

「医師の働き方改革等を踏まえた今後の医療提供体制の在り方」 (医師確保計画等との関連を含めて)

【中部地域版】

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

地域医療構想調整会議で議題となりうる医療課題

- 病院単位の医療機能
 - 医療技術の進歩や施設の老朽化等に対応した将来見通し
- 市町単位の医療機能
 - 初期救急医療の確保方策(主に郡市医師会)
- 複数の市町単位の医療機能
 - 初期～二次救急医療の確保方策
- 二次医療圏単位の医療機能
 - 二次救急医療の確保方策(主に病院)
- 二次医療圏単位を超えた広域的な医療機能
 - 重篤な救急患者等への集中治療、高度・専門的な医療



地域医療構想調整会議で議題となりうる医療課題

地域医療構想調整会議での議論に必要な視点

- 全国的には、2036年頃までに医師の需給を均衡させることを目標に各都道府県で、「医師確保計画」を策定。
 - マクロ的(全国的)には、医師の不足は解消する方向とされている。
- 今後、地域間(都道府県内)の偏在解消は、医師の派遣や「地域枠」等の充実で対応することが求められている。
 - 医師少数県、かつ、医師養成数(医学部入学定員)が少ない本県では、県内だけで必要医師数を充足することは困難。
 - 県内外の医学部から県内に就業・定着する医師を着実に増やしていくことが必要。
 - 医療の質の向上や医療安全の面からも、一定の経験が必要だが、高齢化が進行する中で人口が減少し、病院単位では解決できない。医療従事者全体の「働き方改革」への対応も求められる。
 - 若手に限らず、医師(と家族)にとって「魅力ある病院・地域」とは？

地域の医療提供体制に影響を与える要因と今後の方向性

➤ 医療を受ける側

- ・ 人口構造の急速な変化 → 2040年前後までは総人口が減少する中、高齢者人口はほぼ横ばいで高齢化率が上昇
- ・ 疾病構造の変化 → 治す医療と支える医療の比率の変化
- ・ 受療に対する意識や行動の変化 → 専門医志向、コンビニ受診等、傷病により違い
- ・ 医療施設へのアクセス → 日常生活を含む交通手段の確保

医療は病院完結から地域完結へ…広域的な視野(圏域以上)での検討が必要

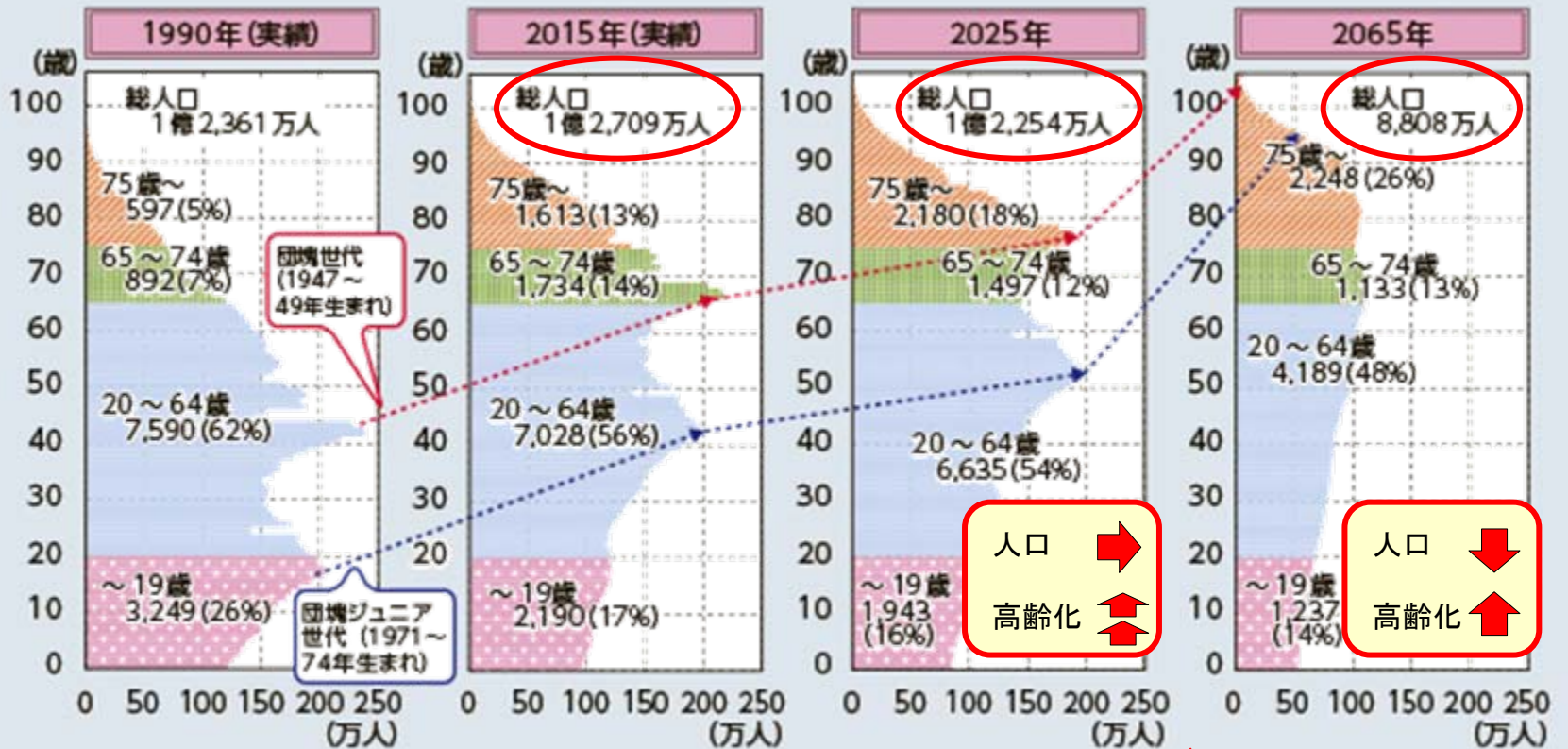
➤ 医療を提供する側

- ・ 医療従事者(医師) → 医師の働き方改革と将来の必要数
専門医制度(研修プログラム上の位置づけ)
- ・ 医療従事者(全職種) → 働き手の減少と働き方改革、定着促進
- ・ 医療施設 → 病床の必要数、介護施設との役割分担

➤ 両者をつなぐ役割

- ・ 救急搬送 → 救急車の適正利用
- ・ 医療に関する情報提供 → 医療ネットしずおか、#8000、病院広報誌など
- ・ 保健福祉サービスとの連携 → 健診・保健指導、地域包括ケアなど

図表1-1-1 人口ピラミッドの変化 (1990、2015、2025、2065) -平成29年中位推計-



出所：実績値 (1990年及び2015年) は総務省「国勢調査」をもとに厚生労働省作成、推計値 (2025年及び2065年) は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (平成29年推計) (各年10月1日現在人口)

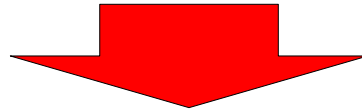
(注) 1990年及び2015年の総人口は、年齢不詳を含む。

2040年頃が境目

出典：厚生労働省「平成29年版 厚生労働白書」
 ※ 赤枠による囲み(総人口とコメント3か所)は追記したもの

将来の推計人口と医療

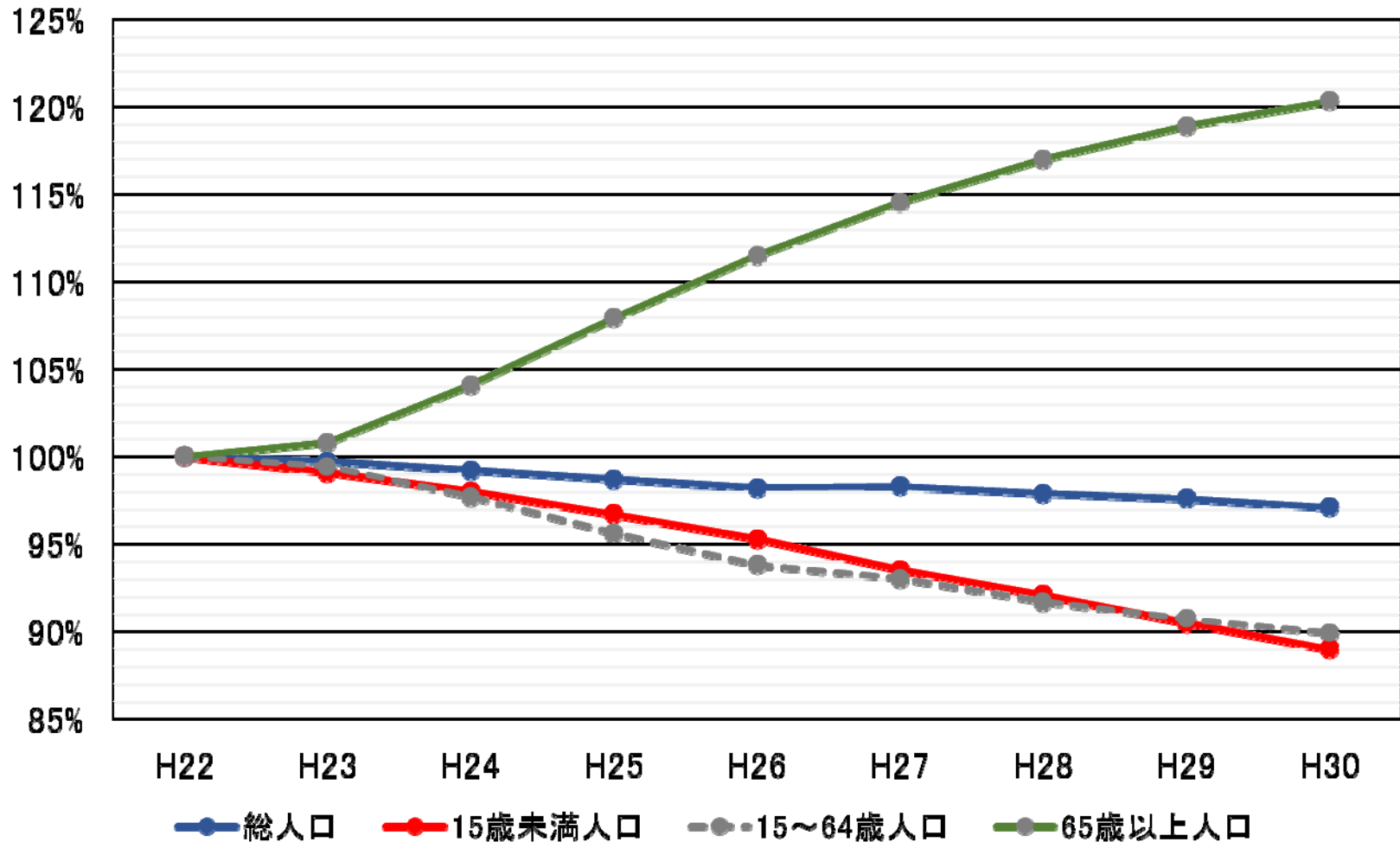
- 今後約20年間は、人口規模はほぼ横ばいだが、高齢化はこれまで以上に急速に進行する。
- 2040年頃を境に、高齢化の進行は緩やかになるが、人口全体の規模が縮小していく。



- 人口の構造や規模が異なるフェーズで変化することに伴い、医療需要のボリュームや内容(専門性)も変化していく。
- 医療が専門分化した今日、専門医の養成には一定数以上の指導医や患者を有する病院と、最低でも卒後10年前後の期間が必要で、変化する医療需要への柔軟な対応は難しい。

改めて、地域の現状を把握する

静岡県における年齢区分別人口の推移



※ 年齢区分(15歳未満、15~64歳、65歳以上)ごとに、平成22年を100とした各年の人口比を経年で比較した。

出典：静岡県 統計センターしずおか「静岡県年齢別人口推計」(H22及びH27は国勢調査)

病床種別ごとの基準病床数

病床種別	圏域名	基準病床数	既存病床数	差引
一般療養	賀茂	520	858	338
	熱海伊東	826	1,136	310
	駿東田方	5,473	6,495	1,022
	富士	2,223	2,547	324
	静岡	5,566	6,386	820
	志太榛原	2,892	3,524	632
	中東遠	2,643	3,008	365
	西部	6,577	7,444	867
	全県	26,720	31,398	4,678
精神	全県	5,388	6,719	1,331
結核	全県	82	108	26
感染症	全県	48	48	0

※ 一般、療養、精神の各病床数は、2017年9月30日現在の既存病床数に、医療法施行規則の規定に基づく所要の補正を行った数。

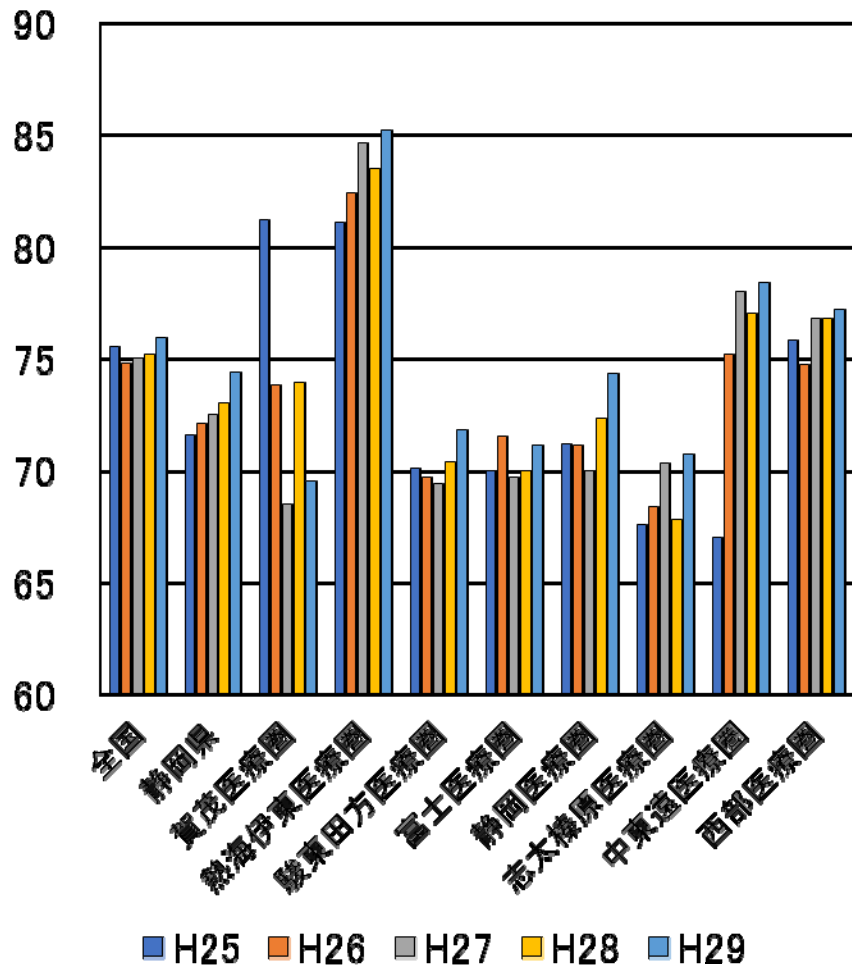
※ 精神病床の基準病床数は、2020年度の数。

※ 結核病床、感染症病床の既存病床数は2017年9月30日現在。

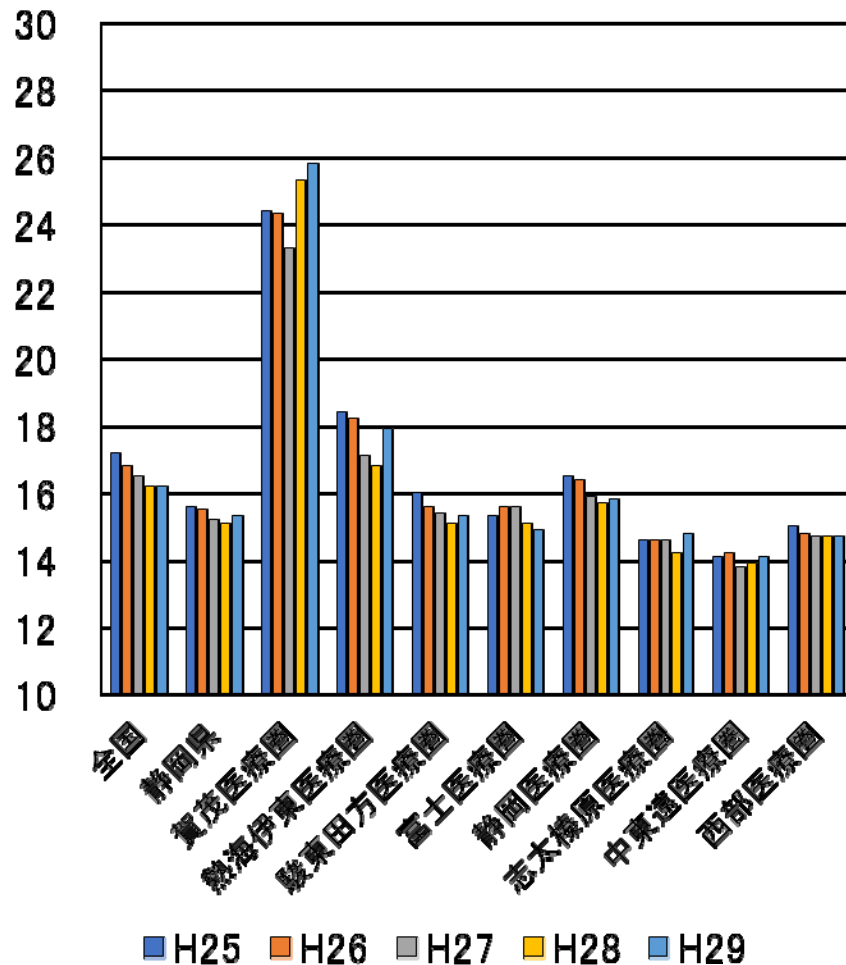
出典：静岡県健康福祉部「第8次静岡県保健医療計画」

静岡県における病院の病床利用率と平均在院日数の推移 (二次医療圏別・一般病床)

(%) 病床利用率

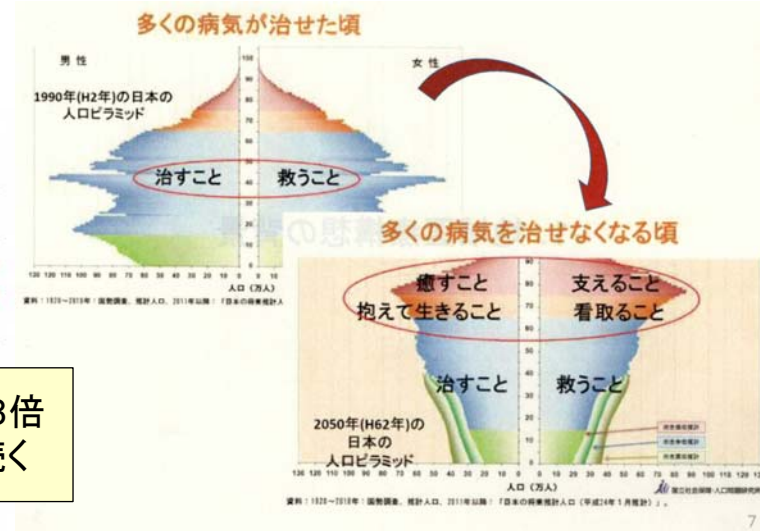
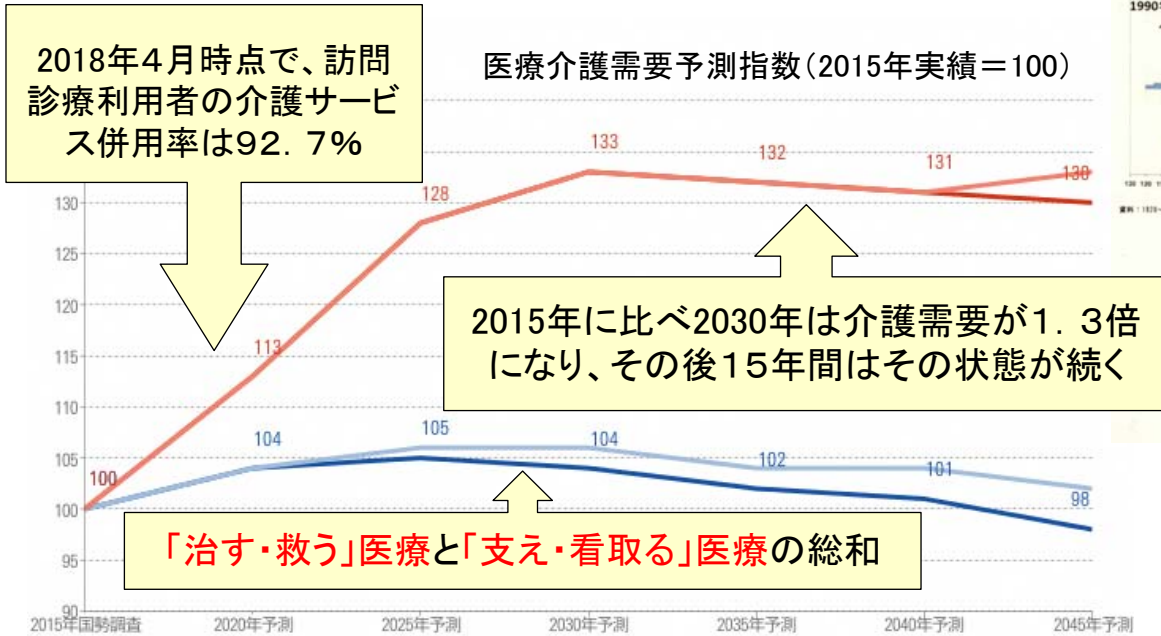


(日) 平均在院日数



出典: 厚生労働省「病院報告」
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

静岡県の医療・介護需要予測



令和元年度第2回医療政策研修会
第2回地域医療構想アドバイザー会議 資料3(抜粋)

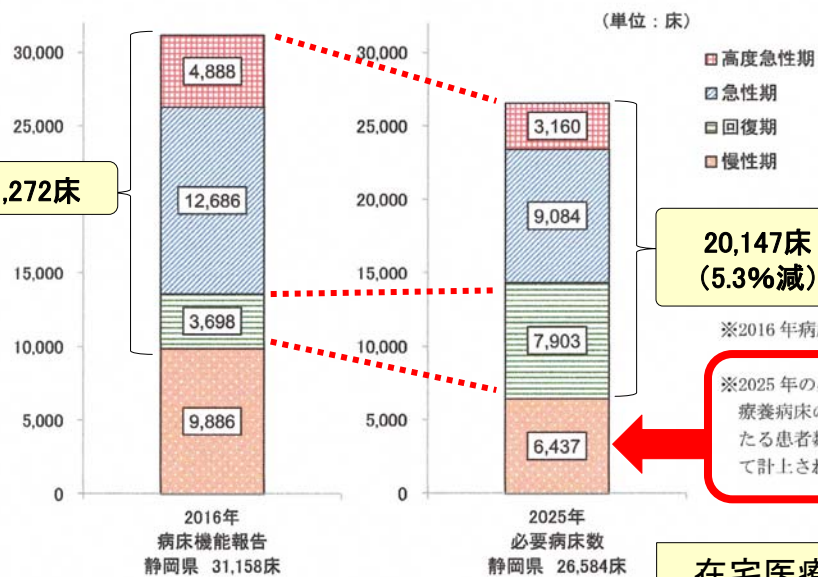
■ 医療:静岡県 ■ 医療:全国平均
■ 介護:静岡県 ■ 介護:全国平均

	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

静岡県地域医療構想（病床機能の評価と在宅医療等）

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」
 ○ 各医療機関は「定性的基準」に基づき自主的に判断するため集計結果にバラツキ

