

## 第 8 次静岡県保健医療計画の中間見直しについて

(医療健康局医療政策課)

## 1 概要

令和 2 年度は第 8 次静岡県保健医療計画の中間見直しが予定されているが、新型コロナウイルスの感染拡大により、会議等の延期、中止等がなされている現状を踏まえ、以下のとおり対応を検討する。

## 2 厚生労働省の見解

令和 2 年 5 月 12 日付け地域医療計画課長通知により、「見直しの議論を令和 2 年度内に終わることができず、見直し後の医療計画の適用が、令和 4 年度以降となったとしても差し支えないものとする。」とされた。

## 3 中間見直しの主な内容

- ・国ガイドラインで示された 5 疾病 5 事業及び在宅医療の指標部分
- ・長寿社会保健福祉計画と整合が必要な在宅医療の必要量の算定
- ・感染症対策 等

## 4 対応方針 (案)

区分	内容
対 応 案	<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和 3 年 3 月の医療審議会における骨子案の審議に向け、関係部会で議論を開始し、来年度 8 月、12 月の医療審議会での審議を経て、中間見直しとして医療計画を一部改定する。</li> <li>・但し、在宅医療、認知症、リハの分野については、令和 2 年度に全面改定する長寿社会保健福祉計画との整合を取る必要があるため、今年度中に見直しする。</li> </ul>

## 5 スケジュール

区分	令和 2 年度			令和 3 年度		
	審議会① (8/25)	審議会② (12/23)	審議会③ (3/23)	審議会① (8月下旬)	審議会② (12月下旬)	審議会③ (3月下旬)
現 行	【骨子案】	【素 案】	【最終案】			
変更後			【骨子案】	【素 案】	【最終案】	
在宅医療 等	【骨子案】	【素 案】	【最終案】			

医政地発 0512 第 1 号  
医政看発 0512 第 1 号  
令和 2 年 5 月 12 日

各都道府県衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長  
( 公 印 省 略 )  
厚生労働省医政局看護課長  
( 公 印 省 略 )

第 7 次医療計画の中間見直し時期及び看護職員に係る医療計画上の検討について

第 7 次医療計画の中間見直しについては、「医療計画について」の一部改正について(令和 2 年 4 月 13 日付け医政発 0413 第 1 号厚生労働省医政局長通知)、及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」の一部改正について(令和 2 年 4 月 13 日付け医政地発 0413 第 1 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知。以下「課長通知」という。)によって、その進め方が示されたところである。

当該見直しの時期については、課長通知において、「今般の新型コロナウイルス感染症の国内における感染状況等を考慮し、別途通知することとする。」とされていたところであるが、見直しの議論を令和 2 年度内に終えることができず、見直し後の医療計画の適用が、令和 4 年度以降となったとしても差し支えないものとする。

また、看護職員については、医療法(昭和 23 年法律第 205 号)第 30 条 4 第 2 項第 12 号に規定する「医療従事者(医師を除く。)の確保に関する事項」に基づき、医療計画においてその確保に関する事項を定め、その確保に関する事業に取り組んでいただいているところであるが、第 7 次医療計画の中間見直しの議論にあたり、各都道府県が看護職員の確保に関する事項を見直す場合においては、医療従事者の需給に関する検討会看護職員需給分科会中間とりまとめ(令和元年 11 月 15 日公表)にてとりまとめられた、都道府県ごとの需給推計及び確保に係る取組を踏まえて、医療計画との整合に留意することとされたい。

第8次静岡県保健医療計画中間見直し スケジュール(案)

<現状>

実施主体	開催内容	令和元年度			令和2年度						令和3年度			
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
県全体	静岡県医療審議会	第3回 (3/23)					第1回 (8/25)				第2回 (12/23)			第3回 (3/23)
	静岡県医療対策協議会	第4回 (3/11)				第1回 (7/28)				第2回 (11/24)				第3回 (3/10)
各圏域	地域医療協議会					第1回 (上旬)			第2回 (~下旬)				第3回 (~下旬)	
	地域医療構想調整会議					第1回 (~下旬)			第2回 (~下旬)				第3回 (~下旬)	
事務局 保健医療計画(中間見直し)	医療政策課、関係各課	医療政策(定年改正案の現状と課題)の整理												
	各保健所	圏域版(定年改正案の現状と課題)の整理												
	静岡県がん対策推進協議会					第1回 (骨子)					第2回 【案案】			第3回 【最終案】
	静岡県循環器病対策推進協議会 (脳血管疾患部会、心血管疾患部会)						各部会 (骨子・案案)	第2回 (骨子・案案)						各部会 【最終案】
	ふじのくに健康増進計画推進協議会													第1回 【最終案】
	静岡県肝炎対策推進計画										第1回 【最終案】			
	静岡県精神保健福祉									第1回 【案案】				第2回 【最終案】
	静岡県救急・災害医療対策協議会					第1回			第2回 【案案】					第3回 【最終案】
	へき地医療計画推進会議					第1回			第2回 【案案】					第3回 【最終案】
	静岡県周産期・小児医療協議会					第1回			第2回 【案案】					第3回 【最終案】
	静岡県在宅医療体制整備推進協議会					第1回			第2回 【案案】					第3回 【最終案】

<修正案>

実施主体	開催内容	令和元年度			令和2年度						令和3年度						備考							
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月		6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
県全体	静岡県医療審議会	第3回 (3/23)					第1回 (8/25)					第2回 (12/23)			第3回 (3/23)				第1回 (下旬)					第2回 (下旬)
	静岡県医療対策協議会	第4回 (3/11)					第1回 (7/28)					第2回 (11/24)			第3回 (3/10)				第1回 (下旬)					第2回 (下旬)
各圏域	地域医療協議会					第1回 (上旬)				第2回 (~下旬)				第3回 (~下旬)				第1回 (上旬)					第2回 (~下旬)	
	地域医療構想調整会議					第1回 (~下旬)				第2回 (~下旬)				第3回 (~下旬)				第1回 (~下旬)					第2回 (~下旬)	
事務局 保健医療計画(中間見直し)	医療政策課、関係各課	医療政策(定年改正案の現状と課題)の整理												圏域版(案案)作成										
	各保健所	圏域版(定年改正案の現状と課題)の整理												圏域版(案案)作成										
	【参考】 地域包括ケア推進ネットワーク会議							第1回 (9/1)				第2回 (12/22)			第3回 (3/16)									
	在宅医療分野の県計画策定に係るワーキンググループ(仮称)						第1回				第2回 【最終案】			第3回 【最終案】										長寿計画と整合を取るため、令和2年度中に改定
	静岡県がん対策推進協議会								第1回						第2回									第4回
	静岡県循環器病対策推進協議会 (脳血管疾患部会、心血管疾患部会)							各部会第1回 (骨子)	各部会第2回 (案案)						各部会第3回 (最終案)									各部会第3回 【最終案】
	ふじのくに健康増進計画推進協議会														第1回									第2回
	静岡県肝炎対策推進計画										第1回				第2回									第4回
	静岡県精神保健福祉								第1回						第2回 【骨子】									第3回 【案案】
	静岡県救急・災害医療対策協議会								第1回 【骨子】						第2回 【案案】									第3回 【最終案】
	へき地医療計画推進会議								第1回 【骨子】						第2回 【案案】									第3回 【最終案】
	静岡県周産期・小児医療協議会								第1回 【骨子】						第2回 【案案】									第3回 【最終案】

## 令和元年度病床機能報告の集計結果の状況

(医療局医療政策課)

## 1 病床機能報告制度の概要 (医療法第30条の13)

地域医療構想の推進に当たり、各医療機関が担っている医療機能の現状を把握し、医療機関の自主的な取組を促すため、医療機関がその有する病床(一般病床及び療養病床)の機能区分、構造設備、人員配置等に関する項目及び具体的な医療の内容に関する項目を都道府県に報告する制度が施行された。

都道府県には、報告事項の公表義務があり、県医療政策課ホームページで公表するとともに、地域医療構想調整会議等における協議に活用する。

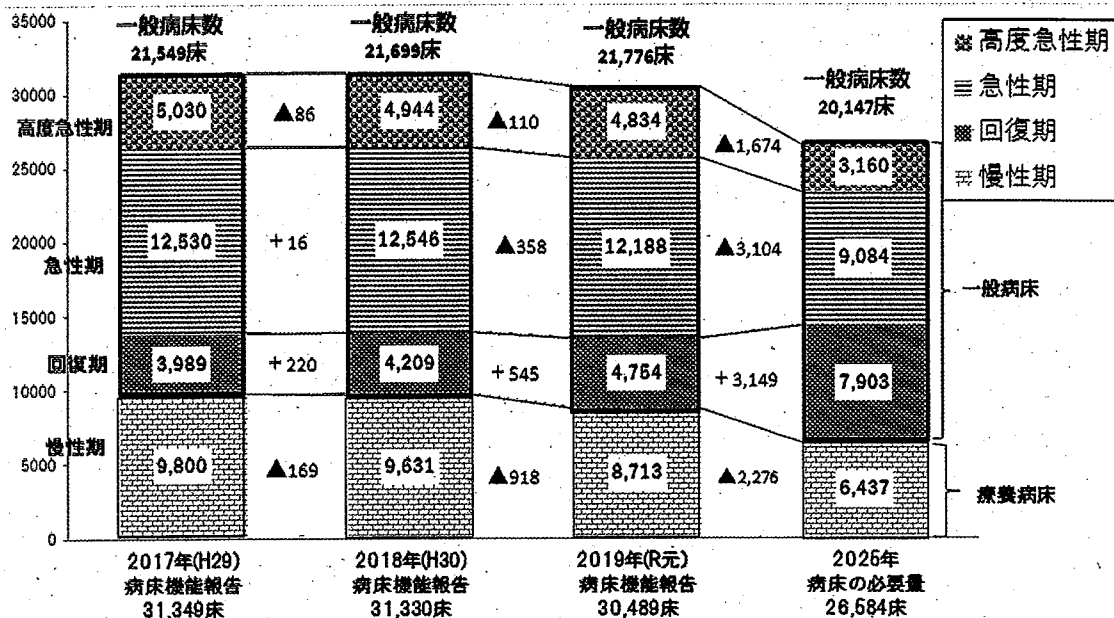
## 2 令和元年度報告結果 (概要)

## (1) 報告状況

区分	内容
報告対象	306 施設(▲20) (病院:142(▲4)、有床診療所:164 (▲16))
報告率	100%

( ) は平成30年度比較

## (2) 地域医療構想における病床の必要量との比較



区分	内容
病床数全体	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院の廃止や療養病床の介護医療院への転換等により減少</li> <li>・H30 : 31,330床 → R元 : 30,489床 (▲841床)</li> </ul>
医療機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度急性期、急性期からの機能転換等により回復期が増加</li> <li>・慢性期は主に介護医療院への転換等により減少</li> </ul>

⇒病床数全体が2025年病床の必要量に近づき、医療機能も回復期への転換が進んでいることから、地域医療構想の取組が着実に進んでいる。

(3) 構想区域別の状況 (病床機能報告の病床数は稼働病床ベース)

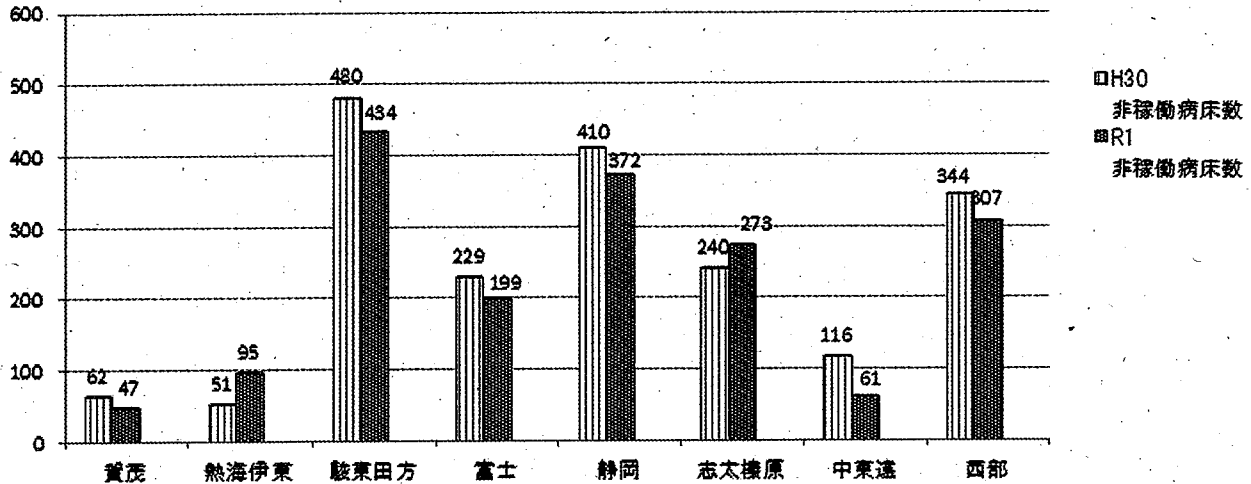
構想区域	医療機能	病床機能報告				病床の必要量		比較	
		2018年 (H30)		2018年 (R1)		2025年		2018⇔2019	2018⇔2025
		実数	構成比	実数	構成比	実数	構成比		
県全体	高度急性期	4,944	16%	4,834	16%	3,180	12%	▲ 110	1,674
	急性期	12,548	40%	12,188	40%	9,084	34%	▲ 358	3,104
	回復期	4,209	13%	4,754	16%	7,903	30%	▲ 545	▲ 3,149
	慢性期	9,831	31%	8,713	28%	6,437	24%	▲ 918	2,278
	計	31,330		30,489		26,584		▲ 841	3,905
賀茂	高度急性期	0	0%	0	0%	20	3%	0	▲ 20
	急性期	247	31%	257	34%	188	28%	10	71
	回復期	189	24%	154	20%	271	41%	▲ 35	▲ 117
	慢性期	353	45%	353	46%	182	28%	0	171
	計	789		784		659		▲ 25	105
熱海伊東	高度急性期	84	8%	84	8%	84	8%	0	▲ 20
	急性期	557	49%	491	45%	385	34%	▲ 66	126
	回復期	158	14%	174	16%	384	36%	18	▲ 210
	慢性期	358	31%	354	33%	235	22%	▲ 4	119
	計	1,137		1,083		1,088		▲ 54	15
駿東田方	高度急性期	740	12%	881	13%	609	12%	121	252
	急性期	3,088	49%	2,888	42%	1,588	32%	▲ 377	1,101
	回復期	747	12%	1,008	16%	1,572	32%	259	▲ 568
	慢性期	2,027	28%	1,878	28%	1,180	24%	▲ 151	716
	計	6,580		6,432		4,929		▲ 148	1,503
富士	高度急性期	58	2%	405	16%	208	8%	347	197
	急性期	1,437	57%	983	39%	867	33%	▲ 474	96
	回復期	449	18%	557	22%	859	33%	108	▲ 302
	慢性期	584	23%	555	22%	678	26%	▲ 39	▲ 121
	計	2,538		2,480		2,610		▲ 58	▲ 130
静岡	高度急性期	1,378	21%	1,249	20%	773	15%	▲ 129	476
	急性期	2,271	35%	2,398	38%	1,780	34%	127	838
	回復期	803	13%	849	14%	1,370	26%	48	▲ 521
	慢性期	1,885	31%	1,884	27%	1,289	25%	▲ 301	365
	計	6,417		6,180		5,202		▲ 257	958
志太榛原	高度急性期	251	7%	374	11%	321	10%	123	53
	急性期	1,732	51%	1,652	49%	1,133	35%	▲ 80	519
	回復期	548	16%	588	17%	1,054	32%	20	▲ 488
	慢性期	852	25%	757	23%	738	23%	▲ 95	19
	計	3,381		3,349		3,246		▲ 32	103
中東遠	高度急性期	388	13%	388	13%	256	9%	0	132
	急性期	998	33%	987	34%	1,081	38%	▲ 11	▲ 94
	回復期	551	18%	561	19%	821	29%	10	▲ 260
	慢性期	1,088	36%	988	34%	698	24%	▲ 100	290
	計	3,025		2,924		2,856		▲ 101	68
西部	高度急性期	2,065	28%	1,493	20%	889	15%	▲ 572	604
	急性期	2,238	30%	2,751	38%	2,104	35%	519	647
	回復期	786	10%	887	12%	1,572	26%	121	▲ 685
	慢性期	2,394	32%	2,186	30%	1,449	24%	▲ 228	717
	計	7,463		7,297		6,014		▲ 186	1,283

- ・稼働病床数、医療機能ともに構想区域ごと状況が異なっている。
- ・病床の必要量と稼働病床数が均衡している区域：賀茂、熱海伊東、富士、志太榛原、中東遠
- ・病床の必要量と稼働病床数が乖離している区域：駿東田方、静岡、西部

(4) 非稼働病床の状況

- ・令和元年度報告における非稼働病床数（1,788床）は、昨年度（1,932床）より144床減少している。
- ・今後、病棟ごとの状況についても調整会議で情報共有を図り、協議を促していく。

※非稼働病床：1年間入院実績のない病床



(5) 介護保険施設等への移行予定状況

- ・2025年時点において「介護保険施設等へ移行予定」とした医療機関は12施設、計901床。
- ・内訳は、医療療養病床48床、介護療養病床836床、一般病床17床となっており、移行予定先では「介護医療院」が最も多くなっている。

圏域	医療機関名	2019年7月1日時点（許可病床数）			2025年7月1日時点	
		医療療養病床	介護療養病床	一般病床	移行予定先	
熱海伊東	熱海ゆとりあの郷診療所	17	0	0	17	介護医療院
熱海伊東	小計	17	0	0	17	
駿東田方	富士小山病院	60	0	60	0	介護医療院
	富士山麓病院	188	48	120	0	介護医療院
駿東田方	小計	248	48	180	0	
富士	中根クリニック	7	0	0	7	
富士	小計	7	0	0	0	
静岡	静岡瀬名病院	180	0	180	0	介護医療院
静岡	小計	180	0	180	0	
中東遠	白梅豊岡病院	50	0	50	0	介護医療院
	掛川北病院	100	0	100	0	介護医療院
	富士ヶ丘内科	19	0	0	19	介護医療院
中東遠	小計	150	0	150	0	
西部	西山病院	113	0	113	0	介護医療院
	湖東病院	129	0	129	0	介護医療院
	40	0	40	0	介護老人保健施設	
	浜名病院	44	0	44	0	介護医療院
	石垣内科医院	1	0	0	1	
西部	小計	328	0	328	0	
果計		901	48	836	17	

