養病床を有する病院は2施設のみであることに留意する必要。
	急性期	361	182	186	▲ 4	
	回復期	178	357	271	86	
	慢性期	338	338	182	156	
	全体	877	877	659	218	
熱海伊東	高度急性期	68	116	84	32	<ul style="list-style-type: none"> 全体の必要病床数と許可病床数はほぼ同程度。 埼玉方式では高度急性期、急性期ともほぼ同程度。現在の機能をいかに維持・効率化していくか。 回復期の充足に向けて、急性期から回復期への転換よりも、慢性期から回復期への転換が必要か。 慢性期は伊東病院の閉院(43床)により減少する。
	急性期	578	390	365	25	
	回復期	158	258	384	▲ 126	
	慢性期	420	460	235	225	
	全体	1,224	1,224	1,068	156	
駿東田方	高度急性期	755	917	609	308	<ul style="list-style-type: none"> 全体の許可病床数が必要病床数を1,576床上回っている。 埼玉方式では、急性期が大きく減少し回復期が充足する。現場感覚や実態はどうか。 函南町で介護医療院への転換があり(H30.10現在60床)、慢性期は減少する。 療養病床の転換意向未定が多く、今後留意していく必要。
	急性期	3,153	1,971	1,588	383	
	回復期	764	1,857	1,572	285	
	慢性期	1,833	1,760	1,160	600	
	全体	6,505	6,505	4,929	1,576	
富士	高度急性期	68	285	208	77	<ul style="list-style-type: none"> 全体の必要病床数と許可病床数はほぼ同程度。 医療機能別に見ても、必要病床数と許可病床数はほぼ同じ。現在の機能をいかに維持・効率化していくか。 介護医療院への転換等により、慢性期が不足する状況とならないよう留意する必要がある。
	急性期	1,394	811	867	▲ 56	
	回復期	463	829	859	▲ 30	
	慢性期	740	740	676	64	
	全体	2,665	2,665	2,610	55	
静岡	高度急性期	1,578	592	773	▲ 181	<ul style="list-style-type: none"> 全体の許可病床数が必要病床数を1,422床上回っている。 埼玉方式では高度急性期が不足し、回復期は同程度。現場感覚や実態はどうか。 埼玉方式においても急性期は必要病床数を上回っており、検討が必要。 介護医療院への転換(2病院378床)が具体的対応方針で示されており、慢性期が減少する見込み。
	急性期	2,132	2,562	1,760	802	
	回復期	830	1,400	1,370	30	
	慢性期	2,084	2,070	1,299	771	
	全体	6,624	6,624	5,202	1,422	
志太榛原	高度急性期	251	271	321	▲ 50	<ul style="list-style-type: none"> 全体の必要病床数と許可病床数はほぼ同程度。 埼玉方式においても高度急性期が若干不足。役割分担等について検討する必要。 埼玉方式においても回復期が不足。現場感覚や実態はどうか。 慢性期はほぼ同程度。介護医療院への転換等により慢性期が不足する状況とならないよう留意する必要。
	急性期	1,802	1,413	1,133	280	
	回復期	431	800	1,054	▲ 254	
	慢性期	837	837	738	99	
	全体	3,321	3,321	3,246	75	
中東遠	高度急性期	289	202	256	▲ 54	<ul style="list-style-type: none"> 全体の必要病床数と許可病床数は概ね同程度。 高度急性期～回復期は概ねバランスが取れている。現在の医療機能の役割分担をいかに維持・効率化するか。 介護医療院への転換予定があり(H31.1現在2病院161床)、慢性期が減少する見込み。
	急性期	1,174	984	1,081	▲ 97	
	回復期	513	790	821	▲ 31	
	慢性期	1,140	1,140	698	442	
	全体	3,116	3,116	2,856	260	
西部	高度急性期	2,050	716	889	▲ 173	<ul style="list-style-type: none"> 全体の許可病床数が必要病床数を1,847床上回っている。 埼玉方式では高度急性期が不足し、回復期は同程度。現場感覚や実態はどうか。 埼玉方式においても急性期は必要病床数を上回っており、検討が必要。 浜松市で介護医療院への転換があり(H30.10現在391床)、慢性期は減少する。
	急性期	2,434	2,918	2,104	814	
	回復期	779	1,584	1,572	12	
	慢性期	2,598	2,643	1,449	1,194	
	全体	7,861	7,861	6,014	1,847	
県全体	高度急性期	5,059	3,099	3,160	▲ 61	<ul style="list-style-type: none"> 全体の許可病床数が必要病床数を5,609床上回っている。 高度急性期と回復期は必要病床数とほぼ同数。 急性期の許可病床数が必要病床数を2,147床上回っている。 慢性期の許可病床数が必要病床数を3,551床上回っている。介護医療院への転換等の動向に留意する必要。
	急性期	13,028	11,231	9,084	2,147	
	回復期	4,116	7,875	7,903	▲ 28	
	慢性期	9,990	9,988	6,437	3,551	
	全体	32,193	32,193	26,584	5,609	