そもそも両者を合致させること(数合わせ)は困難。
 → 「定量的基準」の導入により、病床機能の全体評価を
 実態(現場感覚)に近づけることが可能になった。

※2016年病床機能報告は稼働病床数

※2025年の必要病床数には、一般病床の175点未満、療養病床の医療区分1の70%、地域差解消分にあた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。

在宅医療等への「移行」を想定

<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(一部修正)

「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	<ul style="list-style-type: none"> 救命救急 ICU ・ MFICU ・ NICU ・ GCU CCU ・ PICU ・ SCU ・ HCU 	<ul style="list-style-type: none"> 重症度、医療・看護必要度が [Ⅰ:35%以上, Ⅱ:30%以上] かつ平均在棟日数14日以内 	-
急性期	<ul style="list-style-type: none"> 小児入院医療管理料 1・2・3 	<ul style="list-style-type: none"> 「重症度、医療・看護必要度」が [Ⅰ:20%以上, Ⅱ:15%以上] かつ平均在棟日数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) 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 回復期リハ病棟入院料 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 	<ul style="list-style-type: none"> 上記を1つも満たさない病棟 	<ul style="list-style-type: none"> 上記、下記を1つも満たさない診療所
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> 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 	-	<ul style="list-style-type: none"> 有床診療所療養病床入院基本料

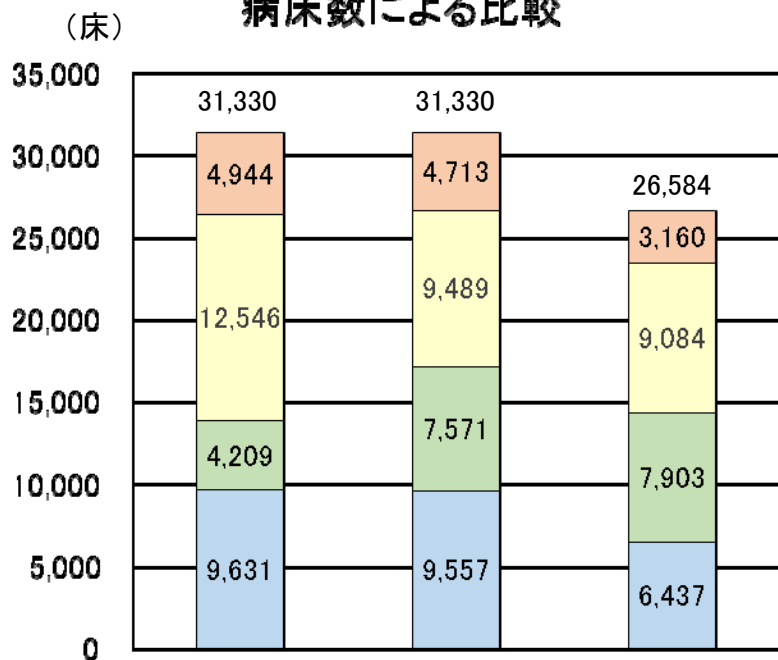
病院の一般病棟

有床診療の一般病床

※「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。

病床機能報告と地域医療構想からみた病床数と病床機能（静岡県）

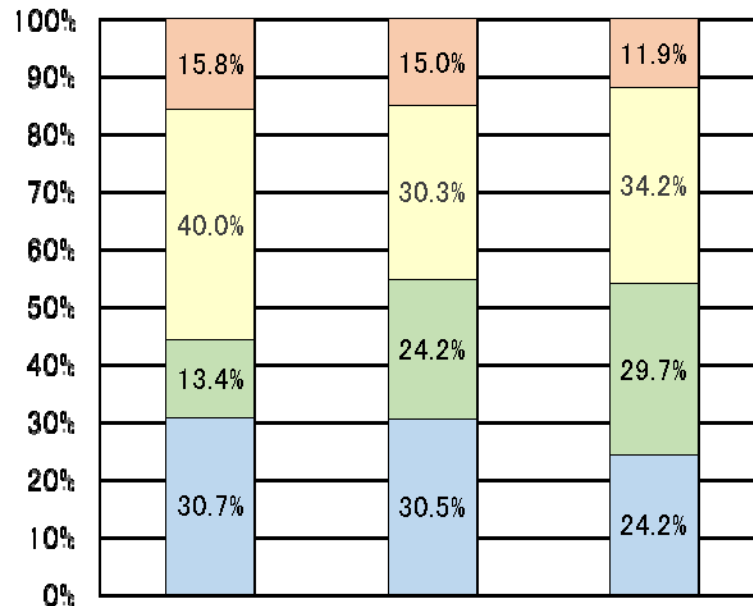
病床数による比較



病床機能報告(2018年)
病院単位の積み上げ
定量的基準(2018年)
客観的基準による補正
病床の必要量(2025年)
将来需要からみた目安

■慢性期 ■回復期 ■急性期 ■高度急性期

病床機能の構成割合による比較



病床機能報告(2018年)
定量的基準(2018年)
病床の必要量(2025年)

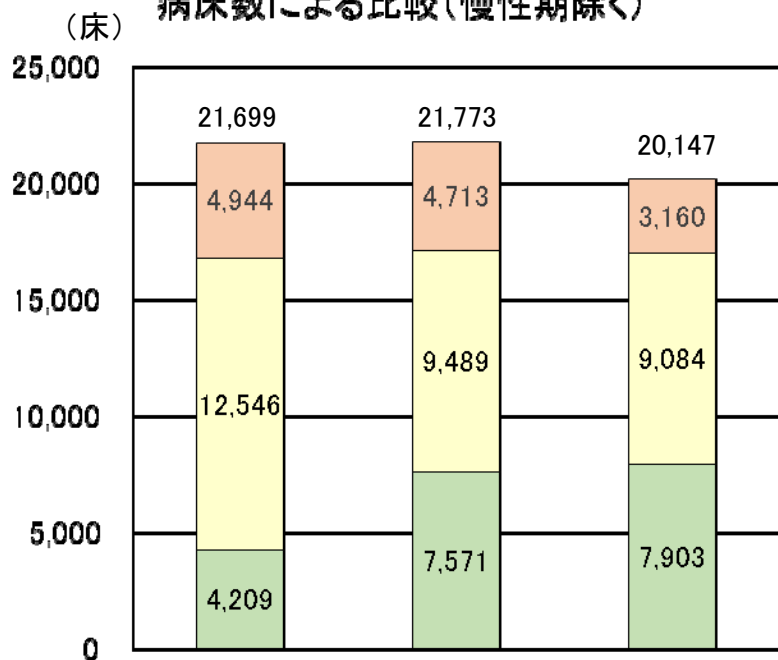
■慢性期 ■回復期 ■急性期 ■高度急性期

※ 定量的基準は「静岡方式」による

令和元年度 第1回 静岡県医療対策協議会 資料7(静岡県健康福祉部医療政策課)を基に作成

病床機能報告と地域医療構想からみた病床数と病床機能（静岡県）

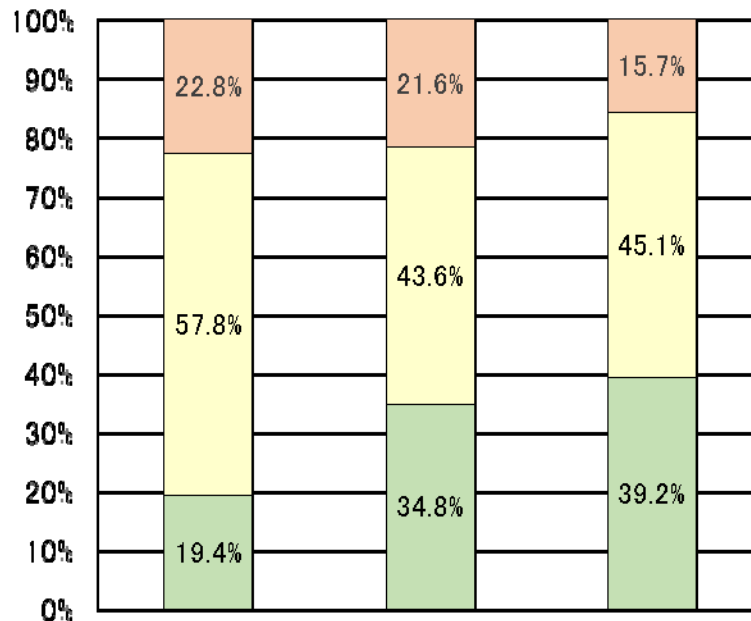
病床数による比較(慢性期除く)



病床機能報告(2018年)
病院単位の積み上げ
定量的基準(2018年)
客観的基準による補正
病床の必要量(2025年)
将来需要からみた目安

■回復期 ■急性期 ■高度急性期

病床機能の構成割合による比較(慢性期除く)



病床機能報告(2018年)
定量的基準(2018年)
病床の必要量(2025年)

■回復期 ■急性期 ■高度急性期

※ 定量的基準は「静岡方式」による

令和元年度 第1回 静岡県医療対策協議会 資料7(静岡県健康福祉部医療政策課)を基に作成

静岡県地域医療構想（結果に係る課題と今後の論点）（再掲）

【結果】

- 1 高度急性期から回復期までの病床の必要量（総量）は、約5%の微減。
 - 2 「静岡方式」の導入により、病床の医療機能が実態（現場感覚）に近接。
 - 3 高度急性期・急性期の構成割合が減少する一方、回復期の構成割合が増加。
- ◎ 単純集計よりも「高度急性期」（=医療資源投入量が多い、または、医療・看護必要度が高い患者が多い病床）の構成割合が高い医療圏（構想区域）が出現。

【課題】

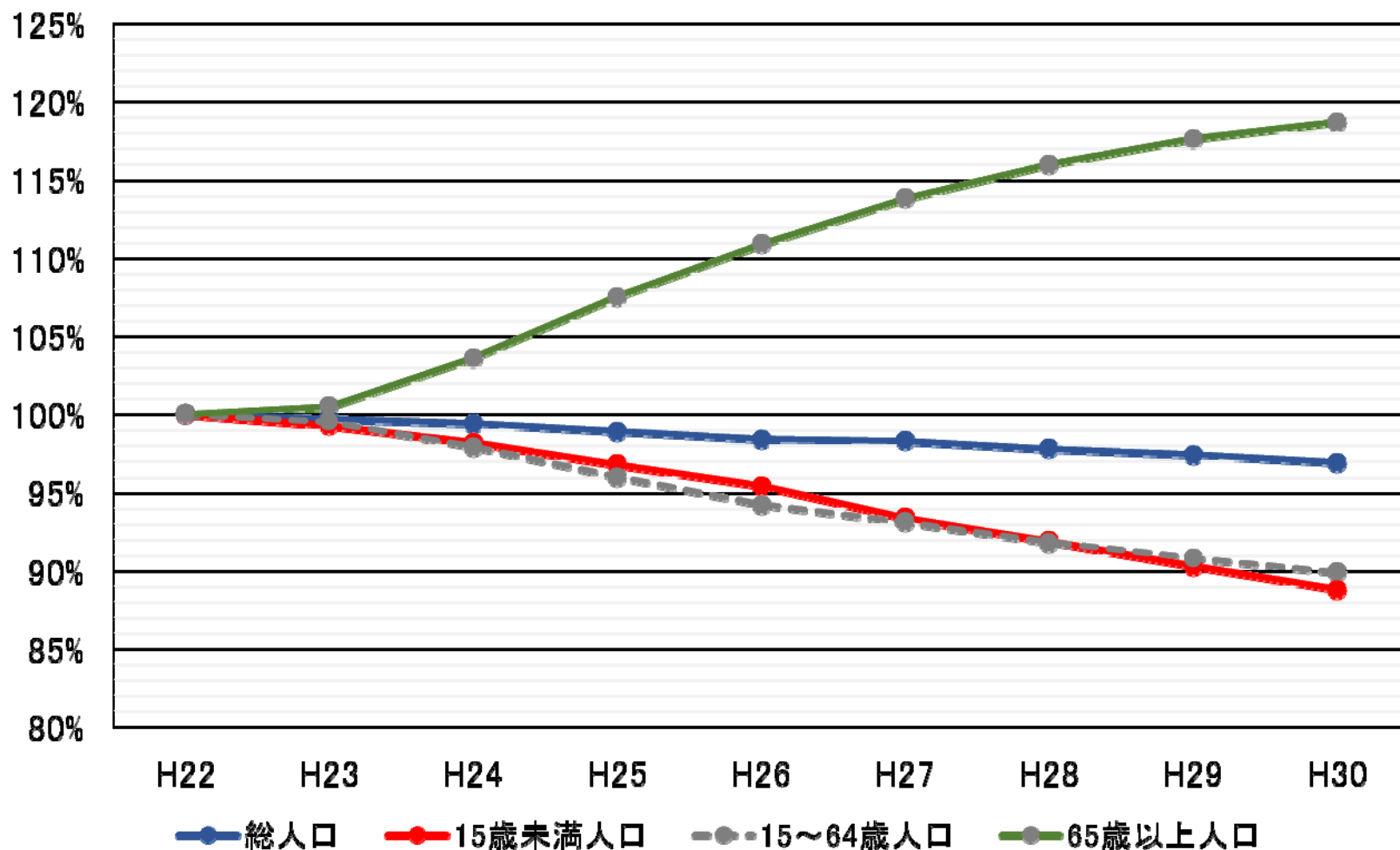
- 1 将来的に高度急性期病床の必要量は減少するが、一定量の需要はある。
- 2 専門医制度における研修施設の指定要件（一定数以上の医師、症例）を充足する必要性と医師の働き方改革、医師の高齢化等に伴い、中・小規模の病院を中心に、医師不足がさらに加速する懸念。

【論点】

- ◎ 地域（二次医療圏（構想区域）に限らない）・県全体として、中長期的な医療需要に対して医療資源の最適化をどのように図っていくか。

地域(東部、中部、西部)、二次医療圏(構想区域)ごとの
人口の推移、医療・介護の需要予測と病床機能
【中部地域】

中部地域における年齢区分別人口の推移

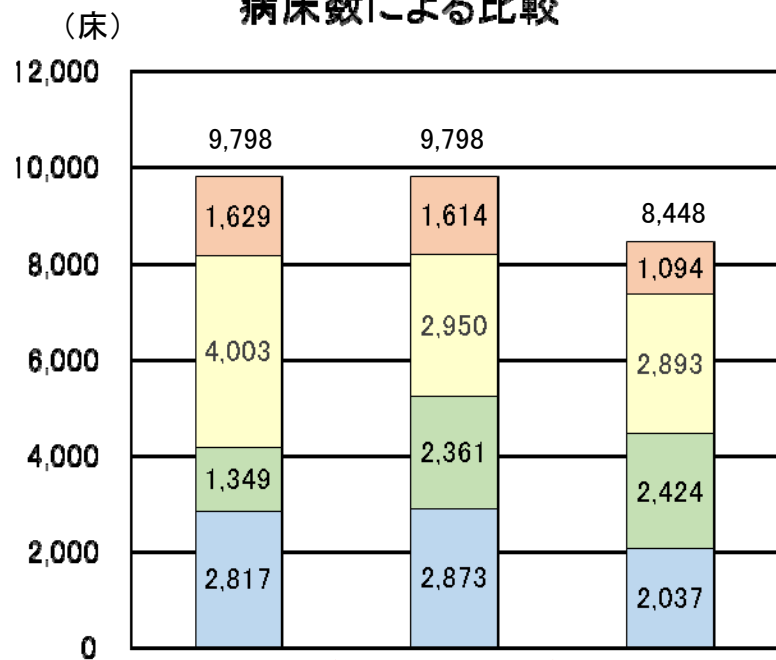


※ 年齢区分(15歳未満、15~64歳、65歳以上)ごとに、平成22年を100とした各年の人口比を経年で比較した。

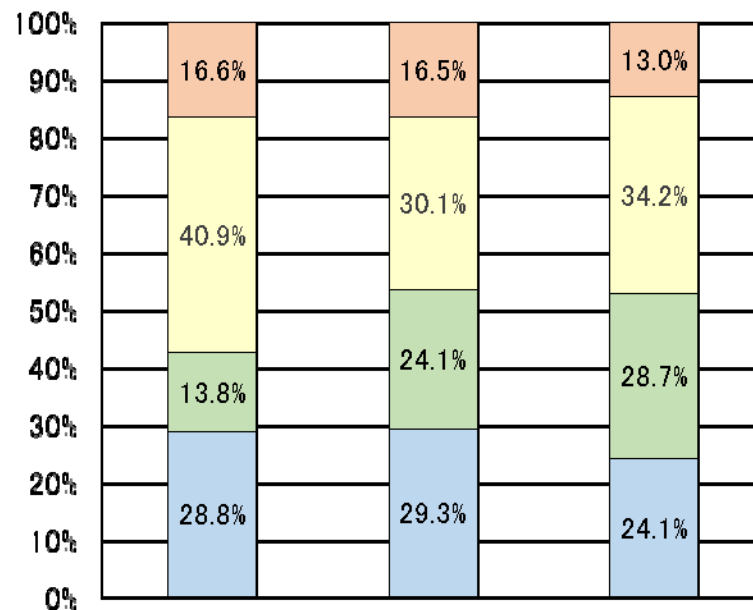
出典：静岡県 統計センターしずおか「静岡県年齢別人口推計」(H22及びH27は国勢調査)

病床機能報告と地域医療構想からみた病床数と病床機能（中部地域）

病床数による比較



病床機能の構成割合による比較



病床機能報告(2018年)
病院単位の積み上げ
定量的基準(2018年)
客観的基準による補正
病床の必要量(2025年)
将来需要からみた目安

■慢性期 ■回復期 ■急性期 ■高度急性期

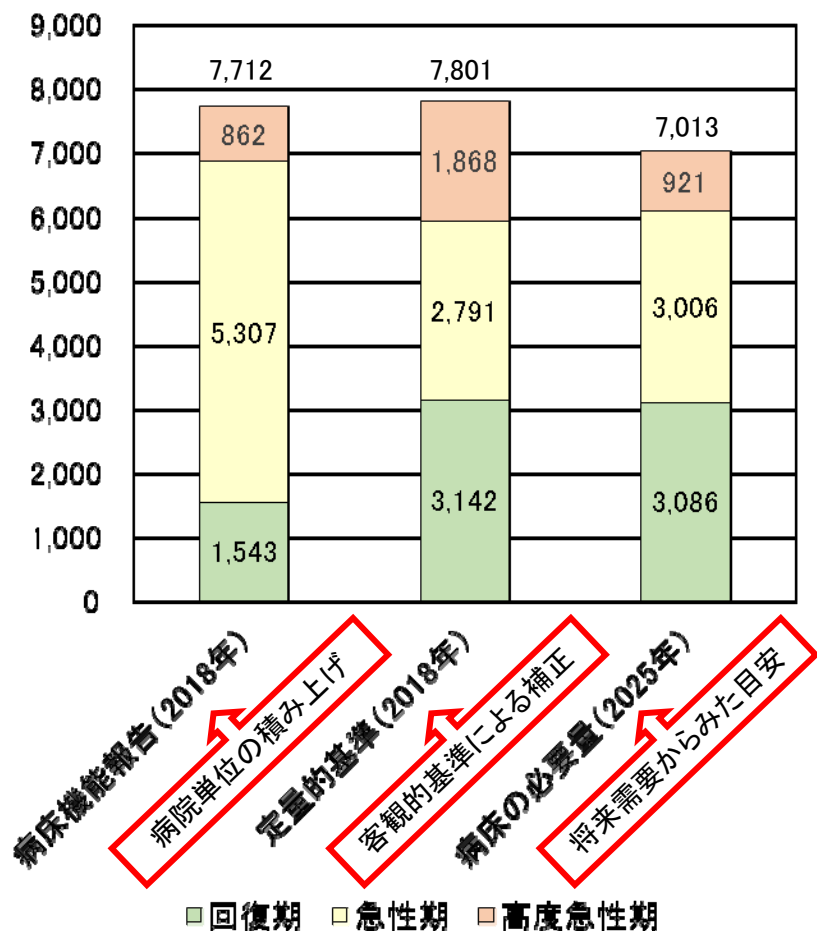
■慢性期 ■回復期 ■急性期 ■高度急性期

※ 定量的基準は「静岡方式」による
 ※ 病床数は、静岡、志太榛原の各構想区域における病床数の合計

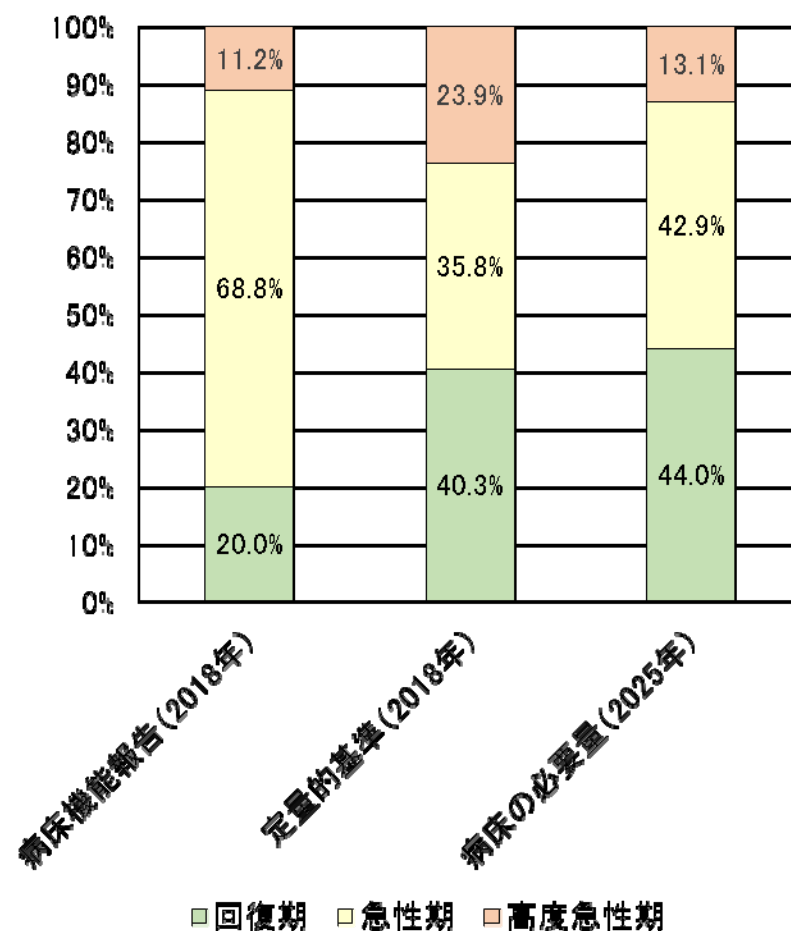
令和元年度 第1回 静岡県医療対策協議会 資料7(静岡県健康福祉部医療政策課)を基に作成