## 病床機能報告における定量的基準「静岡方式」

---

### ～病床機能選択の目安～

静岡県健康福祉部  
医療局医療政策課

1

1

### < 内 容 >

#### I 令和元年度病床機能報告における「静岡方式」の適用結果

#### II 定量的基準「静岡方式」(参考)

- ・「静岡方式」について
- ・「静岡方式」による基準
- ・「静岡方式」の位置付けと取り扱い

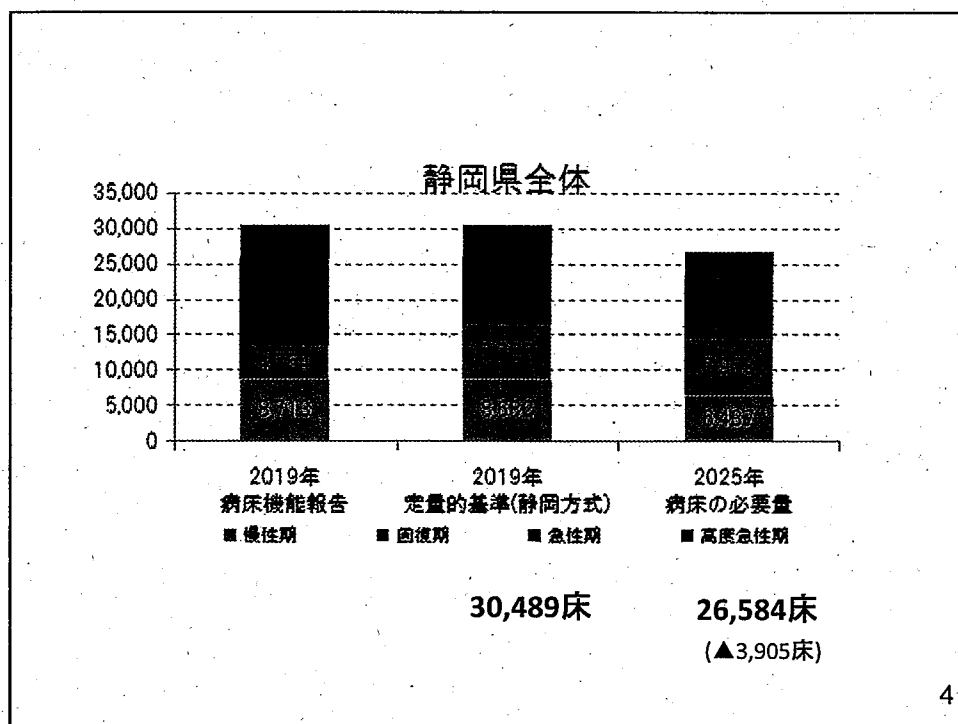
2

2

令和元年度病床機能報告における  
「静岡方式」の適用結果

3

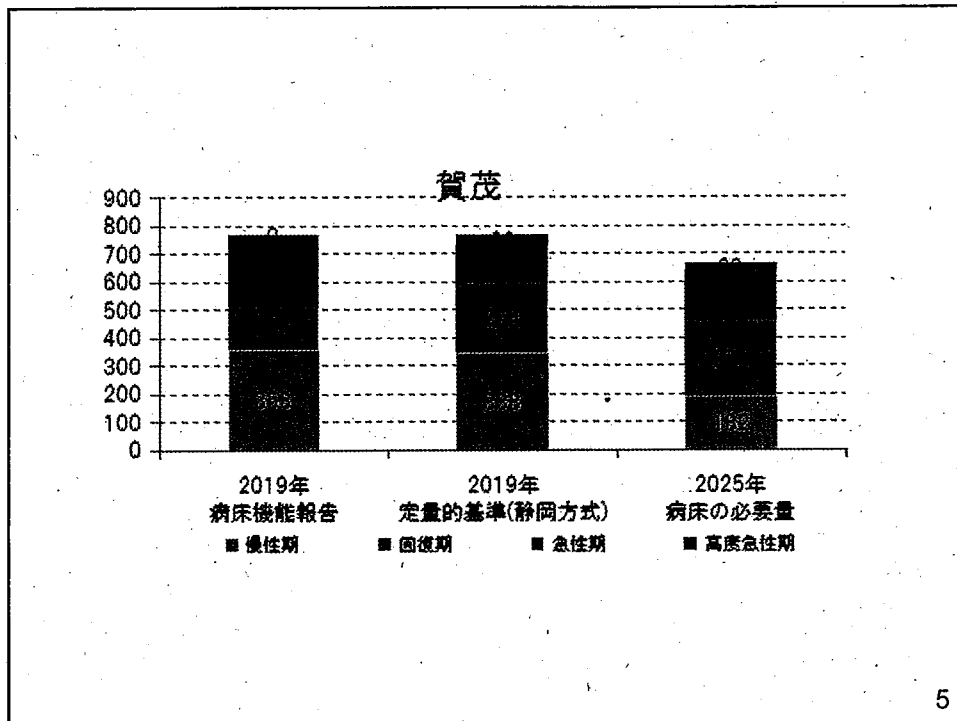
3



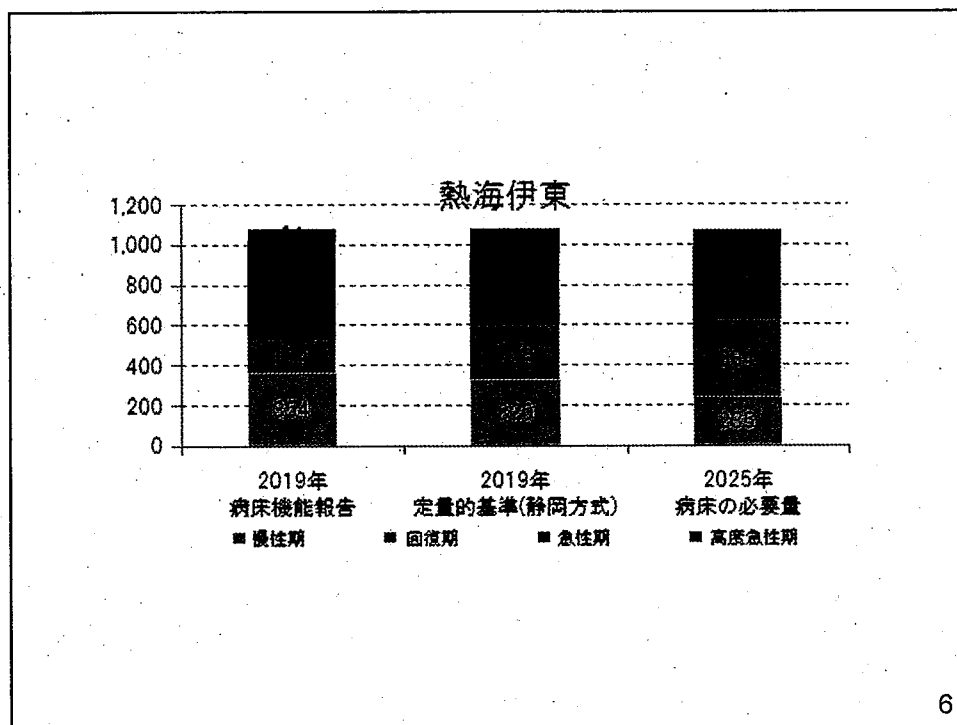
4

4

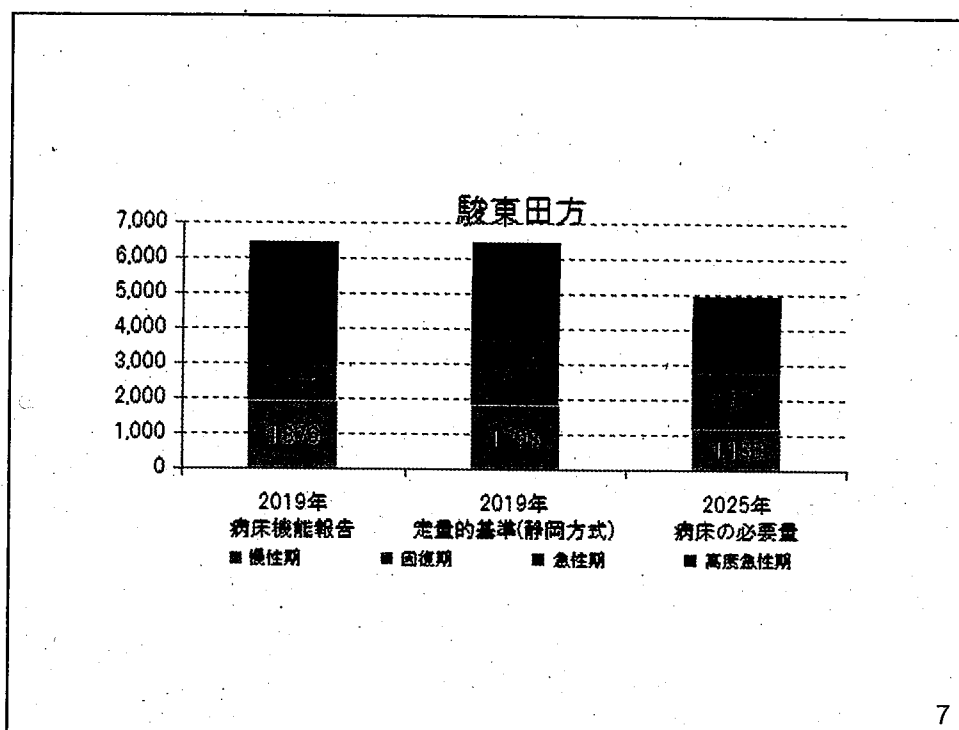




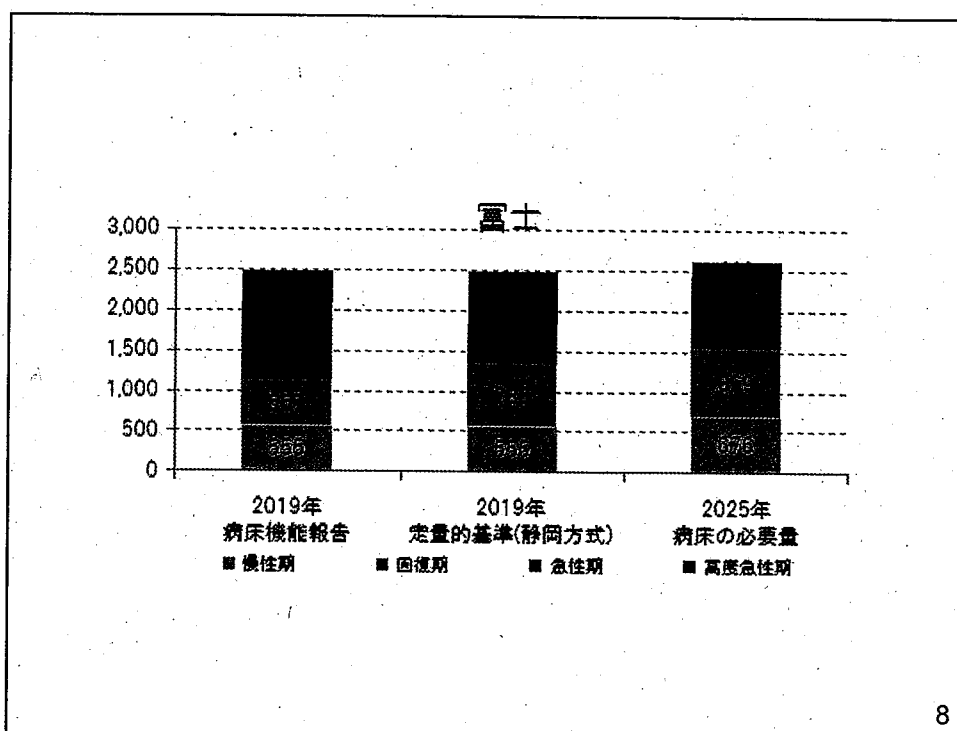
5



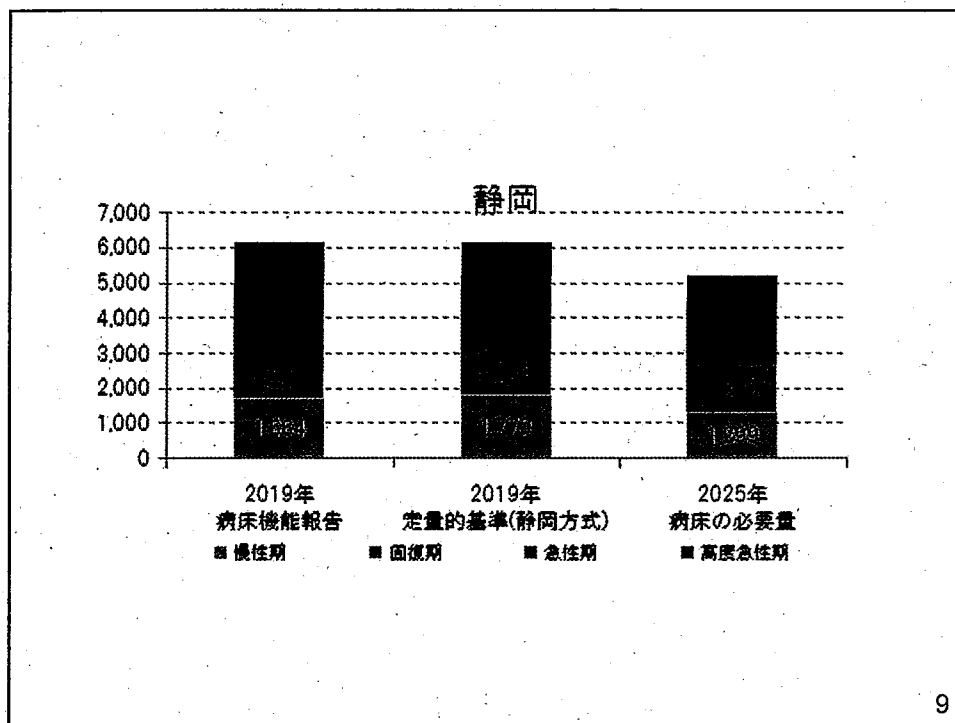
6



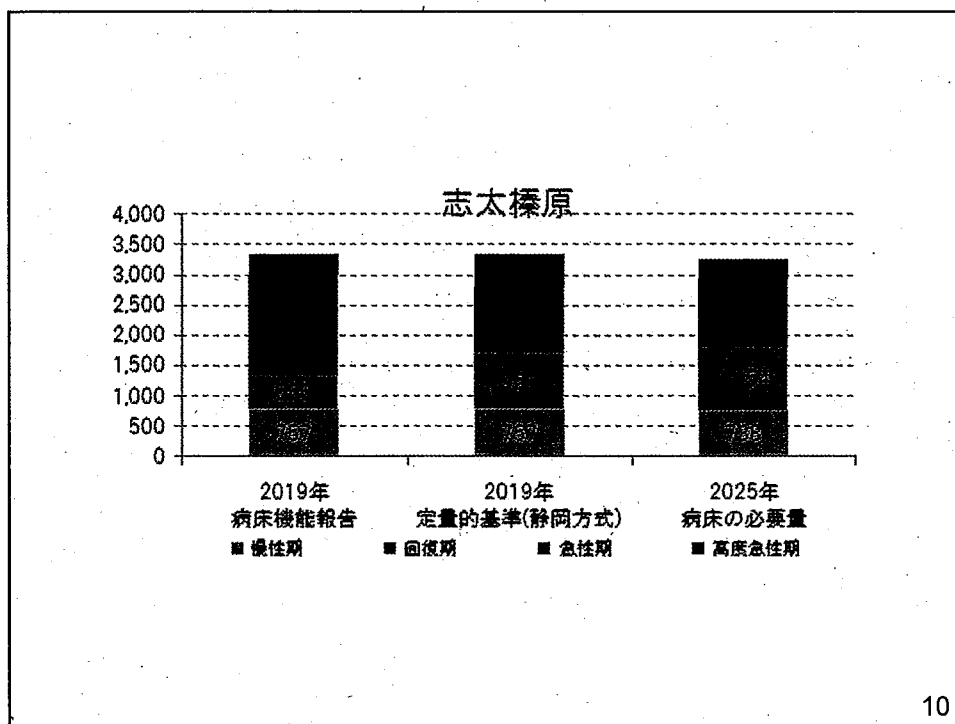
7



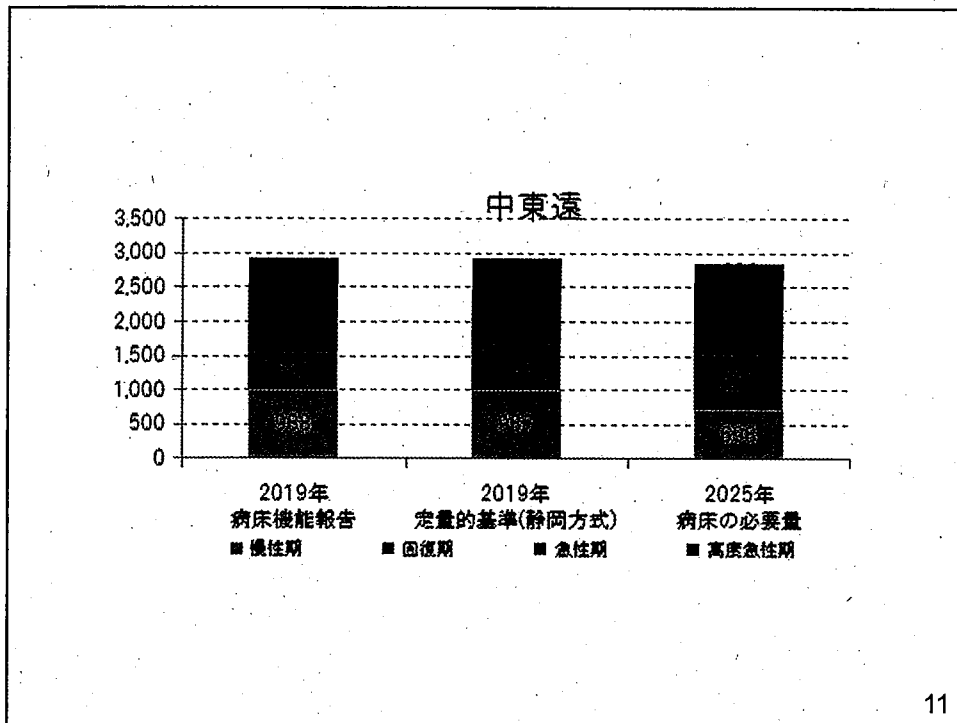
8



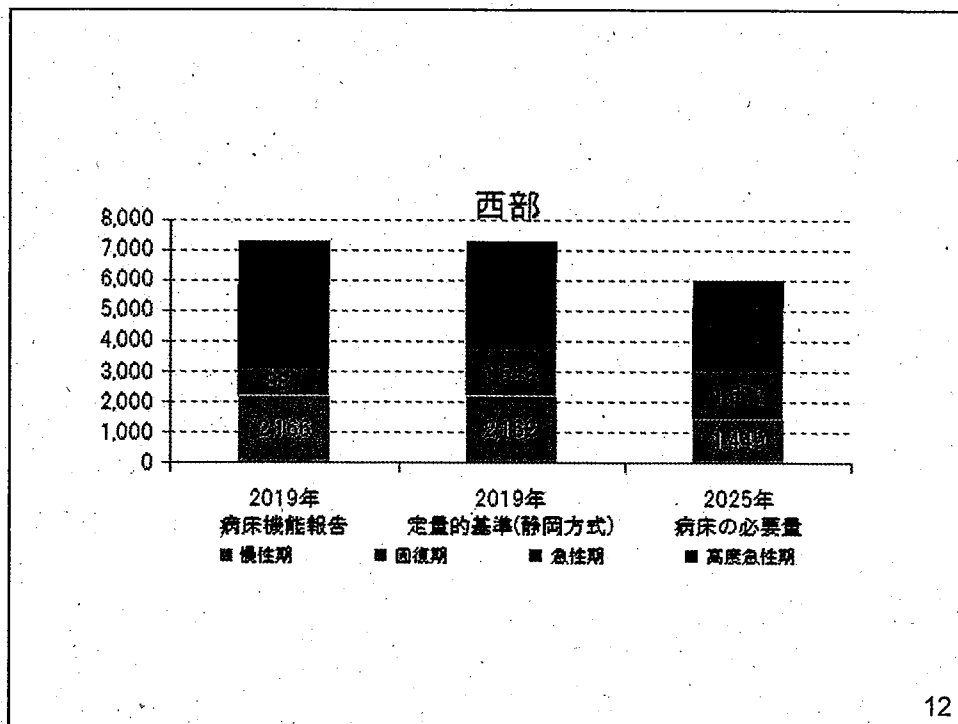
9



10



11



12

## II 定量的基準「静岡方式」(参考)

13

13

### 定量的基準「静岡方式」について

#### <検討経緯>

- ・地域医療構想アドバイザーである浜松医科大学小林特任教授に作成を依頼
- ・静岡県医療対策協議会、各圏域の地域医療構想調整会議で議論を実施

#### <視点>

##### ◆ 現場の病院事務職員の負担軽減

- ・日常診療で忙しい現場の関係者があまり労力を割かなくてもすむよう、極めてシンプルな定量的基準
- ・「特定入院料」「重症度、医療看護必要度」「平均在棟日数」「手術、放射線治療、化学療法」による区分

##### ◆ 医療機能を選択する際の「目安」を提供

- ・医療機関の裁量的判断は許容することを前提

#### <機能区分の流れ>

- ① 特定入院料等からの区分(厚労省指針を大原則にして)
- ② 「高度急性期+急性期」グループと「回復期(在宅医療等相当を含む)」の振り分け
- ③ 病院の「高度急性期+急性期」グループから「高度急性期」を抽出



14

14

## 「静岡方式」の具体的な基準 (病院)

## 【病院の基準】

## ① 特定入院料等からの区分

- ◆ 救命救急、ICU、MFICU、NICU、GCU、CCU、PICU、SCU、HCU → 「高度急性期」
- ◆ 小児入院医療管理料1・2・3 → 「急性期」
- ◆ 回復期リハ、地域包括ケア、緩和ケア、小児入院医療管理料4・5 → 「回復期」
- ◆ 療養病棟入院料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料 → 「慢性期」



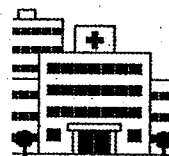
## ② 「高度急性期+急性期」グループと「回復期（在宅医療等相当を含む）」の振り分け

- ◆ 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」及び「平均在棟日数」
  - ・ [I:20%以上 II:15%以上] かつ平均在棟日数21日以内 → 「高度急性期・急性期」 (→③へ)
- ◆ 「手術」「放射線治療」「化学療法」件数
  - ・ ベッド当たり 手術2件/月 or 放射線0.1件/月 or 化学療法1件/月以上 → 「高度急性期・急性期」 (点滴注射によるものを原則) (→③へ)
- ◆ 上記をひとつも満たさない病棟 → 「回復期（在宅医療等相当を含む）」



## ③ 「高度急性期+急性期」グループから「高度急性期」を抽出

- ◆ 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」及び「平均在棟日数」
  - ・ [I:35%以上, II:30%以上] かつ平均在棟日数14日以内
  - 満たすものを「高度急性期」、満たさないものは「急性期」



15

15

## 「静岡方式」の具体的な基準 (有床診療所)

## 【有床診療所の基準】

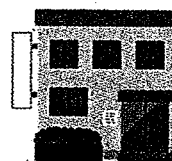
## ① 入院基本料からの区分

- ◆ 有床診療所療養病床入院基本料 → 「慢性期」



## ② 「急性期」と「回復期（在宅医療等相当を含む）」の振り分け

- ◆ 「手術」「放射線治療」「化学療法」件数
  - ・ 「あり」ならば「急性期」 (目安)
  - ・ ベッド当たり 手術1件/月以上 or 放射線治療あり or 化学療法0.5件/月以上 (点滴注射によるものを原則)
- ◆ 上記をひとつも満たさない診療所 → 「回復期（在宅医療等相当を含む）」