平成 29 年病床機能報告、定量的基準（埼玉方式）と必要病床数の比較

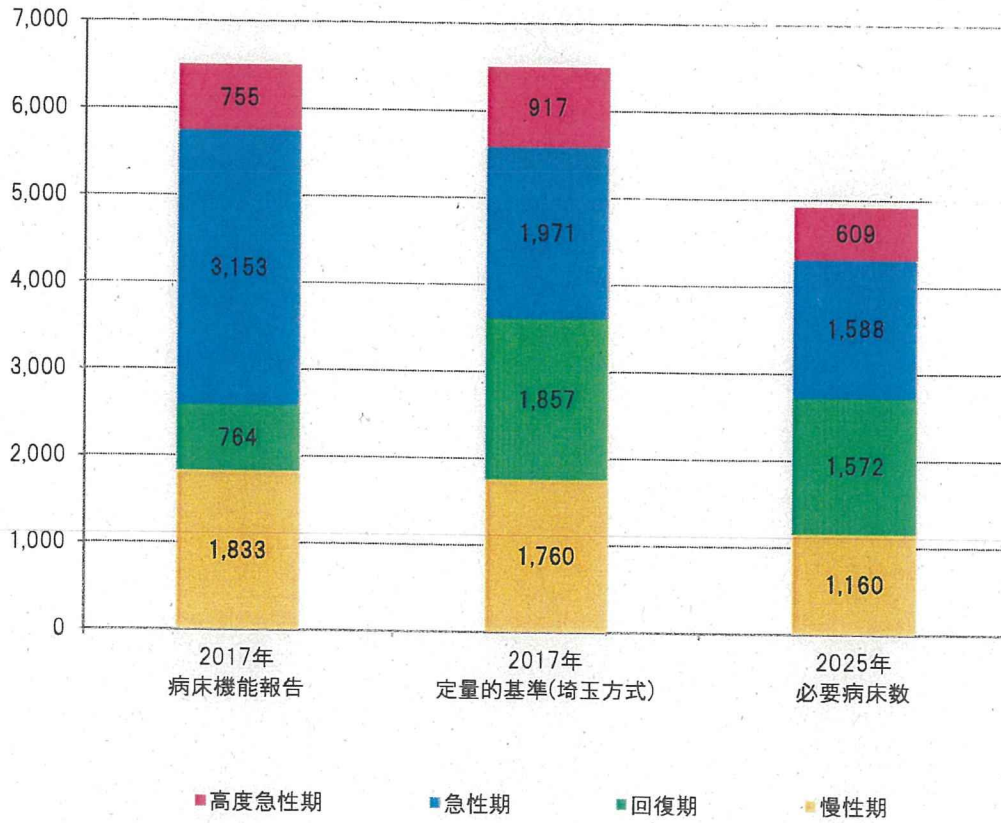
<賀茂>



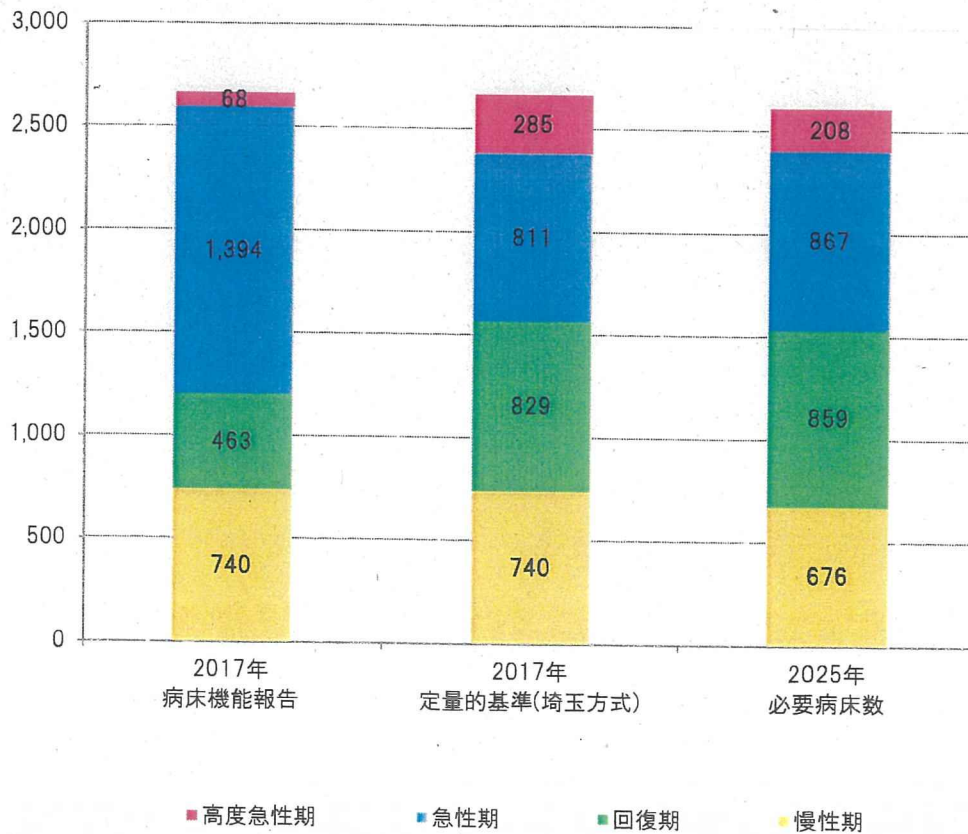
<熱海伊東>



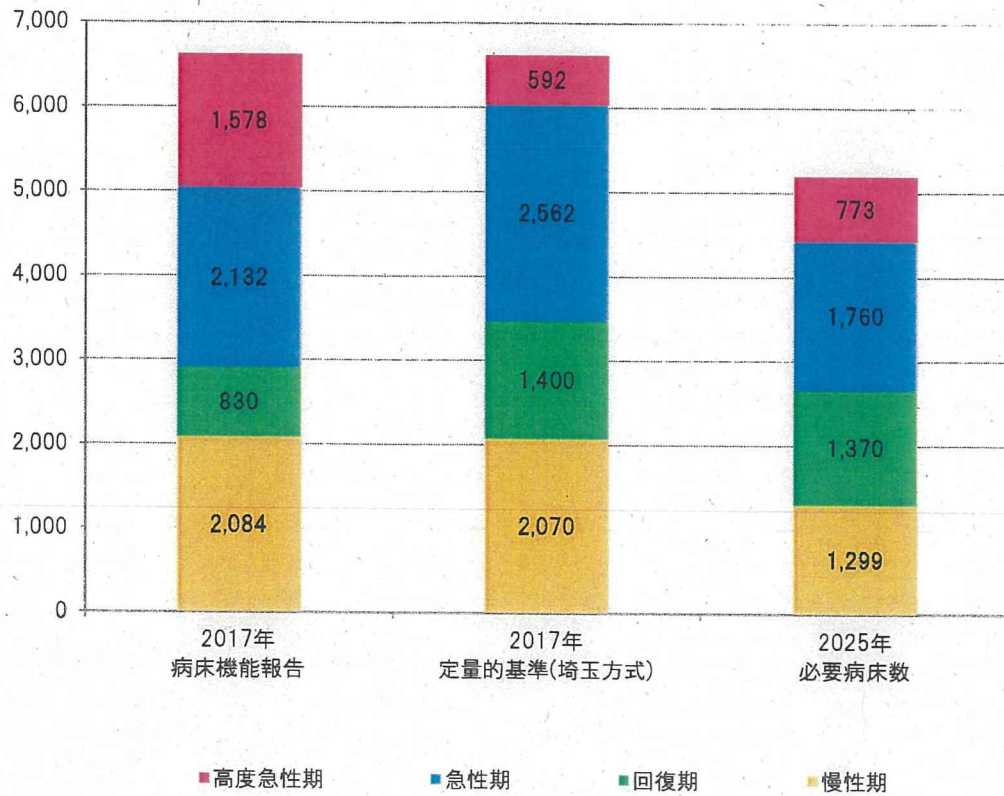
< 駿東田方 >



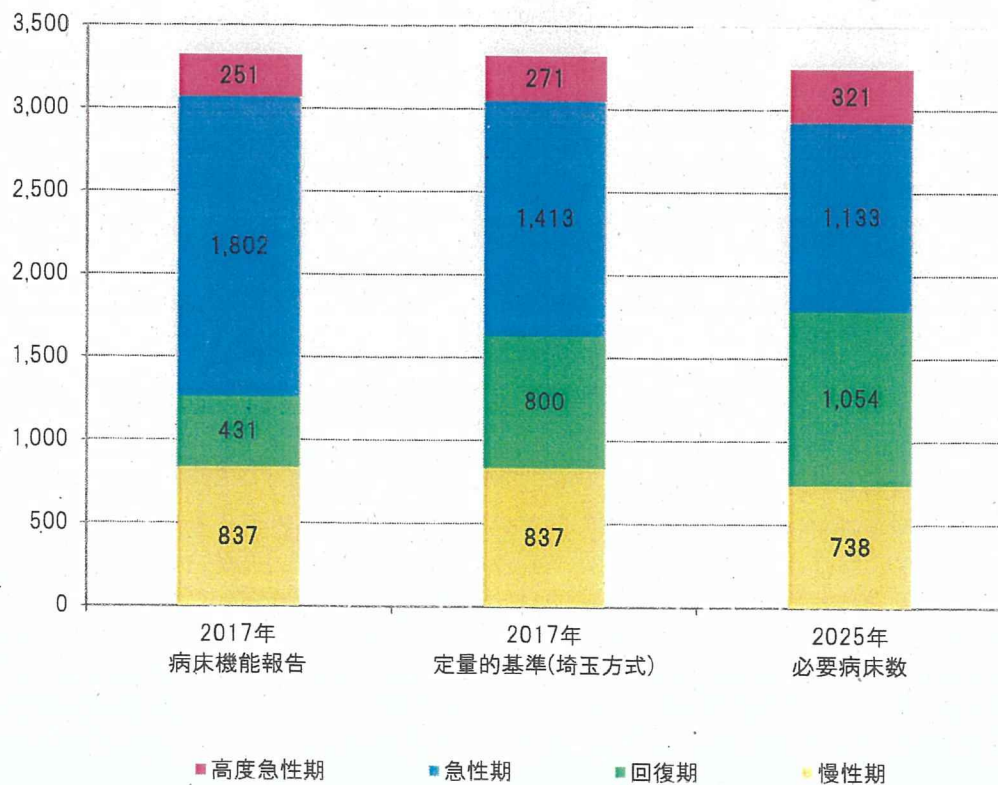
< 富士 >



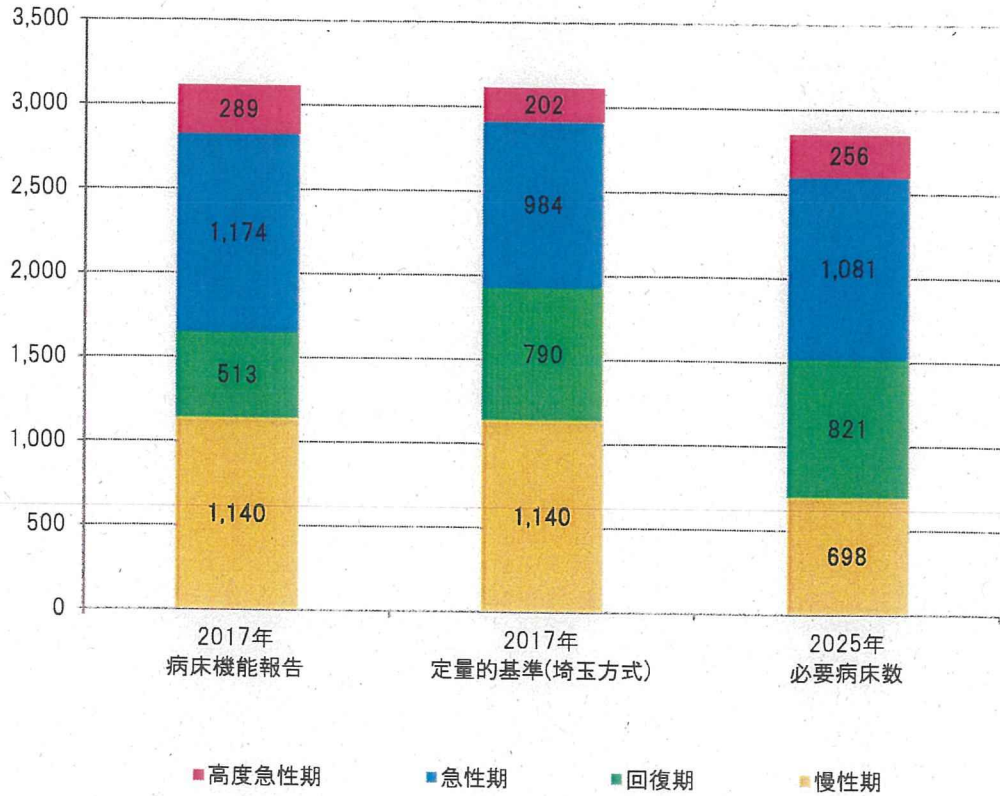
<静岡>



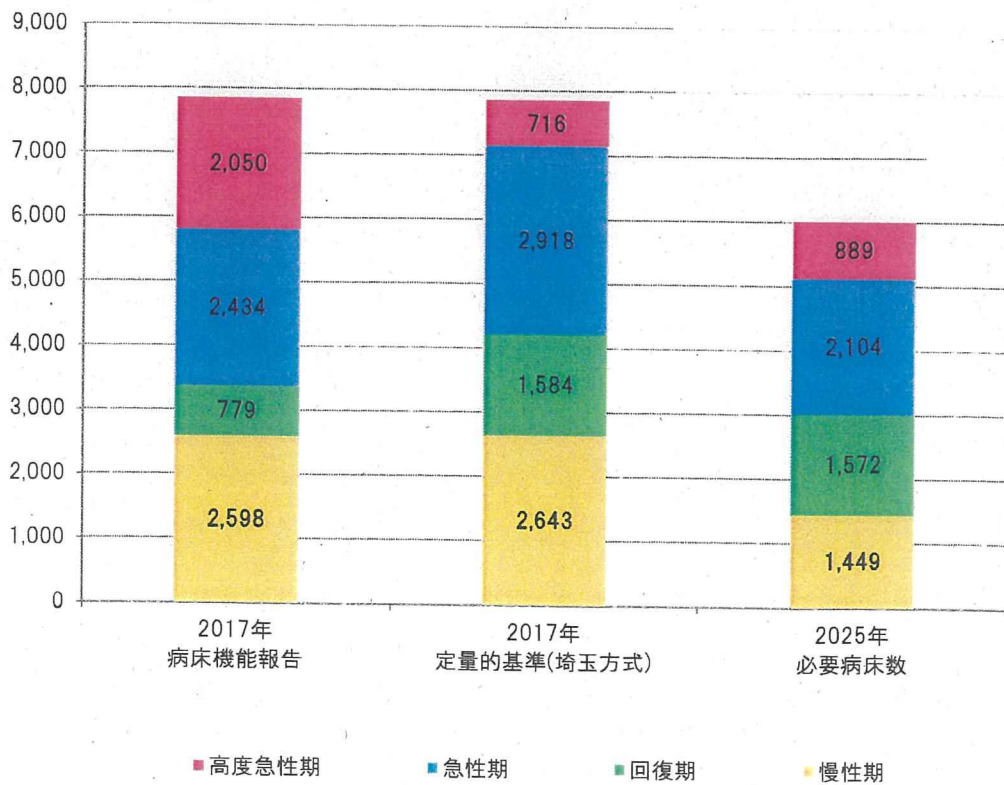
<志太榛原>



<中東遠>



<西部>



病床機能選択の目安（案） ～定量的基準「静岡方式」～

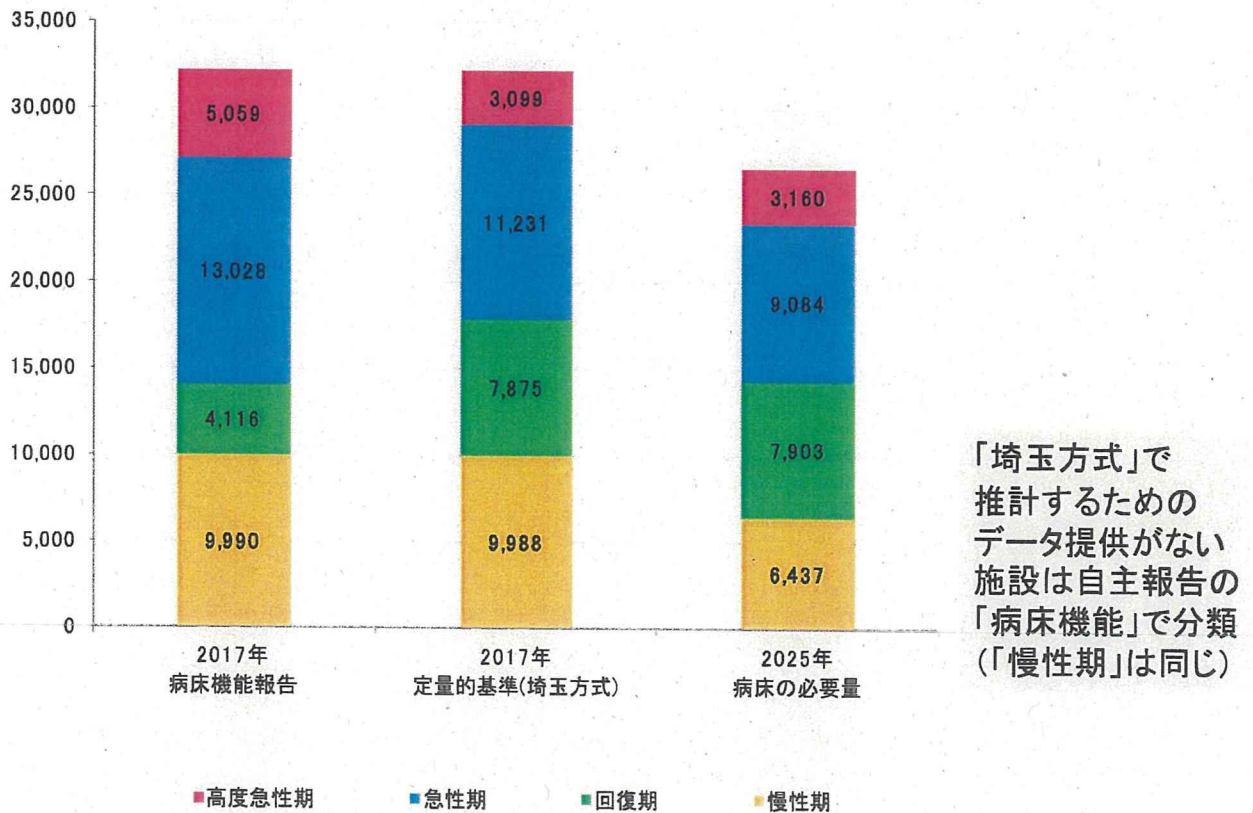
○本資料は、地域医療構想アドバイザーの小林特任教授に作成いただいた、
本県における定量的基準（＝静岡方式）の案です。

○静岡方式のポイントとして、次のことを目指したものと伺っています。

- ・ 病院職員の事務的負担を減らすこと
- ・ 簡単に判断できる目安とすること
- ・ まずは「高度急性期」「急性期」をある程度整理すること
- ・ 静岡方式が他の都道府県でも応用可能なこと
- ・ あくまで裁量権を残した「目安」であること

○県としても、来年度の病床機能報告に向けて、皆様の意見を伺いながら
定量的基準の考え方を整理していく予定です。

<静岡県全体>