病床機能報告と地域医療構想からみた病床数と病床機能（中部地域）

病床数による比較



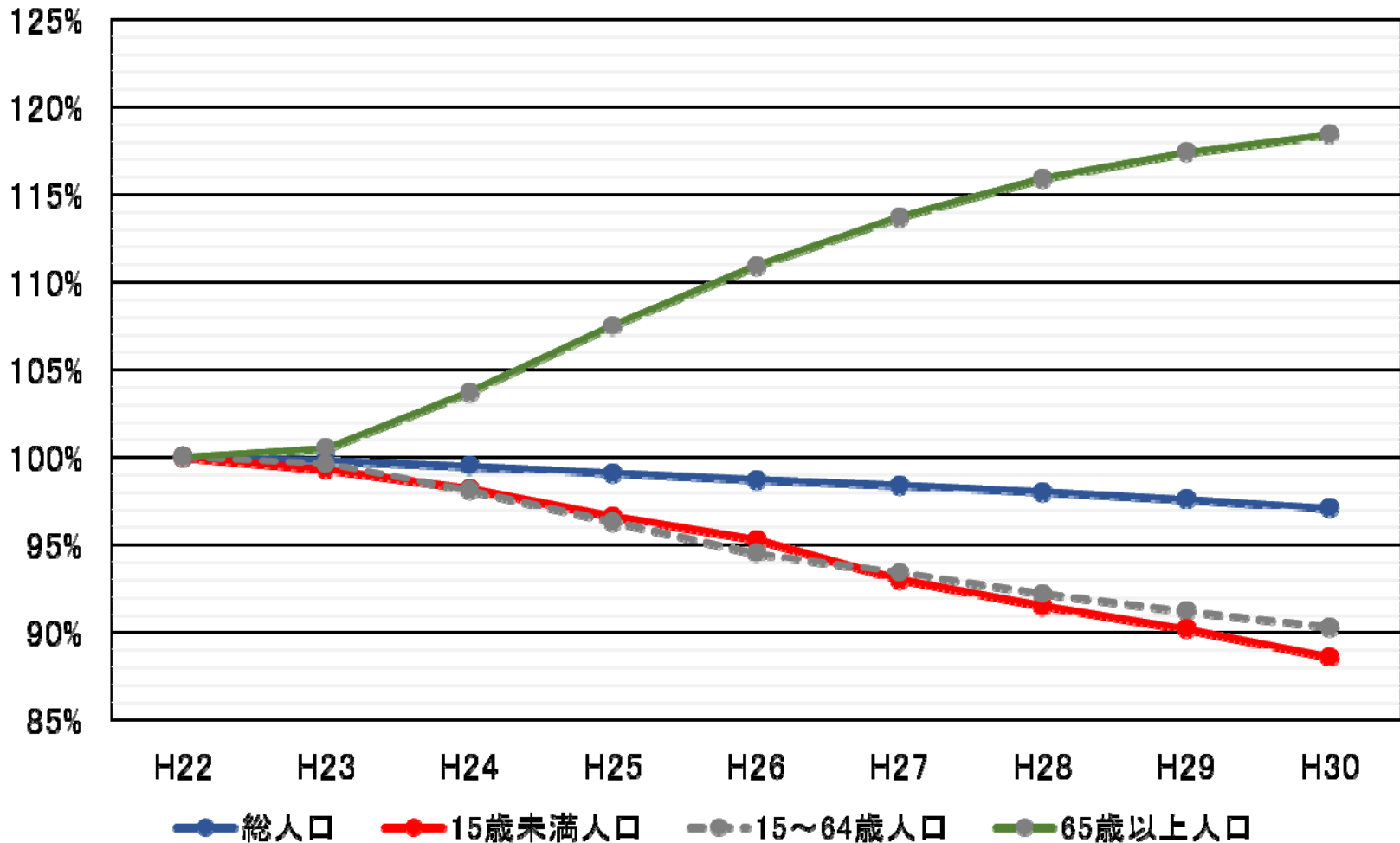
病床機能の構成割合による比較



※ 定量的基準は「静岡方式」による
 ※ 病床数は、静岡、志太榛原の各構想区域における病床数の合計

令和元年度 第1回 静岡県医療対策協議会 資料7(静岡県健康福祉部医療政策課)を基に作成

静岡医療圏(構想区域)における年齢区分別人口の推移

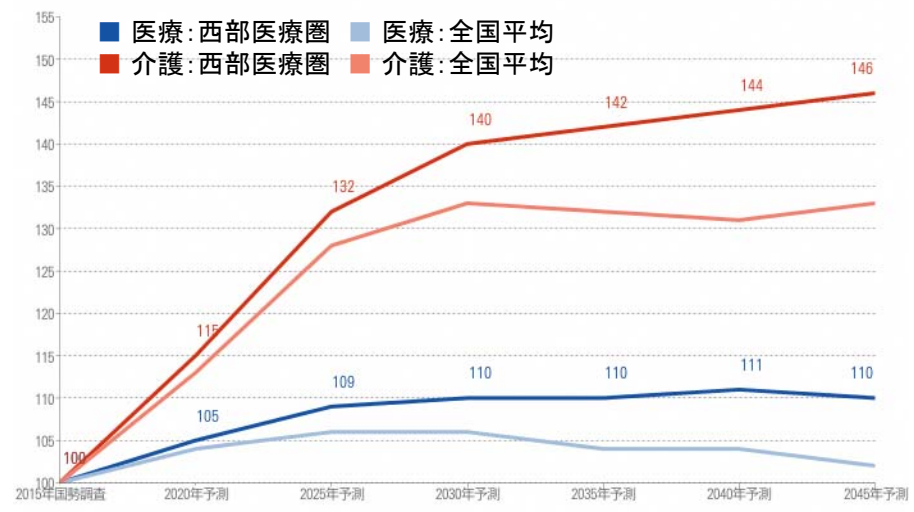
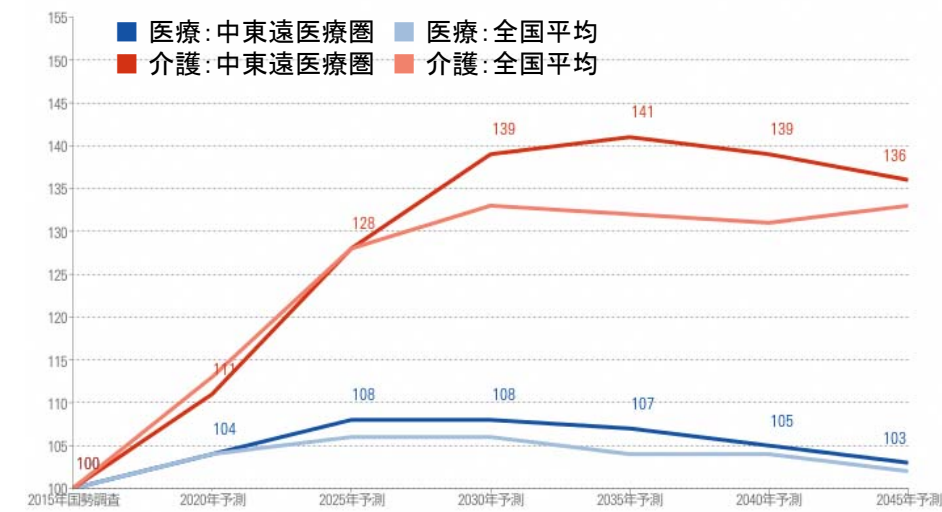
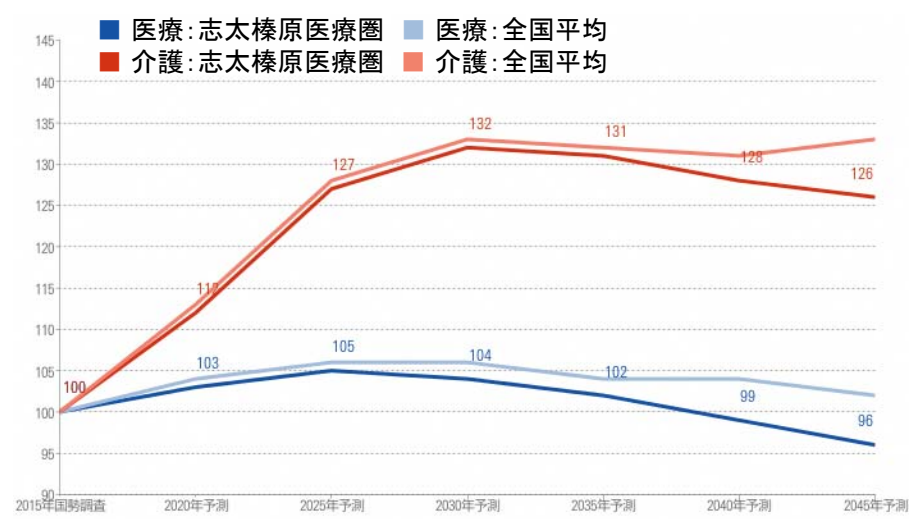
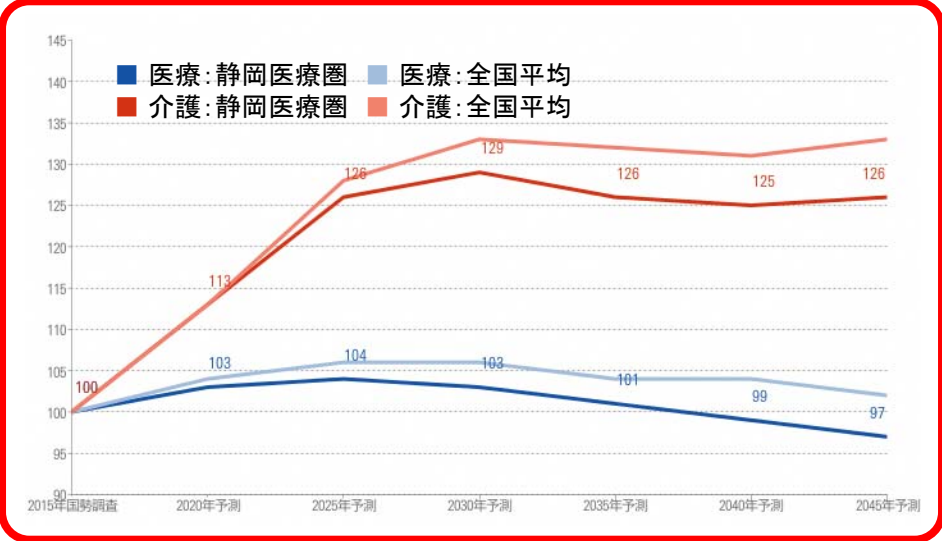


※ 年齢区分(15歳未満、15~64歳、65歳以上)ごとに、平成22年を100とした各年の人口比を経年で比較した。

出典: 静岡県 統計センターしずおか「静岡県年齢別人口推計」(H22及びH27は国勢調査)

静岡県中部・西部地域(4医療圏)の医療・介護需要予測

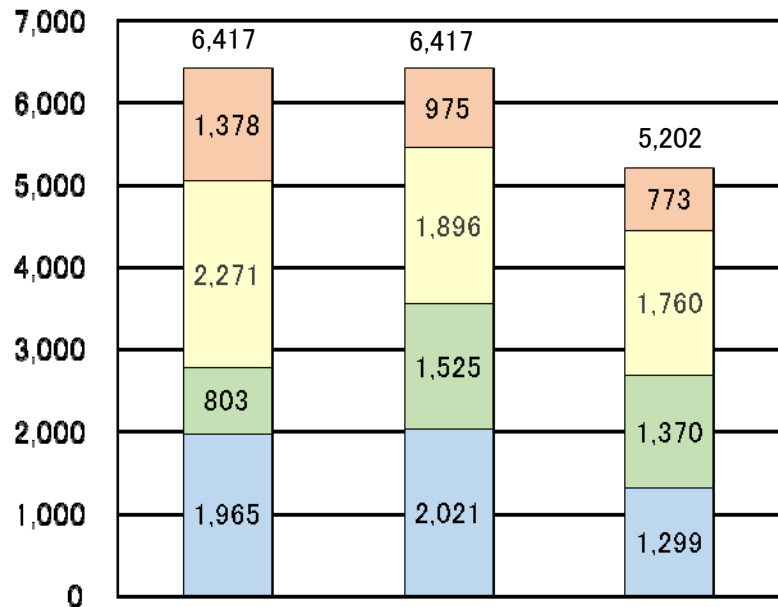
医療介護需要予測指数(2015年実績=100)



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 静岡・志太榛原・中東遠・西部の各医療圏

病床機能報告と地域医療構想からみた病床数と病床機能（静岡構想区域）

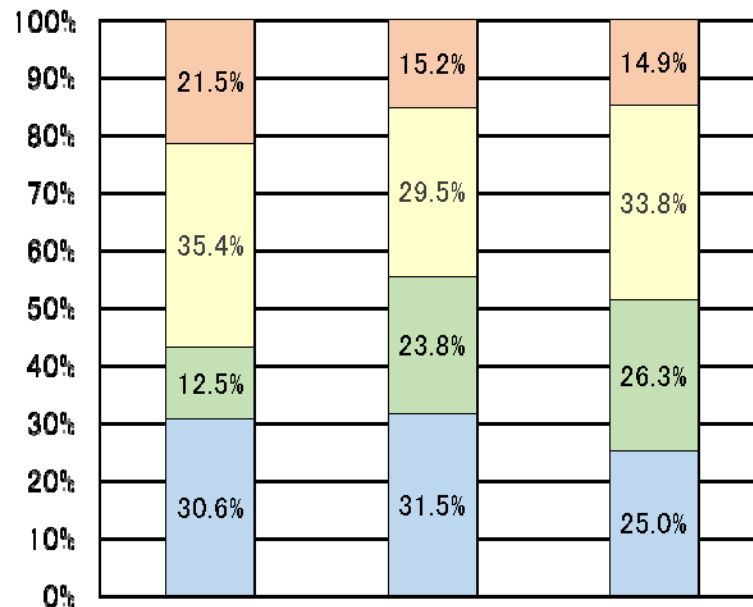
病床数による比較



病床機能報告(2018年)
病院単位の積み上げ
定量的基準(2018年)
客観的基準による補正
病床の必要量(2025年)
将来需要からみた目安

■慢性期 ■回復期 ■急性期 ■高度急性期

病床機能の構成割合による比較



病床機能報告(2018年)
定量的基準(2018年)
病床の必要量(2025年)

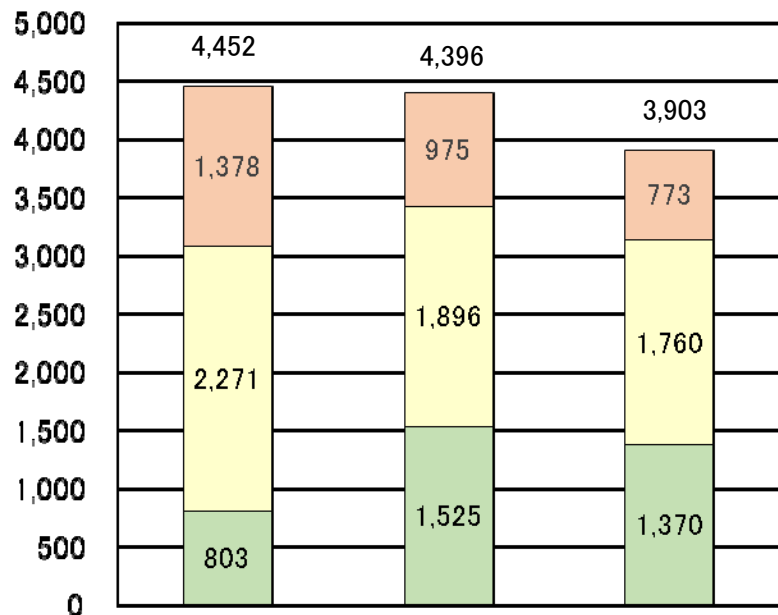
■慢性期 ■回復期 ■急性期 ■高度急性期

※ 定量的基準は「静岡方式」による

令和元年度 第1回 静岡県医療対策協議会 資料7(静岡県健康福祉部医療政策課)を基に作成

病床機能報告と地域医療構想からみた病床数と病床機能（静岡構想区域）

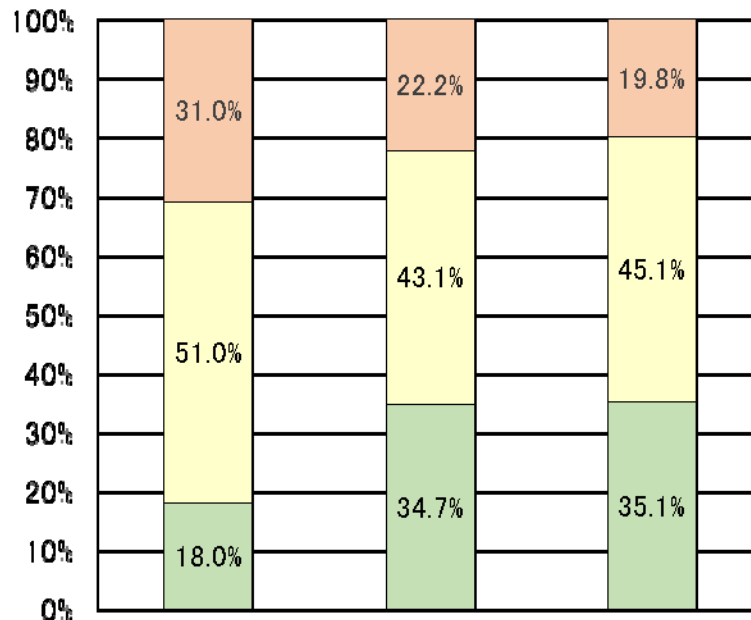
病床数による比較(慢性期除く)
(床)



病床機能報告(2018年)
病院単位の積み上げ
定量的基準(2018年)
客観的基準による補正
病床の必要量(2025年)
将来需要からみた目安

■回復期 ■急性期 ■高度急性期

病床機能の構成割合による比較(慢性期除く)



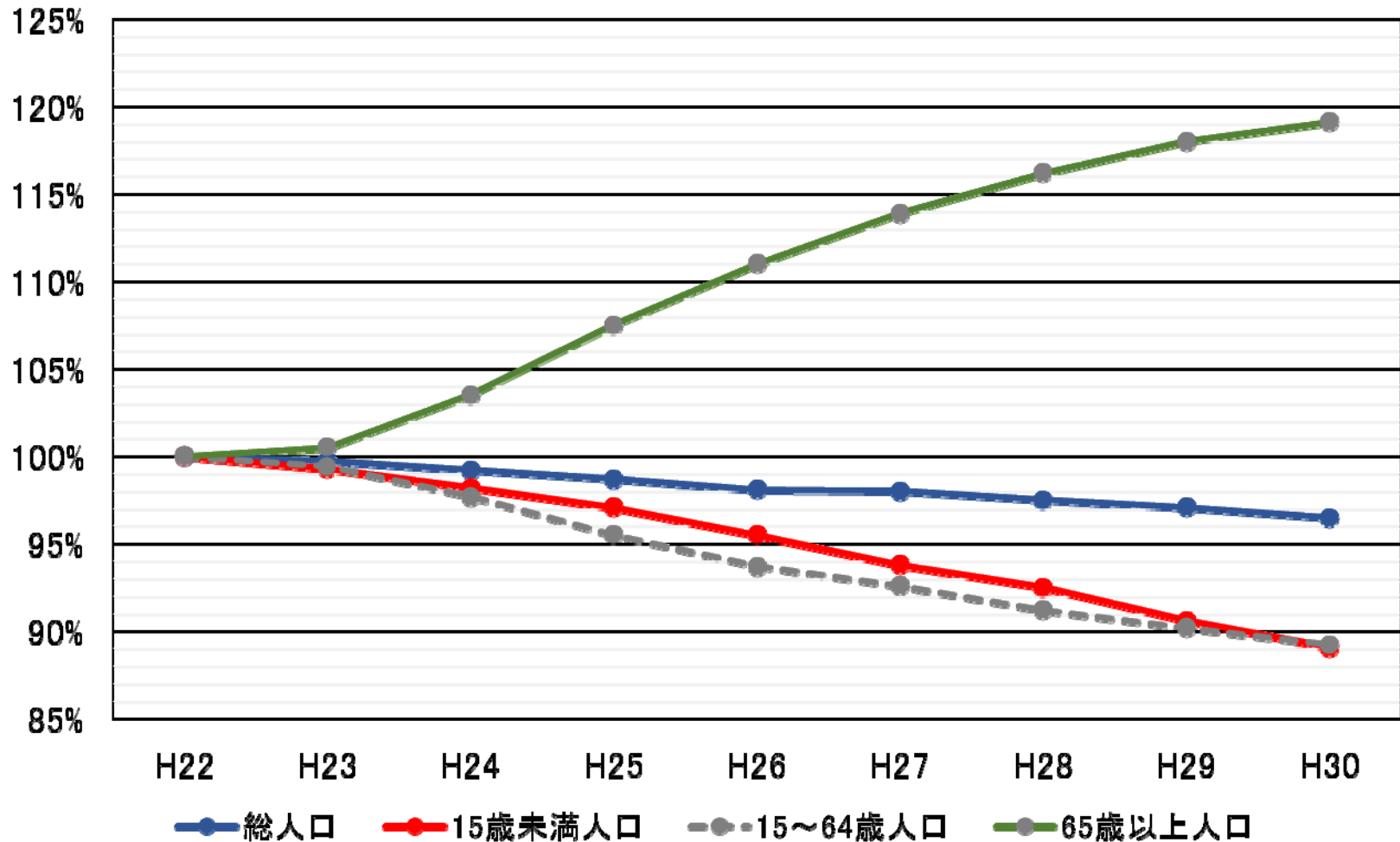
病床機能報告(2018年)
定量的基準(2018年)
病床の必要量(2025年)