16

16

「静岡方式」における区分イメージ			
医療機能	病院		有床診療所
	【特定入院料等からの区分】	【一般病棟の区分】	
高度急性期	ICU → M/ICU → NICU → SCU CCU → PICU → SCU → HCU	重症度、医療・看護必要度が I: 35%以上、II: 30%以上 かつ平均在床日数21日以内	
急性期	小児入院医療管理料 1・2・3	【重症度・医療・看護必要度が I: 20%以上、II: 15%以上】 かつ平均在床日数21日以内 手術あり(2件以上/月・ベッド) 放射線治療あり(0.1件以上/月・ベッド) 化学療法あり(1件以上/月・ベッド)	手術あり(1件以上/月・ベッド) 放射線治療あり 化学療法あり(0.5件以上/月・ベッド)
回復期	回復期(入院)医療料 小児入院医療管理料 4・5 重症治療入院料 地域包括ケア病院入院料	上記をこらぬものあり	上記をこらぬものあり
慢性期	療養病棟入院料 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

※「回復期」には地域医療構想の「在宅医療等」相当を含む。 ※化学療法は点滴注射によるものを原則とする。 ※区分は目安であり、医療機関の自主的判断も尊重する。

17

「静岡方式」の位置付けと取り扱い	
◆「静岡方式」の位置付け	<ul style="list-style-type: none"> <li>「静岡方式」については、病床機能報告制度の課題を踏まえ、より実態に近い内容となるよう努めるとともに調整会議の議論を活性化し、地域の実状を踏まえた医療機能の分化・連携を進めるための<b>目安</b>です。</li> </ul>
◆「静岡方式」の病床機能報告上の取り扱い	<ul style="list-style-type: none"> <li>基準はあくまで「目安」であり、病床機能の選択を強制するものではありません。</li> <li>各医療機関においては、これまでどおり自主的に病床機能を選択いただくことになります。</li> </ul>
◆「静岡方式」適用後の病棟別データの取り扱い	<ul style="list-style-type: none"> <li>基準に沿った報告を求めるものではないため、病棟別データの公表は行いません。</li> <li>なお、参考に自院の区分を知りたいなどといった場合には、個別にお問い合わせいただければ対応いたします。</li> </ul>

18

## 【令和元年度病床機能報告 非稼働病棟（床）を有する病院一覧】

	医療機関名	病棟名	許可 病床数	稼働 病床数	非稼働 病床数	病床 種別	入院基本料	病床 機能
熱海伊東	医療法人社団陽光会南あたま第一病院	4階一般病棟	20	0	20	一般	一般病棟特別入院基本料	休棟中
駿東田方	社会福祉法人農協共済中伊豆リハビリテーションセンター	4階病棟	30	0	30	療養	回復期リハビリテーション病棟入院料2	休棟中
	医療法人社団慈広会記念病院	1病棟	56	0	56	療養	療養病棟入院料1	休棟中
		2病棟	60	25	35	療養	療養病棟入院料1	慢性期
	国立駿河療養所（※1）	第1病棟	41	10	31	一般	一般病棟特別入院基本料	急性期
	伊豆保健医療センター	2階病棟	37	0	37	一般	急性期一般入院料5	休棟中
	J A静岡厚生連リハビリテーション中伊豆温泉病院	3階東病棟	35	0	35	療養	-	休棟中
富士	芦川病院	一般病棟	39	0	39	一般	-	休棟中
静岡	静岡徳洲会病院	4階西	20	0	20	一般	-	休棟中
		6階東	50	0	50	一般	-	休棟中
		6階西	41	0	41	療養	-	休棟中
		7階東	54	0	54	一般	-	休棟中
	清水富士山病院	4階病棟	20	0	20	一般	-	休棟中
	JCHO桜ヶ丘病院	4階病棟	84	58	26	一般	地域包括ケア病棟入院料2	回復期
	医療法人社団 健寿会 山の上病院	北館2階	32	0	32	療養	療養病棟入院料1	休棟中
志太榛原	榛原総合病院	南3病棟	47	0	47	一般	-	休棟中
		北4病棟	50	0	50	一般	-	休棟中
		西3病棟	50	30	20	一般	急性期一般入院料4	急性期
		西5病棟	53	0	53	一般	-	休棟中
西部	天竜すずかけ病院	回復期機能病棟01	55	26	29	療養	回復期リハビリテーション病棟入院料3	回復期
	市立湖西病院	東3病棟	54	0	54	一般	-	休棟中
		東4病棟	39	0	39	一般	-	休棟中

※1ハンセン病患者を受入れている病床217床を除く



各圏域における有床診療所の非稼働病床の状況

圏域名	令和元年度病床機能報告				<参考>
	非稼働病床を有する				昨年度
	施設数	許可病床数	稼働病床数	非稼働病床数	非稼働病床数
賀茂	1	11	0	11	11
熱海伊東	5	65	17	48	47
駿東田方	20	175	35	140	169
富士	9	110	18	92	118
静岡	6	34	0	34	65
志太榛原	4	28	22	6	20
中東遠	5	49	1	48	55
西部	22	212	56	156	177
県全体	72	684	149	535	662

## 令和2年度病床機能分化促進事業費補助金の実施について（静岡圏域）

（健康福祉部医療局地域医療課）

## 1 概要

本年度の病床機能分化促進事業費補助金（財源：地域医療介護総合確保基金）を活用した「病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備（施設・設備整備）」について、地域医療構想（在宅医療の支援や病床のダウンサイジングを含む病床の機能分化・連携の推進）の達成に資すると認められることから、以下のとおり実施したい。

## 2 実施事業

施設概要	病院名称	静岡厚生病院
	所在地	静岡市葵区北番町
	開設者	静岡県厚生農業組合連合会
	医療法上の 許可病床数	265 床 (一般 213、療養 52)
実施事業	事業内容	地域包括ケア病床の整備に必要な施設改修 ----- 転換 40 床 (0→40 床)
	補助率	1/2 以内
	補助所要額	30,668 千円
	摘要	

## （参考）病床機能報告の状況

		H28 時点 (県計病床数最大)	R01 現在	R07 必要数 (2025 年)
県計	許可病床数	32,469 床	31,378 床	26,584 床
	うち回復期	3,804 床	4,885 床	7,903 床
圏域	許可病床数	6,505 床	6,276 床	5,202 床
	うち回復期	743 床	884 床	1,370 床

## 非稼働病床の再稼働について

記載年月日：令和 2 年 6 月 22 日

記載者： 山之上 弘樹

## 1 病院概要

病院名	静岡徳洲会病院
所在地	静岡市駿河区下川原南 1 1 - 1
管理者名	山之上 弘樹
再稼働予定時期	8 月 1 日

## 2 病床数、病床稼働率

## (1) 許可病床数

	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	合計
変更前	403	96				499
変更後	403	96				499

## (2) 機能別病床数 ※内訳は別紙

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床等	合計	病床稼働率
変更前		137		155	207	499	76.3
変更後		137	35	155	172	499	

## 3 医療従事者の確保に係る方針

## (1) 非稼働病床の再稼働の要望

当院は 499 床（一般 403・療養 96）の許可病床数を持つ医療機関として運営してきました。しかしながら、全病床を稼働させることはできず、現在では 292 床（一般 237・療養 55）の運用となっています。原因としては、医師や看護師等の医療従事者の人員不足があります。この度、ある一定の医師や看護師等の補充が行われましたので、現在の非稼働病棟を在宅復帰に向けた、回復期リハビリテーション病棟（35 床）を開棟予定しています。

## (2) 医療従事者の現状と確保にかかる方針

今年度（令和 2 年度）は前年以前に比べ、比較的多くの医師や看護師等の人員確保ができました。しかしながら、全病棟を稼働させるまでの人員確保はできておらず、引き続き募集活動をおこないます。確保にかかる方針としては、求人情報広告や紹介会社等を活用し、積極的に行ってまいります。

#### 4 病床の再稼働の必要性について

\* 地域医療構想区域の他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、現在稼働している病床の稼働率を上げたとしてもなお追加的な病床の再稼働の必要性があるか否かについて

##### (1) 構想区域の現状

病床の必要量と比較すると、高度急性期、急性期及び慢性期が上回る一方で、回復期が不足している。

##### (2) 構想区域の課題

回復期リハビリテーション病棟のスタッフの充実が課題である。特に作業療法士、言語療法士の人員が圧倒的に不足している。患者さんに十分なリハビリを提供するにあたり、これらの人員確保を進める必要がある。

##### (3) 医療機関の現状

(全身管理の状況、疾患別患者割合、在宅復帰状況、病床稼働率、診療報酬算定上の課題、経営効率等)

当院は医療従事者の不足により、許可病床数が使用しきれっていない。また、診療科もすべての診療科があるわけでもなく、地域住民の方には不便をしいている。医師や看護師等の人員確保には努めているが、思わしい結果はでていないのが現状である。今後も多様な方法で人員確保に努める。

##### (4) 医療機関の今後の方針等

当院はケアミックス病院として、急性期から回復期、慢性期へと患者の状態に応じた医療を提供できる病院をめざしていきたい。

具体的には、稼働していない一般病棟のうち、2023年度までに、医師1名、看護師15名、セラピスト(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)10名を確保し、追加で回復期リハビリテーション病棟35床の開棟を目指す。(計70床)

その後、療養病棟は、看護師13名、補助者13名を確保し、41床の介護療養院へ転換したいと考えている。

別紙

変更前

急性期 137床

5西 (50床・一般)、5東 (50床・一般)、7西 (37床・一般)

慢性期 155床

4東 (50床・一般)、8東、(50床・一般)、8西 (55床・療養)

休床 207床

I C U (6床・一般)、4東 (2床・一般)、4西 (20床・一般)

4階緩和ケア (19床・一般)、6西 (41床・療養)、6東 (50床一般)

7西 (15床・一般)、7東 (54床・一般)

変更後

急性期 137床

5西 (50床・一般)、5東 (50床・一般)、7西 (37床・一般)

回復期 35床

7東 (35床・一般)

慢性期 155床

4東 (50床・一般)、8東、(50床・一般)、8西 (55床・療養)

休床 172床

I C U (6床・一般)、4東 (2床・一般)、4西 (20床・一般)

4階緩和ケア (19床・一般)、6西 (41床・療養)、6東 (57床・一般)

7西 (15床・一般)、7東 (12床・一般)

## 非稼働病床の再稼働について

記載年月日：令和 2 年 7 月 8 日

記載者：園田 一晴

## 1 病院概要

病院名	医療法人 社団 健寿会 山の上病院
所在地	静岡市清水区草ヶ谷 651-7
管理者名	院長 伊関 丈治
再稼働予定時期	令和 2 年（審査次第）

## 2 病床数、病床稼働率

## (1) 許可病床数

	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	合計
変更前	0	401	0	0	0	401
変更後	0	401	0	0	0	401

## (2) 機能別病床数

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休床等	合計	病床稼働率
変更前	0	0	47	322	32	401	92%
変更後	0	0	47	354	0	401	

## 3 医療従事者の確保に係る方針

## (1) 非稼働病床の再稼働の要望

当山の上病院は従来より回復期リハビリ病棟（47床）を含む、計 401 床の病院として、地域密着した慢性期療養病院として昭和 63 年に開設し運営して参りました。この度建物の老朽化により危険性が認められ、患者様の入院療養の継続がこれ以上困難な状況になり、患者様への負担、職員の働きやすさを考えると改修工事が必要になったため、平成 29 年 7 月 31 日より旧北館 2 階（32 床）を一時閉鎖せざるを得ない状況でした。すでに北館 2 階療養病床（32 床）の建屋を変え平成 17 年に完成した東館の 1 階へ大規模な設備投資にて移動させ、同じ療養病床 32 床のリフォーム改築工事を完了しています。

現在地域連携を強化し在宅復帰を目指す退院支援も行っておりますが、透析治療を要する長期療養患者様の紹介率も高く、現在 125 名の透析の患者様が入院しております。そのため、透析以外で入院を希望される療養病床数からみても 病床数管理が難しい状況です。

32 床病床再稼働の折には、酸素療法、中心静脈栄養など医療区分 2、3 の患者様に対応できる病床にし、総合病院からの紹介に積極的に対応できるよう今後、より一層地域に根差した信頼される慢性期病院として努力し、非稼働病床 32 床の再稼働を予定しています。

## (2) 医療従事者の現状と確保にかかる方針

今回の病床(32床)を再開するにあたり、診療報酬基準(20:1)にて看護職員8名、介護職員8名が必要となりますが、現在充足しております。

しかし、今後も継続的に職員新規採用に向け、下記方策を実施してまいります。

### 新規採用方策

- ・退職者への再入職の連絡、職員からの紹介
- ・市内3営業管内のバス左右両面に募集広告をラッピングし、6月後半より順次市内循環中
- ・募集CM放送(静岡第一テレビ、静岡朝日テレビ)放映中。SBSテレビについても交渉中
- ・有料紹介会社への登録、情報収集
- ・静岡県看護協会・ナースセンターへの情報収集と依頼
- ・ハローワークへの募集依頼、現況確認

## 4 病床の再稼働の必要性について

### (1) 構想区域の現状

- ・急性期病院の在院日数短縮に伴い、従来より高度な治療を継続される患者様の紹介率の増加。
- ・静岡医療圏域だけでなく、西部(中東遠医療センター等)、東部(順天堂静岡病院等)より透析を含めた入院患者様増え、現在累計125名の透析患者様が入院中。
- ・内、回復期リハビリ対象の透析患者が現在15名入院中であり、また随時相談希望があります。
- ・今後さらに入院透析患者様の増加が予想される中、静岡県中部の医療圏内の療養病床は満たされている状況であることは承知しているが、当法人は圏外からの療養病床対象者を過去も現在も受け入れている状況において、今後ベッドがないと断る事はできない。これからも継続的に受け入れていくには療養病床の再稼働が必要不可欠。
- ・それにともない、新たに透析機器購入し、受け入れ増床態勢完了済。
- ・人工呼吸器、CPAP等の酸素療法、中心静脈栄養、ターミナルケアなど、急性期病院からの幅広い紹介の患者様の受け入れ態勢をさらに一層整備・拡充し積極的に受け入れていく。
- ・急性期病院からの受け入れ施設として役割を担い、地域との連携を強化し、慢性期医療を重視する病院として整備していく。
- ・医療難民を避け、ご家族の社会生活の不安を取り除く。

### (2) 構想区域の課題

- ・医師、看護師、介護職、PT、OT、ST等の医療従事者の継続的確保。
- ・静岡医療圏域にある急性期病院からご紹介される患者様に対しての医療機能継続。
- ・治療を終えた患者様に対して、当法人内の施設を含め在宅及び施設等へ向けての支援・相談。
- ・災害時透析病院会議へ参加。  
災害発生後ライフライン供給できるまでの透析患者様、人員(医師・看護師等)、消耗機材等において、助け合いながらの相互の受け入れ。

### (3) 医療機関の現状

(療養病床の主な疾患例)

- ・慢性腎不全・COPD・誤嚥性肺炎・脳血管障害・認知症
- ・慢性心不全・悪性腫瘍・パーキンソン病・ALS等難病 他

(回復期リハビリ病床の疾患例)

- ・大腿骨頸部骨折・腰椎圧迫骨折・頸髄損傷・脳血管障害 他

下表1、2に当院の医療区分別患者割合を示す

表1、令和2年5月時点の医療区分別患者割合

透析	透析以外の医療区分2以上	医療区分1
42.6%	43.1%	14.3%

透析患者様が全体の4割以上を占める。

透析以外の医療区分2の以上の患者もほぼ同数を占める。

表2、平成29年8月時点の医療区分別患者割合

透析	透析以外の医療区分2以上	医療区分1
26.6%	52.3%	21.1%

表1と比較すると透析・透析以外医療区分2以上の85%のうち、透析患者様の割合が16%増加。透析患者様も含めた医療区分2以上の割合では約7%増加。

この事により、当院の入院患者様の一層の重症化が進んでいる事が顕著。

当院は開設以来30年来、入院希望のある患者様を断らず受け入れており、今後も重症化した入院希望患者様の受け入れを断らず、また断わらない考えを変えずに患者様とご家族に寄り添っていく決意である。

### (4) 医療機関の今後の方針等

医療法人社団健寿会(山の上病院369床、介護施設482床)は常に患者様やご家族の視点にたつて、切れ目ない医療の提供及び医療・看護・介護の提供体制の構築を考えております。

今後も継続的に質の高い「心の通う」医療を提供するために、

- ・従来の急性期病院からの紹介の患者様を精査(処方薬、生保等)しながらの受け入れ継続。
- ・当法人内の介護老人保健施設3施設378床、介護付き有料老人ホーム50床、グループホーム3施設54床との連携を図り、医療難民を避け、ご家族の社会生活を守る。
- ・静岡市内だけではなく、従来からある市外、県外からのお問い合わせについても、これまで以上に受け入れ態勢の整備。
- ・入院透析を希望する患者様を待たせず入院できるシステムの構築。
- ・より高度な治療を継続できるシステムの構築。
- ・ターミナルケアシステムの構築。
- ・かかりつけ医や地域包括支援センター及び訪問看護ステーション等の地域連携の構築。



- ・開設後 30 年経過し経年劣化し大規模改築工事が必要な危険性のある病棟・病室・設備を、急性期病院からの透析を含めた様々な治療が必要な入院希望患者様をスムーズに受けられるよう、リフォームし病棟管理体制を整備する。

## 2. 事前協議申出概要

申出者	医療法人社団貞栄会（理事長 内田貞輔）	
診療所の名称	静岡ホームクリニック	
開設の場所	静岡市駿河区中田4丁目6番1号1階	
有床診療所 開設趣旨	地域の医療ニーズに応えるため	
病床種別	一般 1床	
診療科目	内科、皮膚科、アレルギー科、外科、リウマチ科、精神科	
管理者	内田 貞輔	
建物	木造枠組壁構造準耐火 延床面積 784.16㎡	
建設計画	着工年月日	-
	しゅん工年月日	-
開設（増床） 予定年月日	令和2年（審査次第）	

○ 医療法施行規則

第1条の14第7項

医療法第七条第三項に規定する厚生労働省令で定める場合は、次のとおりとする。

- 一 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見を聴いて、法第三十条の七第二項第二号に掲げる医療の提供の推進のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステム（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（平成元年法律第六十四号）第二条第一項に規定する地域包括ケアシステムをいう。）の構築のために必要な診療所として認めるものに療養病床又は一般病床を設けようとするとき。
- 二 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見を聴いて、へき地の医療、小児医療、周産期医療、救急医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所として認めるものに療養病床又は一般病床を設けようとするとき。

## 公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証に係る経緯と対応

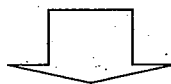
### 1 経緯

日時	主体	内容
～2017年3月	都道府県	地域医療構想を策定 公的医療機関等 2025 プランの策定
～2019年3月	公立・公的 医療機関等	具体的対応方針の策定 ⇒地域医療構想調整会議で合意
2019年1月～	厚生労働省	地域医療構想に関するWGにおいて公立・公的医療機関等の具体的対応方針について議論開始
6月	内閣	「骨太の方針 2019」の閣議決定
9月26日	厚生労働省	再検証に係る具体的な対応・手法についてとりまとめ 公立・公的医療機関等の個別の診療実績データ公表
12月5日	加藤厚労相	「骨太の方針 2020 の策定期間を目途に、2025年までの地域医療構想全体の工程表を作成したい」（経済財政諮問会議）
2020年1月17日	厚生労働省	「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（医政局長通知）の発出
3月4日	厚生労働省	「具体的対応方針の再検証等の期限について」の発出 ⇒厚労省が見直し期限を整理の上、改めて通知
5月29日	内閣	「骨太の方針 2020」の本格的な議論開始。 ⇒7月中旬の閣議決定を目指す。（例年6月に作成）
6月5日	加藤厚労相	「感染症対策を優先し、見直しの期限の再設定は関係者の意見を聞いて時期や進め方を整理する」（閣議後の会見）

### 2 今後の対応について

国から示される以下の通知等を踏まえ、改めて検討する。

- ・7月中旬に示される予定の「骨太の方針 2020」に記載される 2025年に向けた工程表
- ・厚生労働省からの再検証の見直しの期限や議論の方法等を整理した通知



- 各構想区域における関係医療機関等でのワーキンググループ等の開催
- 地域医療構想調整会議での協議

## 【経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定）【抜粋】】

地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。病床の役割分担を進めるためデータを国から提供し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する。これに向けて、介護施設や在宅医療等の提供体制の整備と統合的な慢性期機能の再編のための地域における議論の進め方を速やかに検討する。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事はその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。また、地域医療介護総合確保基金について、具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分する。

## 【経済財政運営と改革の基本方針2018（平成30年6月15日閣議決定）【抜粋】】

地域医療構想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について、昨年度に続いて集中的な検討を促し、2018年度中の策定を促進する。公立・公的医療機関については、地域の医療需要等を踏まえつつ、地域の民間医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等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。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事はその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する。