平成30年度「静岡県地域医療研修会」での県行政からの資料より作成

「定量的な基準」のあり方

- 全国共通のツール（どこでも納得できるもの）はない！
（都道府県内であっても、納得できるか？は不明）
- 過去のデータを検証し、数学的に一定の幅に収れんさせる公式を作成することは、研究者やコンサル会社には困難な作業ではない。実際、レトロスペクティブにみて妥当な結果になるツールとしては役立つだろうが、**毎年の病床機能報告の際に、容易に利用できる（目安となる）ものが欲しい！**
- もともと仮説からなる「病床の必要量」に対して、病床機能報告データの精度が未だ問題視されるなか、**医療関係者にとって身近な項目で、関心度が高い（精度が高い？）項目を最小限使うのが現実的ではないだろうか・・・**

重症度、医療・看護必要度の見直し③

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直し(評価票について)

▶ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	C	手術等の医学的状況	0点	1点
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	-	16	開頭手術(7日間)	なし	あり
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	-	17	開胸手術(7日間)	なし	あり
3	点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	-	18	開腹手術(4日間)	なし	あり
4	心電図モニターの管理	なし	あり	-	19	骨の手術(5日間)	なし	あり
5	シリンジポンプの管理	なし	あり	-	20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(3日間)	なし	あり
6	輸血や血液製剤の管理	なし	あり	-	21	全身麻酔・脊髄麻酔の手術(2日間)	なし	あり
7	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓薬投薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレーナの管理、⑪無菌治療室での治療)	なし	-	あり	22	救命等に係る内科的治療(2日間) (①経皮的血管内治療 ②経皮的心筋焼灼術等の治療 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
8	救急搬送後の入院(2日間)	なし	-	あり				
B	患者の状況等	0点	1点	2点				
9	環返り	できる	何かにつかまればできる	できない				
10	移乗	介助なし	一部介助	全介助				
11	口腔清潔	介助なし	介助あり	-				
12	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助				
13	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助				
14	診察・養護上の指示が通じる	はい	いいえ	-				
15	危険行動	ない	-	ある				