■回復期 ■急性期 ■高度急性期

※ 定量的基準は「静岡方式」による

令和元年度 第1回 静岡県医療対策協議会 資料7(静岡県健康福祉部医療政策課)を基に作成

志太榛原医療圏(構想区域)における年齢区分別人口の推移

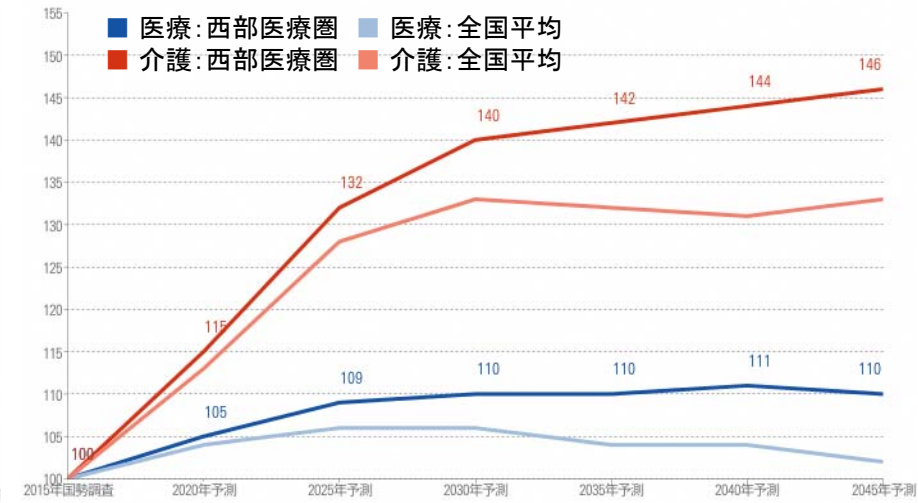
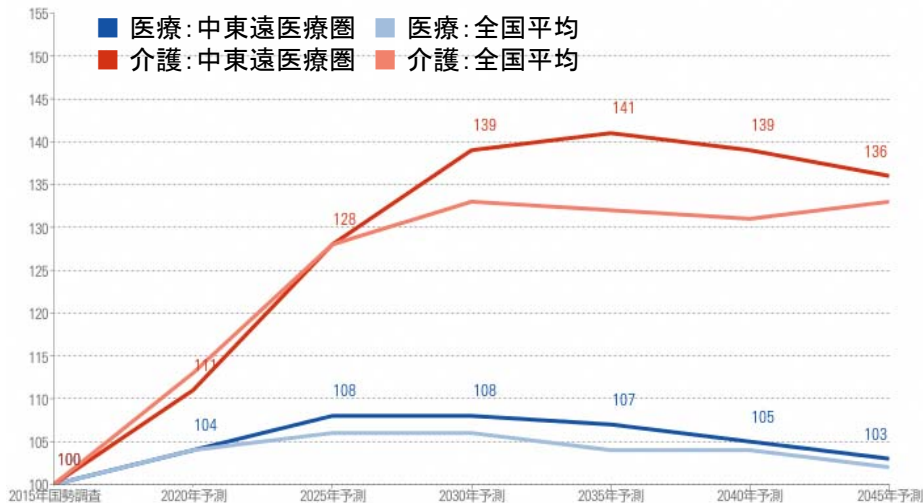
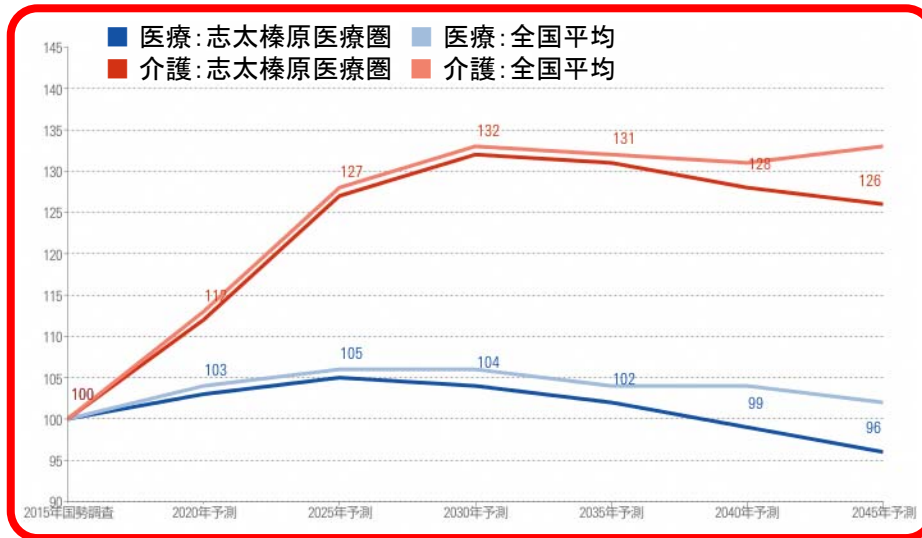
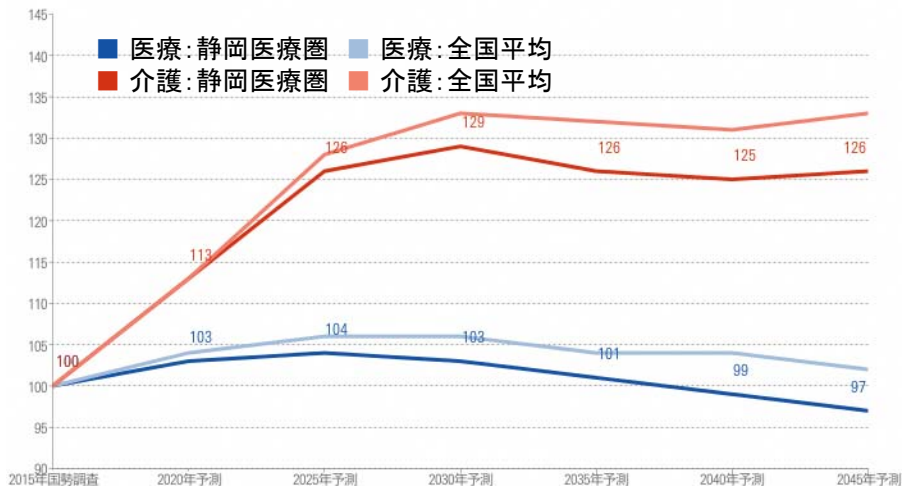


※ 年齢区分(15歳未満、15~64歳、65歳以上)ごとに、平成22年を100とした各年の人口比を経年で比較した。

出典: 静岡県 統計センターしずおか「静岡県年齢別人口推計」(H22及びH27は国勢調査)

静岡県中部・西部地域(4医療圏)の医療・介護需要予測

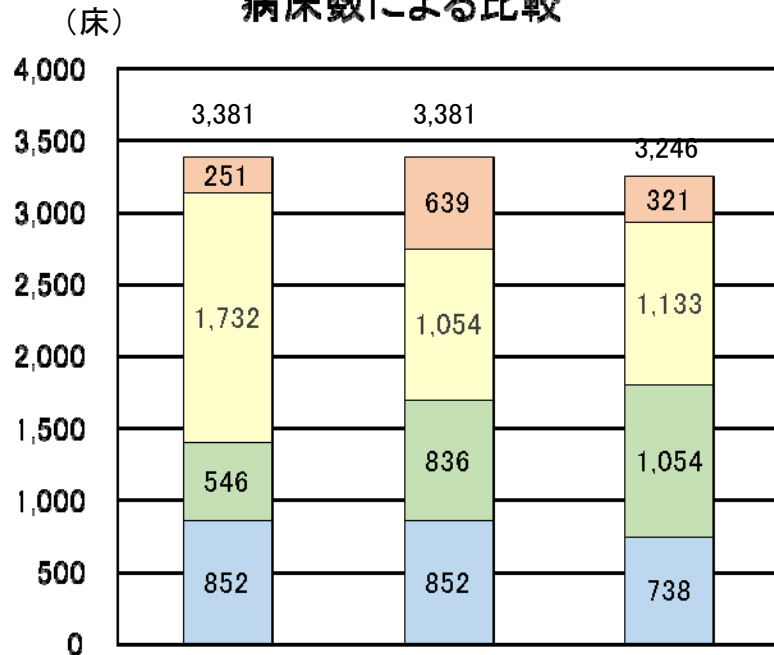
医療介護需要予測指数(2015年実績=100)



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 静岡・志太榛原・中東遠・西部の各医療圏

病床機能報告と地域医療構想からみた病床数と病床機能（志太榛原構想区域）

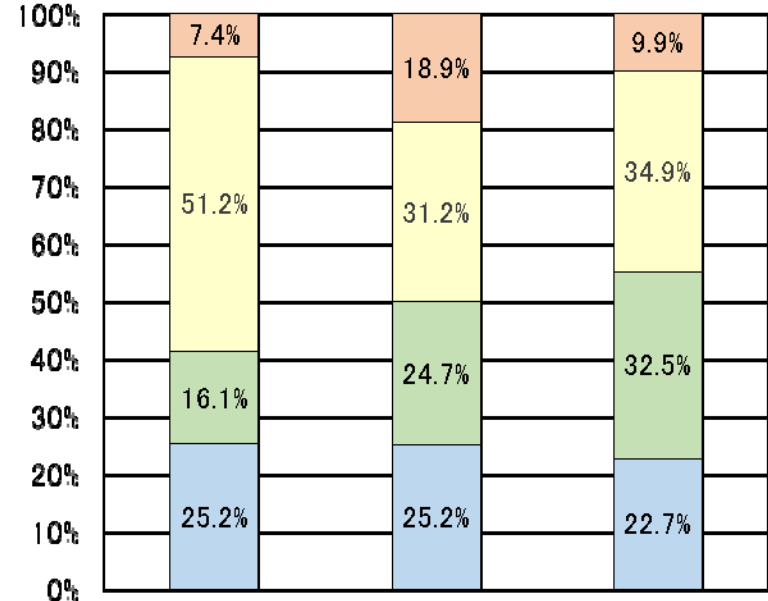
病床数による比較



病床機能報告(2018年)
病院単位の積み上げ
定量的基準(2018年)
客観的基準による補正
病床の必要量(2025年)
将来需要からみた目安

■慢性期 ■回復期 ■急性期 ■高度急性期

病床機能の構成割合による比較



病床機能報告(2018年)
定量的基準(2018年)
病床の必要量(2025年)

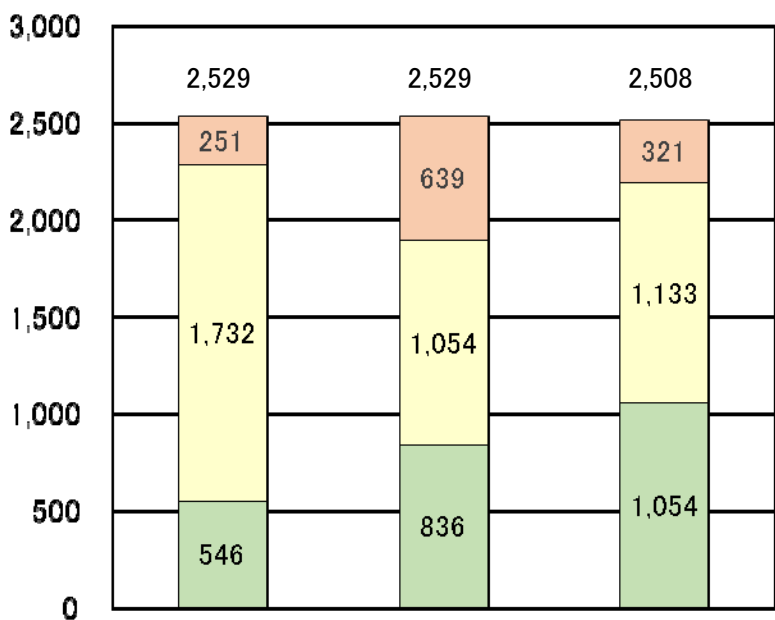
■慢性期 ■回復期 ■急性期 ■高度急性期

※ 定量的基準は「静岡方式」による

令和元年度 第1回 静岡県医療対策協議会 資料7(静岡県健康福祉部医療政策課)を基に作成

病床機能報告と地域医療構想からみた病床数と病床機能（志太榛原構想区域）

病床数による比較(慢性期除く)



病床機能報告(2018年)
病院単位の積み上げ
定量的基準(2018年)
客観的基準による補正
病床の必要量(2025年)
将来需要からみた目安

■回復期 ■急性期 ■高度急性期

病床機能の構成割合による比較(慢性期除く)



病床機能報告(2018年)
定量的基準(2018年)
病床の必要量(2025年)

■回復期 ■急性期 ■高度急性期

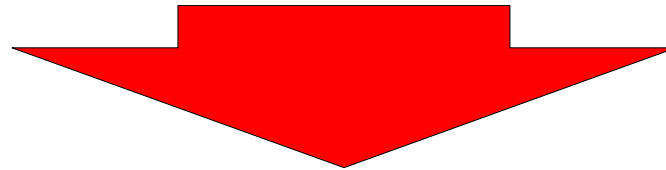
※ 定量的基準は「静岡方式」による

令和元年度 第1回 静岡県医療対策協議会 資料7(静岡県健康福祉部医療政策課)を基に作成

二次医療圏(構想区域)単位を超えた 広域的な医療提供体制について

二次医療圏(構想区域)を超えた広域的な対応

- 静岡県保健医療計画策定時における現状把握
 - 各二次医療圏における患者の流出入割合
 - 各二次医療圏における医療の自己完結率



疾病や事業によっては医療資源が限られるため、
より広域的な視点から、病床の医療機能を見直す

静岡県における各二次保健医療圏の流出入患者割合と医療の自己完結率

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

※ 網掛けは二次医療圏の見直し基準(医療計画作成指針 平成29.3.31)に該当する項目

<出典>

人口:静岡県経営管理部「静岡県年齢別人口推計」(平成28年10月1日現在)

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

※ 医療の自己完結率は一般病床及び療養病床の入院患者

平成29年度 静岡県保健医療計画 第2回策定作業部会資料を基に作成

【参考】賀茂・熱海伊東保健医療圏の流出入患者割合(県外・駿東田方圏域)

二次保健 医療圏域	区分	患者の流出入割合				医療の自己完結率	
		流入		流出			
		H29	H26	H29	H26	H29	H26
賀茂	総数	25.1%	26.0%	35.4%	37.5%	64.6%	62.5%
	県外除き	12.1%	9.9%	30.9%	33.3%	—	—
熱海伊東	総数	29.3%	32.7%	38.1%	47.2%	61.9%	52.8%
	県外除き	12.8%	14.7%	28.1%	35.4%	—	—

※ 網掛けは二次医療圏の見直し基準(医療計画作成指針 平成29.3.31)に該当する項目

<出典>

人口:静岡県経営管理部「静岡県年齢別人口推計」(平成28年10月1日現在)

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

※ 医療の自己完結率は一般病床及び療養病床の入院患者

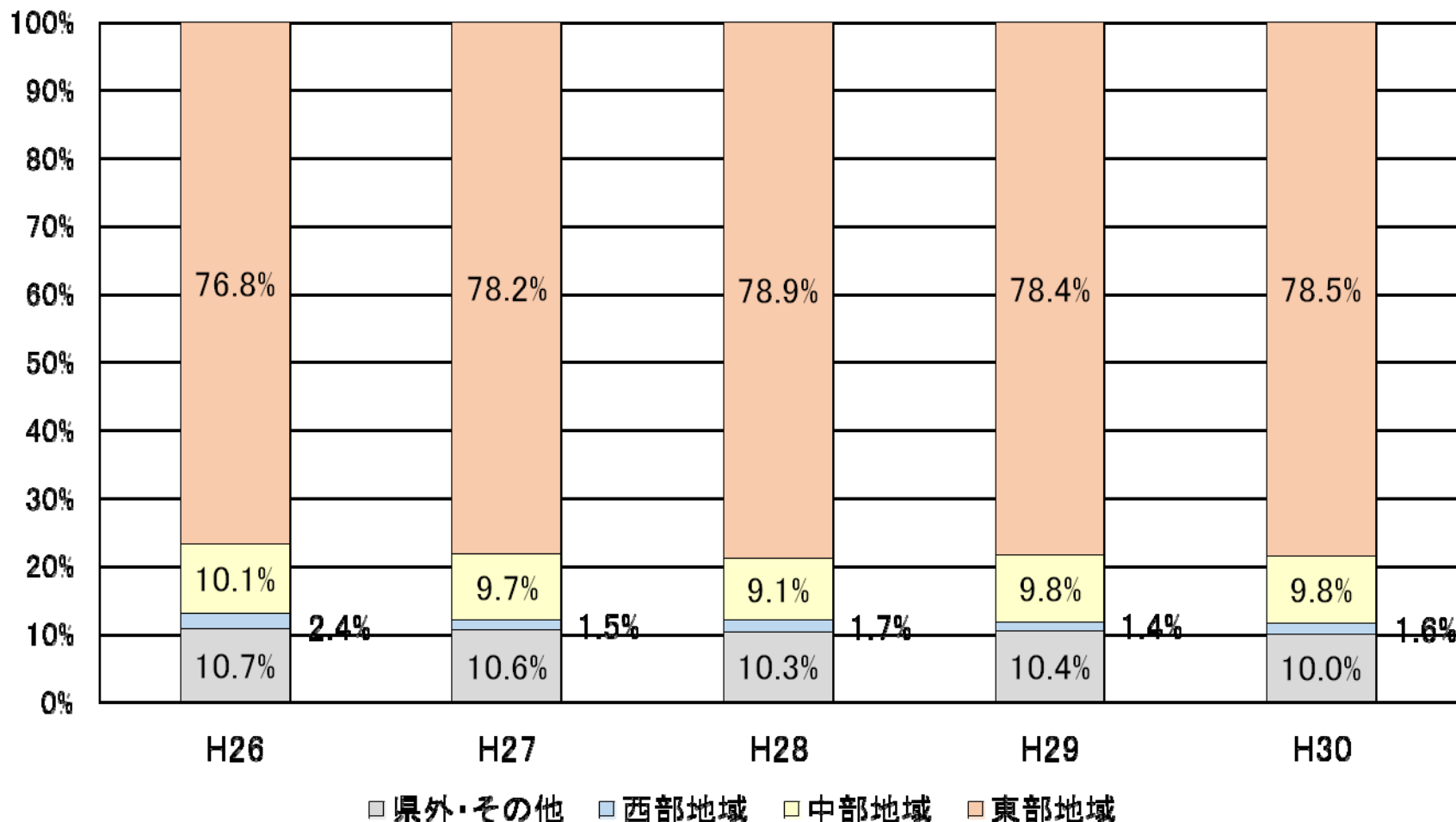
賀茂・熱海伊東保健医療圏の駿東田方圏域への流出患者の内訳

	駿東田方圏域への流出入患者数			
		うち 順天堂	うち がんセンター	2病院の合計
賀茂	138	66	28	94
熱海伊東	135	78	38	116
計	273	144	66	210