## 【経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）【抜粋】】

2040年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施する。

地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、重点対象区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うとともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中（※）に対応方針の見直しを求める。民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。地域医療介護総合確保基金の配分（基金創設前から存在している事業も含む）における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的なPDCAサイクルを構築するとともに、成果の検証等を踏まえ、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。

※医療機関の再編統合を伴う場合については、遅くとも2020年秋ごろまで。29

医政発0304第9号  
令和2年3月4日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長  
(公 印 省 略)

具体的対応方針の再検証等の期限について

地域医療構想（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第2項第7号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。）における具体的対応方針の再検証等の期限については、「公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等について」（令和2年1月17日付け医政発0117第4号厚生労働省医政局長通知）において示したところであるが、下記のとおり、改めて整理を行うこととしたため、御了知いただくとともに、本通知の趣旨を貴管内市区町村、関係団体、関係機関等へ周知いただくようお願いする。

なお、本通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

記

当面の具体的対応方針の再検証等に係る対応については、「都道府県においては「経済財政運営と改革の基本方針2019」における一連の記載を基本として、地域医療構想調整会議での議論を進めていただくようお願いする」と整理していたところであるが、2019年度中とされた見直しの期限に関しては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から政府として一定期間はイベント等について中止、延期等の対応を要請していること等と歩調を合わせつつ、厚生労働省において改めて整理の上、通知することとする。

なお、

- ・ 構想区域ごとの2025年の医療提供体制の検討
  - ・ 関係者との意見調整
  - ・ 重点支援区域に係る更なる取組（申請事例の検討等）
- など、進めることが可能である検討・対応については、可能な限り進めていただくようお願いする。

(参考)

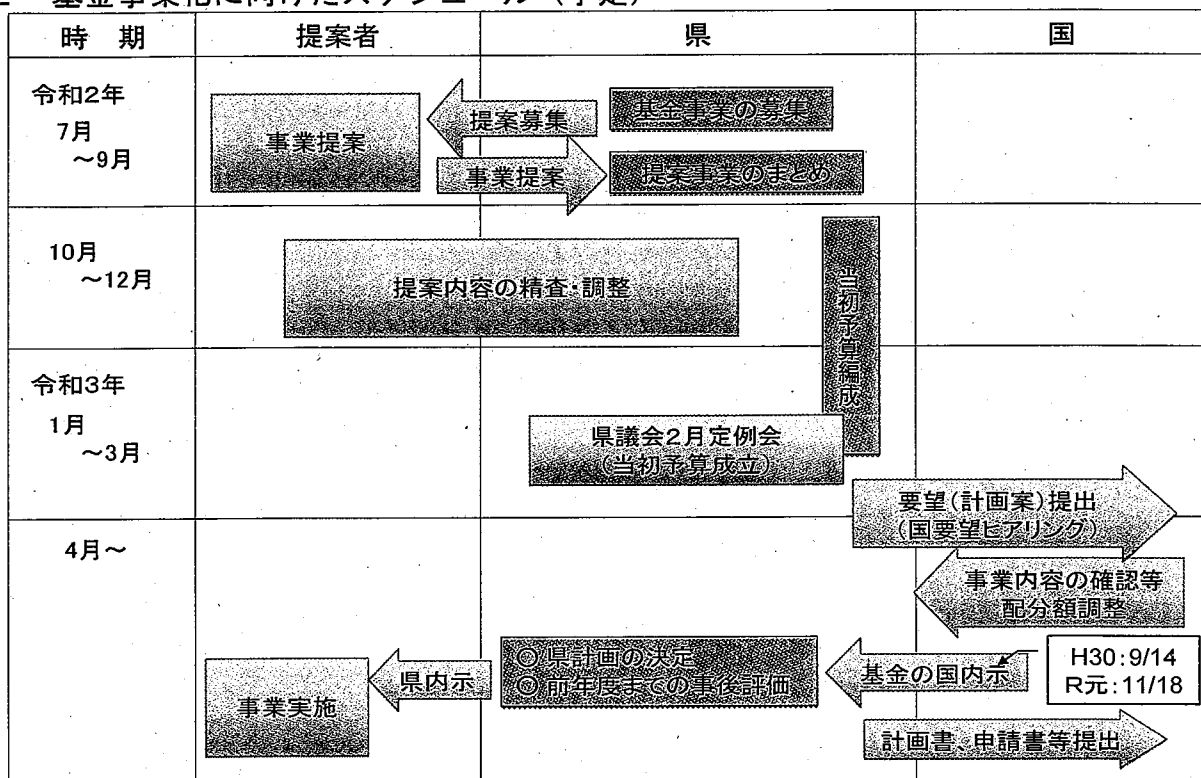
- ・ 当面の具体的対応方針の再検証等に係る対応は、今回の通知により再整理
- ・ 状況把握については、従来の方針どおり、後日実施予定

## 地域医療介護総合確保基金（医療分）

## 1 基金の概要

名称	静岡県地域医療介護総合確保基金（H26年条例制定）
趣旨等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題</li> <li>⇒消費税増収分を活用した新たな財政支援制度として都道府県に基金設置</li> <li>・都道府県計画を作成し、この計画に基づいて事業を実施</li> </ul>
負担割合	国2/3、都道府県1/3（法定負担率）
国予算（億円）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2,018億円（公費ベース） → うち、医療分1,194億円（対前年比160億円増）</li> <li>・区分Ⅰ:560（▲10）、区分Ⅱ・Ⅳ:491（+27）、区分Ⅵ:143（新規）</li> </ul>

## 2 基金事業化に向けたスケジュール（予定）



## 3 事業提案で留意いただきたい事項

目的	<p>基金の目的（医療と介護の総合的な確保）や各区分の趣旨（Ⅰ：地域医療構想の達成、Ⅱ：在宅医療の推進、Ⅳ：医療従事者の確保）につながる提案をすること。</p> <p>※新規区分Ⅵ（勤務医の働き方改革）は、詳細がわかり次第別途対応</p>
財源	診療報酬や他の補助金等で措置されているものを基金事業の対象とすることは不可であること。
公共性	個別の医療機関等の機能強化ではなく、全県や圏域・地域の医療ニーズを捉えた、公共性の高い事業であること。
事業効果	事後評価の検証が必要とされることから、定量的な事業効果の測定ができる目標を設定すること

## 静岡県外来医療計画

令和2年3月

静岡県



## 静岡県外来医療計画 目次

1	基本的事項	
(1)	計画策定の趣旨	1
(2)	計画の位置付け	1
(3)	計画の期間	1
2	外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定	2
3	外来医療機能の確保	
(1)	外来医療機能の維持・強化	2
(2)	賀茂圏域への取組	2
4	外来医療に係る協議の場	4
5	医療機器の効率的な活用に係る計画	
(1)	医療機器の配置・保有状況等に関する情報	4
(2)	共同利用の方針	4
(3)	共同利用計画の記載事項等	4
6	外来医療計画の進捗評価	5
7	外来医療計画の策定を行う体制	5

# 静岡県外来医療計画

## 1 基本的事項

### (1) 計画策定の趣旨

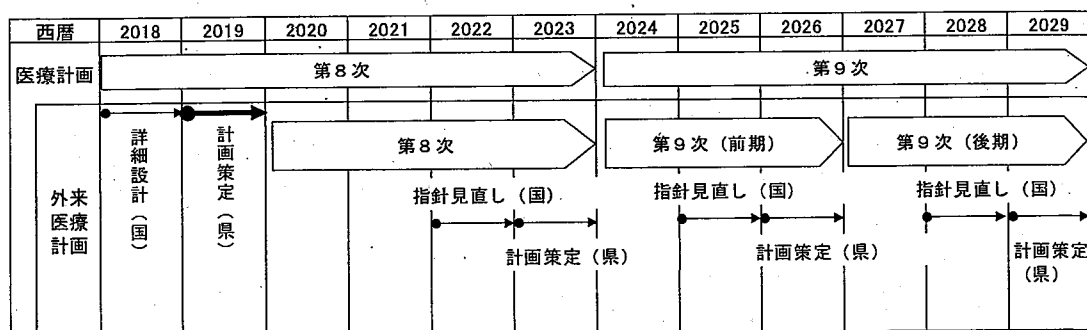
- 2018年度の医療法改正により、「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」として、県は「静岡県外来医療計画」を策定します。
- これは、無床診療所の開設状況が都市部に偏っており、また医療機関間の連携が個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている現状を踏まえ、国が行った2018年度の医療法改正を受けたものです。
- 本計画は、外来医療機能に関する情報を可視化し、その情報を新規開業者等へ情報提供することで、地域で不足する医療の提供を促すとともに、外来医療機関間での機能分化、連携の方針等を決定し、医療機関間での連携を促進させることを目的としています。また、「かかりつけ医」が、その機能を地域で十分に発揮することも期待されます。なお、本計画は、開業制限を目的とするものではありません。
- 診療科別の医師の偏在の課題については、現在厚生労働省において診療行為と診療科の分類に関する研究等が行われているところであり、その内容に合わせ今後本計画の見直しを行います。

### (2) 計画の位置付け

- この計画は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画の一部となるものです。

### (3) 計画の期間

- この計画は、2020年度を初年度とし、現行の静岡県保健医療計画に合わせ、最初の計画は4年間、以降は静岡県保健医療計画の見直しと合わせ3年間とします。



## 2 外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定

○国は、地域ごとの外来医療機能の偏在等を客観的に明らかにするため、人口構成や患者の流出入等を反映した「外来医師偏在指標」を定めました。

○このうち、指標の値が全二次医療圏の中で上位 33.3%に該当する二次医療圏を「外来医師多数区域」と呼びます。本県においては、賀茂圏域が該当していますが、国がガイドラインで示している「外来医療を担う無床診療所の開設状況が都市部に偏っている」状況とは全く異なる地域です。

○本県の外来医師偏在指標は以下のとおりです。

	賀茂	熱海 伊東	駿東 田方	富士	静岡	志太 榛原	中東遠	西部
外来医師偏在指標	108.1 (93位)*	90.1 (228位)	96.6 (171位)	90.3 (225位)	93.0 (201位)	76.1 (297位)	79.4 (287位)	90.9 (218位)

※外来医師多数区域

## 3 外来医療機能の確保

### (1) 外来医療機能の維持・強化

○本県は、外来医師多数区域以外の区域で外来医療機能の維持・強化を図る必要があります。

### (2) 賀茂圏域への取組

○賀茂圏域は外来医師多数区域に該当していますが、これは、当該圏域の居住者のうち、一日あたり、駿東田方圏域へ約 350 人、熱海伊東圏域へ約 190 人の患者が流出していることから（平成 29 年患者調査）、外来医師偏在指標上は賀茂圏域の医療需要を低く算定されていることが原因です。

○賀茂圏域は、今後より一層の人口減少が見込まれる中、75 歳以上の人口規模は同水準で推移し、高齢化が進んでいきます。多くの方が他の圏域の医療機関を受診している中、今後、患者とその家族の高齢化が進むと医療へのアクセスが困難となる可能性があります。

○また、当該圏域は、他の圏域と比較して医師の年齢層が高く、診療所の承継が課題となり、診療所の外来機能の維持が困難となる可能性があります。

○このため、医師の就労相談窓口の設置により高齢医師等の活躍を促進するなど、地域の現状を把握した上で、市町や関係団体と連携して、外来医療機能の確保に取り組みます。

(参考1) 賀茂圏域の人口推計

(単位：人)

区分	2015年	2025年	2035年	C-A	
	A	B	C	人数	割合
人口	66,348	53,467	41,721	△24,627	△37.1%
うち、75歳以上 (割合)	14,053 (21.2%)	16,296 (30.5%)	14,163 (33.9%)	+110	+0.8%

※「日本の地域別将来推計人口」(国立社会保障・人口問題研究所)から作成

(参考2) 診療所医師数

(単位：人)

	医師数				人口10万当たり医師数			
	2014	2016	2018	差	2014	2016	2018	差
県計	2,673	2,687	2,799	126	72.1	72.9	76.5	4.4
賀茂	48	46	43	△5	70.3	70.6	68.9	△1.4
熱海 伊東	92	80	75	△17	86.1	76.3	73.0	△13.1
駿東 田方	475	489	501	26	72.1	74.7	77.4	5.3
富士	276	279	272	△4	72.3	73.8	72.5	0.2
静岡	550	565	607	57	77.8	80.5	87.3	9.5
志太 榛原	304	287	311	7	65.5	62.2	68.2	2.7
中東 遠	261	288	302	41	56.5	61.9	65.0	8.5
西部	667	653	688	21	78.5	76.2	80.7	2.2

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

(参考3) 診療所医師の年齢構成(2016年)

・賀茂地域は他圏域と比較して診療所医師の年齢層が高い。

(単位：人)

	～59歳	60～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80歳以上	計
全国	54,011	15,822	13,758	6,739	4,978	7,149	102,457
割合	52.7%	15.4%	13.4%	6.6%	4.9%	7.0%	100.0%
静岡県	1,389	422	379	181	121	195	2,687
割合	51.7%	15.7%	14.1%	6.7%	4.5%	7.3%	100.0%
賀茂	18	9	8	1	3	7	46
割合	39.1%	19.6%	17.4%	2.2%	6.5%	15.2%	100.0%

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

#### 4 外来医療に係る協議の場

- 地域で不足する外来医療機能については、既存の6疾病5事業及び在宅に係る会議体の中で必要な協議を行います。
- 医療機器の効率的な活用については、「地域医療構想調整会議」及び「医療対策協議会」で必要な協議を行います。

#### 5 医療機器の効率的な活用に係る計画

- 近年の医療技術の進展には著しいものがあり、医療機器の果たす役割も非常に大きいものとなっています。
- 一方で、人口当たりの医療機器の台数には地域差があり、医療機器ごとに地域差の状況は異なっています。
- 今後人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中、医療機器についても効率的に活用できるよう対応を行う必要があります。

##### (1) 医療機器の配置・保有状況等に関する情報

- 本県における医療機器の配置・保有状況等については、県のホームページ上で公開します。また、「医療ネットしずおか」(web)において、個別の医療機関の情報を掲載しています。

##### (2) 共同利用の方針

- 共同利用の対象となる医療機器は以下のとおりです。
  - ・CT (全てのマルチスライスCT 及びマルチスライスCT 以外のCT)
  - ・MRI (1.5 テスラ未満、1.5 テスラ以上3.0 テスラ未満及び3.0 テスラ以上のMRI)
  - ・PET (PET 及びPET-CT)
  - ・マンモグラフィ
  - ・放射線治療機器 (体外照射)
- 医療機関が、上記に掲げた医療機器を購入する場合は、「共同利用計画」を作成し、地域医療構想調整会議の場において確認を行うこととします。
- 本県の共同利用の方針は、以下のとおりとします。

- ・今後人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中、医療機器についても効率的な活用を行う観点から、共同利用を推進します。
- ・推進にあたっては、個別の医療機関の事情にも配慮するとともに、「画像診断や治療における病病・病診・診診連携による紹介」など、地域医療支援病院を中心に可能なところから取り組むこととします。

(3) 共同利用計画の記載事項等

- 「共同利用計画」には、以下の事項を記載するものとします。
  - ・共同利用の相手方となる医療機関
  - ・共同利用の対象となる医療機器
  - ・画像撮影等の検査機器については、画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針
- 共同利用を行わない場合は、その理由について、地域医療構想調整会議の場において確認を行うこととします。

6 外来医療計画の進捗評価

- 計画の評価については、「地域医療構想調整会議」や「静岡県医療対策協議会」において実施します。

7 外来医療計画の策定を行う体制

- 外来医療計画については、県が策定した原案について、「静岡県医療対策協議会」で協議します。
- 医療法上、医療計画の策定に当たっては、計画案を医療審議会へ諮問することが求められており、本県の外来医療計画の策定においても、同様に、計画案を「静岡県医療審議会」へ諮問します。

<策定経緯>

経過項目 (年月日)	内容
第3回医療対策協議会 (2019年11月26日)	素案の協議
第2回医療審議会 (2019年12月24日)	素案の審議
パブリックコメント (2020年1月8日～2月4日)	県民意見の募集
第3回地域医療構想調整会議・地域医療協議会 (2020年2月17日～3月4日)	最終案の議論
第4回医療対策協議会 (2020年3月11日)	最終案の協議
第3回医療審議会 (2020年3月23日)	最終案の審議

<用語解説> 五十音順

用語	内容
外来医師偏在指標	<p>以下の①～④を考慮した、地域ごとの外来医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な指標で、国が令和元年度に公表。</p> <p>①医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化            ②患者の流出入等            ③医師の性別・年齢分布            ④医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）</p> <p>※単位は「人」ではない。</p>
かかりつけ医	<p>なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。（2013年8月8日 日本医師会・四病院団体協議会合同提言）</p>
6疾病5事業	<p>（6疾病）            がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患及び肝炎</p> <p>（5事業）            救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む）</p>
静岡県保健医療計画	<p>医療資源の効率的活用配慮しつつ、医療提供体制の体系化を図ることを目的に、都道府県において策定            静岡県の総合計画の分野別計画であり、本県における保健医療施策の基本指針            現行の第8次計画からは期間を6年間としている。</p>
CT	<p>Computed Tomography の略。X線によって体の様子をコンピューターで処理し画像化する検査及びその機器</p>
MRI	<p>Magnetic Resonance Imaging の略。X線撮影やCTのようにX線を使うことなく、強い磁気と電波を使い体内の状態を断面像として描写する検査及びその機器</p>
PET	<p>Positron Emission Tomography の略。放射性薬剤を体内に投与し、その分析を特殊なカメラで捉えて画像化する検査及びその機器</p>
マンモグラフィー	<p>乳房専用のX線撮影機器</p>
放射線治療機器	<p>放射線を照射することで、がんなどの治療を行う機器</p>





# 静岡県医師確保計画

令和2年3月

静岡県

# 静岡県医師確保計画 目次

1 基本的事項	
(1) 計画策定の趣旨	1
(2) 計画の位置付け	1
(3) 計画の期間	1
2 医師確保の方針	
(1) 現状と課題	
ア 医師数の状況	2
イ 医学修学研修資金の状況	4
ウ 本県の医師養成数	6
エ 臨床研修医の状況	7
オ 「新専門医制度」の状況	8
カ 医療施設に従事する女性医師の状況	11
キ 医学部医学科に進学する本県の学生	13
ク 医師の働き方改革	14
(2) 医師少数区域・医師多数区域の設定	15
(3) 医師少数スポット	16
(4) 医師確保の方針	16
3 目標医師数	17
4 目標医師数を達成するための施策	
(1) 医学修学研修資金制度	19
(2) 地域枠医師の確保	19
(3) キャリア形成プログラム	19
(4) 専攻医の確保・定着促進策の推進	19
(5) 寄附講座	20
(6) 研究・学修環境の整備	20
(7) 女性医師の活躍支援	21
(8) 高齢医師等の活躍支援	21
(9) 高校生等への支援による医学科進学者の増	21
(10) 医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援	21
5 産科・小児科における医師確保計画	
(1) 産科・小児科における現状と課題	22
(2) 現状と課題を踏まえた施策	
ア 産科・小児科の効率的な医療提供体制	24
イ 寄附講座（再掲）	24
ウ 産科医等確保支援策の実施	25
エ 産科・小児科の専門医研修プログラムの策定推進	25
オ 臨床研修医の定着促進	25
カ 医療機関の機能分担・連携強化	25
キ 医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援（再掲）	25
6 医師確保計画の効果の測定・評価	26
7 医師確保計画の策定を行う体制	26

# 静岡県医師確保計画

## 1 基本的事項

### (1) 計画策定の趣旨

○2018年度の医療法改正により、都道府県における医師確保対策の強化に向け、都道府県内における「医師の確保方針」、「医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標」、「目標達成に向けた施策内容」を定める医師確保計画を2019年度中に策定することとされたことを受け、施策の方向性を示す「静岡県医師確保計画」を定めます。

### (2) 計画の位置付け

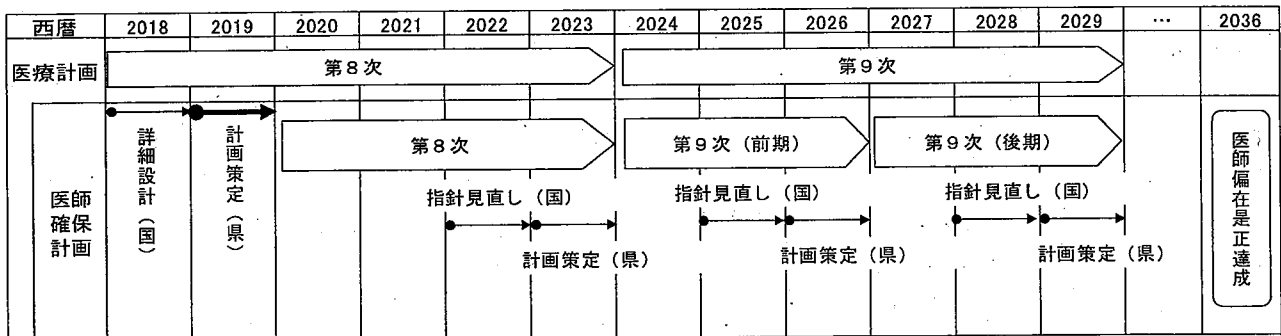
○本計画は、本県の医師確保の基本指針であるとともに、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画の一部となるものです。