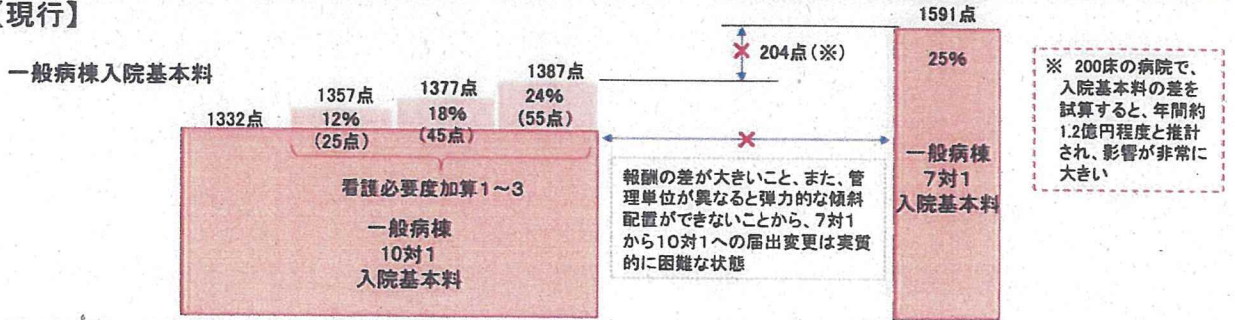
【各入院料・加算における該当患者の基準】

対象入院料・加算	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	・A得点2点以上かつB得点3点以上 ・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・A得点3点以上 ・C得点1点以上
総合入院体射加算	・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上 ・A得点2点以上 ・C得点1点以上
地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合も含む)	・A得点1点以上 ・C得点1点以上

厚生労働省の資料から作成

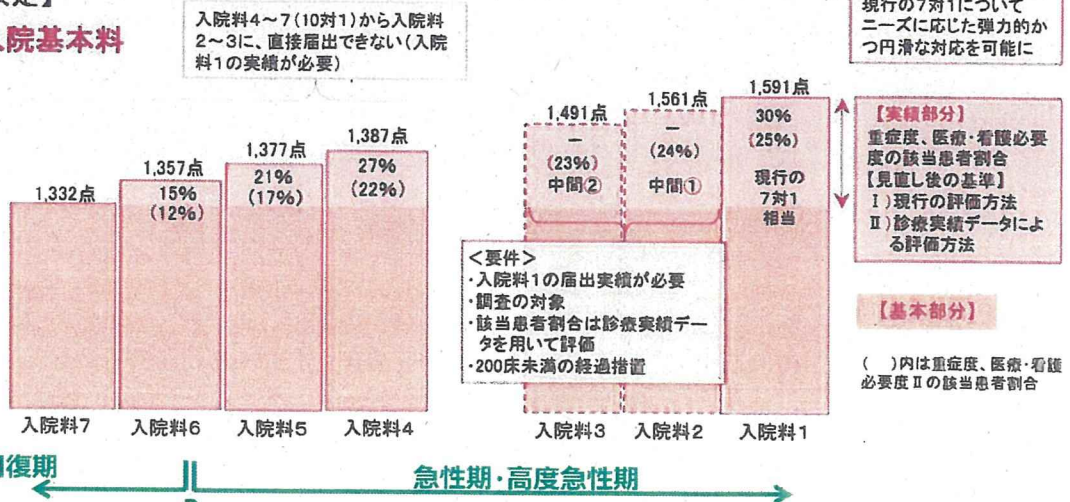
一般病棟入院基本料(7対1、10対1)の再編・統合のイメージ

【現行】



【平成30年度改定】

急性期一般入院基本料



厚生労働省の資料から作成

病床機能選択の目安 [案] (定量的な基準 [静岡方式])

(厚労省指針を大原則にして)

- 救命救急・集中治療等の特定入院料 (ICU・NICU・GCU・CCU・PICU・SCU・HCU) → 「高度急性期」
- 小児入院基本料1・2・3→「急性期」
- 回復期リハビリ病棟入院料・小児入院医療管理料4・5
緩和ケア病棟入院料・地域包括ケア病棟入院料→「回復期」
- 療養病棟入院基本料・特殊疾患病棟入院料・障害者施設等入院基本料・有床診療所療養病床入院基本料 → 「慢性期」



(高度急性期・急性期と回復期[在宅医療等相当を含む]) の振り分け

[病院]

- 「一般病棟用重症度、医療看護必要度」が
(I : 20%以上, II : 15%以上) かつ 平均在院日数21日以内
* 「急性期入院基本料6」以上相当と考える
- 手術あり (2件以上/月・ベッド) ■ 放射線治療あり (0.1件/月・ベッド)
- 化学療法あり (1件以上/月・ベッド) * 点滴注射によるものを原則とする

上記を1つでも満たすものは「高度急性期・急性期」グループ、
1つも満たさないものを「回復期 (在宅医療等相当を含む)」とする



(高度急性期・急性期と回復期[在宅医療等相当を含む]) の振り分け

[有床診療所入院基本料]申請施設

- 手術あり ■ 放射線治療あり (該当施設はないものとする)
- 化学療法あり * 点滴注射によるものを原則とする
(目安として、手術[1件以上/月・ベッド], 化学療法[0.5件以上/月・ベッド])

上記を1つでも満たすものは「急性期」、
1つも満たさないものを「回復期 (在宅医療等相当を含む)」とする



(病院の「高度急性期・急性期」グループから「高度急性期」の抽出?)

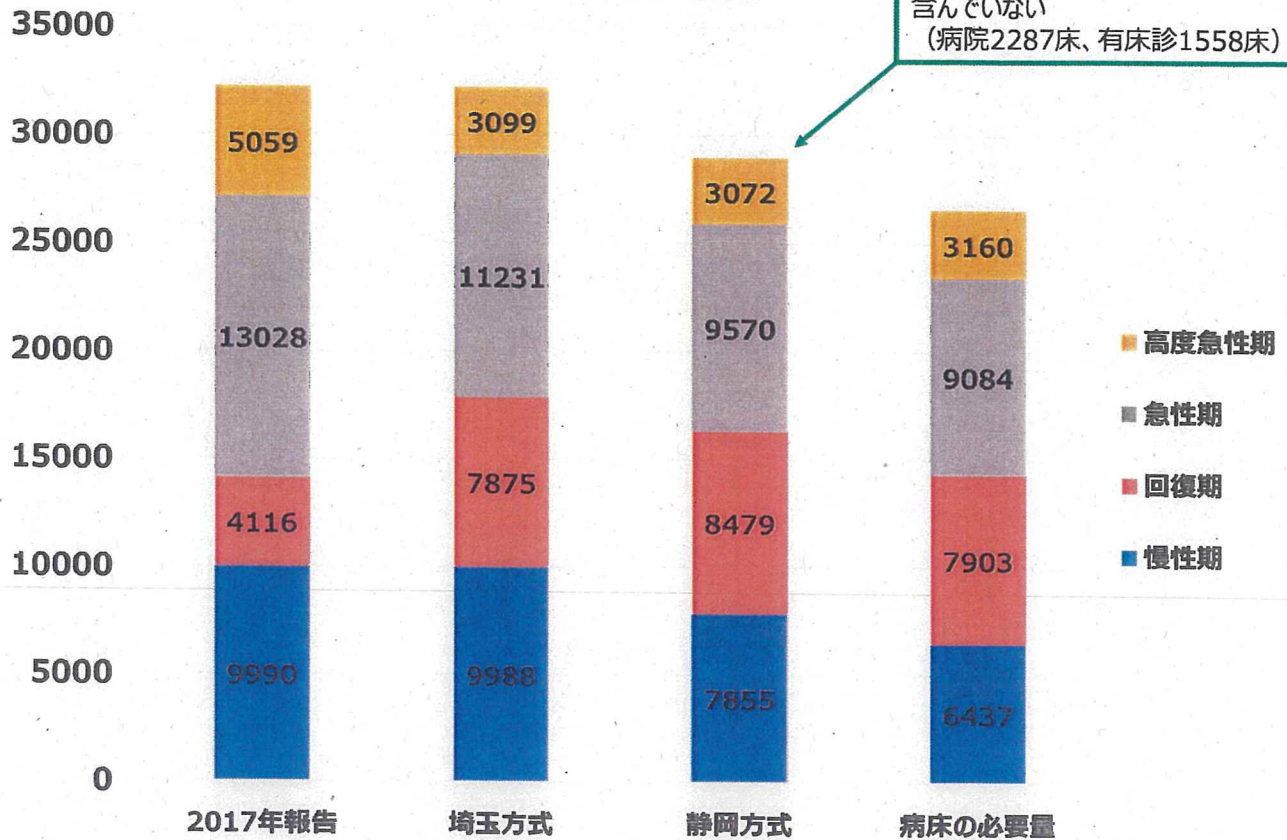
「一般病棟用重症度、医療看護必要度」が
(I : 35%以上, II : 30%以上) かつ 平均在院日数14日以内)