※ 一般病所の入院患者

平成29年度 静岡県保健医療計画 第2回策定作業部会資料を基に作成

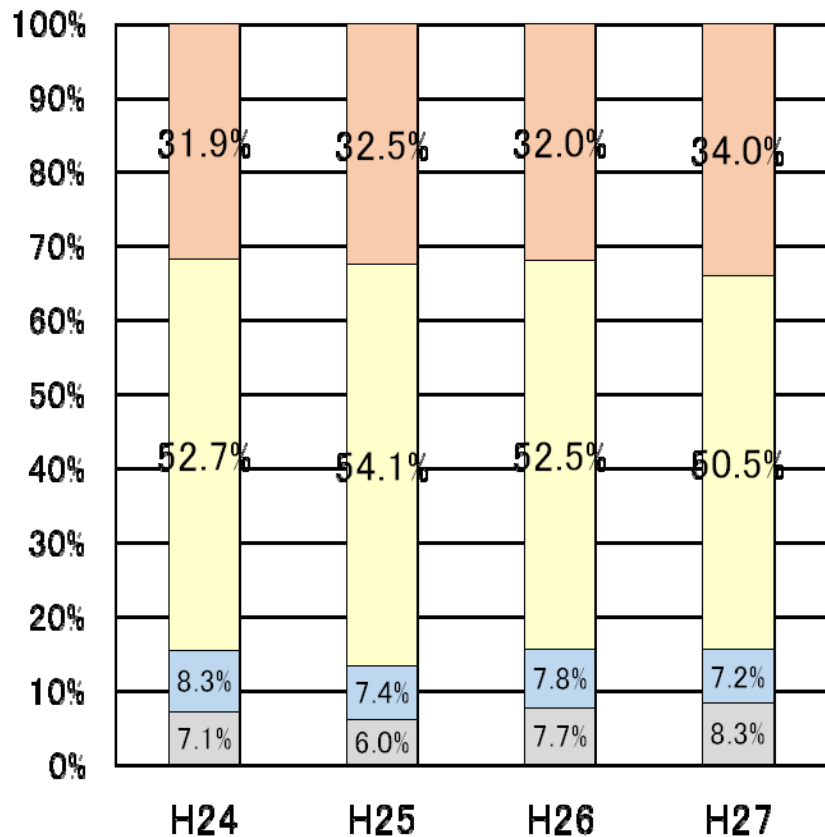
【参考】静岡県立静岡がんセンターにおける地域別初診患者割合



静岡県立静岡がんセンター「診療実績・統計データ」(同病院ホームページ)を基に作成

【参考】静岡県立こども病院における地域別患者状況

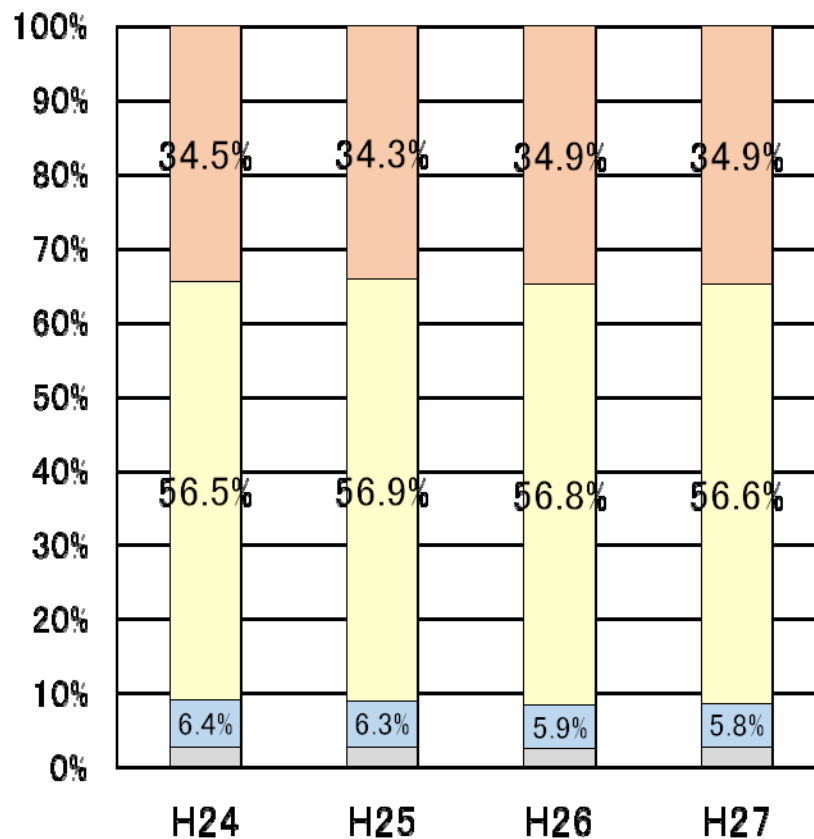
入院



県外・その他
 西部地域
 中部地域
 東部地域

※ 患者数はレセプト件数

外来

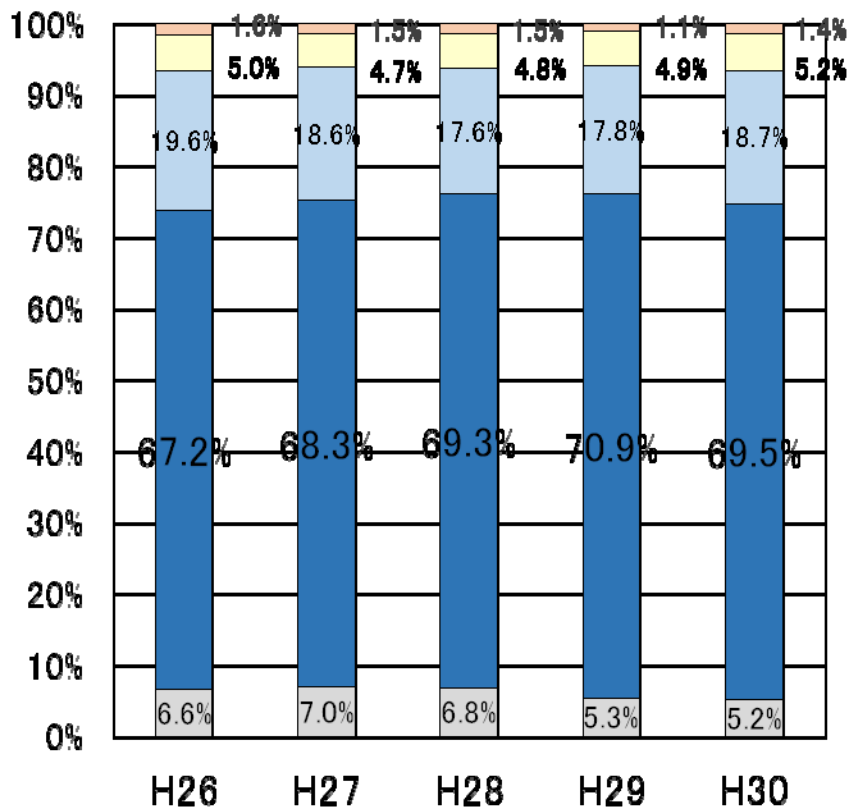


県外・その他
 西部地域
 中部地域
 東部地域

静岡県立こども病院「年報」(同病院ホームページ)を基に作成

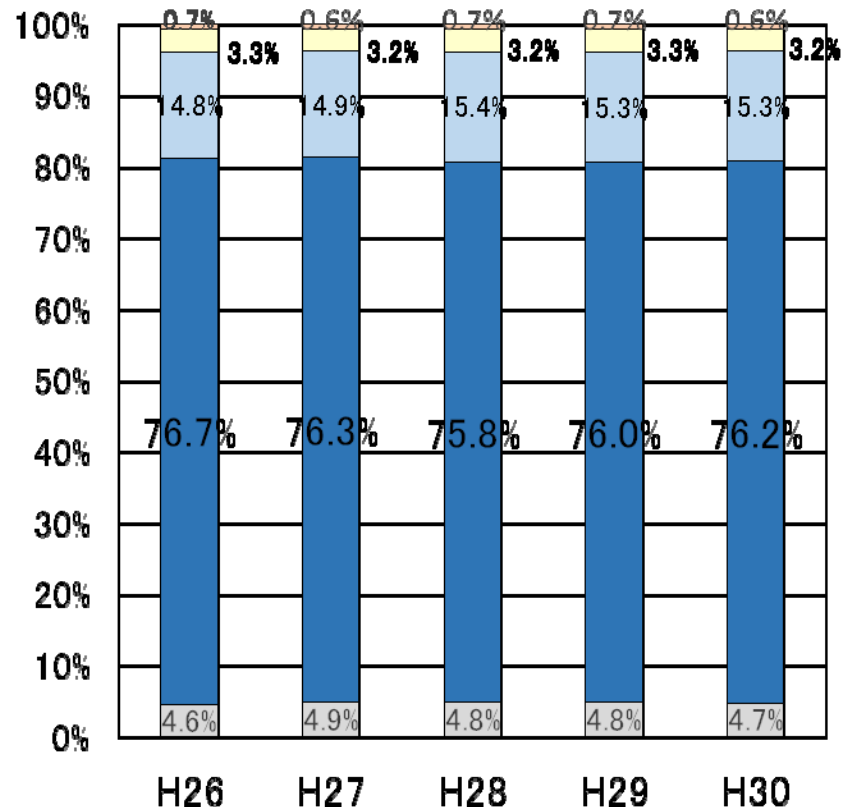
【参考】浜松医科大学医学部附属病院における地域別患者状況

入院



- 県外・その他
- 西部地域(西部医療圏)
- 西部地域(中東遠医療圏)
- 中部地域
- 東部地域

外来



- 県外・その他
- 西部地域(西部医療圏)
- 西部地域(中東遠医療圏)
- 中部地域
- 東部地域

浜松医科大学「概要」(同大学ホームページ)を基に作成

二次医療圏の設定と二次医療圏間の患者流出入割合（静岡県）

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

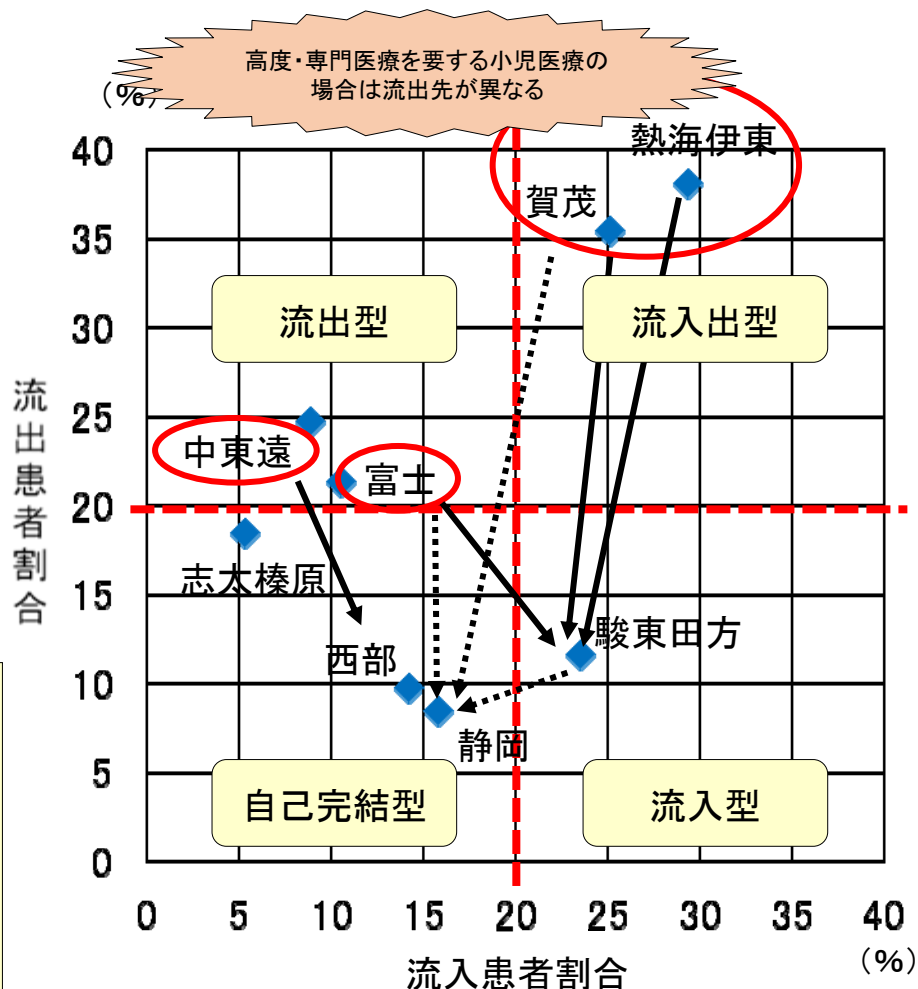
- 人口規模が20万人未満
- 流入患者割合が20%未満
- 流出患者割合が20%以上

「トリプル20基準」

静岡県保健医療計画策定時の経緯（平成29年度当時）

いずれの医療圏もトリプル20基準を下回っていること、賀茂、熱海伊東、富士の各医療圏は駿東田方医療圏へ、中東遠医療圏は西部医療圏へ多くの患者が流出しているが、「今の医療圏を保ちながら部分的には垣根を超えた協力が必要」などの地域の意見や、地理的・社会的条件などから、医療圏の見直しは行わなかった。

出典：平成29年8月21日 静岡県医療審議会資料



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

医師確保計画について

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回 医師需給分科会（平成30年10月24日）
資料1（抜粋・一部改変）

背景

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

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

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

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

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

医師多数区域・医師少数区域の設定

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



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

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

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

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

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

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

目標医師数を達成するための施策

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

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

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標	計画	第7次				第8次（前期）	第8次（後期）				
	設計	策定										
	(国)	(県)										

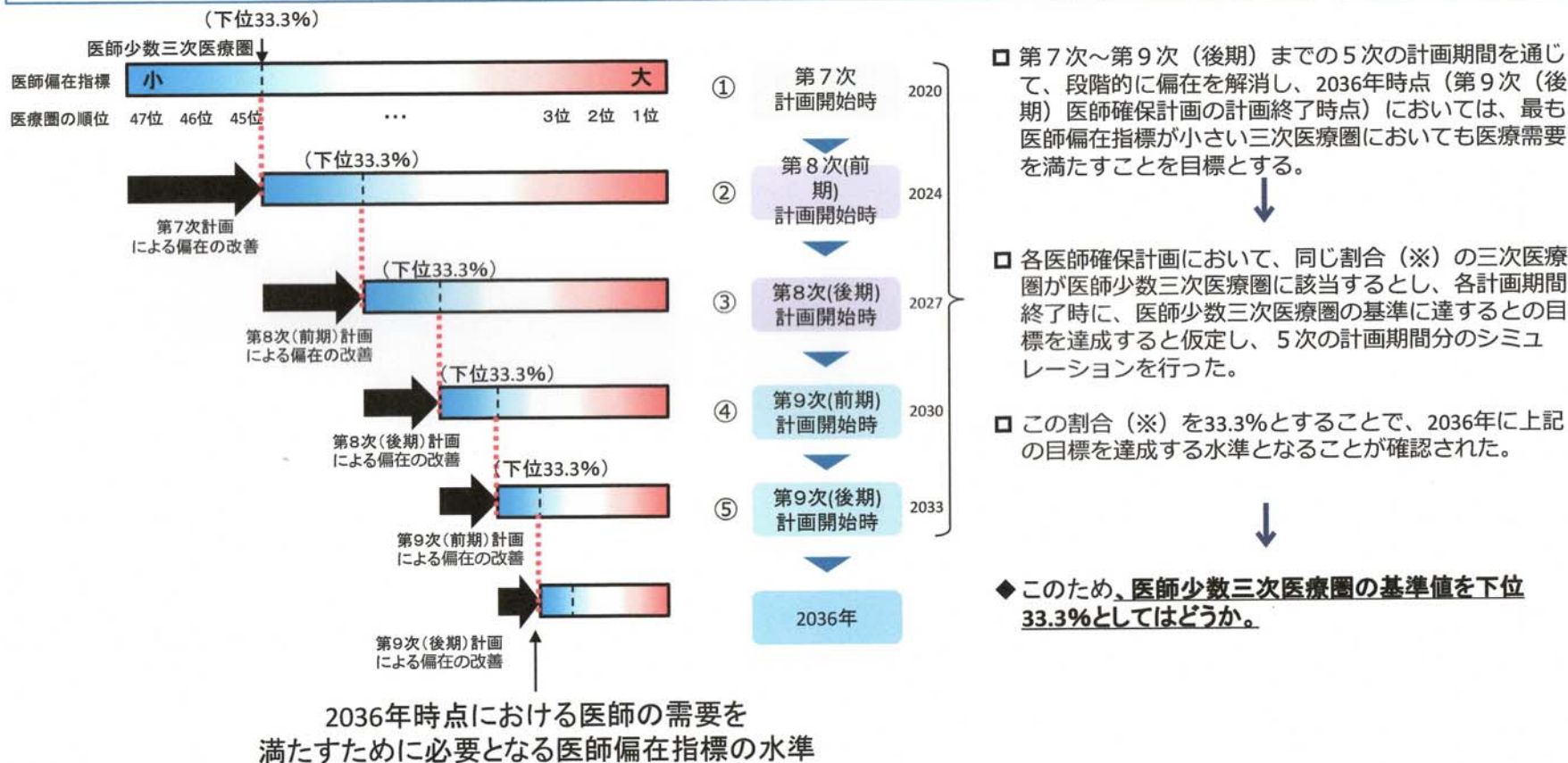
* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

都道府県による医師の配置調整のイメージ



医師少数区域等の基準の設定

- 医師少数三次医療圏の基準を定めるに当たりどのように考えたらよいか。
 - 最も医師偏在指標が小さい三次医療圏においても、2036年に、医療需要を満たすだけの医師を確保することを目標として、医師少数三次医療圏の基準を定めることとしてはどうか。

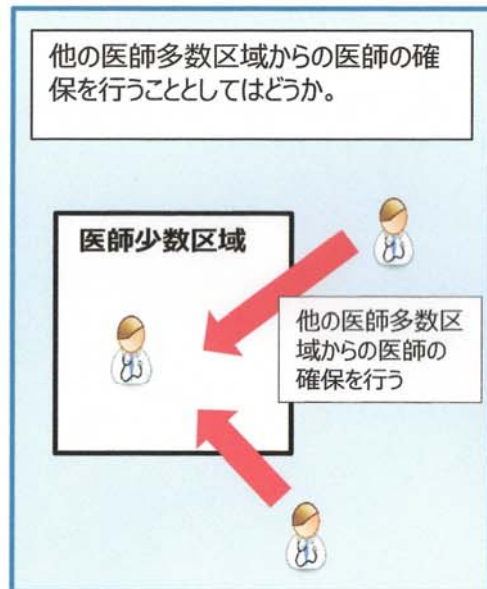


- 医師少数区域、多数区域(二次医療圏単位)及び医師多数三次医療圏についても、施策の整合性の観点から、同様の値(下位/上位33.3%)を基準値としてはどうか。

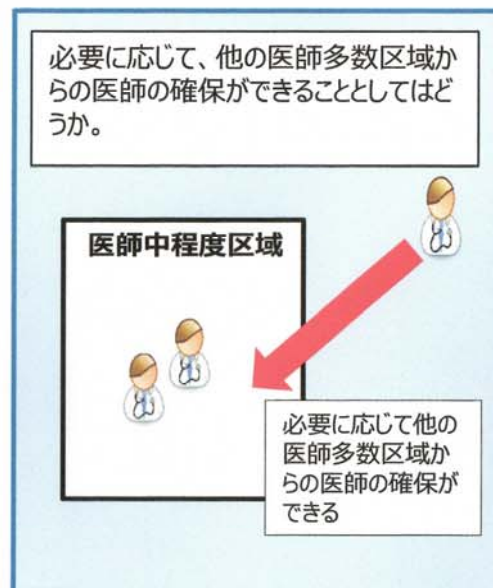
二次医療圏の医師の多寡の状況による医師の確保の方針の違い(案)

- 医師**少数**区域 : 他の医師多数区域からの**医師の確保を行う**こととしてはどうか。
- 医師**中程度**区域 : **必要に応じて、他の医師多数区域からの医師の確保ができる**こととしてはどうか。
- 医師**多数**区域 : **二次医療圏外からの医師の確保を行わない**こととしてはどうか。

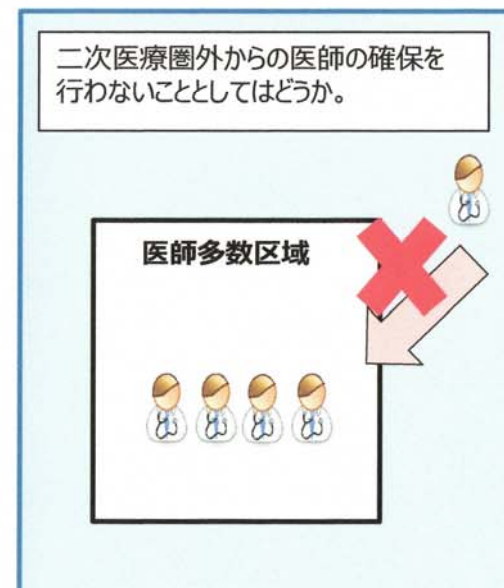
医師**少数**区域 (二次医療圏)



医師**中程度**区域 (二次医療圏)



医師**多数**区域 (二次医療圏)



- 二次医療圏外からの医師の確保 (まとめ)

	医師少数区域	医師中程度区域	医師多数区域
	可能	必要に応じて可能	不可

静岡県医師確保計画 骨子(案) (1)

1 基本的事項

(1) 計画策定の趣旨

- ・ 平成30年度医療法改正により、医師の「確保方針」「確保の目標」「施策内容」を定める「静岡県医師確保計画」を策定

(2) 計画の位置付け

- ・ 医療計画の一部 ← 医療計画の計画期間は6年(3年で中間見直し)

(3) 計画の期間

- ・ 計画期間は3年(当初は4年間) ← 平成30年度からの医療計画と連動

2 医師確保の方針

(1) 現状と課題

- ・ 本県の医師数は依然として少数で、二次医療圏ごとに偏り
- ・ 医学修学研修資金の被貸与者は貸与期間が短い
- ・ 専攻医は増加しているが、専攻医の確保は引き続き大きな課題
- ・ 専門医研修プログラムについて、診療科別または病院別に偏り

令和元年度 第1回静岡県医療審議会(令和元年8月27日)資料2-4(抜粋)に追記

静岡県医師確保計画 骨子(案) (2)

2 医師確保の方針

(2) 医師少数区域・多数区域・医師少数スポットの設定

→ 医師少数区域・医師多数区域については、別に提示

→ 医師少数スポット*については、国の「医師確保計画策定ガイドライン」等の考え方を参考に、ふじのくに地域医療支援センター理事会及び静岡県医療対策協議会で引き続き議論を行う。

* 医師少数スポット

二次医療圏単位では医師少数区域に該当しない圏域内に存在する、離島や山間部等のへき地など、局所的に医師が少ない地域(ただし、全ての無医地区等を無条件に設定すること等は不適切。)

(3) 医師確保の方針

- ・ 医師少数県として、医師多数都道府県等から医師の確保に取り組む
- ・ 医師少数区域においても、医師多数区域等からの医師の確保に取り組む

令和元年度 第1回静岡県医療審議会（令和元年8月27日）資料2-4（抜粋）に追記

静岡県における医療施設従事医師数(人口10万人当たり)と医師偏在指数(二次医療圏別)

地域	医療圏	人口10万人当たり 医療施設従事医師数		医師偏在指標 (平成31年4月1日時点)		
			県内順位 (降順)		区分	県内順位 (降順)
東部	賀茂	148.8	6	110.0	医師少数区域	8
	熱海伊東	211.8	4	172.1	中位	4
	駿東田方	217.7	3	192.7	中位	3
	富士	146.9	7	150.4	医師少数区域	7
中部	静岡	229.5	2	209.0	医師多数区域	2
	志太榛原	155.3	5	170.1	中位	5
西部	中東遠	146.3	8	160.5	医師少数区域	6
	西部	244.8	1	239.0	医師多数区域	1
静岡県		200.8	40/47 (全国順位)	193.1	39/47 (全国順位)	—

出典:厚生労働省「平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査」(人口10万人当たり医師数)
資料提供:静岡県健康福祉部地域医療課(医師偏在指標)

静岡県医師確保計画 骨子(案) (3)

3 目標医師数

- ・ 計画期間中(4年間)に、県が計画期間開始時の下位33.3%の基準を脱するためには要する医師数を目標医師数として設定

4 目標医師数を達成するための施策

- 地域枠医師の確保
- キャリア形成プログラム
- 医学修学研修資金制度
- 専攻医の確保
- 定着促進策の推進
- 寄附講座の充実
- 医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援

令和元年度 第1回静岡県医療審議会(令和元年8月27日)資料2-4から抜粋

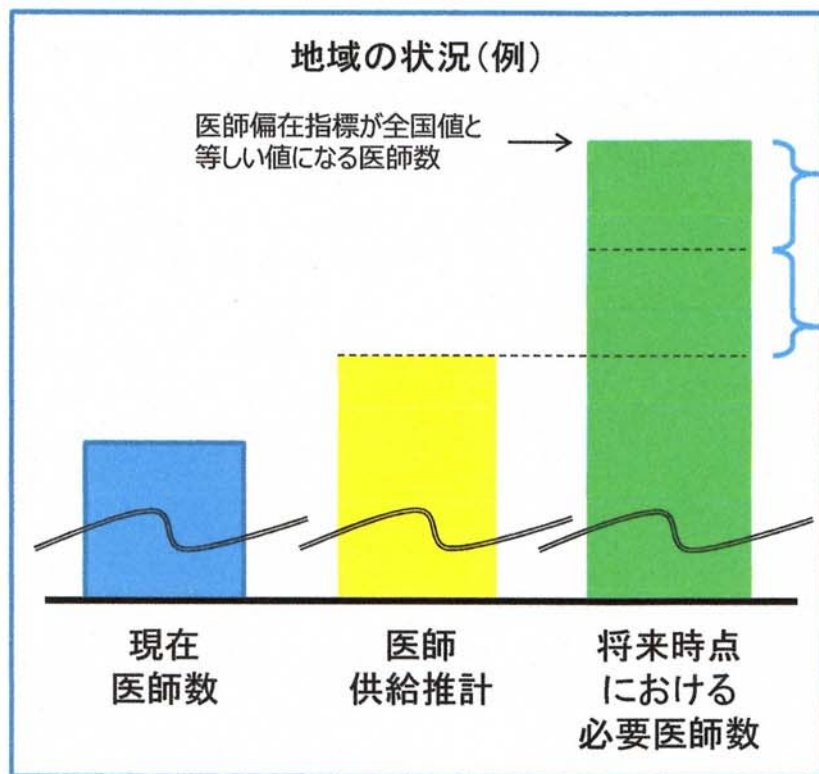
将来時点における必要医師数を達成するための対策について

医療従事者の需給に関する検討会
第23回 医師需給分科会(平成30年10月24日)資料・一部改変

論点

- 地域ごとの将来時点における必要医師数と、医師供給推計とのギャップを解消するために、どのような対策が考えられるか。

地域ごとの将来時点における必要医師数を達成するための対策のイメージ

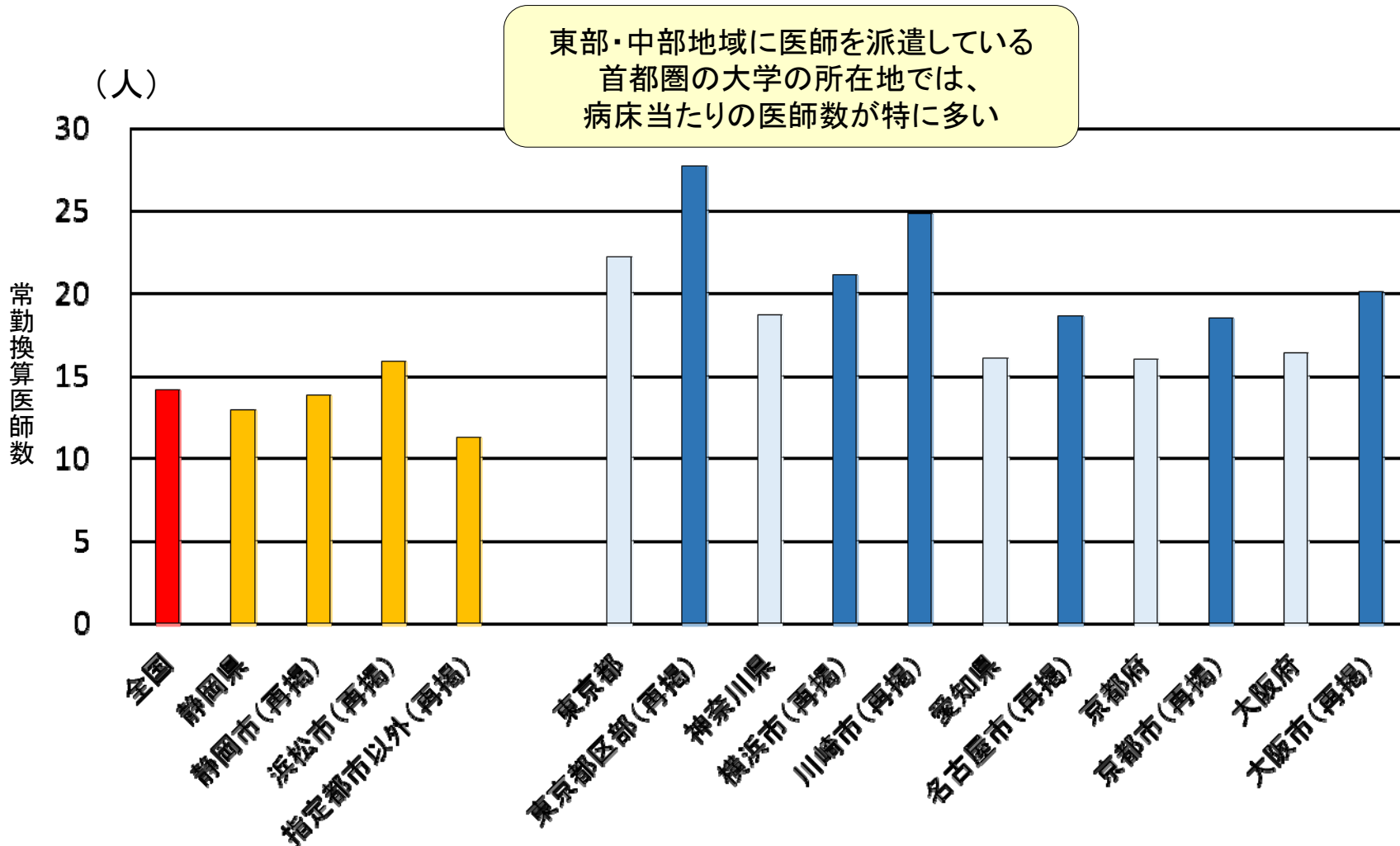


将来時点における必要医師数と医師供給推計のギャップのうち、一定程度は、**大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員等の要請により対応する。**