○2036年までに医師偏在是正を達成することを医師確保計画の長期的な目標とし、3年ごと（最初の計画は4年ごと）に計画の実施・達成を積み重ねます。

○なお、本計画は二次医療圏別の計画を兼ねたものとしします。

### (3) 計画の期間

○本計画は、2020年度を初年度とし、最初の計画は4年間、以降は静岡県保健医療計画の見直しと合わせ3年間としします。



## 2 医師確保の方針

### (1) 現状と課題

#### ア 医師数の状況

○2018年12月末における本県の医師数は7,690人で、2年間で286人(3.9%)、8年間で807人(11.7%)増加しています。(図表1)

○人口10万人当たりの医療施設(病院及び診療所)に従事する医師数(2018年12月)は210.2人で、多い方から40位ですが、2年間で9.4人増加しています。(図表2)

○本県において医師数が不足している理由として、人口が同規模の地域(四国4県等)と比較して医学部定員数が極度に少ないことが挙げられます。

○人口減少が急速に進む中で、安全で質の高い医療の持続可能性を高めるため、各地域の実情に即した医療提供体制の確保に取り組んでいく必要があります。

#### 【課題】

- ・本県の医師数は全体として増加傾向にありますが、人口10万人当たり医師数が全国平均を大幅に下回っており、医師の絶対数を増加させる必要があります。病院勤務医数については全国平均との差が特に大きく(図表3)、また、医療資源が乏しい中山間地域等においては、診療所医師の高齢化が進んでおり、いずれも積極的な対応が必要です。更に、医師数の状況には二次医療圏ごとに偏りがあることから、この偏在を解消し、充実した医療体制の確保を図る必要があります。

図表1 医師数の状況(医療施設従事医師数)

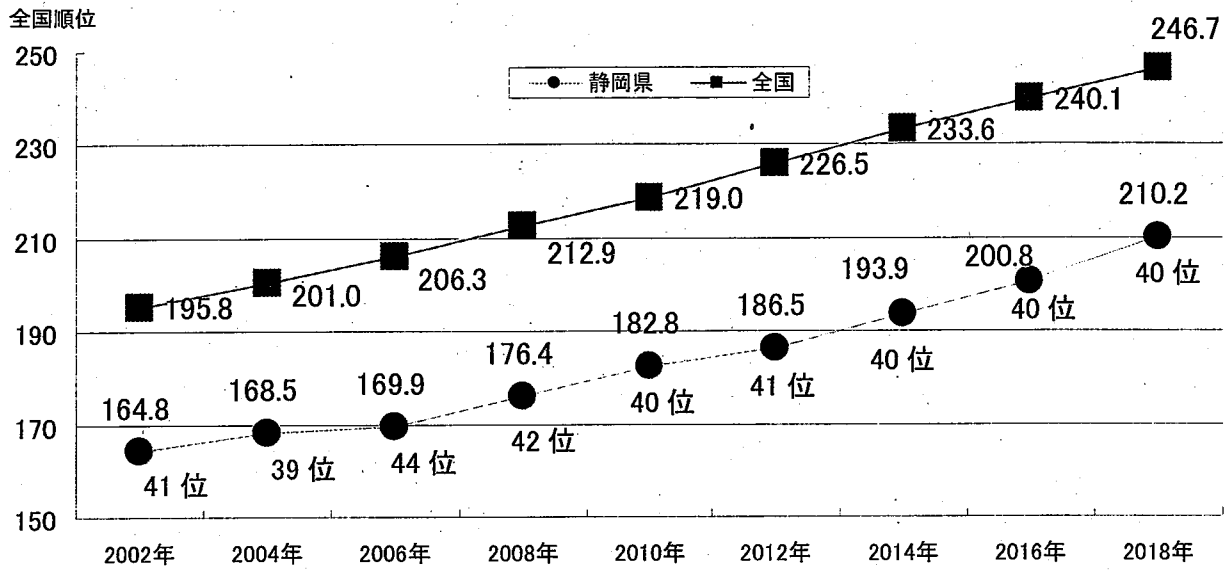
(単位:人)

年 圏域	2010	2012	2014	2016	2018	2018-2016	2018-2010
県計	6,883	6,967	7,185	7,404	7,690	+286	+807
賀茂	89	95	99	97	98	+1	+9
熱海伊東	244	236	255	222	231	+9	△13
駿東田方	1,345	1,326	1,386	1,425	1,467	+42	+122
富士	517	508	529	555	555	±0	+38
静岡	1,514	1,496	1,532	1,611	1,675	+64	+161
志太榛原	629	687	718	716	751	+35	+122
中東遠	581	605	621	681	696	+15	+115
西部	1,964	2,014	2,045	2,097	2,217	+120	+253

出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(2016年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

図表2 人口10万人対医療施設従事医師数の推移

(単位：人)

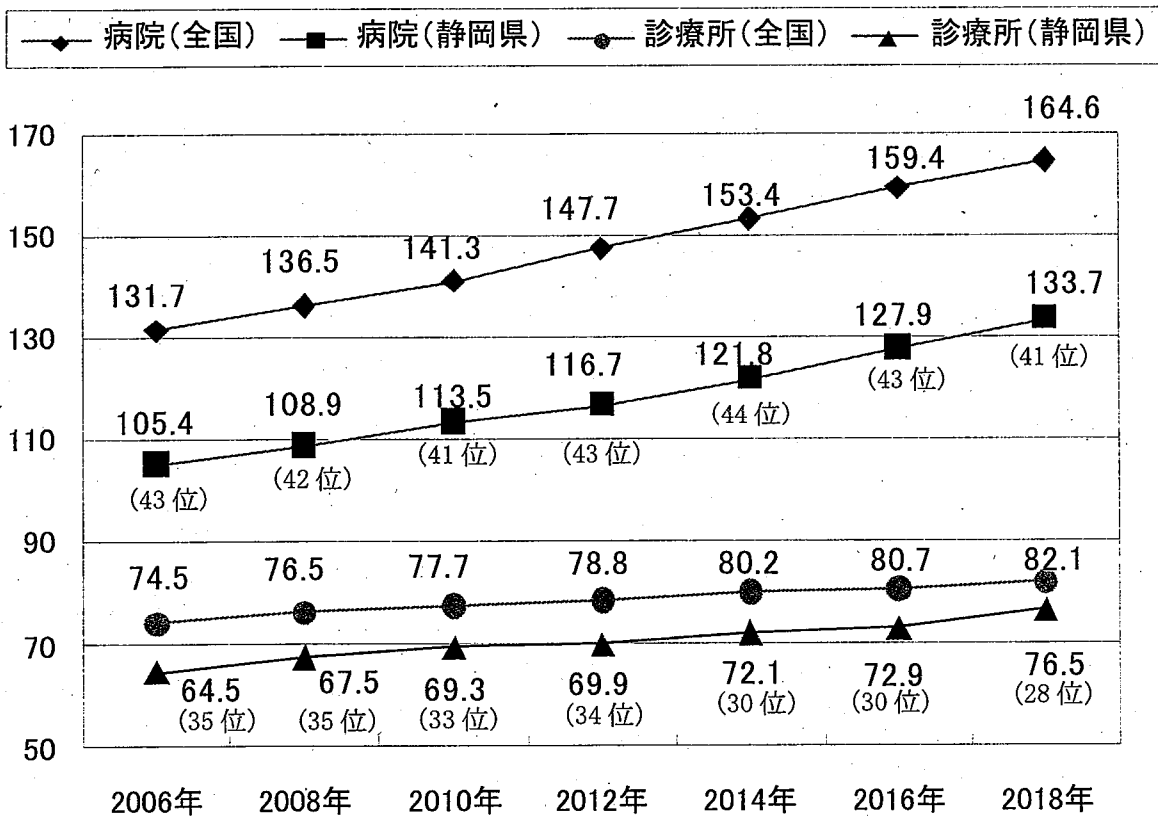


出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2016年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

※順位は本県の全国順位

図表3 人口10万人対医療施設従事医師数の推移（病院別・診療科別）

(単位：人)



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2016年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

## イ 医学修学研修資金の状況

○医師免許取得後に、県内病院への就業を促進し県内における医師の充足を図るため、2007年度から県内外の医学生等に、毎年120人規模で修学研修資金を貸与しています。

○医学修学研修資金の被貸与者は2007年度からの累計で1,000人を超え、県内勤務者数も年々増加しています。(図表4、5、6、7)

### 【課題】

- ・制度上、貸与期間の1.5倍の期間を本県で勤務する仕組みであるところ、貸与期間が短く(図表8)、県が実際に勤務地を調整できる人数が少ないことから、医師不足地域等への十分な勤務配置ができておらず、また、「新専門医制度」の開始を受け、若手医師のキャリア志向が強まっているなど、制度創設以降の状況の変化を踏まえた見直しを行う必要があります。

図表4 医学修学研修資金貸与制度

区分	内容
貸与額	月額20万円(最長6年間)
返還免除勤務期間	臨床研修修了後、貸与期間の1.5倍の期間 ※履行期限：大学卒業後、貸与期間の2倍の期間に4年を加えた期間
勤務医療機関	県内の公的医療機関等のうち県が指定する医療機関
診療科の指定	なし

図表5 医学修学研修資金の貸与実績

(単位：人)

区分 \ 年度	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	合計
新規被貸与者数	17	20	130	95	92	100	97	107	112	98	105	115	120	1,208

図表6 医学修学研修資金を利用した県内勤務医師数

(単位：人)

区分 \ 年度	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
返還免除勤務	1	3	16	31	62	75	100	120	139	162
猶予	0	1	3	5	5	10	11	19	25	35
免除後県内勤務	0	0	2	9	19	35	45	55	66	86
臨床研修	17	43	71	83	64	79	99	109	138	178
計	18	47	92	128	150	199	255	303	368	461

※猶予：返還免除のため勤務対象施設以外の県内医療機関に勤務中の者  
 ※免除後県内勤務者：返還免除を受けるために必要な期間の勤務を終えた者のうち、県内で勤務している者

図表7 医学修学研修資金を利用した勤務医師数（地域別）

（単位：人）

地域	年度	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
東 部		1	2	6	10	16	22	28	40	52	60
中 部		6	18	38	58	64	85	107	108	138	174
西 部		11	27	48	60	70	92	120	155	178	227
計		18	47	92	128	150	199	255	303	368	461

※猶予及び免除後県内勤務を含む

図表8 静岡県医学修学研修資金の貸与年数まとめ（2017年末時点）

（単位：人）

大学	貸与年数		1年	2年	3年	4年	5年	6年	総計
	貸与枠	大学 県内外 設立							
一般枠	浜松医科大学		24	29	23	11	5	5	97
			24.7%	29.9%	23.7%	11.3%	5.2%	5.2%	100.0%
	県外大学	国公立	22	31	14	26	21	20	134
			16.4%	23.1%	10.4%	19.4%	15.7%	14.9%	100.0%
		私立	7	10	13	9	8	14	61
		11.5%	16.4%	21.3%	14.8%	13.1%	23.0%	100.0%	
	計	29	41	27	35	29	34	195	
		14.9%	21.0%	13.8%	17.9%	14.9%	17.4%	100.0%	
一般枠 計		53	70	50	46	34	39	292	
		18.2%	24.0%	17.1%	15.8%	11.6%	13.4%	100.0%	
大学特別枠	浜松医科大学		41	29	14	10	5	2	101
			40.6%	28.7%	13.9%	9.9%	5.0%	2.0%	100.0%
	県外大学	国公立	2	2	1		1		6
			33.3%	33.3%	16.7%	0.0%	16.7%	0.0%	100.0%
		私立	13	12	13	14	13	21	86
		15.1%	14.0%	15.1%	16.3%	15.1%	24.4%	100.0%	
	計	15	14	14	14	14	21	92	
		16.3%	15.2%	15.2%	15.2%	15.2%	22.8%	100.0%	
大学特別枠 計		56	43	28	24	19	23	193	
		29.0%	22.3%	14.5%	12.4%	9.8%	11.9%	100.0%	
増定枠員	浜松医科大学		4	21	13	14	1	14	67
		6.0%	31.3%	19.4%	20.9%	1.5%	20.9%	100.0%	
全体	浜松医科大学		69	79	50	35	11	21	265
			26.0%	29.8%	18.9%	13.2%	4.2%	7.9%	100.0%
	県外大学	国公立	24	33	15	26	22	20	140
			17.1%	23.6%	10.7%	18.6%	15.7%	14.3%	100.0%
		私立	20	22	26	23	21	35	147
		13.6%	15.0%	17.7%	15.6%	14.3%	23.8%	100.0%	
	全体 計	113	134	91	84	54	76	552	
		20.5%	24.3%	16.5%	15.2%	9.8%	13.8%	100.0%	



### ウ 本県の医師養成数

○県内唯一の医育機関である浜松医科大学医学部医学科の入学定員は、100人から2009年度に110人に、2010年度から120人に増員されています。

○2018年度の浜松医科大学医学部医学科の卒業生のうち、県内で臨床研修を行う者は77人で、2017年度以降は70人を超えています。(図表9)

図表9 浜松医科大学医学部医学科卒業生の状況 (単位：人)

区分 \ 年度	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
就職者	100	87	99	104	114	114	115	119名
うち県内就職者	52	56	53	64	59	66	72	77名
県内就職率	52.0%	64.4%	53.5%	61.5%	51.8%	57.9%	62.6%	64.7%

提供：浜松医科大学 (出典：浜松医科大学 NEWSLETTER)

○2015年度に初めて設置した、本県の地域医療に従事することを条件とする県外大学の地域枠は、全国最大規模となる7大学37枠まで拡大し、出身地にかかわらず広く本県に勤務する医師を養成しています。(図表10、11)

#### 【課題】

- ・県内の医育機関は浜松医科大学1校のみであることから、県と大学が連携し、医師の県内定着や偏在解消に向けた取組を強化する必要があります。
- ・地域枠制度の活用による県外大学との連携などにより、本県の地域医療に従事する医師を養成する仕組みを構築していく必要があります。

図表10 県外地域枠の状況 (単位：人 (入学者/地域枠数))

大学名 \ 区分	2020年の 枠数	入学者数					計
		2015	2016	2017	2018	2019	
近畿大学	5	2/5	0	1/5	1/5	5/5	9
川崎医科大学	10*	5/5	5/5	8/10	8/10	10/10	36
帝京大学	2	—	2/2	2/2	1/2	2/2	7
日本医科大学	4*	—	1/1	1/1	4/4	4/4	10
東海大学	3	—	1/3	3/3	3/3	3/3	10
順天堂大学	5	—	—	0/5	2/5	5/5	7
関西医科大学	8*	—	—	—	5/5	5/5	10
計	37	7	9	15	24	34	89

※川崎医科大学 2015～2016 認可 5名、2017～認可 10名  
 日本医科大学 2016～2017 認可 1名、2018～認可 4名  
 関西医科大学 2018～2019 認可 5名、2020～認可 8名

図表 11 地域枠を設置する各大学と締結する地域枠に係る協定の主な内容

区 分	内 容
協 力 内 容	静岡県及び地域枠設置大学は、静岡県内の地域及び診療科における医師の偏在を解消すること並びに県民に対する安心医療を提供することを目的として、医学生等を地域医療に貢献する医師として育成することについて、相互に協力する。
医学生等の育成	大学は、県内の地域医療に貢献できる医学生等の育成に努めるものとする。
県内の状況等の提供	静岡県は、大学の行う医学生等の育成が効果的に行われるよう、県内の地域及び診療科における医師数の状況等の情報について、大学に提供する。
地域医療の確保への協力	大学は、医学生等の育成を通じて、県内の地域及び診療科における医師の偏在解消、地域の医療の確保に協力する。

エ 臨床研修医の状況

○臨床研修を開始する医学生等と臨床研修病院との相互選抜（マッチング）において、臨床研修開始予定者（マッチ者）数は、研修環境の整備など各病院における取組や医学修学研修資金の貸与を受けた卒業生の増加に伴い、着実に増加しています。

○2019年度のマッチ者は262人で、平成16年度の臨床研修制度開始以来、過去最多となりました。（図表12）

【課題】

- ・臨床研修医は、定員数・マッチ者数ともに順調に増加しており、引き続きこの傾向を維持するため、研修体制の充実を図る必要があります。

図表 12 臨床研修医の状況

(単位：人)

区分 圏域	研修施設数	2019年*			2020年*		
		定員	マッチ者数	マッチ率	定員	マッチ者数	マッチ率
県計	24	293	248	84.6%	292	262	89.7%
賀茂	0	-	-	-	-	-	-
熱海伊東	2	16	15	93.8%	15	15	100.0%
駿東田方	3	43	31	72.1%	46	40	87.0%
富士	2	10	10	100.0%	11	10	90.9%
静岡	5	66	59	89.4%	64	56	87.5%
志太榛原	3	32	27	84.4%	32	31	96.9%
中東遠	2	27	27	100.0%	27	27	100.0%
西部	7	99	79	79.8%	97	83	85.6%

※：勤務開始年度

オ 「新専門医制度」の状況

○2018年度からスタートした「新専門医制度」において、専門医研修プログラム設置数は、73（2018年度）→76（2019年度）→79（2020年度）と年々増加しています。（図表13）

○制度開始1年目は、専門医資格取得を目指す専攻医が大病院の集まる東京など大都市圏に集中する傾向が顕著となりましたが、2019年度には、本県の専攻医数は増加しています。（図表14）

【課題】

- ・医師が不足する本県にとって、専攻医の確保は引き続き大きな課題となっており、プログラムの設置状況及び専攻医の登録状況には、地域別・診療科別に偏りも見られます。受け皿となるプログラムを数・質ともに充実させる必要があります。

図表13 専門医研修プログラム数の推移

2018年度	2019年度	2020年度
73	76	79

(参考) 2020 年度専門医研修プログラム設置の状況

地域 領域	東部		中部		西部		計
	施設数	施設名	施設数	施設名	施設数	施設名	
内科	3	国際医療福祉大学熱海、沼津市立、富士中央	8	県立総合、静岡市立静岡、静岡市立清水、静岡赤十字、静岡済生会、市立島田市民、焼津市立、藤枝市立	9	磐田市立、中東遠、浜松医大、浜松労災、浜松医療センター、浜松赤十字、J A遠州病院、聖隷浜松、聖隷三方原	20
小児科	-	-	1	県立こども	2	浜松医大、聖隷浜松	3
皮膚科	-	-	-	-	1	浜松医大	1
精神科	1	沼津中央	1	県立こころの医療センター	2	浜松医大、聖隷三方原	4
外科	1	沼津市立	2	県立総合、静岡市立静岡	3	浜松医大、聖隷浜松、聖隷三方原	6
整形外科	-	-	2	県立総合、静岡赤十字	2	浜松医大、聖隷浜松	4
産婦人科	-	-	-	-	2	浜松医大、聖隷浜松	2
眼科	1	順天堂大静岡	-	-	1	浜松医大	2
耳鼻咽喉科	-	-	1	県立総合	1	浜松医大	2
泌尿器科	-	-	1	県立総合	1	浜松医大	2
脳神経外科	-	-	-	-	2	浜松医大、聖隷浜松	2
放射線科	-	-	1	県立総合	2	浜松医大、聖隷浜松	3
麻酔科	1	静岡医療センター	2	県立総合、静岡赤十字	3	浜松医大、聖隷浜松、聖隷三方原	6
病理	-	-	-	-	3	磐田市立、浜松医大、聖隷浜松	3
臨床検査	-	-	-	-	2	浜松医大、聖隷浜松	2
救急科	-	-	2	静岡赤十字、県立総合	3	浜松医大、聖隷浜松、聖隷三方原	5
形成外科	-	-	-	-	1	浜松医大	1
リハビリテーション科	-	-	-	-	2	浜松医大、浜松市リハビリテーション	2
総合診療	2	西伊豆、伊東市民	4	県立総合、静岡徳洲会、焼津市立、藤枝市立	3	浜松医大、聖隷浜松、聖隷三方原	9
計	9		25		45		79

※「基幹施設が県内医療機関」かつ「県内連携施設あり」のプログラムのみ抜粋

※上記図表は、診療科別の基幹施設を表したものであり、実際には、ほぼ全ての診療科において、東部・中部・西部いずれの地域にも、専攻医が研修を行う連携施設が存在します。

図表 14 専攻医の登録状況（県内専門医研修プログラムへの登録者数）（単位：人）

地域 年度 領域	計			東部			中部			西部		
	2018	2019	差	2018	2019	差	2018	2019	差	2018	2019	差
内科	44	44	0	0	1	1	8	13	5	36	30	△6
小児科	8	14	6	-	-	-	3	5	2	5	9	4
皮膚科	6	6	0	-	-	-	-	-	-	6	6	0
精神科	8	8	0	2	1	△1	1	1	0	5	6	1
外科	7	10	3	0	0	0	1	2	1	6	8	2
整形外科	6	7	1	-	0	0	1	1	0	5	6	1
産婦人科	5	11	6	-	-	-	-	-	-	5	11	6
眼科	4	4	0	-	-	-	-	-	-	4	4	0
耳鼻咽喉科	6	7	1	-	-	-	-	1	1	6	6	0
泌尿器科	2	8	6	-	-	-	0	3	3	2	5	3
脳神経外科	3	3	0	-	-	-	-	-	-	3	3	0
放射線科	3	3	0	-	-	-	1	0	△1	2	3	1
麻酔科	4	7	3	1	0	△1	0	1	1	3	6	3
病理	1	1	0	-	-	-	-	-	-	1	1	0
臨床検査	0	0	0	-	-	-	-	-	-	0	0	0
救急科	1	4	3	-	-	-	0	0	0	1	4	3
形成外科	3	5	2	-	-	-	-	-	-	3	5	2
リハビリテーション科	0	1	1	-	-	-	-	-	-	0	1	1
総合診療	2	6	4	0	0	0	0	1	1	2	5	3
計	113	149	36	3	2	△1	15	28	13	95	119	24