上記を満たすものを「高度急性期」、満たさないものを「急性期」とする

(その他の留意事項)

- 上述した基準は原則であり、「自主的判断」も尊重する
- 病床機能報告の未提出や上記基準で振り分けができない病棟は、「自己申告の機能病床」を明記のもと、「振り分け不能」グループとする
- 上記振り分けとは別に、病床稼働率が70%を定常的 (継続的) に下回る病棟については個別に状況把握を行う

静岡県全体



「静岡方式」のポイント

- 現場職員にフレンドリー
- 病院事務職員の負担・気苦労の軽減
- 「特定入院料」と「重症度、医療看護必要度」、「平均在院日数」を基本としつつ、一部、「埼玉方式」で補足
- 「分娩件数」をどう考えるか？
- 他の都道府県でも応用可能？・・・「重症度、医療看護必要度」「平均在院日数」の数値のみの変更で「地域性」にも配慮できる？
- 今回は、「高度急性期」と「急性期」の、ある程度の整理に重点を置いた・・・つもり
- 結果的に、「回復期」には「回復期リハ」のほか、「在宅医療等」や「慢性期」に該当する病棟が一定数含まれている？
- 大事なことは、あくまで裁量権を残した「目安」であること！

まとめ（私見）

- 地域医療構想における「病床の必要量」はあくまで「一定の仮説」により推計されているので、「数字合わせ」に走ることは避けた方が良い。
- とはいえ、方向性(考え方)が決して間違っているわけではなく、自発的な「収れん？」を支援する情報提供や助言などは学識経験者(アドバイザー)の仕事とも言える。
- 研究者視点で言えば、いろいろなツールが作れそうだが、現場の施設管理者や担当事務職員に分かりやすく負担が少ない「定量的基準」の提供や紹介が望まれる。
- 「病床機能報告」と「診療報酬請求項目」をリンクさせるのは本意でないが、今回、一定の「施設基準」を利用した「病床機能選択」の判断支援を試みた。細かい数値の微調整等は必要だろうが、一つのヒントにでもなれば幸いである。

医師確保計画の策定プロセス

2018年度内

国 医師偏在指標(患者流出の調整前)の算出

2019年 4～6月

都道府県 都道府県間での患者流出の調整

2019年 7月

国 医師偏在指標(患者流出の調整後)の算出

国 医師多数区域・医師少数区域の基準設定

都道府県 医師多数区域・医師少数区域の設定

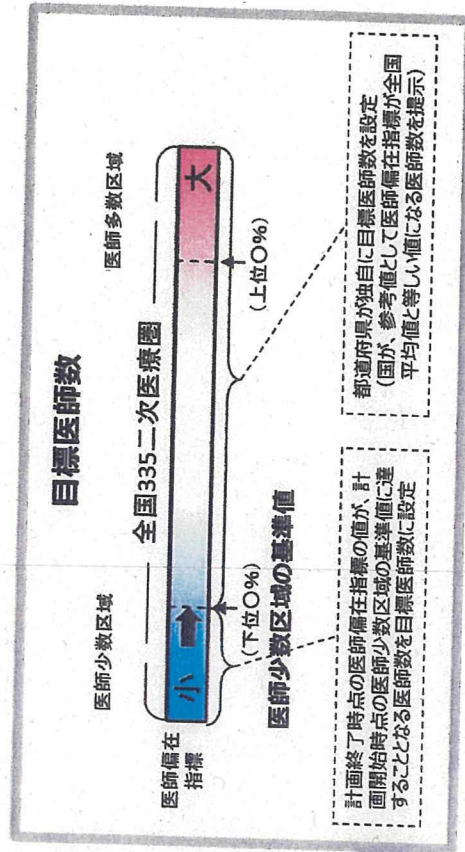
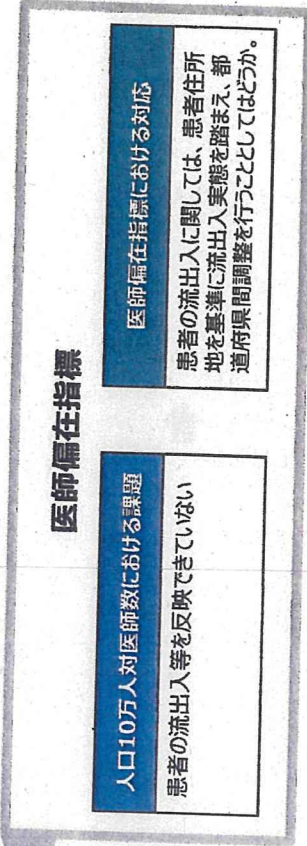
都道府県 医師の確保の方針の決定