将来時点における必要医師数と医師供給推計のギャップのうち、一定程度は、**医師派遣や定着促進などの養成以外の施策で対応する。**

- 医師を派遣(長期・短期)できる仕組みの構築
- 医師を派遣(短期・外来支援等)可能な病院への支援(時間外労働上限規制にも留意)
- 医師が県内定着しやすい子育て・教育環境の整備(女性医師支援センター等からの意見)

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

静岡県医師確保計画 骨子(案) (4)

5 産科・小児科における医師確保計画

(1) 産科・小児科における医師確保の方針

- 産科、小児科とも医師の確保に取り組む

(2) 産科・小児科における現状と課題

- 分娩を取り扱う産科医が減少
- 小児科医について、本県は偏在指標上全国45位
- 専門医研修プログラムの基幹となる医療機関の所在地に偏り

(3) 産科・小児科における偏在対策基準医師数

- 計画期間中(4年間)に、相対的医師少数区域等の基準値(下位33.3%)に達することとなる医師数を設定

(4) 現状と課題を踏まえた施策

- 寄附講座の充実
- 産科医等確保支援策の実施
- 産科・小児科の専門医研修プログラムの策定推進
- 臨床研修医向け定着促進策の支援

令和元年度 第1回静岡県医療審議会(令和元年8月27日)資料2-4から抜粋

産科・小児科における医師偏在指標（暫定）

○ 産科

	区 分	医師偏在指標 (暫定)	順 位
静岡県	相対的医師少数県でない	12.6	19位*1
	東部 相対的医師少数区域でない	10.9	143位*2
	中部 相対的医師少数区域でない	15.0	67位*2
	西部 相対的医師少数区域でない	12.6	105位*2

*1 47都道府県における順位(降順)

*2 全国の284周産期医療圏における順位(降順)

○ 小児科

	区 分	医師偏在指標 (暫定)	順 位
静岡県	相対的医師少数県	84.2	45位*1

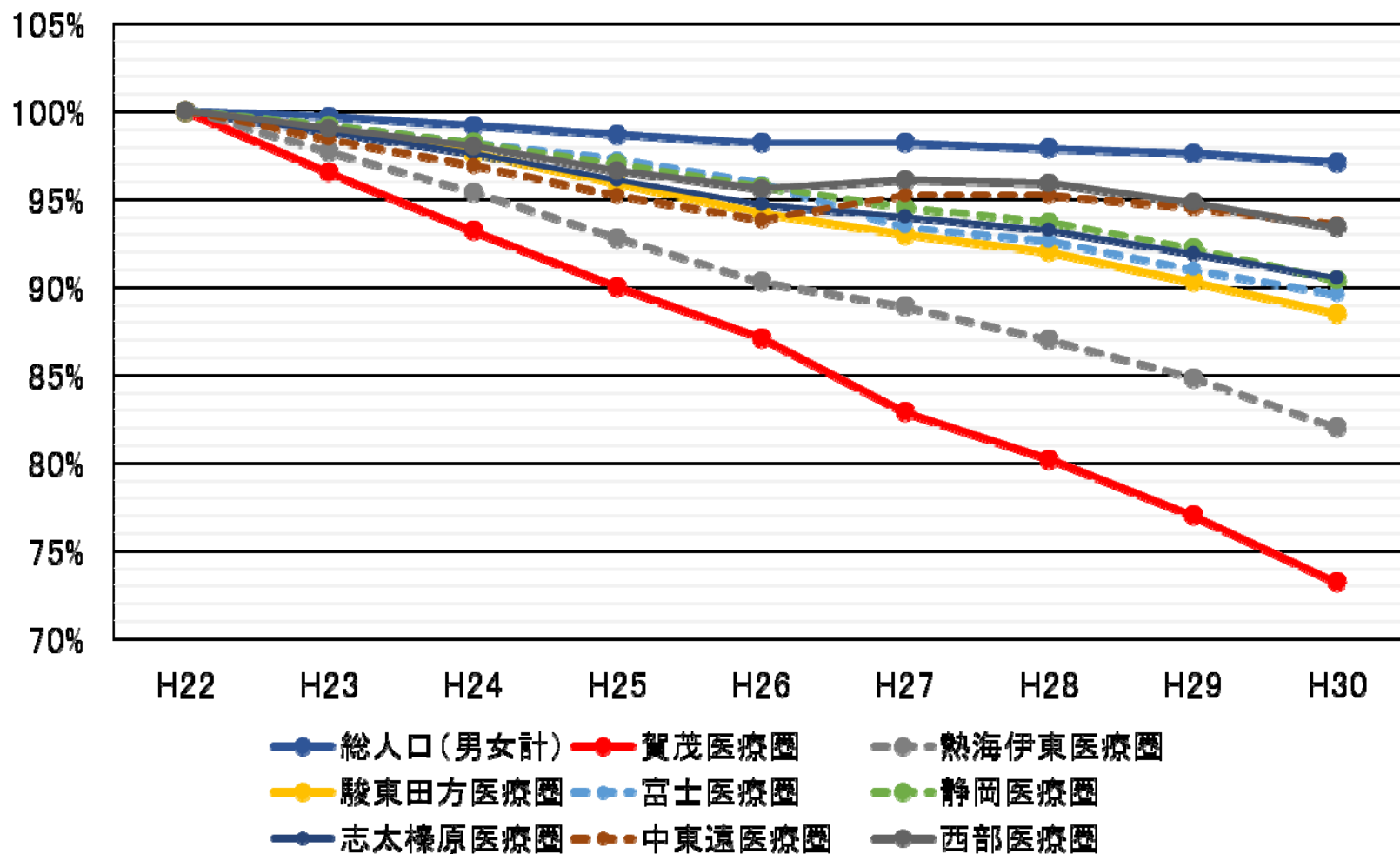
*1 47都道府県における順位(降順)

*2 全国の小児医療圏における本県の順位(本県では二次医療圏に一致)は国と調整中

令和元年度 第1回静岡県医療審議会（令和元年8月27日）資料2-4（別冊）から抜粋

人口構造の変化や周産期医療・小児医療の実情と
医師の働き方改革を踏まえ、
産科・小児科医療の将来像を考える

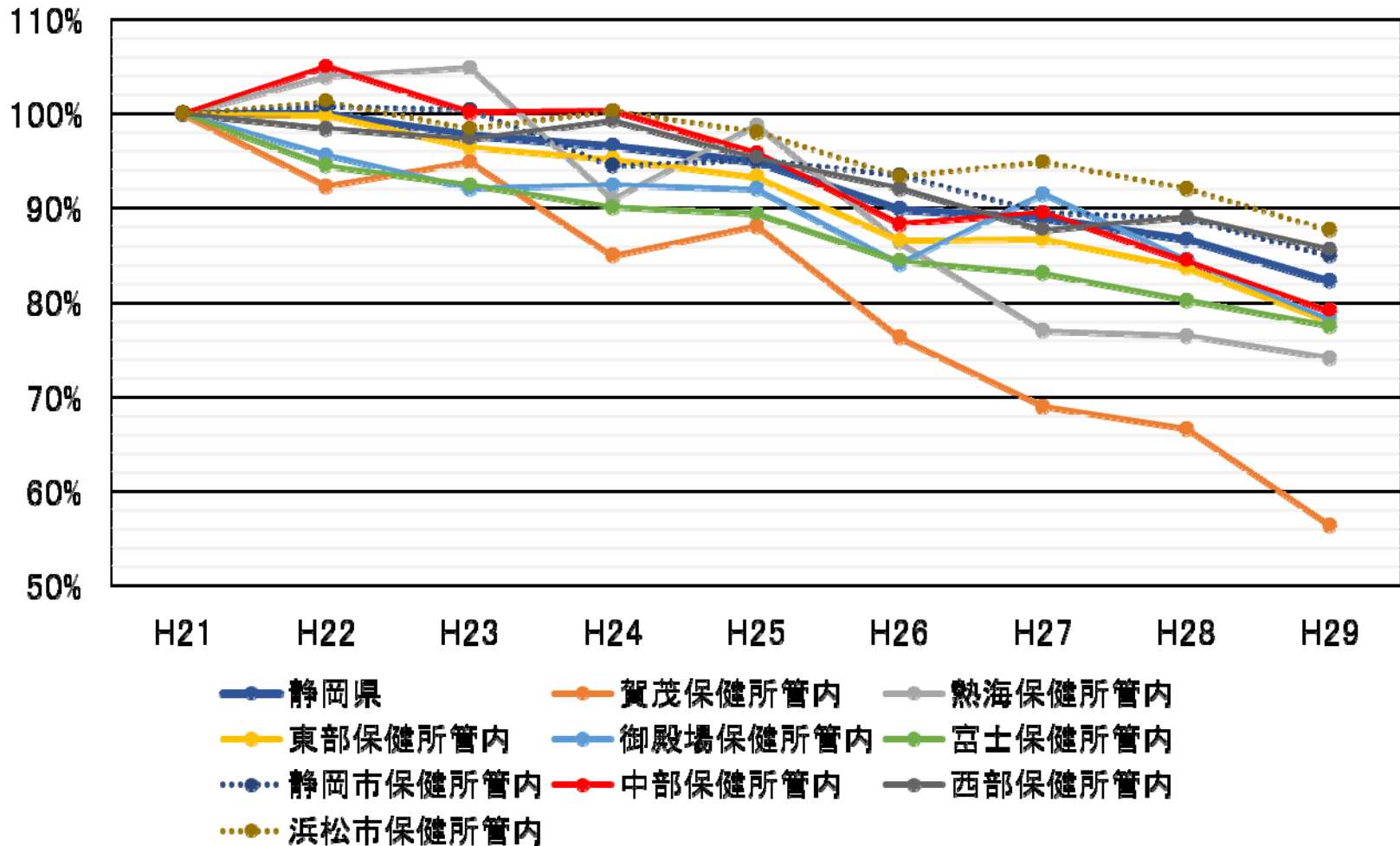
静岡県における二次医療圏(構想区域)別15~49歳女性人口の推移



※ 二次医療圏(構想区域)ごとに、平成22年を100とした各年の人口比を経年で比較した。

出典: 静岡県 統計センターしずおか「静岡県年齢別人口推計」(H22及びH27は国勢調査)

静岡県における保健所管内別出生数の推移

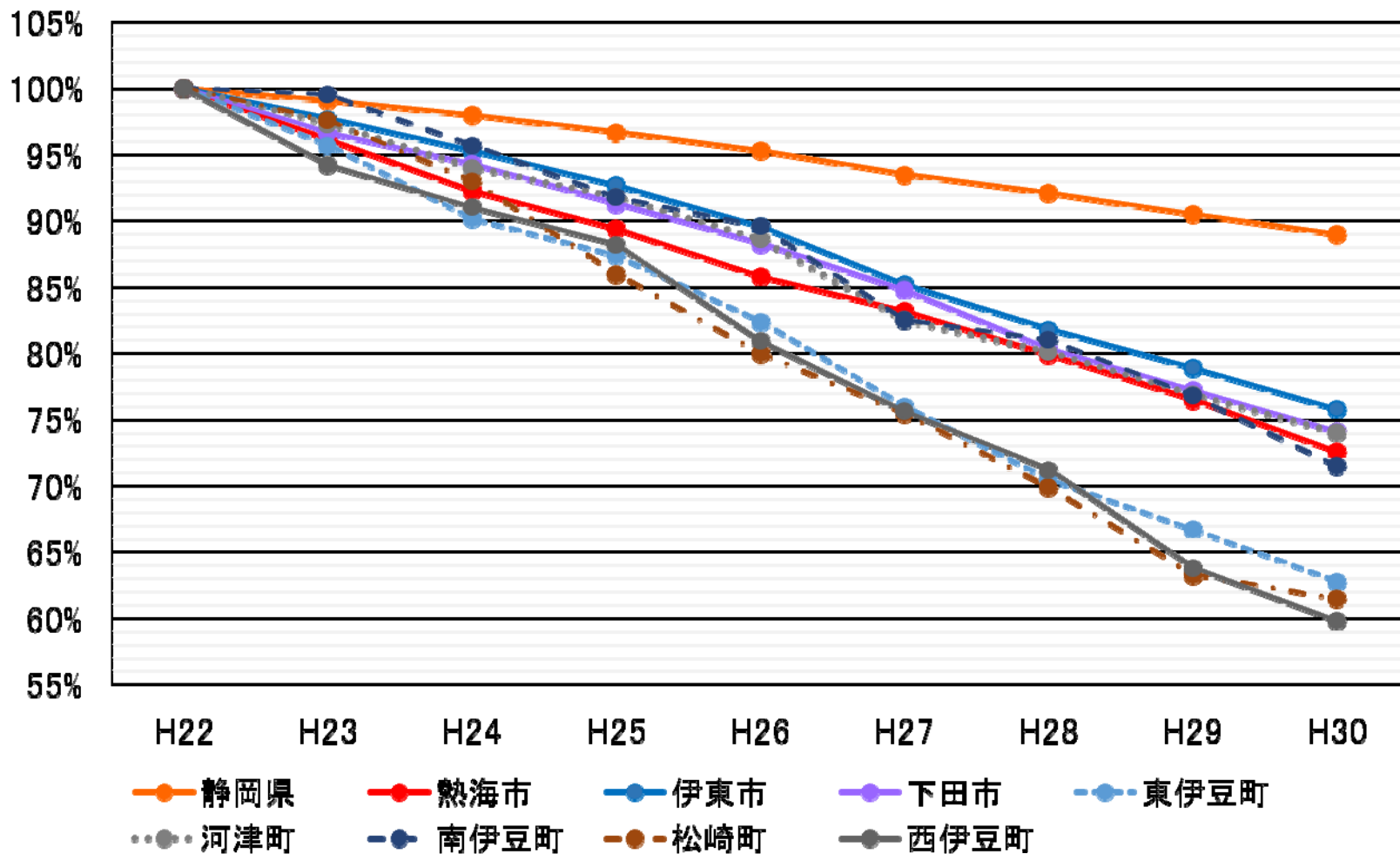


※ 保健所ごとに、平成21年の出生数を100とした各年の出生数の比を経年で比較した。

※ データラベルは中部保健所管内(志太榛原医療圏)の数値を示す。

出典:厚生労働省「人口動態統計」

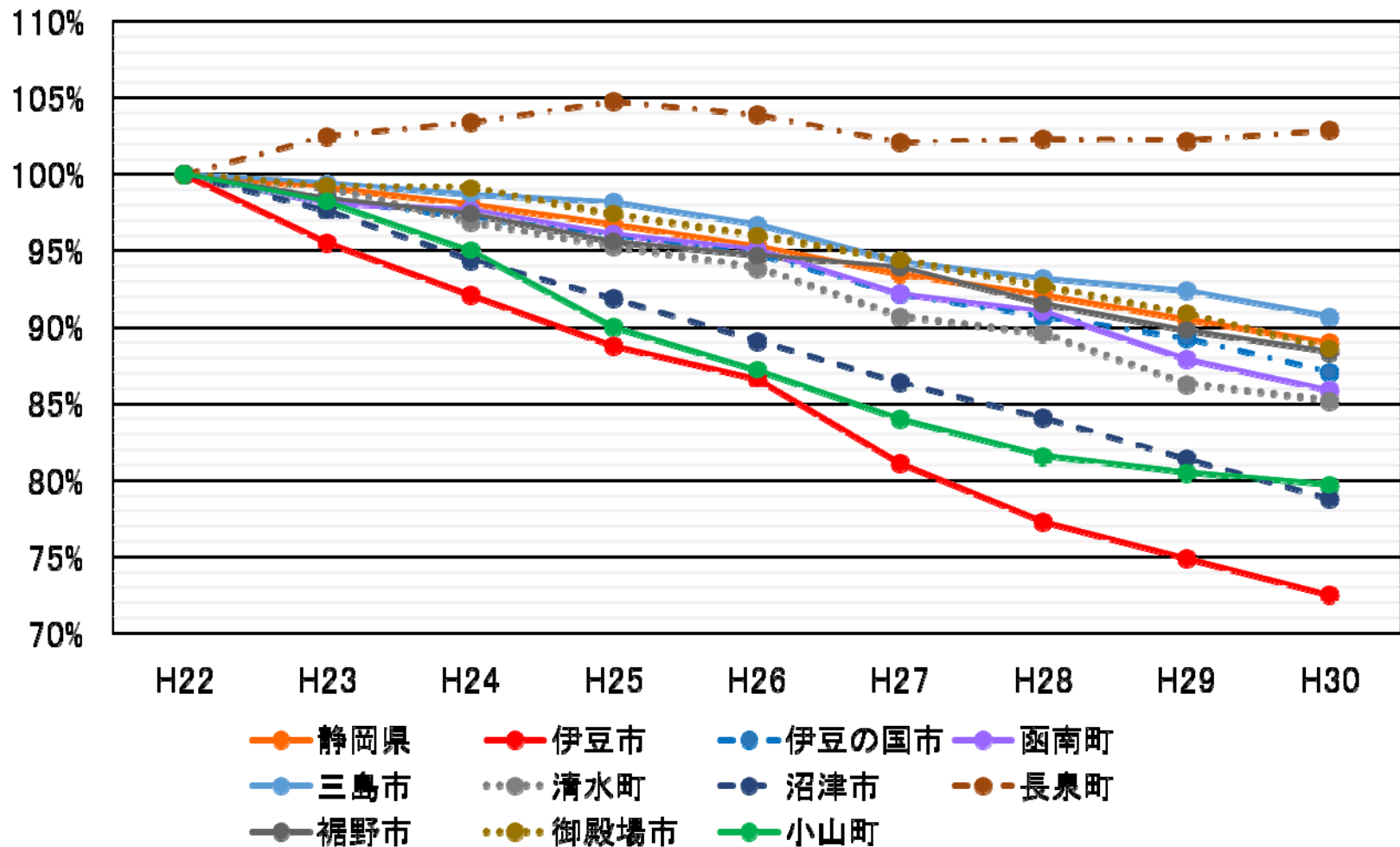
賀茂・熱海伊東の各医療圏の市町における年少人口の推移



※ 市町ごとに、平成22年の15歳未満人口を100とした各年の15歳未満人口の比を経年で比較した。

出典：静岡県 統計センターしずおか「静岡県年齢別人口推計」(H22及びH27は国勢調査)

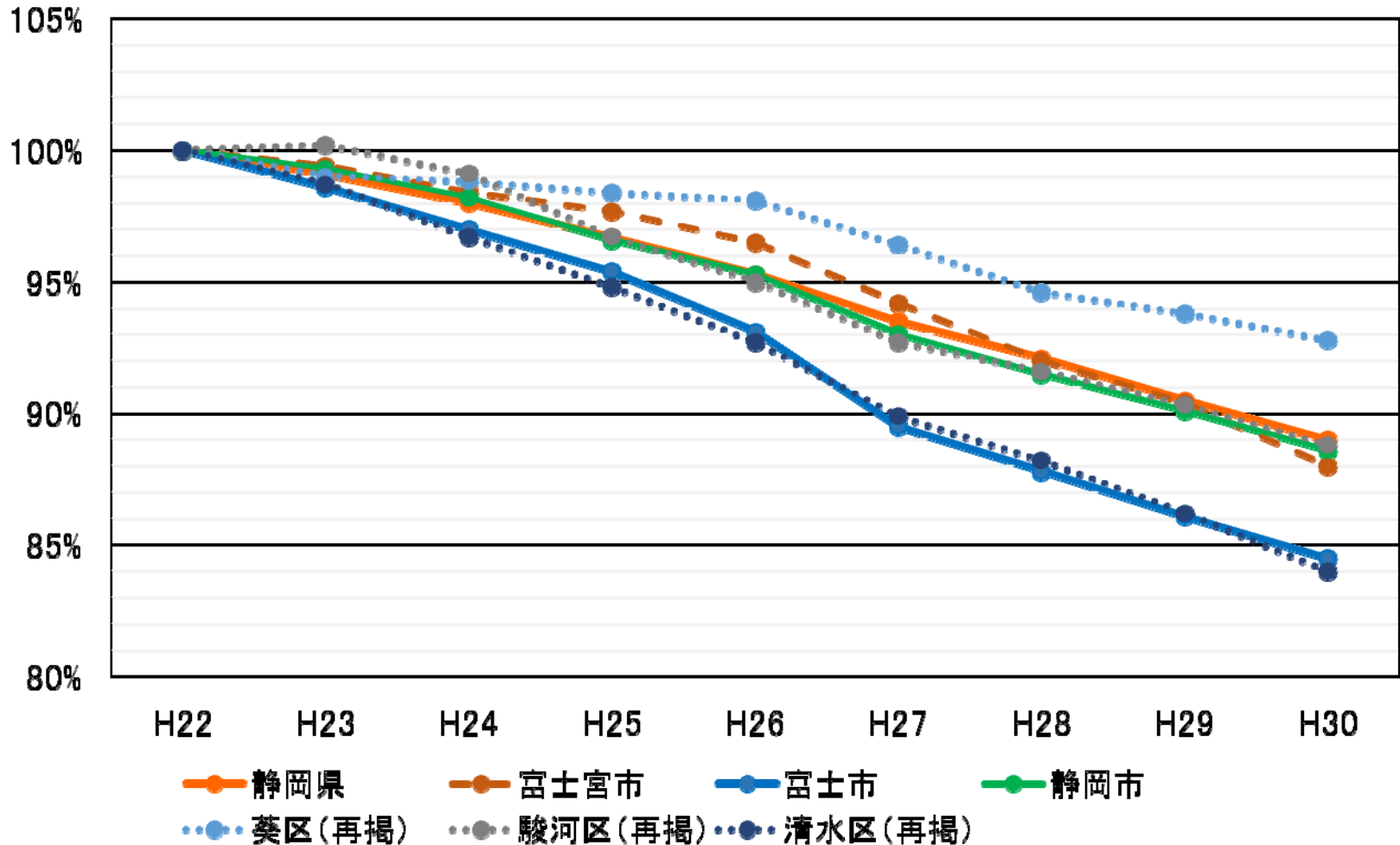
駿東田方医療圏の市町における年少人口の推移



※ 市町ごとに、平成22年の15歳未満人口を100とした各年の15歳未満人口の比を経年で比較した。

出典：静岡県 統計センターしずおか「静岡県年齢別人口推計」(H22及びH27は国勢調査)