## カ 医療施設に従事する女性医師の状況

○医療施設に従事する女性医師数は、1,362人と12年前と比較して49.3%増加しており、女性医師の構成比も14.2%から17.7%へ3.5ポイント上昇し(図表15)、特に若い世代において女性医師の割合が高くなっています。(図表15-2)。

### 【課題】

- ・出産や子育てなどにより、一時的に勤務を離れる女性医師が職場に復帰しやすくなるよう、働きやすい環境をつくり、今後の女性医師の活躍を推進していく必要があります。

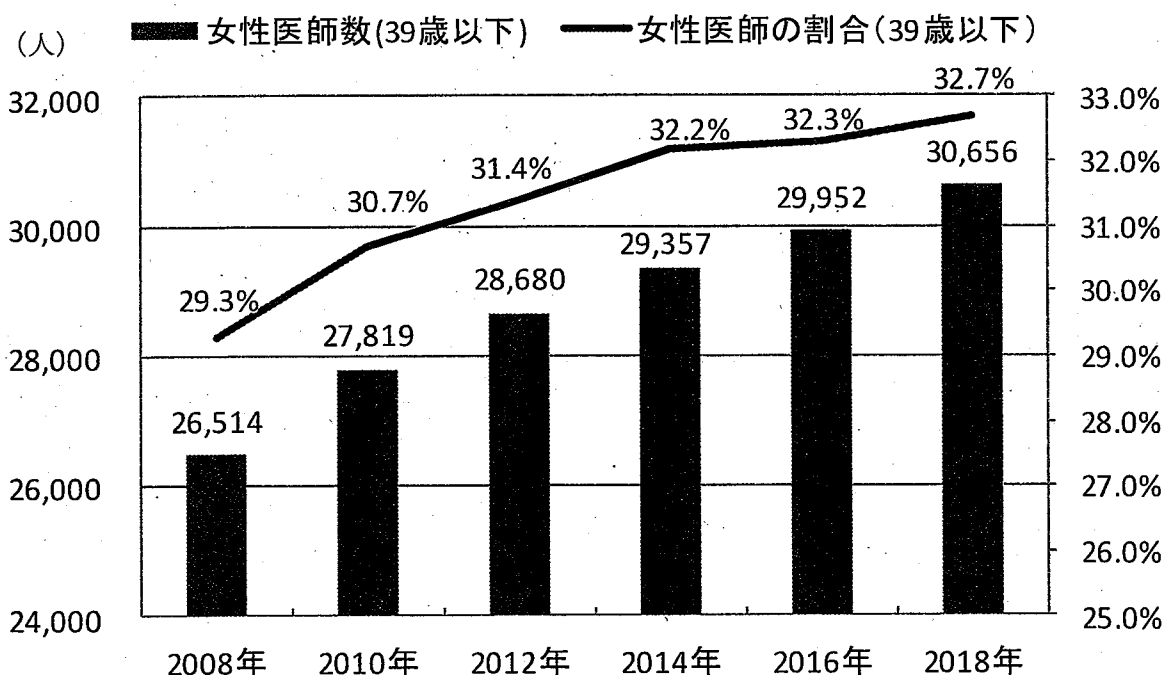
図表15 医療施設従事医師数(女性医師の構成比)

(単位:人)

区分		年	2006年	2018年	増加率等
静岡県	女性医師		913	1,362	49.3%
	男性医師		5,539	6,328	14.2%
	女性医師の構成比		14.2%	17.7%	3.5ポイント
全国	女性医師		45,222	68,296	51.0%
	男性医師		218,318	243,667	11.6%
	女性医師の構成比		17.2%	21.9%	4.7ポイント

出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(2016年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

図表15-2 医療施設従事医師数



出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(2016年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

図表 15-3 主たる診療科・施設の種別にみた医療施設に従事する医師数及び平均年齢

		病 院					診 療 所				
		医師数 (人)	構成 割合 (%)	男女割合(%)		平均 年齢 (歳)	医師数 (人)	構成 割合 (%)	男女割合(%)		平均 年齢 (歳)
				男	女				男	女	
	総 数 <sup>1)</sup>	208 127	100.0	77.0	23.0	44.8	103 836	100.0	80.4	19.6	60.0
1	内 科	21 520	10.3	80.0	20.0	53.6	38 883	37.4	85.0	15.0	61.4
2	呼 吸 器 内 科	5 692	2.7	78.6	21.4	43.2	657	0.6	86.1	13.9	56.4
3	循 環 器 内 科	10 620	5.1	87.4	12.6	43.9	2 112	2.0	90.3	9.7	59.7
4	消 化 器 内 科 (胃腸内科)	11 349	5.5	82.8	17.2	43.3	3 549	3.4	88.8	11.2	58.4
5	腎 臓 内 科	4 032	1.9	70.7	29.3	41.7	992	1.0	74.3	25.7	55.5
6	神 経 内 科	4 635	2.2	77.5	22.5	45.3	531	0.5	79.8	20.2	57.9
7	糖 尿 病 内 科 (代謝内科)	4 202	2.0	62.7	37.3	42.8	943	0.9	68.8	31.2	54.8
8	血 液 内 科	2 717	1.3	77.7	22.3	43.9	20	0.0	85.0	15.0	60.6
9	皮 膚 科	3 805	1.8	45.2	54.8	41.4	5 557	5.4	55.7	44.3	57.1
10	ア レ ル ギ ー 科	102	0.0	79.4	20.6	49.1	71	0.1	91.5	8.5	63.5
11	リ ウ マ チ 科	1 528	0.7	74.5	25.5	42.0	187	0.2	79.1	20.9	57.5
12	感 染 症 内 科	520	0.2	83.7	16.3	42.5	11	0.0	81.8	18.2	54.6
13	小 児 科	10 614	5.1	63.6	36.4	43.9	6 707	6.5	66.9	33.1	61.0
14	精 神 科	11 886	5.7	77.0	23.0	50.0	4 039	3.9	77.5	22.5	57.8
15	心 療 内 科	277	0.1	70.0	30.0	50.8	640	0.6	77.5	22.5	58.2
16	外 科	10 889	5.2	92.9	7.1	49.7	2 862	2.8	97.1	2.9	66.8
17	呼 吸 器 外 科	1 982	1.0	91.2	8.8	44.8	17	0.0	82.4	17.6	58.8
18	心 臓 血 管 外 科	3 103	1.5	93.8	6.2	45.4	111	0.1	93.7	6.3	54.9
19	乳 腺 外 科	1 627	0.8	55.9	44.1	46.3	368	0.4	69.3	30.7	55.6
20	気 管 食 道 外 科	79	0.0	97.5	2.5	43.4	-	-	-	-	-
21	消 化 器 外 科 (胃腸外科)	5 302	2.5	92.9	7.1	45.8	228	0.2	98.2	1.8	62.6
22	泌 尿 器 科	5 431	2.6	91.8	8.2	45.8	1 991	1.9	97.5	2.5	60.2
23	肛 門 外 科	171	0.1	87.1	12.9	55.9	257	0.2	94.2	5.8	62.7
24	脳 神 経 外 科	6 361	3.1	93.5	6.5	48.2	1 167	1.1	97.1	2.9	61.0
25	整 形 外 科	13 980	6.7	93.8	6.2	46.5	7 903	7.6	96.4	3.6	60.4
26	形 成 外 科	2 184	1.0	67.3	32.7	41.1	569	0.5	70.7	29.3	52.6
27	美 容 外 科	14	0.0	71.4	28.6	44.4	664	0.6	78.2	21.8	44.7
28	眼 科	4 886	2.3	57.6	42.4	42.7	8 442	8.1	63.3	36.7	57.6
29	耳 鼻 い ん こ う 科	3 937	1.9	74.5	25.5	42.3	5 351	5.2	81.7	18.3	59.7
30	小 児 外 科	809	0.4	81.1	18.9	44.2	28	0.0	78.6	21.4	62.0
31	産 婦 人 科	6 706	3.2	55.5	44.5	44.3	4 072	3.9	73.6	26.4	60.3
32	産 科	445	0.2	60.0	40.0	42.6	109	0.1	85.3	14.7	57.9
33	婦 人 科	847	0.4	63.3	36.7	50.9	1 097	1.1	60.3	39.7	61.1
34	リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 科	2 552	1.2	76.4	23.6	53.9	153	0.1	69.9	30.1	60.1
35	放 射 線 科	6 357	3.1	76.0	24.0	45.6	456	0.4	71.7	28.3	56.5
36	麻 酔 科	9 123	4.4	59.1	40.9	43.6	538	0.5	73.2	26.8	57.4
37	病 理 診 断 科	1 943	0.9	70.4	29.6	49.2	50	0.0	80.0	20.0	64.2
38	臨 床 検 査 科	596	0.3	78.5	21.5	57.6	8	0.0	100.0	-	70.2
39	救 急 科	3 561	1.7	85.1	14.9	41.6	29	0.0	100.0	-	50.5
40	臨 床 研 修 医	17 308	8.3	65.6	34.4	27.8	13	0.0	69.2	30.8	37.4
41	全 科	141	0.1	83.7	16.3	46.2	88	0.1	87.5	12.5	50.0
42	そ の 他	3 272	1.6	77.0	23.0	51.0	1 045	1.0	70.7	29.3	56.6

注: 複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科  
1)「総数」には、「主たる診療科」の不詳を含む。

出典: 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

### キ 医学部医学科に進学する本県の学生

○本県の高校卒業者（新卒及び既卒）の医学部医学科への進学者数は、近年、150人から200人の間で推移しています。（図表16）

○全国の医学部医学科の定員数を、静岡県で人口で按分した場合の進学者数は、2018年度では、272人\*となりますが、実際の進学者数は大幅に下回っています。

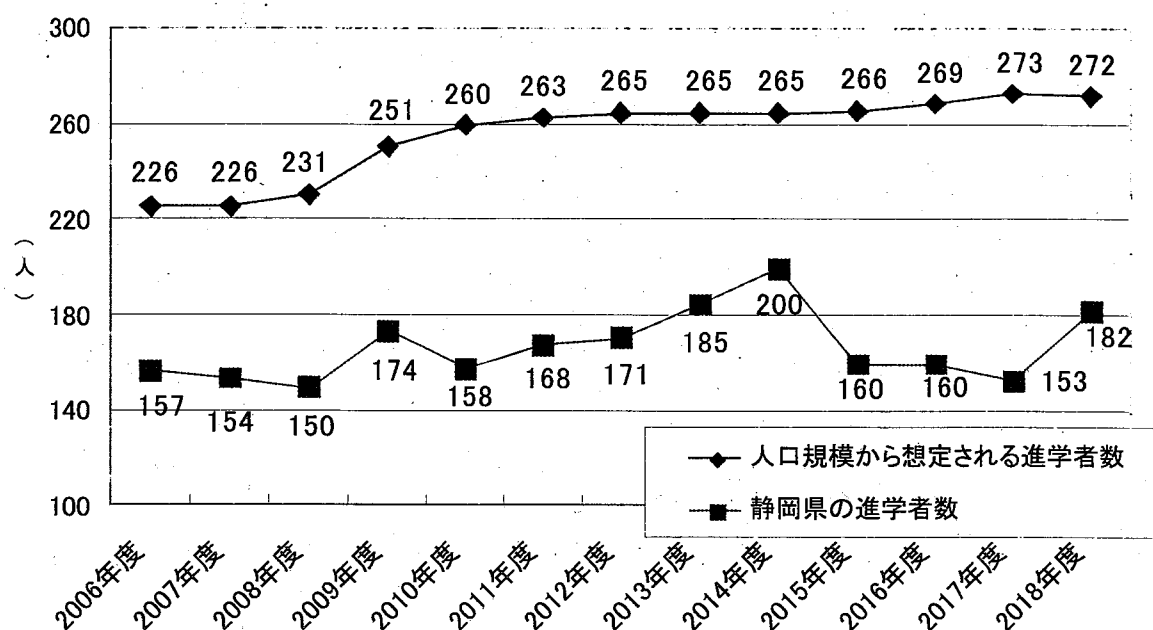
\*全国医学部定員数9,419人×(静岡県推計人口3,656千人 ÷ 全国推計人口126,440千人)  
 ≒ 272人(10月1日推計人口)

#### 【課題】

- ・将来的に出身地である本県で勤務することが期待されることから、県内で従事する医師を増加させるためには、医学部医学科に進学する県内の高校生を増やすことが必要です。

図表16 本県高校出身の医学部医学科進学者数

(単位：人)



資料：「高等学校等卒業者の卒業後の状況調査」・静岡県教育委員会事務局



## ク 医師の働き方改革

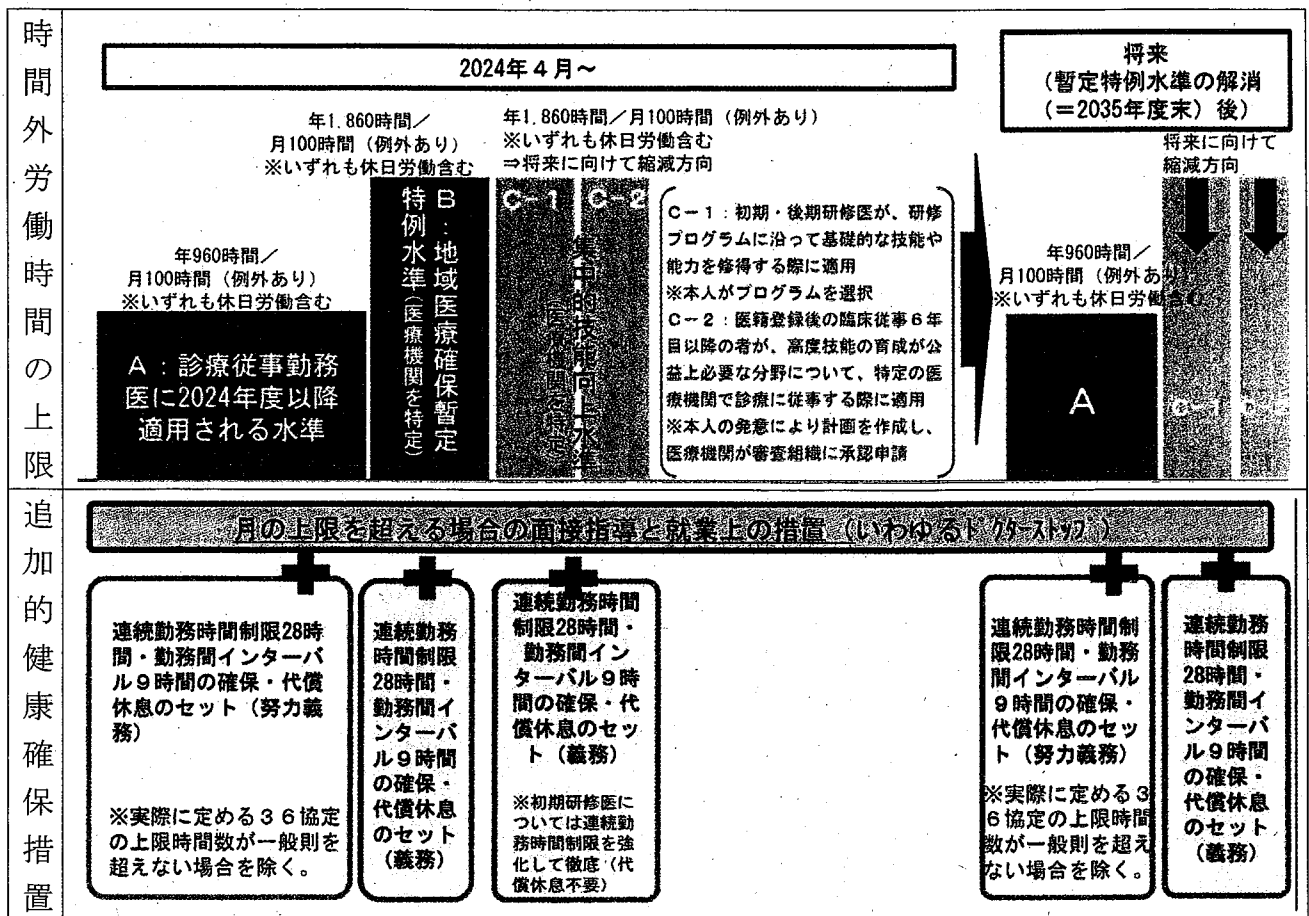
○国の「医師の働き方改革に関する検討会」において、医師の時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等についてとりまとめが行われました。

○この中で、診療従事勤務医の時間外労働時間の上限水準として、3つが設定され、2024年からはこの基準が適用されます。(図表 17、18)

図表 17 診療従事勤務医の時間外労働時間の上限水準

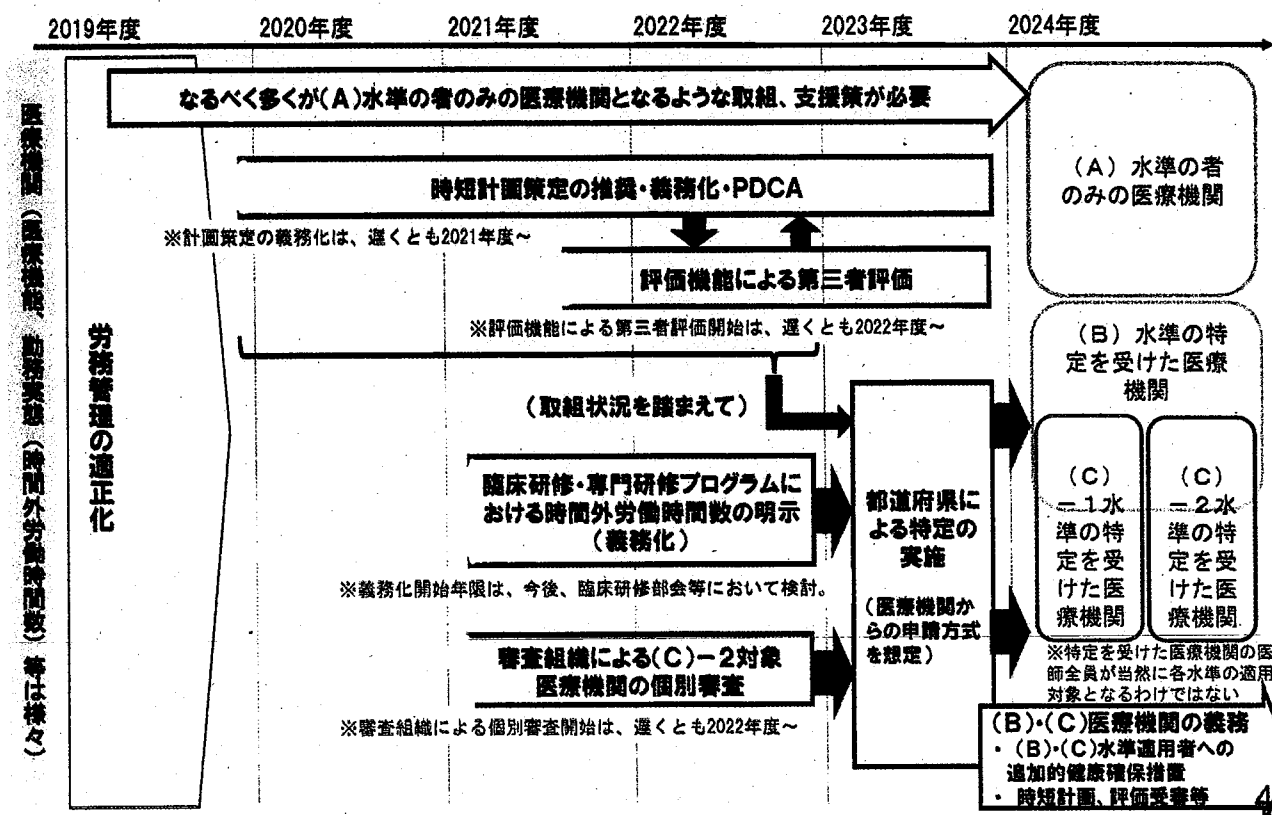
A水準	脳・心臓疾患の労災認定基準を考慮した水準
B水準	地域医療提供体制の確保の観点から、やむを得ずA水準を越えざるを得ない場合の水準
C水準	臨床研修医・専攻医が基礎的な技能等を修得する場合、臨床従事6年目以降の者が高度技能の育成が公益上必要な分野で診療に従事する場合の水準