都道府県 目標医師数の決定

2019年度内

都道府県 目標医師数の達成のための施策の決定

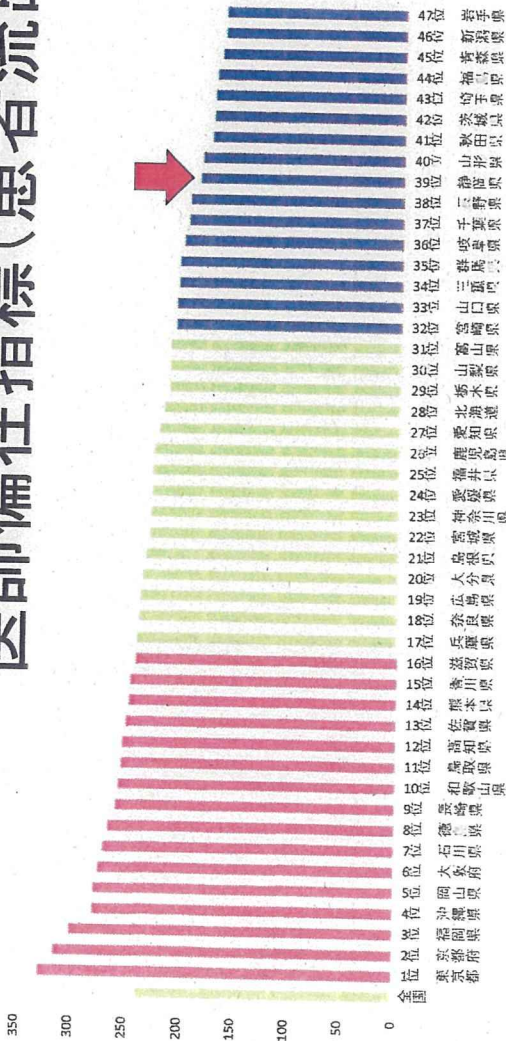
(前回までの議論)



医師確保計画

精査中

医師偏在指標(患者流出入調整前)



■ 医師偏在指標が上位33.3%以上の三次医療圏
 ■ 医師偏在指標が下位33.3%未満の三次医療圏

順位	都道府県	医師偏在指標
32位	香川県	210.6
33位	山口県	210.3
34位	三重県	208.8
35位	群馬県	208.2
36位	岐阜県	204.7
37位	千葉県	200.5
38位	長野県	199.6
39位	静岡県	191.1
40位	山形県	189.4
41位	秋田県	180.6
42位	茨城県	179.3
43位	埼玉県	178.7
44位	青森県	177.4
45位	福井県	172.1
46位	新潟県	169.8
47位	岩手県	169.3

順位	都道府県	医師偏在指標
17位	兵庫県	243.0
18位	奈良県	241.1
19位	広島県	240.4
20位	大分県	238.0
21位	島根県	235.9
22位	宮城県	232.7
23位	神奈川県	231.8
24位	愛媛県	231.0
25位	福井県	230.9
26位	鹿児島県	229.8
27位	愛知県	225.3
28位	北海道	222.0
29位	栃木県	216.7
30位	山梨県	216.4
31位	富山県	216.2

順位	都道府県	医師偏在指標
1位	東京都	328.3
2位	東京都	329.0
3位	東京都	314.9
4位	東京都	300.5
5位	東京都	279.3
6位	東京都	278.8
7位	東京都	274.4
8位	東京都	270.4
9位	東京都	265.9
10位	東京都	259.4
11位	東京都	257.2
12位	東京都	255.0
13位	東京都	254.3
14位	東京都	251.3
15位	東京都	248.5
16位	東京都	247.8
17位	東京都	243.5

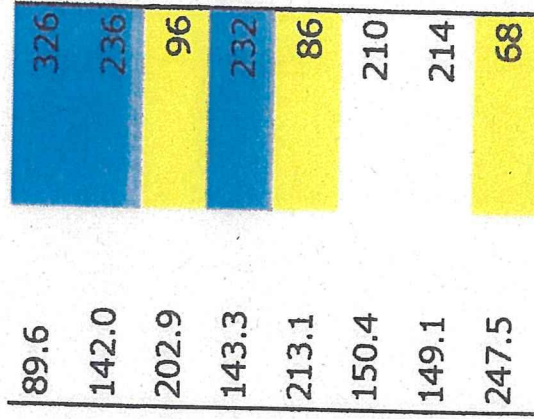
厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 第28回 医師需給分科会」
 (平成31年2月18日)参考資料2(抜粋)を基に作成

静岡県における二次医療圏別の医師偏在指標と全国順位

1,033.3%

二次医療圏	医師数	患者数	医師1人あたりの患者数
1001	100	1000	10
1002	200	2000	10
1003	300	3000	10
1004	400	4000	10
1005	500	5000	10
1006	600	6000	10
1007	700	7000	10
1008	800	8000	10
1009	900	9000	10
1010	1000	10000	10
1011	1100	11000	10
1012	1200	12000	10
1013	1300	13000	10
1014	1400	14000	10
1015	1500	15000	10
1016	1600	16000	10
1017	1700	17000	10
1018	1800	18000	10
1019	1900	19000	10
1020	2000	20000	10
1021	2100	21000	10
1022	2200	22000	10
1023	2300	23000	10
1024	2400	24000	10
1025	2500	25000	10
1026	2600	26000	10
1027	2700	27000	10
1028	2800	28000	10
1029	2900	29000	10
1030	3000	30000	10
1031	3100	31000	10
1032	3200	32000	10
1033	3300	33000	10
1034	3400	34000	10
1035	3500	35000	10
1036	3600	36000	10
1037	3700	37000	10
1038	3800	38000	10
1039	3900	39000	10
1040	4000	40000	10
1041	4100	41000	10
1042	4200	42000	10
1043	4300	43000	10
1044	4400	44000	10
1045	4500	45000	10
1046	4600	46000	10
1047	4700	47000	10
1048	4800	48000	10
1049	4900	49000	10
1050	5000	50000	10
1051	5100	51000	10
1052	5200	52000	10
1053	5300	53000	10
1054	5400	54000	10
1055	5500	55000	10
1056	5600	56000	10
1057	5700	57000	10
1058	5800	58000	10
1059	5900	59000	10
1060	6000	60000	10
1061	6100	61000	10
1062	6200	62000	10
1063	6300	63000	10
1064	6400	64000	10
1065	6500	65000	10
1066	6600	66000	10
1067	6700	67000	10
1068	6800	68000	10
1069	6900	69000	10
1070	7000	70000	10
1071	7100	71000	10
1072	7200	72000	10
1073	7300	73000	10
1074	7400	74000	10
1075	7500	75000	10
1076	7600	76000	10
1077	7700	77000	10
1078	7800	78000	10
1079	7900	79000	10
1080	8000	80000	10
1081	8100	81000	10
1082	8200	82000	10
1083	8300	83000	10
1084	8400	84000	10
1085	8500	85000	10
1086	8600	86000	10
1087	8700	87000	10
1088	8800	88000	10
1089	8900	89000	10
1090	9000	90000	10
1091	9100	91000	10
1092	9200	92000	10
1093	9300	93000	10
1094	9400	94000	10
1095	9500	95000	10
1096	9600	96000	10
1097	9700	97000	10
1098	9800	98000	10
1099	9900	99000	10
1100	10000	100000	10