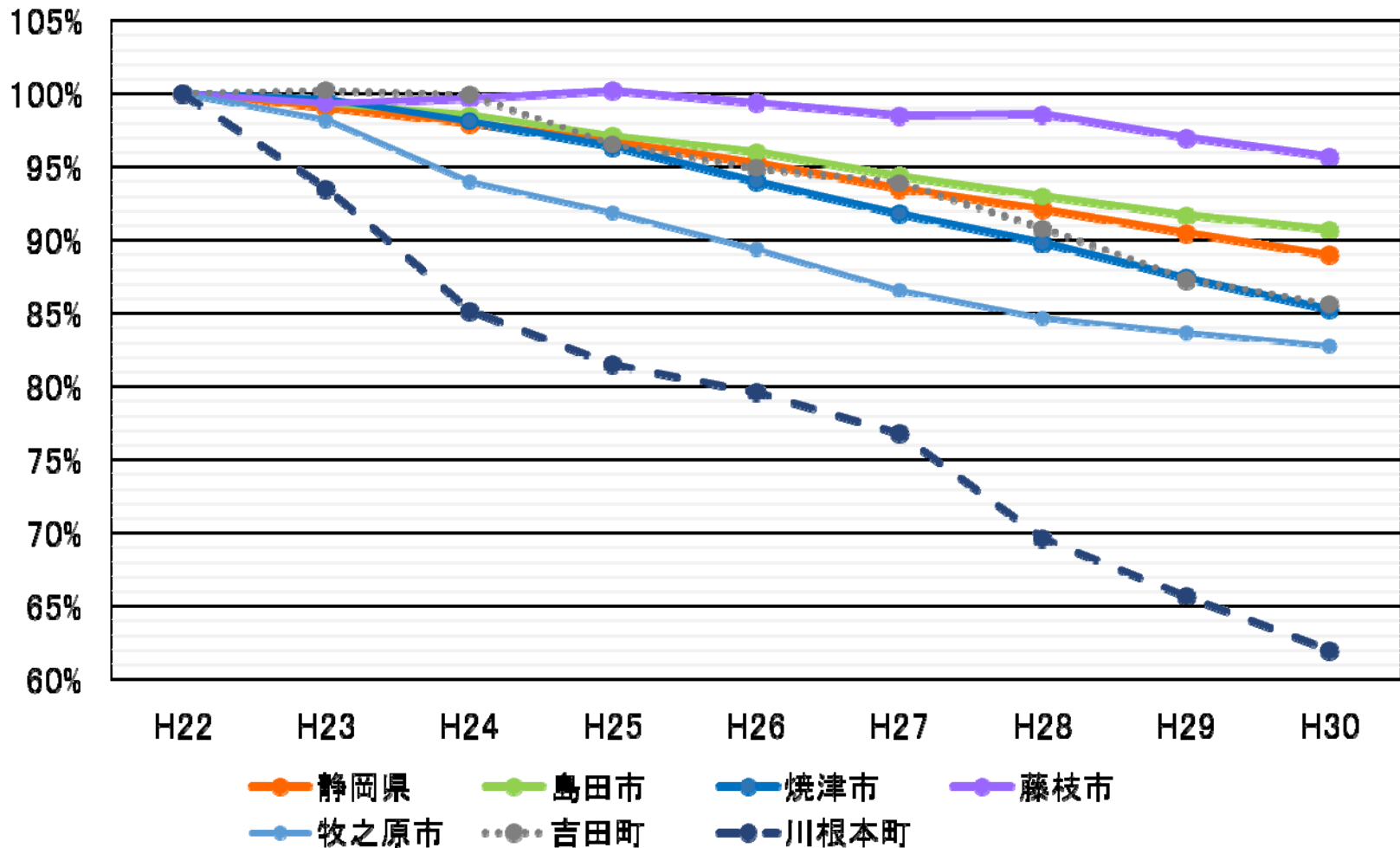
富士・静岡の各医療圏の市・区における年少人口の推移



※ 市町ごとに、平成22年の15歳未満人口を100とした各年の15歳未満人口の比を経年で比較した。

出典：静岡県 統計センターしずおか「静岡県年齢別人口推計」(H22及びH27は国勢調査)

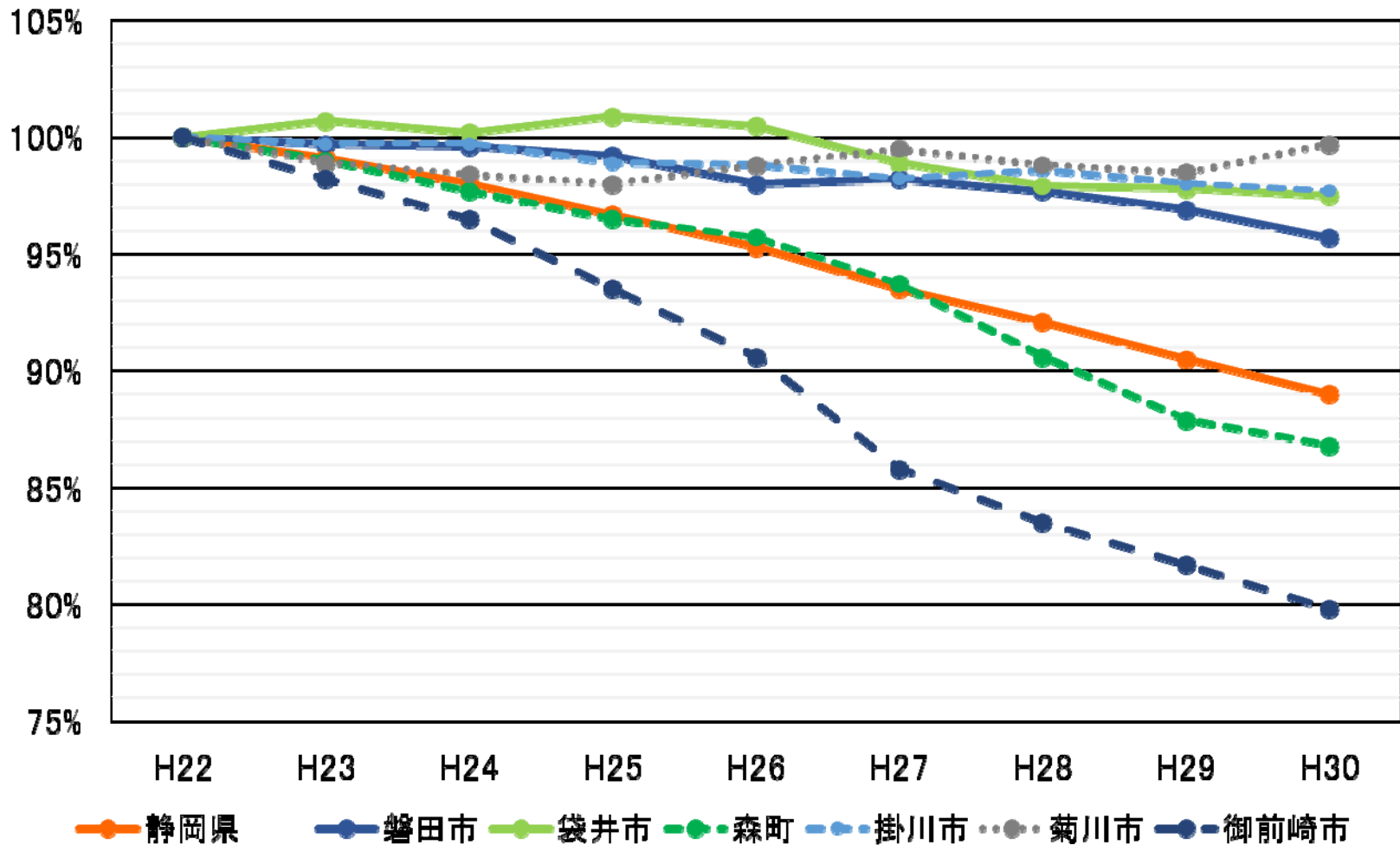
志太榛原医療圏の市町における年少人口の推移



※ 市町ごとに、平成22年の15歳未満人口を100とした各年の15歳未満人口の比を経年で比較した。

出典：静岡県 統計センターしずおか「静岡県年齢別人口推計」(H22及びH27は国勢調査)

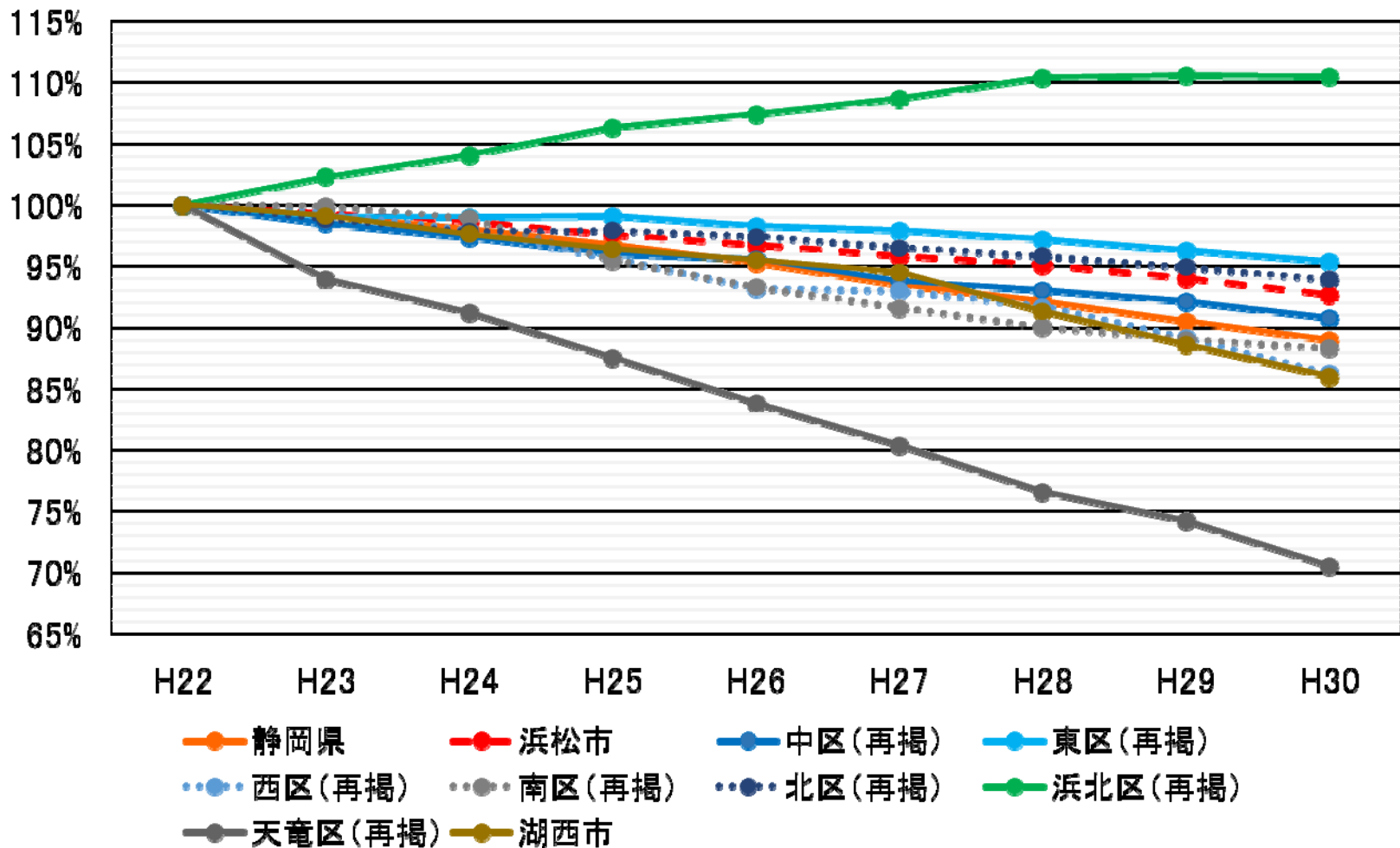
中東遠医療圏の市町における年少人口の推移



※ 市町ごとに、平成22年の15歳未満人口を100とした各年の15歳未満人口の比を経年で比較した。

出典：静岡県 統計センターしずおか「静岡県年齢別人口推計」(H22及びH27は国勢調査)

西部医療圏の市・区における年少人口の推移



※ 市町ごとに、平成22年の15歳未満人口を100とした各年の15歳未満人口の比を経年で比較した。

出典：静岡県 統計センターしずおか「静岡県年齢別人口推計」(H22及びH27は国勢調査)

静岡県における産婦人科・小児科の医師数の状況

	産婦人科			小児科		
	H20	H28	差 (H28-H20)	H20	H26	差 (H26-H20)
全県	315	345	30	459	476	17
賀茂	3	4	1	4	4	0
熱海伊東	9	8	▲1	9	16	7
駿東田方	58	68	10	66	64	▲2
富士	27	28	1	33	35	2
静岡	64	78	14	153	155	2
志太榛原	23	24	1	48	52	4
中東遠	24	32	8	31	34	3
西部	107	103	▲4	115	116	1

※ 医師数は医療施設従事医師数で、病院及び診療所で従事する医師数。

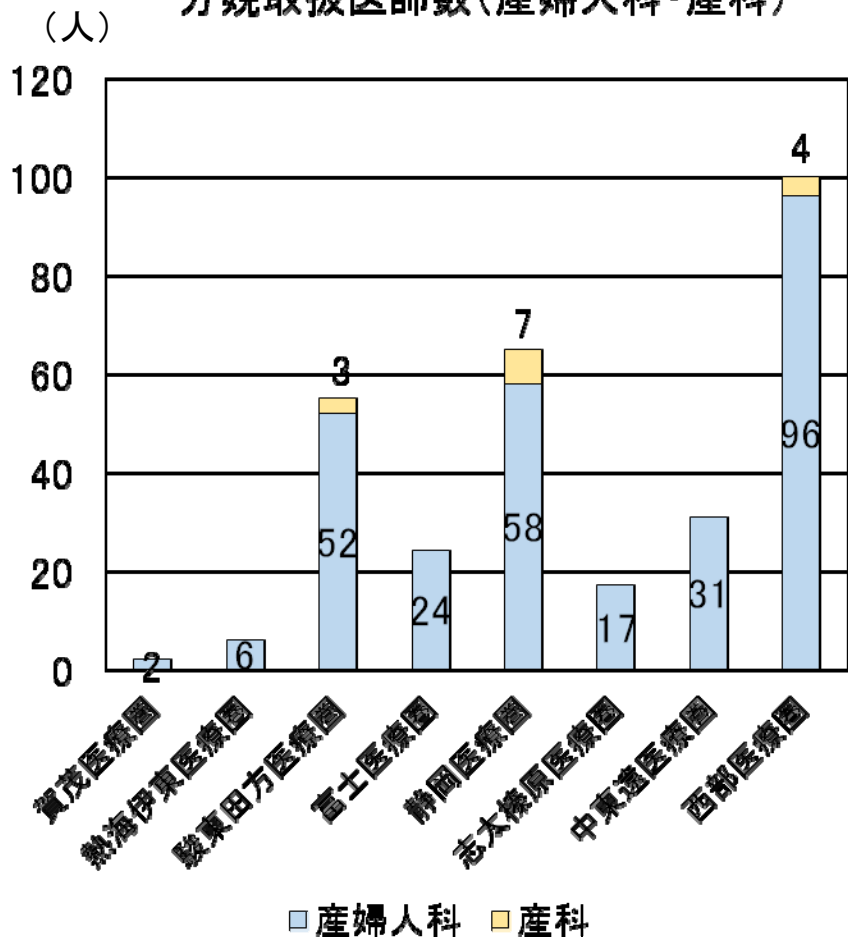
※ 医師数に常勤・非常勤の区別はない(非常勤医師を常勤換算していない)ことに留意。

※ 小児科は平成28年の医師数が極端に少なかった(405人)ため、平成26年の医師数を用いて比較した。

出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

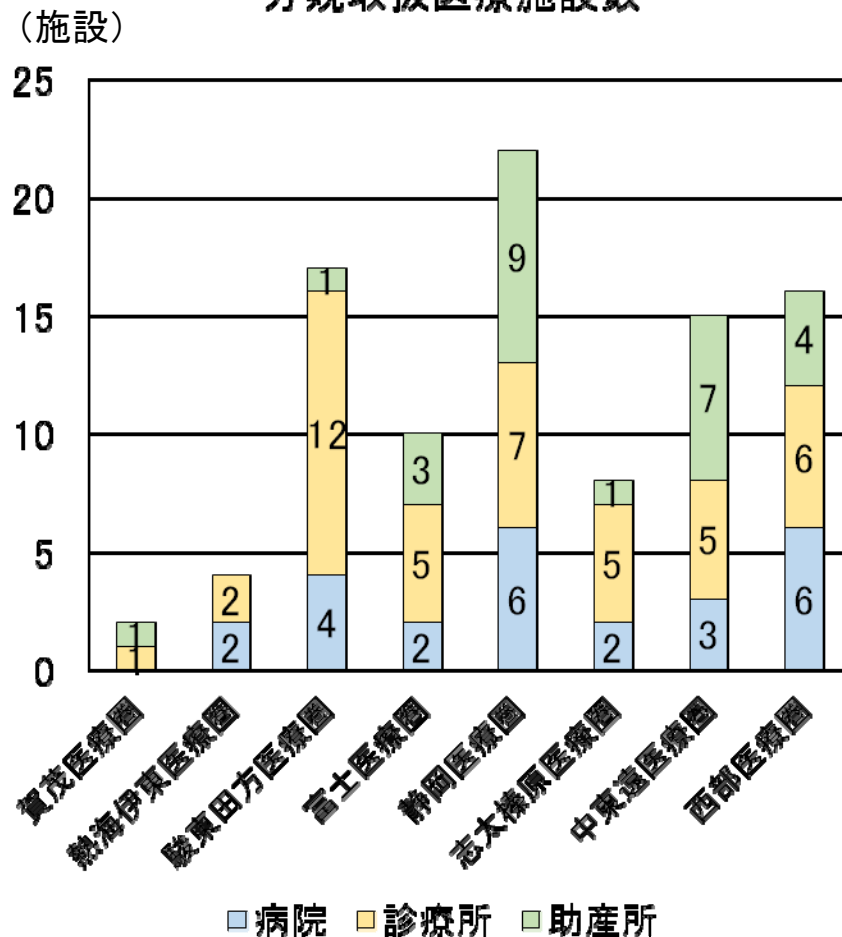
静岡県内における分娩取扱医師数及び分娩取扱医療施設数

分娩取扱医師数(産婦人科・産科)



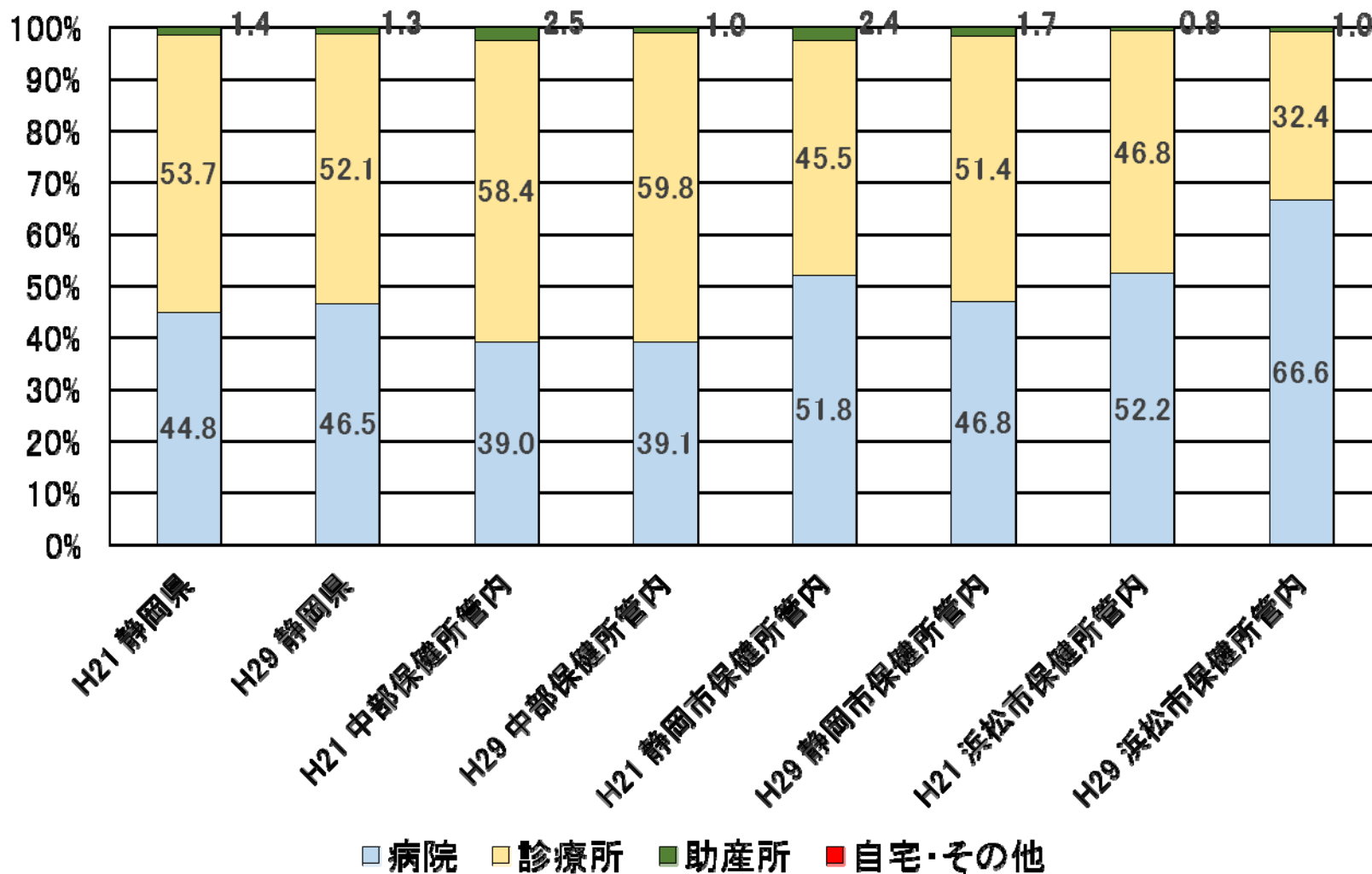
出典: 厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」

分娩取扱医療施設数



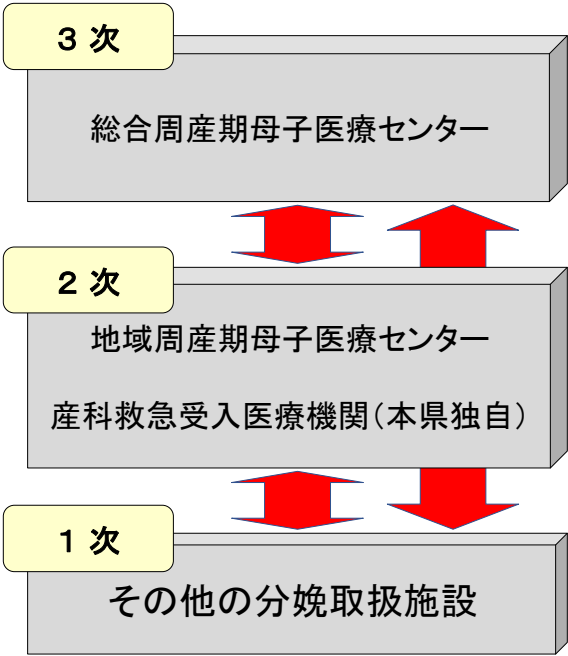
静岡県健康福祉部地域医療課調べ(平成31年3月)