図表 18 医師の時間外労働規制



※出典：「医師の働き方改革に関する検討会 報告書の概要 (2019. 3. 28)」

図表 18-2 医師の時間外労働規制の見通し



※出典：「第 67 回社会保障審議会医療部会 (2019. 7. 18)」資料 2-1 から抜粋

(2) 医師少数区域・医師多数区域の設定

医師偏在指標に基づく本県の医師少数区域・医師多数区域については、以下のとおりです。

図表 19 本県の医師偏在指標の状況

圏域	区分	分類	医師偏在指標	順位
県		医師少数県	194.5	39位/47都道府県
	西部	医師多数区域	239.1	67位*
	静岡		213.6	89位*
	駿東田方	中位区域	188.0	137位*
	熱海伊東		178.4	165位*
	志太榛原		167.4	204位*
	中東遠	医師少数区域	160.8	227位*
	富士		150.4	261位*
	賀茂		127.5	314位*
全国平均		—	239.8	—

※全 335 二次医療圏における順位

### (3) 医師少数スポット

#### ア 定義

医師少数区域以外の地域で、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができるものとされています。

#### イ 国が示した考え方

国は「多くの地域が医師少数スポットとして設定され、真に医師の確保が必要な地域において十分な医師が確保できないという状況は改正法の趣旨を没却するものであるため、医師少数スポットの設定は慎重に行う必要がある。」として、以下の例を示しています。

設定が適切な例	<ul style="list-style-type: none"><li>・継続的な医師の確保が困難である場合で、他の地域の医療機関へのアクセスが制限されている地域</li><li>・「無医地区」*など医師が少なく、かつ医療機関へのアクセスに大きな制限がある地区を想定</li></ul>
設定が不適切な例	<ul style="list-style-type: none"><li>・既に巡回診療の取組が行われ、地域の医療ニーズに対して安定して医療が提供されている地域</li><li>・特定の医療機関を指定すること</li><li>・全ての無医地区・準無医地区を無条件に設定すること</li></ul>

※以下の条件を満たす地区

- ・医療機関がない／半径4kmの区域内に50人以上\*が居住／容易に医療機関を利用することができない(49人以下の場合、無医地区に準じる地区とする)

#### ウ 本県での対応

○本県の「へき地」を含む医療資源の乏しい地域においては、現在以下のような総合的な施策を進めており、今後も継続して医療提供の支援等による体制の確保を図ります。

- ・医療機関による巡回診療や往診による医療サービスの提供
- ・市町による患者輸送支援(バス運行等)や外出支援による移動支援
- ・へき地医療拠点病院による代診医派遣
- ・自治医科大学卒業医師等の派遣

○今回は、医師少数スポットの設定は見送りますが、計画策定後に、医療提供が難しい状況になるなど環境の変化があった場合には、対象地域における医療提供状況や移動支援の状況等を鑑み、例えば、本人のキャリア形成も考慮しつつ、地域枠を含む医学修学研修資金利用者の派遣も行うことなど、その地域の医療提供体制の確保に努めます。

### (4) 医師確保の方針

○本県は医師少数県に位置付けられており、医師数の増加を基本方針とし、医師多数都道府県等からの医師確保に取り組みます。

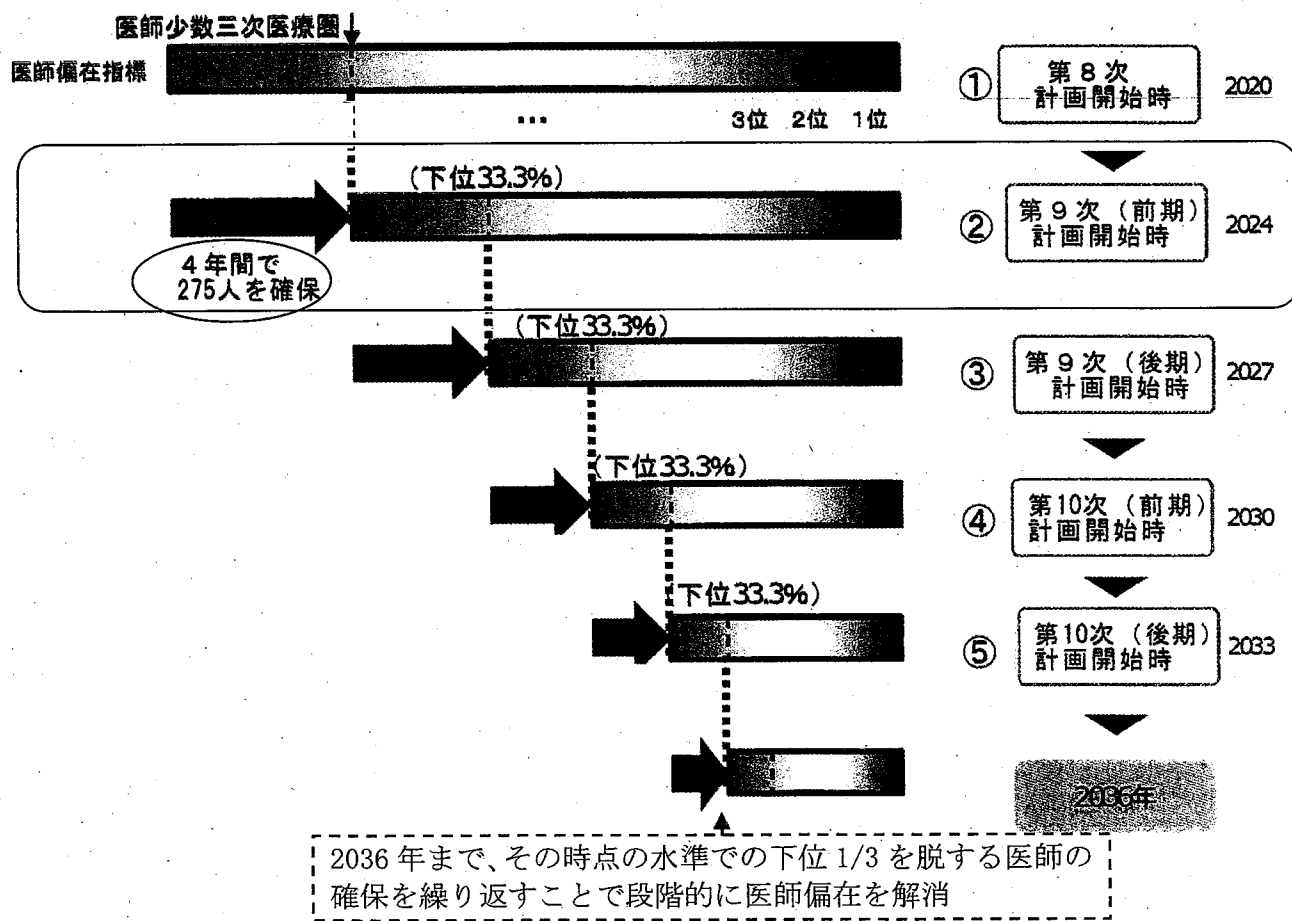
○二次医療圏においては、医師少数区域では医師少数区域以外からの医師確保に取り組むとともに、中位区域及び医師多数区域においても、本県が医師少数県であることを踏まえ、現在の水準以上の医師確保に取り組みます。

### 3 目標医師数

- 現在の医師偏在指標の下位 1/3 である医師少数県や医師少数区域を脱する数値として国が示した数値を、本県が最低限達成すべき「目標医師数」として設定します。
- 国が進められている診療科別の医師偏在の検討状況を踏まえつつ、今後、本県における診療科の偏在についても検討します。

地域 区分	静岡県	賀茂圏域	富士圏域
目標医師数	275人	4人	10人

(参考) 偏在解消に向けた国の考え方  
(下位33.3%)



(参考) 本県における H26 から H30 までの 4 年間の増加医師数

(単位：人)

区分 医師数	県計	医師多数区域		中位			医師少数区域		
		西部	静岡	駿東田方	熱海伊東	志太榛原	中東遠	富士	賀茂
増加数	+505	+172	+143	+81	△24	+33	+75	+26	△1
伸び率	7.0%	8.4%	9.3%	5.8%	△9.4%	4.6%	12.1%	4.9%	△1.0%

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（2016年以前は「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

(参考) 本県の医師偏在の状況 (全国平均との差)

○本県の医師偏在の状況として、県内各二次医療圏域と人口10万人あたり医師数の全国平均(246.7)との差は以下のとおりです。

区分	西部	静岡	駿東田方	熱海伊東	志太榛原	中東遠	富士	賀茂	計
10万人あたり医師数	260.1	240.9	226.6	224.9	164.6	149.7	148.0	156.9	-
全国平均との差	-	5.8	20.1	21.8	82.1	97.0	98.7	89.8	-
全国平均との差(医師数)	-	39人	125人	21人	363人	439人	356人	50人	1,393人

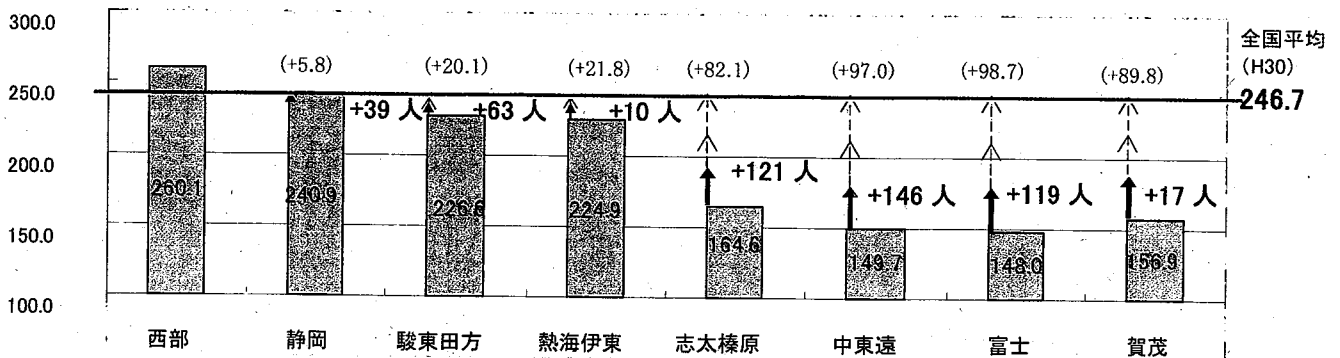
○早期に本県の医師不足及び偏在の解消を達成する観点から、次のとおり段階的に差を減少する場合の数値を示し、今後、偏在解消に向けて努力していきます。

全国平均との差(県全体)	1,393人
うち、本計画期間分	515人

※ 本計画期間分の考え方

- ・現在の全国平均に達する医師数を以下の計画期間で達成すると仮定して合計
- ・西部圏域は既に全国平均を上回っているため、数値としてカウントしない

区分	内容
静岡圏域	本計画期間で達成(1回)
駿東田方圏域、熱海伊東圏域	本計画期間と次期計画期間で達成(2回)
志太榛原圏域、中東遠圏域、富士圏域、賀茂圏域	本計画期間から次々期計画期間で達成(3回)



○なお、県が毎年度行っている医師数等調査において、各病院が「不足している」と回答した医師数の総和は649人となっています。(令和元年10月1日現在)

#### 4 目標医師数を達成するための施策

浜松医科大学、静岡県医師会、静岡県病院協会、その他関係団体との連携を図りながら、本県の目標医師数を達成するための施策について随時検討を進め、必要な取組を実施します。

##### (1) 医学修学研修資金制度

- 被貸与者のキャリア形成支援等により、返還免除勤務終了後の県内定着をより一層促進します。
- 貸与期間が短い現状を踏まえ、大学在学中に貸与する者については、6年間を原則とするとともに、新専門医制度の開始やキャリア形成プログラムの導入等環境の変化を見据え、若年医師が充実したキャリア形成ができるよう制度を見直します。

##### (2) 地域枠医師の確保

- 臨時定員の増員と組み合わせた地域枠は、都道府県間の医師偏在を是正する機能があることから、引き続き地域枠の確保に努めます。
- 特に、首都圏を中心とする県外大学等への働きかけを行うとともに、既に地域枠を設定している大学に対しても、枠の増加に向け協議を行います。
- 国は、令和4年度以降の医師養成数については「再度医師の需給推計を行った上で検討を行う」としていることから、引き続き状況を注視していきます。

##### (3) キャリア形成プログラム

- 各都道府県は、「医師少数区域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的にキャリア形成プログラムを定めることとなりました。
- 本県においては、サブスペシャリティ領域の専門研修まで行う「①専門コース」、基本領域までの専門医資格取得を目指す「②基本コース」、より地域に密着した医療への従事を目指す「③地域密着型コース」の3類型を基本に、病院別・診療科別の個別具体的なプログラムを策定します。
- 県内への定着を促進する観点から、キャリア形成プログラムの適用を受ける者は、臨床研修は県内病院で行うとともに、専門研修は県内病院が基幹研修病院となるプログラムにて実施します。

##### (4) 専攻医の確保・定着促進策の推進

- 専攻医を確保するには、魅力ある専門医研修プログラムの整備が必要であることから、新たに指導医を招聘し研修環境の充実を図る病院や既存の指導医の指導環境の整備に取り組む病院を支援します。

○専攻医募集において、募集定員に上限（シーリング）が設定されている都道府県に立地する医科大学から、県内医療機関への専攻医受入れにつながるよう、専攻医数に偏りがある診療科を中心に各医科大学等への働きかけを実施します。

○病院の垣根を越えて、専攻医が臨床研修医等の若手医師を指導する機会をつくり、研修に参加した臨床研修医が専攻医となり、次の臨床研修医を指導するような育成の仕組みを築くなど、専攻医の安定した確保を促進します。

○2020年度以降、県外大学出身の地域卒学生が順次6年生となることから、県内で安心して臨床研修が始められるよう、地域卒設置大学と協議を行い、低学年のうちから地域医療について学ぶ機会を設けるほか、病院見学や病院実習など臨床研修への移行支援に取り組みます。

## (5) 寄附講座

○浜松医科大学と連携し、必要に応じて見直しを行いながら、寄附講座を実施します。

〔寄附講座（2020.3.31現在）〕

・「児童青年期精神医学講座設置事業」

児童青年期精神医学の診療能力を有する医師の養成等を行うとともに、養成された医師の県内定着による、児童精神科医療の地域偏在の解消を図ります。

・「地域周産期医療学寄附講座設置事業」

周産期の専任教員の増員と周産期専門医（母体・胎児、新生児）を養成するとともに、養成した専門医の県内周産期母子医療センターへの定着を図ります。

・「地域家庭医療学寄附講座設置事業」

県内の中小病院の医師不足と開業医の高齢化等に対応するため、将来の家庭医（総合診療医）の養成を図ります。

・「地域医療確保支援研修体制充実事業」

医療需要等の調査分析を行うほか、医師が不足する地域における研修体制を充実させることにより、医師の偏在解消を図ります。

## (6) 研究・学修環境の整備

○本県では、県民の健康寿命の更なる延伸や、世界に誇れる健康長寿“ふじのくに”実現のため、社会健康医学の推進を図っています。

○社会健康医学の研究を長期かつ継続的に推進するとともに、研究成果を広く還元する人材を養成するため、静岡市内において、県民の健康寿命の延伸に役立つ「疫学」、「医療ビッグデータ」、「ゲノム医学」などの専門的知識を修得する「静岡社会健康医学大学院大学（仮称）」の2021年4月開学を目指しています。

○国内でも数少ない社会健康医学の教育・研究拠点を設けることは、医師にとって魅力のある研究・学修環境となり、本県における医師の確保・定着にも効果があることが期待されます。

## (7) 女性医師の活躍支援

- 2017年4月に、県が浜松医科大学に設置した、県全体の女性医師支援を推進する「ふじのくに女性医師支援センター」において、出産等により離職した女性医師の復職支援やキャリア形成支援など、専任のコーディネーター（医師）による、高い専門性を活かした取組を積極的に実施することにより、女性医師が県内で更に活躍する仕組みを構築します。
- キャリア形成支援及び相談体制の充実のほか、院内保育所（病児・病後児保育含む）の整備による就業環境の改善など、医師にとって魅力ある病院づくりへの支援を進めます。

## (8) 高齢医師等の活躍支援

- 1973年の「一県一医大構想」により養成された医師が順次定年を迎える中で、65歳を過ぎても意欲と能力のある医師が働き続けられるよう、医師の就労相談窓口を設置し、高齢医師の活躍を促進します。
- また、女性医師の割合の増加等、医師それぞれのライフスタイルに合わせた多様な求職ニーズが生まれていることから、幅広い年齢を対象とした、きめ細やかな支援を行います。

## (9) 高校生等への支援による医学科進学者の増

- 将来の本県の医療を支える人材を育成するため、県内の高校生等に対し、実際の医療現場や医療従事者に接する機会を提供することで、医学部医学科への進学を目指す高校生等を増やします。

## (10) 医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援

- 医療従事者の勤務環境改善を推進するため設置した「ふじのくに医療勤務環境改善支援センター」において、医療機関からの要請に応じ、社会保険労務士や医業経営コンサルタント等を派遣し、指導・助言を行います。
- 働きやすい環境を整備するため、医療勤務環境改善計画を策定し、働き方の改善等に取り組む病院を支援するなど、医師に対する負担の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる取組を推進します。
- 「医師の働き方改革に関する検討会報告書」において、医師の労働時間短縮のため「現行制度の下でのタスクシフティングを最大限推進」することが示されています。看護師の特定行為研修への職員派遣に対する支援等を実施するとともに、今後、国の動向を踏まえつつ、タスクシフト・タスクシェアに必要な取組を検討します。
- 国等の動きを踏まえつつ、AIを活用した画像診断、遠隔診断、5Gを活用した遠隔手術等の実用可能性について検討を進めます。



## 5 産科・小児科における医師確保計画

産科<sup>※1</sup>・小児科については、政策医療の観点や医師が長時間労働となる傾向があること、診療科と診療行為との関係が比較的明らかで、診療科ごとの医療需要が一定程度明確に算出可能であることから、産科・小児科における地域偏在対策に関する検討を行います。

### (1) 産科・小児科における現状と課題

- 産科については、医師偏在指標上、県及び産科医療圏ともに「相対的医師少数県（区域）ではない」と位置付けられていますが、分娩を取り扱う医療機関は横ばいとなっています。（図表 20、図表 21）
- 小児科医について、県全体で「相対的医師少数県」と位置付けられており、小児医療圏においても医療圏ごとの偏在が大きくなっています。（図表 20）
- 産婦人科<sup>※2</sup>及び小児科の専門医研修プログラムについて、本県では基幹となる医療機関の所在地に偏りが見られます。（図表 22、図表 23）
- 成長過程における切れ目のない医療を提供し、政策医療としての母児の安全性確保をはじめ、適切な母子保健及び学校保健を進めるためにも、医師の確保と偏在解消に向けた取組が必要です。

#### 【課題】

- ・引き続き産科医、小児科医の確保が必要な状況にあります。また、受け皿となるプログラムを数・質ともに充実させることが必要です。

※1：妊娠して出産する人のための検査や治療を行う。（分娩を取り扱っていない場合でも標榜している場合があります）

※2：産科と婦人科の両方を兼ねる。

図表 20 相対的医師少数<sup>※1</sup>県（区域）の設定

#### <産科>

地域	区分	分類	医師偏在指標 <産科>	順位
	県	相対的医師少数県でない	12.6	19位/47都道府県
	中部	相対的医師少数区域でない	15.0	61位 <sup>※2</sup>
	西部	相対的医師少数区域でない	12.6	99位 <sup>※2</sup>
	東部	相対的医師少数区域でない	10.9	137位 <sup>※2</sup>

※1：産科・小児科の医師偏在指標の値を全国で比較し、指標が下位 33.3%に該当する医療圏を「相対的医師少数都道府県（区域）」と設定

※2：全 284 周産期医療圏における順位

<小児科>

地域	区分	分類	医師偏在指標 <小児科>	順位
	県	相対的医師少数県	84.2	45位/47都道府県
	熱海伊東	相対的医師少数区域でない	116.2	77位
	賀茂	相対的医師少数区域でない	111.6	93位
	志太榛原	相対的医師少数区域でない	93.7	173位
	駿東田方	相対的医師少数区域でない	88.5	191位
	静岡	相対的医師少数区域でない	86.7	199位
	西部	相対的医師少数区域	85.0	210位
	富士	相対的医師少数区域	74.2	245位
	中東遠	相対的医師少数区域	60.1	289位

(参考) : 産科・小児科における偏在対策基準医師数

○計画期間(4年間)終了の産科・小児科における医師偏在指標が、計画期間開始時の相対的医師少数区域の下位33.3%の水準の医師数を、偏在対策基準医師数として設定します。

<静岡県の状況> (単位:人)

領域	静岡県
産科	245
小児科	430

<二次医療圏別> (単位:人)

領域	圏域	東部	中部	西部
産科		63	47	89

領域	圏域	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
小児科		2	5	58	32	91	38	43	106

図表 21 分娩取扱施設数の推移

区分 \ 年度	1995	2012	2013	2014	2015	2016
病 院	39	26	27	28	27	26
診 療 所	85	47	47	48	45	46
計	124	73	74	76	72	72