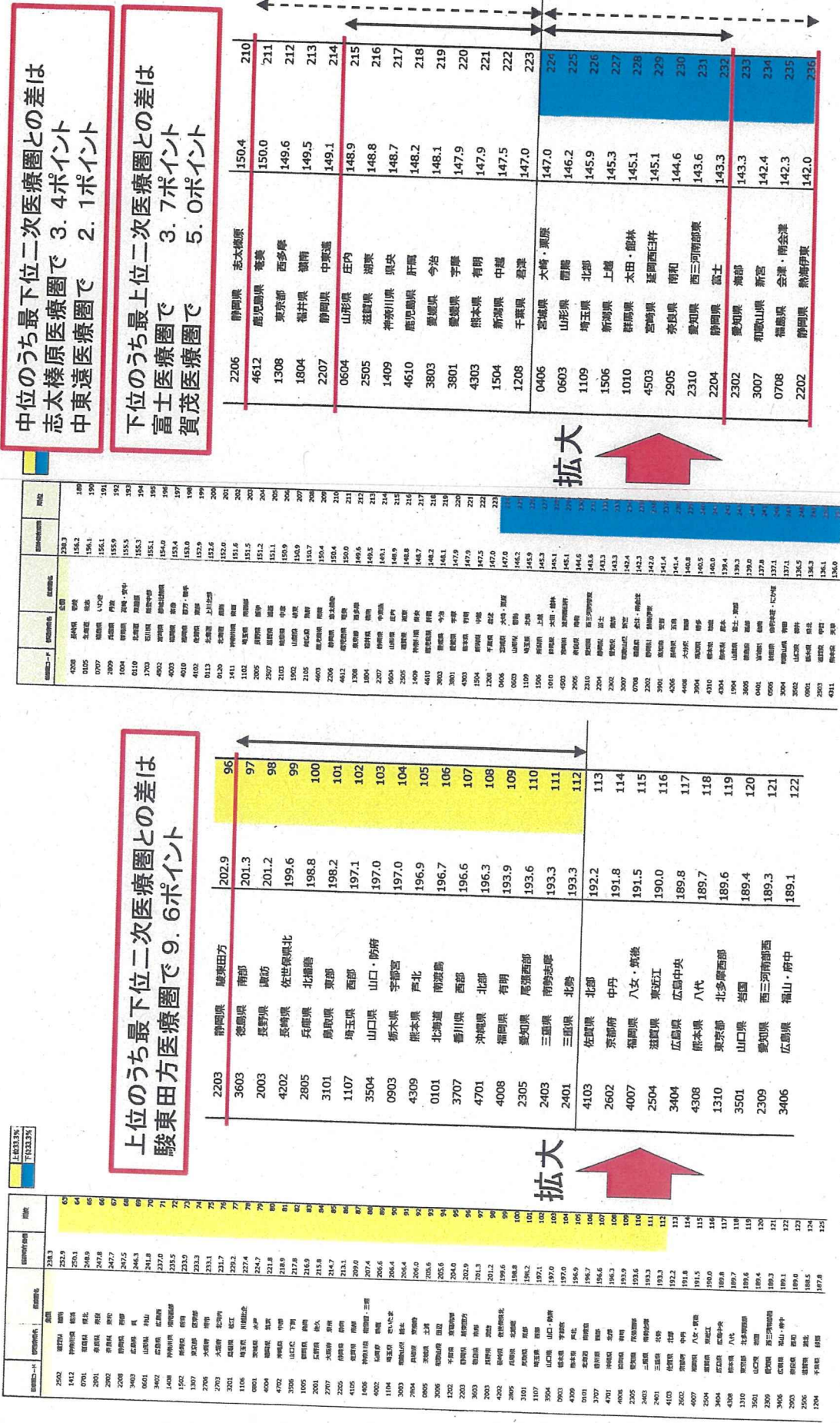
医師偏在指標 順位



2201 静岡県 賀茂
 2202 静岡県 熱海伊東
 2203 静岡県 駿東田方
 2204 静岡県 富士
 2205 静岡県 静岡
 2206 静岡県 志太榛原
 2207 静岡県 中東遠
 2208 静岡県 西部

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2(抜粋)を基に作成

医師偏在指標における上位・下位の境界付近の状況



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2(抜粋)を基に作成

静岡県における医療施設従事医師数の推移(全国比較)

医療施設従事医師数

(単位：人)

調査年	2010	2012	2014	2016	2010 → 2016
全国	280,431	288,850	296,845	304,759	+24,328 (+8.7%)
静岡県 (全国順位)	6,883 (11位)	6,957 (12位)	7,185 (11位)	7,404 (11位)	+521 (+7.6%)

人口10万人当たり医療施設従事医師数

(単位：人)

調査年	2010	2012	2014	2016	2010 → 2016
全国	219.0	226.5	233.6	240.1	+21.1 (+9.6%)
静岡県 (全国順位)	182.8 (40位)	186.5 (41位)	193.9 (40位)	200.8 (40位)	+18.0 (+9.8%)

※ 各年12月31日現在 (隔年調査)

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
静岡県健康福祉部地域医療課作成資料に増加率を追加



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

静岡県医師数(医療施設従事医師数) 地域別

(単位:人)

地域	医療圏	2010年	2012年	2014年	2016年	6年間の変化
東部	賀茂	89	95	99	97	+ 8
	熱海伊東	244	236	255	222	▲ 22
	駿東田方	1,345	1,326	1,386	1,425	+ 80
	富士	517	508	529	555	+ 38
中部		2,195	2,165	2,269	2,299	+ 104
	静岡	1,514	1,496	1,532	1,611	+ 97
	志太榛原	629	687	718	716	+ 87
西部		2,143	2,183	2,250	2,327	+ 184
	中東遠	581	605	621	681	+ 100
	西部	1,964	2,014	2,045	2,097	+ 133
静岡県		2,545	2,619	2,666	2,778	+ 233
		6,883	6,967	7,185	7,404	+ 521

注) 医療施設とは病院及び診療所をいう

出典: 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」



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

静岡県医師数(医療施設従事医師数) 地域別

人口10万人当たり医師数(医療施設従事医師数)

(単位:人)

地域	医療圏	2010年	2012年	2014年	2016年	6年間の変化
東部	賀茂	120.7	133.8	145.0	148.8	+ 28.1
	熱海伊東	219.7	216.3	238.8	211.8	▲ 7.9
	駿東田方	199.7	198.6	210.4	217.7	+ 18.0
	富士	133.9	132.1	138.6	146.9	+ 13.0
中部		176.4	175.7	186.7	191.2	+ 14.8
	静岡	211.4	210.0	216.8	229.5	+ 18.1
	志太榛原	133.1	146.5	154.8	155.3	+ 22.2
西部	中東遠	180.3	184.8	192.3	200.1	+ 19.8
	西部	123.4	129.7	134.5	146.3	+ 22.9
静岡県		228.1	235.1	240.6	244.8	+ 16.7
		191.1	198.0	203.2	210.1	+ 19.0
		182.8	186.5	193.9	200.8	+ 18.0

注) 医療施設とは病院及び診療所をいう

出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」