静岡県内における保健所管内別出生場所の構成割合の推移



出典：厚生労働省「人口動態統計」

静岡県における周産期医療体制と分娩取扱施設の動向（病院）



東部	中部	西部
順天堂大学医学部附属静岡病院	静岡県立こども病院	聖隷浜松病院
沼津市立病院 富士市立中央病院	静岡済生会総合病院 静岡市立静岡病院 焼津市立総合病院 藤枝市立総合病院	磐田市立総合病院 浜松医科大学医学部附属病院 浜松医療センター 聖隷三方原病院
伊東市民病院 富士宮市立病院	静岡県立総合病院 静岡赤十字病院 静岡市立清水病院	中東遠総合医療センター 遠州病院
病院・診療所・助産院	病院・診療所・助産院	病院・診療所・助産院

左図・上表：静岡県健康福祉部地域医療課資料を改変

医療圏	施設名	時期	区分	年間分娩数	備考
駿東田方	三島総合病院	H28. 3	開始	7(H30)	平成31年3月末現在 常勤医師1名、非常勤医師9名
駿東田方	静岡医療センター	H28. 4	休止	34(H26)	平成19年7月 産科救急受入医療機関の認定辞退
静岡	静岡厚生病院	H28. 4	休止	213(H26)	平成11年9月 産科救急受入医療機関の認定辞退
志太榛原	榛原総合病院	H27. 5	休止	317(H26)	平成19年1月 産科救急受入医療機関に認定 平成27年9月 産科救急受入医療機関の認定辞退
志太榛原	市立島田市民病院	H29. 12	休止	168(H28)	平成19年7月 地域周産期母子医療センターの認定辞退

静岡県健康福祉部地域医療課資料を基に作成（データは静岡県健康福祉部調べ）

医科診療報酬点数表(平成30年4月版) 新生児医療関係(一部)

A302 新生児特定集中治療室(NICU)管理料(1日につき)

1	新生児特定集中治療室管理料1	10,174点
2	新生児特定集中治療室管理料2	8,109点

※ 厚生労働省が定める施設基準に適合(下記;一部抜粋・要約)しているものとして届け出た保険医療機関。

- ・ 1では、**当該治療室内に**集中治療を行うにつき必要な**医師が常時配置**されていること。
(患者の入退室などに際して、看護師と連携して治療室内の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に離れても可とされた。)
- ・ 2では、**専任の医師が常時、当該保険医療機関内に勤務**している。なお、当該医師のみで対応できない緊急時には別の医師が速やかに診療に参加できる体制を整えている。
- ・ 当該治療室勤務の医師は、**治療室等(正常新生児室及び一般小児病棟は含まれない)以外での当直勤務を併せて行わない**。
- ・ 当該治療室における助産師又は看護師の数は、**常時、当該治療室の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上**であること。
- ・ 当該治療室勤務の看護師は、**当該治療室以外での夜勤を併せて行わない**。

※ 算定対象となる新生児は未熟児や急性呼吸不全・心不全等の状態にあつて、医師が必要と認めた者。

※ 原則、21日を限度として算定。(出生時体重や主病とする疾患等により異なる;最大90日)

A 303-2 新生児治療回復室(GCU)入院管理料(1日につき)

5,499点

※ 厚生労働省が定める施設基準に適合(下記;一部抜粋・要約)しているものとして届け出た保険医療機関。

- ・ **当該保険医療機関内に**必要な**小児科の専任の医師が常時配置**されていること。

(特定集中治療室と新生児治療回復室が同一病棟にある場合に限り、当直勤務を併せて行ってよい。)

※ 算定対象となる新生児は未熟児や急性呼吸不全・心不全等の状態にあつて、保険医が必要と認めた者。

※ A302等の算定期間と通算して原則、30日を限度として算定。(出生時体重等により異なる;最大120日)

出典:医科診療報酬点数表(平成30年4月版)及び関係通知等

医科診療報酬点数表(平成30年4月版) 小児医療関係(一部)

A307 小児入院医療管理料(1日につき)

1	小児入院医療管理料1	小児科常勤医師 20名以上	4,584点
2	小児入院医療管理料2	同 9名以上	4,076点
3	小児入院医療管理料3	同 5名以上	3,670点
4	小児入院医療管理料4	同 3名以上	3,060点
5	小児入院医療管理料5	同 1名以上	2,145点

※ 厚生労働省が定める施設基準に適合(下記;一部抜粋・要約)しているものとして届け出た保険医療機関。

- ・ 1、2及び3では、専ら対象年齢となる小児(下記参照)を入院させる病棟。
- ・ 4では、専ら対象年齢となる小児(同)を入院させる病床が10床以上。
- ・ **1及び2では、入院を要する小児救急医療を行うにつき十分な体制を整備。**
- ・ 小児科の常勤医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤医師。
- ・ 週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている小児科又は小児外科の非常勤医師を2人以上組み合わせることにより、**当該保険医療機関における常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置**されている場合は、これらの非常勤医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。(ただし書きあり)
- ・ 1では、新生児及び6歳未満の乳幼児の入院を伴う手術件数が年間200件以上、年間の小児緊急入院患者数が800件以上等の診療実績。
- ・ **2では、入院を要する小児救急医療の提供を24時間365日行っている。**






※ 算定対象となる小児は原則、15歳未満。(小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は20歳未満)

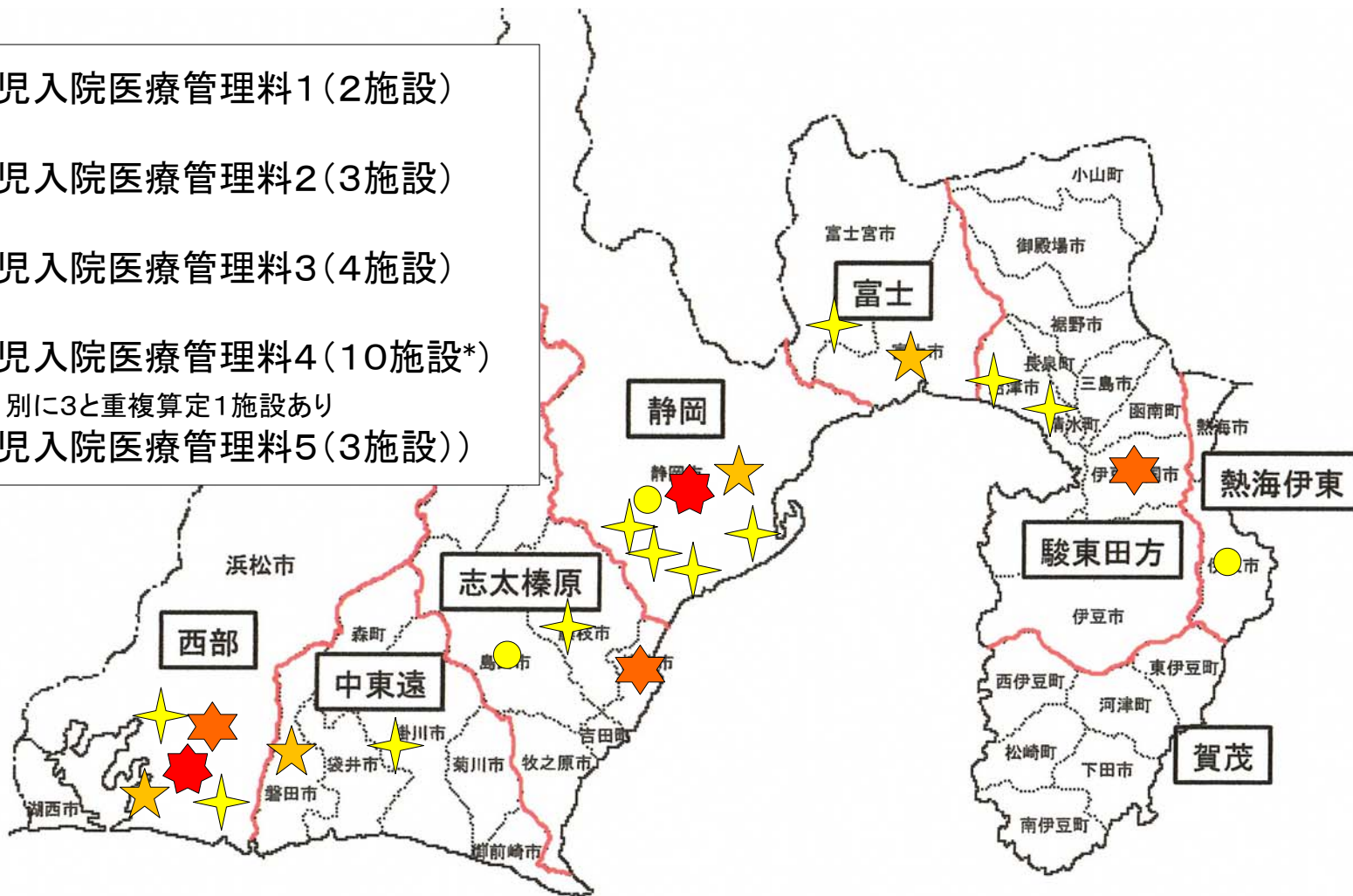
※ 対象年齢となる小児であれば、小児科以外の診療科の患者も対象。

※ 5では、療養病棟を除く当該保険医療機関単位で算定。

出典:医科診療報酬点数表(平成30年4月版)及び関係通知等

静岡県における小児入院医療管理料算定医療機関

-  小児入院医療管理料1 (2施設)
-  小児入院医療管理料2 (3施設)
-  小児入院医療管理料3 (4施設)
-  小児入院医療管理料4 (10施設*)
* 別に3と重複算定1施設あり
-  小児入院医療管理料5 (3施設)



出典: 厚生労働省東海北陸厚生局「届出受理医療機関名簿(届出項目別)令和元年7月16日作成」

時間外労働上限規制の枠組み全体の整理

一般則

診療従事勤務医
に2024年度以降
適用される水準
連続勤務時間制限・勤務間
インターバル等（義務）

地域医療確保
暫定特例水準
連続勤務時間制限・
勤務間インターバル等（義務）

集中的
技能向上水準
連続勤務時間制限＋
勤務間インターバル等（義務）

36協定で締結できる時間数の上限	①通常の時間外労働 (休日労働を含まない)	月45時間以下・年360時間以下			
	②「臨時的な必要がある場合」の上限 ・月の時間外労働時間数 (休日労働を含む) ・年の時間外労働時間数 (休日労働を含む)	月100時間 未満 ※①の月45時間を 超えることができ る月数は年間 6か月以内	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり)		
	・年の時間外労働時間数 (休日労働を含まない)	年720時間以下	年960時間以下	年1,860時間以下	年1,860時間以下
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間 (休日労働を含む)	月100時間未満 複数月平均80時間 以下	月100時間未満 (ただし一定の健康 確保措置を行った場 合には例外あり) 年960時間以下	月100時間未満 (ただし一定の健康 確保措置を行った場 合には例外あり) 年1,860時間以下	月100時間未満 (ただし一定の健康 確保措置を行った場 合には例外あり) 年1,860時間以下	

左記の時間数は、その時間までの労働を強制するものではなく、労使間で合意し、36協定を結べば働くことが可能となる時間であることに留意

- 時間外労働及び休日労働は必要最小限にとどめるべきであることに、労使は十分留意。
- 36協定の労使協議の場を活用して、労働時間短縮策の話し合いを労使間で行う。
- ✓ 36協定上は、日・月・年単位での上限を定める必要あり
- ✓ 対象労働者の範囲や時間外労働を行う業務の種類等も、36協定上に規定する必要あり
- ✓ 「臨時的な必要がある場合」について規定する場合には、健康福祉を確保する措置を36協定に規定し、実施する必要あり
- ✓ 「地域医療確保暫定特例水準の適用」や、「月100時間以上の時間外労働」について規定する場合には、追加的健康確保措置について36協定に規定し、実施する必要あり

労働に関する国の施策

- ・働き方改革実現会議：医師は時間外労働規制の対象。応召義務を踏まえ、2年を目途に検討し、5年後規制を適応。（本年3月）
- ・厚労省医政局：医師の働き方改革推進本部（本年7，8，9，10月）

労働基準法第32条

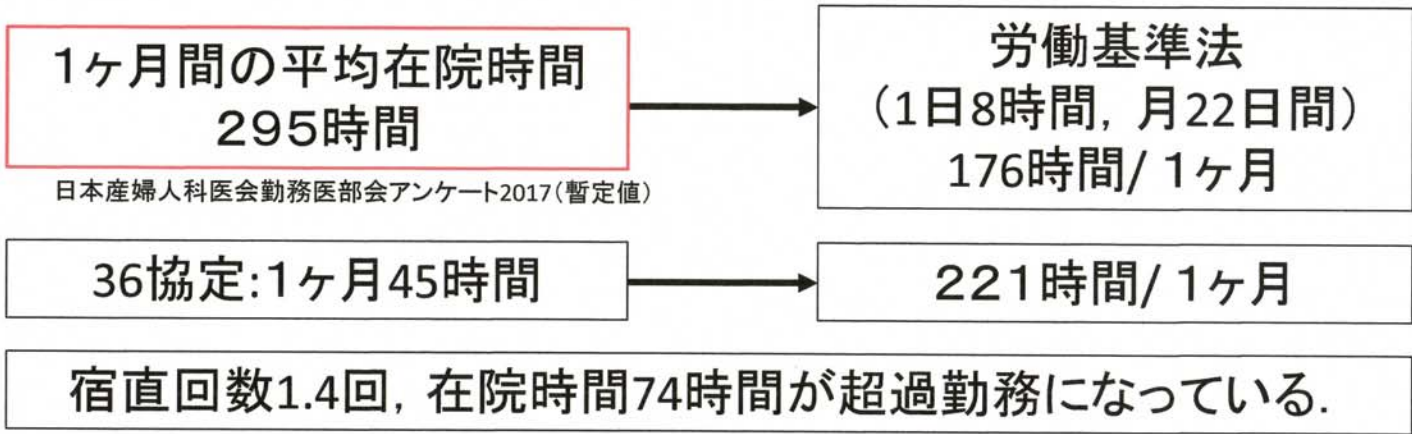
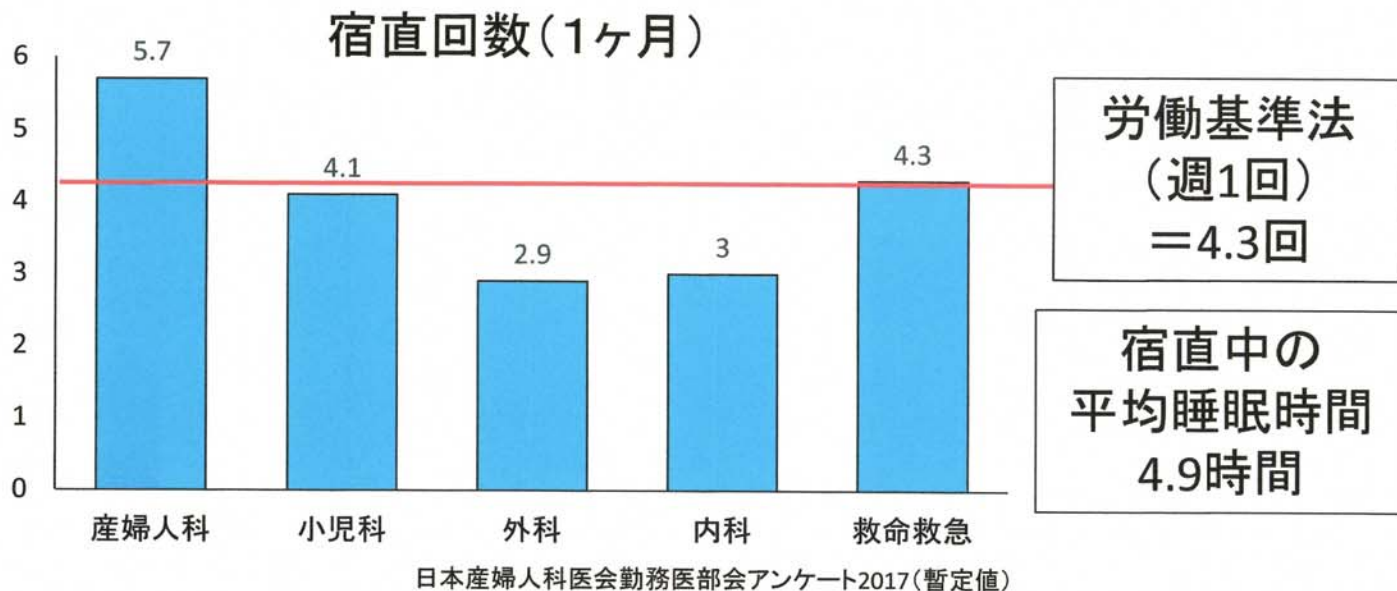
- ・勤務時間の上限：1週間40時間，1日8時間
休み：週1日，または4週で4日

労働基準法第36条

- ・36協定（労働組合，労働者の過半数の代表と締結）
1週間15時間，1ヶ月45時間，1年間360時間の時間外労働

医師の宿日直と労働基準法（厚生労働省労働基準局監督課 平成17年）

- ・宿日直回数：宿直は週1回，日直は月1回を限度
- ・宿直の許可基準
 - 1) 病院の定時巡回など，特殊な措置を必要としない軽度の，または短時間業務に限る。
 - 2) 応急患者の診療，入院，患者の死亡，出産等，昼間と同態様の労働に従事することが常態であるものは許可しない。



労働基準法からみた分娩取扱病院勤務医師の必要数

医師1名:宿直回数 4-5回. 日直回数 1回	=	5単位
-------------------------	---	-----

2名宿日直の場合

宿直必要数 60-62回 日直必要数 16-20回	=	80単位	→	16名
------------------------------	---	------	---	-----

1名宿日直の場合

宿直必要数 30-31回 日直必要数 8-10回	=	40単位	→	8名
-----------------------------	---	------	---	----

半分が自宅待機/非常勤が宿日直する場合

宿直必要数 15-16回 日直必要数 4-5回	=	20単位	→	4名
----------------------------	---	------	---	----

問題点:

- ①宿直の基準を満たしていない.
- ②経験, 育児中の女性医師等が考慮されていない.
- ③1名宿日直では, 緊急時, 自宅待機者が呼び出される.
- ④教育・研修の時間が加味されていない.
- ⑤有給休暇等を加味していない.

静岡県における産婦人科・小児科の医師数の状況

	産婦人科			小児科		
	H20	H28	差 (H28-H20)	H20	H26	差 (H26-H20)
全県	315	345	30	459	476	17
賀茂	3	4	1	4	4	0
熱海伊東	9	8	▲1	9	16	7
駿東田方	58	68	10	66	64	▲2
富士	27	28	1	33	35	2
静岡	64	78	14	153	155	2
志太榛原	23	24	1	48	52	4
中東遠	24	32	8	31	34	3
西部	107	103	▲4	115	116	1

※ 医師数は医療施設従事医師数で、病院及び診療所で従事する医師数。

※ 医師数に常勤・非常勤の区別はない(非常勤医師を常勤換算していない)ことに留意。

※ 小児科は平成28年の医師数が極端に少なかった(405人)ため、平成26年の医師数を用いて比較した。

出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

2024年4月から医師の時間外労働上限規制が本格化

24時間365日の対応(常態的な時間外勤務)が求められる病院では、必要に応じて、**診療科ごとに、1病院当たり一定数以上の医師数を配置**することが求められる。

+ 専門医の養成には医学部入学後10年以上必要で、**専門研修を行う研修施設の要件として、指導医等の人数や経験可能な症例数を規定**

地域の人口構造や医療需要の変化等も踏まえ、今後は、
病院・診療所間での医療機能の分担・連携が不可欠
(24時間対応が必要な医療機能は集約化の必要性の検討も)

- ・ 分娩(特にハイリスク分娩)を担う産婦人科
- ・ 新生児医療、小児救急医療を担う小児科 に限らず、
- ・ 救急医療を担う救急科
- ・ 緊急検査・治療等に対応する内科系診療科
- ・ 緊急手術等に対応する外科系診療科 などでも…

今後の医療提供体制の在り方

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、実効性のある医師偏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）



- ◆医療資源の分散・偏在
 - ⇒都市部での類似の医療機能を持つ医療機関の林立により医療資源の活用が非効率に
 - ⇒医師の少ない地域での医療提供量の不足・医師の過剰な負担
- ◆疲弊した医療現場は医療安全への不安にも直結

どこにいても必要な医療を最適な形で

- ・限られた医療資源の配置の最適化（医療従事者、病床、医療機器）
 - ⇒医療計画に「地域医療構想」「医師確保計画」が盛り込まれ、総合的な医療提供体制改革が可能に
- ・かかりつけ医が役割を發揮するための医療情報ネットワークの整備による、地域医療連携や適切なオンライン診療の実施

医師・医療従事者の働き方改革で、より質が高く安全で効率的な医療へ

- ・人員配置の最適化やICT等の技術を活用したチーム医療の推進と業務の効率化
- ・医療の質や安全の確保に資する医療従事者の健康確保や負担軽減
- ・業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）の浸透



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發揮でき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医師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**

実効性のある医師偏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**医師偏在対策**の施行
 - ・医師偏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

具体的対応方針の再検証における「再編統合」とは

- 地域医療構想の実現に向けては、各地域において住民に必要な医療を、質が高く効率的な形で不足なく提供できているかどうか、という視点の議論が不可欠である。
- また、具体的対応方針の再検証を行うにあたっては、地域医療構想調整会議の活性化が不可欠であり、それにより、地域の実情に応じた医療提供体制の構築が一層推進されると考えられる。
- これらのことから、地域の医療提供体制の現状や将来像を踏まえつつ、個々の医療機関の医療提供内容の見直しを行う際には、
 - ・ 医療の効率化の観点から、ダウンサイジングや、機能の分化・連携、集約化
 - ・ 不足ない医療提供の観点から、機能転換・連携等を念頭に検討を進めることが重要である。
(これらの選択肢が全て「再編統合」に含まれると解する。)
- そのため、「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」(「再検証対象医療機関」とする。)とされた医療機関が行う具体的対応については、地域の他の医療機関等と協議・合意の上で行う上記の選択肢全てがとりうる選択肢となる。

※ 一部の公立・公的医療機関等が、地域のその他の医療機関との連携のあり方を考慮することなく医療機関同士を統合することにより、その他の医療機関の医療提供のあり方に不適切な影響を与えることがないよう、将来の医療提供体制について、関係者を含めた十分な協議を行うことが重要である。

公立・公的病院が地域医療の中核を担う地域が多い本県の特性も踏まえつつ、医療需要が変化する中で地域医療を確保し、医師の偏在解消と働き方改革を推進するためには、各地域ではどのような医療提供体制が望ましいか。

静岡県地域医療構想（結果に係る課題と今後の論点）（再掲）

【結果】

- 1 高度急性期から回復期までの病床の必要量（総量）は、約5%の微減。
 - 2 「静岡方式」の導入により、病床の医療機能が実態（現場感覚）に近接。
 - 3 高度急性期・急性期の構成割合が減少する一方、回復期の構成割合が増加。
- ◎ 単純集計よりも「高度急性期」（=医療資源投入量が多い、または、医療・看護必要度が高い患者が多い病床）の構成割合が高い医療圏（構想区域）が出現。

【課題】

- 1 将来的に高度急性期病床の必要量は減少するが、一定量の需要はある。
- 2 専門医制度における研修施設の指定要件（一定数以上の医師、症例）を充足する必要性と医師の働き方改革、医師の高齢化等に伴い、中・小規模の病院を中心に、医師不足がさらに加速する懸念。

【論点】

- ◎ 地域（二次医療圏（構想区域）に限らない）・県全体として、中長期的な医療需要に対して医療資源の最適化をどのように図っていくか。