出典：厚生労働省「医療施設調査」

図表 22 専攻医の状況（専門医研修プログラム採用者数）（再掲） （単位：人）

領域 \ 地域年度	計			東部			中部			西部		
	2018	2019	差	2018	2019	差	2018	2019	差	2018	2019	差
小児科	8	14	6	-	-	-	3	5	2	5	9	4
産婦人科	5	11	6	-	-	-	-	-	-	5	11	6

図表 23 2020 年度専門医研修プログラム設置の状況（再掲）

領域 \ 地域	東部		中部		西部		計
小 児 科	-	-	1	県立こども	2	浜松医大、聖隷浜松	3
産 婦 人 科	-	-	-	-	2	浜松医大、聖隷浜松	2

※上記図表は、診療科別の基幹施設を表したものであり、実際には、ほぼ全ての診療科において、東部・中部・西部いずれの地域にも、専攻医が研修を行う連携施設が存在します。

## (2) 現状と課題を踏まえた施策

### ア 産科・小児科の効率的な医療提供体制

○特に小児科については「相対的医師少数県」と位置付けられ、地域における医師偏在も大きいことから、働き方改革を踏まえ、産科・小児科医療の持続的かつ効率的な提供体制について検討を進めます。

### イ 寄附講座（再掲）

○浜松医科大学と連携し、必要に応じて見直しを行いながら、寄附講座を実施します。

〔寄附講座（2020.3.31 現在）〕

・周産期の専任教員の増員と周産期専門医（母体・胎児、新生児）を養成するとともに、養成した専門医の県内地域周産期母子医療センターへの定着を図る「地域周産期医療学寄附講座設置事業」を実施

## ウ 産科医等確保支援策の実施

- 分娩を取り扱う産科医等に手当を支給する施設に対し支援を行うことで、過酷な勤務状況にある産科医等の処遇を改善し、周産期医療従事者の確保を図ります。

## エ 産科・小児科の専門医研修プログラムの策定推進

(専攻医の確保・定着促進策の推進 (再掲))

- 専攻医募集においてシーリングが設定されている都道府県に立地する医科大学から、県内医療機関への専攻医受入れにつながるよう、各医科大学への働きかけを実施します。
- 専攻医を確保するには、魅力ある専門医研修プログラムの整備が必要であることから、そのために新たに指導医を招聘し研修環境の充実を図る病院や既存の指導医の指導環境の整備に取り組む病院を支援します。

## オ 臨床研修医の定着促進

- 臨床研修医に対する積極的な研修機会の確保、関係構築の場の提供を目的として、地域別の研修に加え、小児科・産婦人科等の診療科別の研修の実施を支援し、専攻医の確保を促進します。
- 静岡県医学修学研修資金の貸与資格者に、産科・小児科等の専攻医も含まれていることを周知することで、本県に必要な診療科へ誘導を図ります。

## カ 医療機関の機能分担・連携強化

- 特に産科・小児科については、産前・産後のケア等一般的な医療は身近な場所で受診できる体制を維持する一方で、ハイリスクな症例や緊急時は、病院間の機能分担・連携強化により対応する必要があることから、産科・小児科関係者が協議する場を設け、県内の医療機関の在り方について検討を進めます。

## キ 医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援 (再掲)

- 「医師の働き方改革に関する検討会報告書」において、医師の労働時間短縮のため「現行制度の下でのタスクシフティングを最大限推進」することが示されています。看護師の特定行為研修への職員派遣に対する支援等を実施するとともに、今後、国の動向を踏まえつつ、タスクシフト・タスクシェアに必要な取組を検討します。

## 6 医師確保計画の効果の測定・評価

○策定した計画の効果測定・評価を静岡県医療対策協議会において実施します。

○計画終了時には、県外からの医師の受入状況や、地域枠医師の定着率及び派遣先、義務履行率等を把握し、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させます。

## 7 医師確保計画の策定を行う体制

○「静岡県医療対策協議会」（方針協議）と「ふじのくに地域医療支援センター」（取組推進）との役割分担を踏まえ、地域医療支援センターが医師確保計画の立案段階から関与し、県が作成した原案について「静岡県医療対策協議会」で協議します。

○医療法上、医療計画の策定に当たっては、計画案を医療審議会へ諮問することが求められており、本県の医師確保計画の策定においても、同様に、計画案を「静岡県医療審議会」へ諮問します。

< 策定経緯 >

経過項目 (年月日)	内容
ふじのくに地域医療支援センター理事会 (2019年5月22日)	計画の策定方針の検討
第1回医療対策協議会 (2019年6月5日)	計画の策定方針の協議
第1回地域医療構想調整会議・地域医療協議会 (2019年6月25日～7月3日)	骨子(案)の議論
ふじのくに地域医療支援センター理事会 (2019年7月10日)	骨子(案)の検討
第2回医療対策協議会 (2019年7月30日)	骨子(案)の協議
第1回医療審議会 (2019年8月27日)	骨子(案)の審議
第2回地域医療構想調整会議・地域医療協議会 (2019年9月27日～10月7日)	素案(案)の議論
ふじのくに地域医療支援センター理事会 (2019年10月9日)	素案の検討
第3回医療対策協議会 (2019年11月26日)	素案の協議
第2回医療審議会 (2019年12月24日)	素案の審議
パブリックコメント (2020年1月8日～2月4日)	県民意見の募集
第3回地域医療構想調整会議・地域医療協議会 (2020年2月17日～3月4日)	最終案の議論
ふじのくに地域医療支援センター理事会 (2020年2月17日)	最終案の検討
周産期・小児医療協議会 (2020年3月2日)	最終案の検討
第4回医療対策協議会 (2020年3月11日)	最終案の協議
第3回医療審議会 (2020年3月23日)	最終案の審議

<用語解説> 五十音順

用語	内容
医師偏在指標	<p>以下の①～④を考慮した、地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な指標<sup>*</sup>で、国が令和元年度に公表。</p> <p>①医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化                  ②患者の流出入等                  ③医師の性別・年齢分布                  ④医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）</p> <p>※単位は「人」ではない。</p>
静岡県医学修学研修資金（一般枠）	出身地、大学を問わず、国内の医学部で学ぶ学生等に対し、本県の医学修学研修資金を貸与する制度
静岡県医学修学研修資金（大学特別枠）	一部の大学を対象に一定の人数の貸与枠を設け、一般枠に優先して本県の医学修学研修資金を貸与する制度
静岡県保健医療計画	<p>医療資源の効率的活用に配慮しつつ、医療提供体制の体系化を図ることを目的に、都道府県において策定</p> <p>静岡県の総合計画の分野別計画であり、本県における保健医療施策の基本指針</p> <p>現行の第8次計画からは期間を6年間としている。</p>
新専門医制度	<p>「専門医の質を高め、良質な医療が提供されること」を目的としており、それまで各学会が独自に設定していた専門医資格の認定基準等について、第三者機関である「一般社団法人日本専門医機構」が統一的に専門医の認定と専門研修プログラムの評価・認定等を実施</p>
専攻医	専門研修プログラムに登録、研修中の医師
専門研修プログラム	臨床研修修了後、専攻医の専門医資格取得までの全過程を人的および物的に支援する仕組み
専門研修	専門医資格を取得するための研修
地域枠	将来、県内の地域医療に従事する医師を養成するために設けられた大学医学部医学科の入学定員枠
臨床研修	診療に従事しようとする医師が、医師法によって行うことを義務付けられた、指定病院での2年以上の研修

医政地発0207第1号  
平成30年2月7日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長  
（ 公 印 省 略 ）

地域医療構想の進め方について

地域医療構想（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項第7号に規定する地域医療構想をいう。以下同じ。）は、平成28年度中に全ての都道府県において策定され、今後は、地域医療構想調整会議（同法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）を通じて、構想区域（同法第30条の4第1項第7号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）ごとにその具体化に向けた検討を進めていく必要がある。

また、「経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定）」において、地域医療構想の達成に向けて、構想区域ごとの地域医療構想調整会議での具体的議論を促進することが求められている。具体的には、病床の役割分担を進めるためのデータを国から都道府県に提供し、個別の病院名や転換する病床数の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、それぞれの地域医療構想調整会議において2年間程度で集中的な検討を促進することが求められている。

このため、都道府県が、地域医療構想の達成に向けて医療機関などの関係者と連携しながら円滑に取り組めるように、地域医療構想の進め方について下記のとおり整理したので、ご了知の上、地域医療構想の達成に向けた検討を進めるとともに、貴管内市区町村、関係団体、関係機関等に周知願いたい。

記

1. 地域医療構想調整会議の進め方について

(1) 地域医療構想調整会議の協議事項

「経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定）」においては、地域医療構想の達成に向けて、「個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する」とこととされていることを踏まえ、都道府県においては、毎年度この具体的対応方針をとりまとめること。

この具体的対応方針のとりまとめには、地域医療構想調整会議において、平成37（2025）年における役割・医療機能ごとの病床数について合意を得た全ての医療機関の

- ① 平成37（2025）年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割
  - ② 平成37（2025）年に持つべき医療機能ごとの病床数
- を含むものとする。

なお、平成30年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分に当たっては、各都道府県における具体的対応方針のとりまとめの進捗状況についても考慮することとする。



## ア. 個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応

### (ア) 公立病院に関すること

病院事業を設置する地方公共団体は、「新公立病院改革ガイドライン」（平成27年3月31日付け総財準第59号総務省自治財政局長通知）を参考に、公立病院について、病院ごとに「新公立病院改革プラン」を策定した上で、地域医療構想調整会議において、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を踏まえて、平成29年度中に、平成37（2025）年に向けた具体的対応方針を協議すること。協議が調わない場合は、繰り返し協議を行った上で、速やかに平成37（2025）年に向けた具体的対応方針を決定すること。また、具体的対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

この際、公立病院については、

- ① 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
  - ② 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
  - ③ 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
  - ④ 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
- などの役割が期待されていることに留意し、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率等を踏まえてもなお①～④の医療を公立病院において提供することが必要であるのかどうか、民間医療機関との役割分担を踏まえ公立病院でなければ担えない分野へ重点化されているかどうかについて確認すること。

### (イ) 公的医療機関等2025プラン対象医療機関に関すること

公的医療機関等2025プラン対象医療機関（新公立病院改革プランの策定対象となっている公立病院を除く公的医療機関等（医療法第7条の2第1項各号に掲げる者が開設する医療機関をいう。以下同じ。）、国立病院機構及び労働者健康安全機構が開設する医療機関、地域医療支援病院、特定機能病院をいう。以下同じ。）は、「地域医療構想を踏まえた「公的医療機関等2025プラン」策定について（依頼）」（平成29年8月4日付け医政発0804第2号厚生労働省医政局長通知）に基づき、公的医療機関等2025プランを策定した上で、地域医療構想調整会議において、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を踏まえて、平成29年度中に平成37（2025）年に向けた具体的対応方針を協議すること。協議が調わない場合は、繰り返し協議を行った上で、速やかに平成37（2025）年に向けた具体的対応方針を決定すること。また、具体的対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

この際、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率等を踏まえ公的医療機関等2025プラン対象医療機関でなければ担えない分野へ重点化されているかどうかについて確認すること。

### (ウ) その他の医療機関に関すること

その他の医療機関のうち、開設者の変更を含め構想区域において担うべき医療機関としての役割や機能を大きく変更する病院などの場合には、今後の事業計画を策定した上で、地域医療構想調整会議において、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を踏まえて、速やかに平成37（2025）年に向けた対応方針を協議すること。協議が調わない場合は、繰り返し協議を行った上で、平成37（2025）

年に向けた対応方針を決定すること。また、対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

それ以外の全ての医療機関については、地域医療構想調整会議において、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を踏まえて、遅くとも平成30年度末までに平成37（2025）年に向けた対応方針を協議すること。協議が調わない場合は、繰り返し協議を行った上で、平成37（2025）年に向けた対応方針を決定すること。また、対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

#### （エ）留意事項

都道府県は、新公立病院改革プランや公的医療機関等2025プラン、病床機能報告（医療法第30条の13に規定する病床機能報告をいう。以下同じ。）の結果等から、過剰な病床機能に転換しようとする医療機関の計画を把握した場合には、速やかに、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議への出席と、病床機能を転換する理由についての説明を求めること。

都道府県は、病床機能報告において、6年後の医療機能を、構想区域で過剰な病床機能に転換する旨の報告をした医療機関に対して、速やかに、①都道府県への理由書提出、②地域医療構想調整会議での協議への参加、③都道府県医療審議会での理由等の説明を求めた上で、当該理由等がやむを得ないものと認められない場合には、同法第30条の15に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、病床機能を変更しないことを命令（公的医療機関等を対象）又は要請（公的医療機関等以外の医療機関を対象）すること。また、要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない場合には、同法第30条の17に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該措置を講ずべきことを勧告すること。さらに、命令または勧告を受けた者が従わなかった場合には、同法第30条の18に基づき、その旨を公表すること。

#### イ. 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

##### （ア）全ての医療機関に関すること

都道府県は、病床機能報告の結果等から、病床が全て稼働していない病棟（過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される病棟をいう。以下同じ。）を有する医療機関を把握した場合には、速やかに、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、①病棟を稼働していない理由、②当該病棟の今後の運用見通しに関する計画について説明するよう求めること。ただし、病院・病棟を建て替える場合など、事前に地域医療構想調整会議の協議を経て、病床が全て稼働していない病棟の具体的対応方針を決定していれば、対応を求めなくてもよい。

なお、病床過剰地域において、上述の説明の結果、当該病棟の維持の必要性が乏しいと考えられる病棟を有する医療機関に対しては、都道府県は、速やかに、医療法第7条の2第3項又は第30条の12第1項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、非稼働の病床数の範囲内で、病床数を削減することを内容とする許可の変更のための措置を命令（公的医療機関等を対象）又は要請（公的医療機関等以外の医療機関を対象）すること。また、要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない場合には、同法第30条の12第2項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該措置を講ずべきことを勧告すること。さらに、命

令または勧告を受けた者が従わなかった場合には、同法第7条の2第7項又は同法第30条の12第3項に基づき、その旨を公表すること。

#### (イ) 留意事項

都道府県は、病床がすべて稼働していない病棟を再稼働しようとする医療機関の計画を把握した場合には、当該医療機関の医療従事者の確保に係る方針、構想区域の他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、現在稼働している病棟の稼働率を上げたとしてもなお追加的な病棟の再稼働の必要性があるか否かについて地域医療構想調整会議において十分に議論すること。特に、再稼働した場合に担う予定の病床機能が、構想区域において過剰な病床機能である場合には、過剰な病床機能へ転換するケースと同様とみなし、より慎重に議論を進めること。

### ウ. 新たな医療機関の開設や増床の許可申請への対応

#### (ア) 全ての医療機関に関すること

都道府県は、新たに病床を整備する予定の医療機関を把握した場合には、当該医療機関に対し、開設等の許可を待たずに、地域医療構想調整会議へ出席し、①新たに整備される病床の整備計画と将来の病床数の必要量との関係性、②新たに整備される病床が担う予定の病床の機能と当該構想区域の病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量との関係性、③当該医療機能を担う上での、雇用計画や設備整備計画の妥当性等について説明するよう求めること。なお、開設者を変更する医療機関（個人間の継承を含む）を把握した場合にも、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、当該構想区域において今後担う役割や機能について説明するよう求めること。

また、既存病床数及び基準病床数並びに将来の病床数の必要量との整合性の確保を図る必要がある場合には、地域医療構想調整会議での協議を経て都道府県医療審議会においても議論を行うこと。議論にあたっては、地域医療構想調整会議における協議の内容を踏まえること。

都道府県は、①新たに整備される病床が担う予定の医療機能が、当該構想区域における不足する医療機能以外の医療機能となっている、②当該構想区域における不足する医療機能について、既存の医療機関の将来の機能転換の意向を考慮してもなお充足する見通しが立たないといった場合等には、新たに病床を整備する予定の医療機関に対して、地域医療構想調整会議の意見を聴いて、医療法第7条第5項に基づき、開設許可にあたって不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を付与すること。また、当該開設者又は管理者が、正当な理由がなく、当該許可に付された条件に従わない場合には、同法第27条の2第1項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、期限を定めて、当該条件に従うべきことを勧告すること。さらに、勧告を受けた者が、正当な理由がなく、当該勧告に従わない場合には、同条第2項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、期限を定めて、当該勧告に係る措置をとるべきことを命令すること。それでもなお命令を受けた者が従わなかった場合には、同条第3項に基づき、その旨を公表すること。

#### (イ) 留意事項

都道府県は、今後、新たに療養病床及び一般病床の整備を行う際には、既に策定されている地域医療構想との整合性を踏まえて行うこと。具体的には、新たな病床の整備を行うに当たり、都道府県医療審議会において、既存病床数と基準病床数の

関係性だけではなく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を踏まえ、十分な議論を行うこと。

例えば、現状では既存病床数が基準病床数を下回り、追加的な病床の整備が可能であるが、人口の減少が進むこと等により、将来の病床数の必要量が既存病床数を下回ることとなる場合には、既存病床数と基準病床数の関係性だけではなく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を勘案し、医療需要の推移や、他の二次医療圏との患者の流出入の状況等を考慮し、追加的な病床の整備の必要性について慎重に検討を行うこと。

## (2) 地域医療構想調整会議での個別の医療機関の取組状況の共有

### ア. 個別の医療機関ごとの医療機能や診療実績

#### (ア) 高度急性期・急性期機能

高度急性期・急性期機能を担う病床については、構想区域ごとにどのような医療機関があり、それぞれの医療機関がどのような役割を果たしているのか、地域医療構想調整会議において、個別の医療機関の取組状況を共有する必要がある。

このため、都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について協議できるよう、個別の医療機関ごとの各病棟における急性期医療に関する診療実績（幅広い手術の実施状況、がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況、重症患者への対応状況、救急医療の実施状況、全身管理の状況など）を提示すること。

また、高度急性期機能又は急性期機能と報告した病棟のうち、例えば急性期医療を全く提供していない病棟が含まれていることから、明らかな疑義のある報告については、地域医療構想調整会議において、その妥当性を確認すること。

#### (イ) 回復期機能

回復期機能を担う病床については、構想区域ごとにどのような医療機関があり、それぞれの医療機関がどのような役割を果たしているのか、地域医療構想調整会議において、個別の医療機関の取組状況を共有する必要がある。

このため、都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について協議できるよう、個別の医療機関ごとの各病棟における在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションに関する診療実績（急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況、全身管理の状況、疾患に応じたリハビリテーション・早期からのリハビリテーションの実施状況、入院患者の居住する市町村との連携状況、ケアマネジャーとの連携状況など）を提示すること。

#### (ウ) 慢性期機能

慢性期機能を担う病床については、構想区域ごとにどのような医療機関があり、それぞれの医療機関がどのような役割を果たしているのか、地域医療構想調整会議において、個別の医療機関の取組状況を共有する必要がある。特に介護療養病床については、その担う役割を踏まえた上で、転換等の方針を早期に共有する必要がある。

このため、都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について協議できるよう、個別の医療機関ごとの各病棟における療養や看取りに関する診療実績（長期療養患者の受入状況、重度の障害児等の受入状況、全身管理の状況、疾患に応じたリハビリテーション・早期からのリハビリテーションの実施状況、入院患者の状況、入院患者の退院先など）を提示すること。

イ. 個別の医療機関ごとの地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金や繰入金等の活用状況

都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について円滑に協議できるよう、個別の医療機関ごとの地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金や繰入金等の活用状況を提示すること。

ウ. 新公立病院改革プラン、公的医療機関等2025プランに記載すべき事項

プランを策定する医療機関は、各病院・病棟が担うべき役割について円滑に協議できるよう、病床稼働率、紹介・逆紹介率、救急対応状況、医師数、経営に関する情報などを記載すること。都道府県は、個別の医療機関ごとの情報を整理して提示すること。

### (3) 地域医療構想調整会議の運営

都道府県は、地域医療構想の達成に向けて、構想区域の実情を踏まえながら年間スケジュールを計画し、年4回は地域医療構想調整会議を実施すること。地域医療構想を進めていくに当たっては、地域住民の協力が不可欠であることから、会議資料や議事録については、できる限りホームページ等を通じて速やかに公表すること。

構想区域によっては全ての医療機関が地域医療構想調整会議に参加することが難しい場合も想定されることから、構想区域の実情にあわせて医療機関同士の意見交換や個別相談などの場を組み合わせながら実施し、より多くの医療機関の主体的な参画が得られるよう進めていくこと。

## 2. 病床機能報告について

### (1) 病床機能報告における未報告医療機関への対応

都道府県は、病床機能報告の対象医療機関であって、未報告であることを把握した場合には、当該医療機関に対して、病床機能を報告するように求めること。

なお、都道府県は、当該医療機関に対して、医療法第30条の13第5項に基づき、期間を定めて報告するよう命令すること。また、当該医療機関が、その命令に従わない場合には、同条第6項に基づき、その旨を公表すること。

### (2) 病床機能報告における回復期機能の解釈

病床機能報告制度における回復期機能の解釈に当たっては、病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量との単純な比較だけではなく、地域医療構想調整会議において、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について十分に分析を行った上で、病床の機能分化及び連携を推進していくことが重要である。

具体的には、「地域医療構想・病床機能報告における回復期機能について」（平成29年9月29日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡）を参照されたい。