

地域医療構想と医師確保計画について

国立大学法人浜松医科大学 医学部医学科 地域医療支援学講座(静岡県寄附講座)

竹内 浩視

e-mail: hrmt2018@hama-med.ac.jp

※ COI開示:開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

※ 本資料の内容については、発表者の個人的な視点や見解に基づくものであり、公表資料からの引用を除き、浜松医科大学、静岡県、厚生労働省、その他の公式な見解ではありません。

地域医療構想と医師確保計画について

- 地域医療構想の進捗状況の検証について
(特に2025年の予定病床数について)
- 均てん化と拠点化・重点化
(医師確保計画と地域医療構想との整合について)
- これからの地域における医療提供体制について
(新たな病棟体系とこれからの地域医療の在り方について)

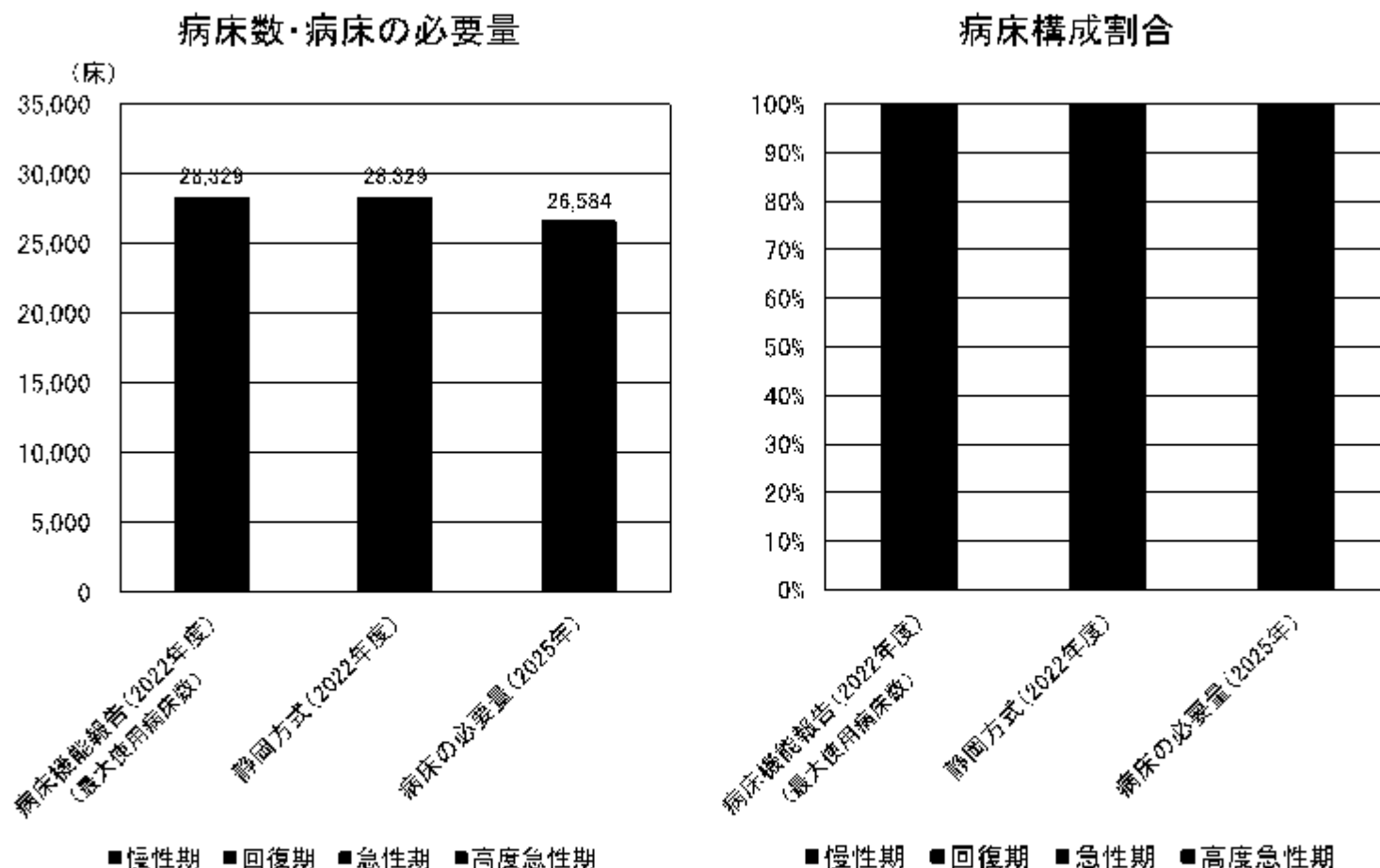
地域医療構想と医師確保計画について

- 地域医療構想の進捗状況の検証について
(特に2025年の予定病床数について)
- 均てん化と拠点化・重点化
(医師確保計画と地域医療構想との整合について)
- これからの地域における医療提供体制について
(新たな病棟体系とこれからの地域医療の在り方について)

病床機能報告と地域医療構想調整会議

- 病床機能報告では、毎年度、病床の種類ごと(療養病床の場合は医療保険区分ごと)に、2025年の予定病床数の記載を求めている。
- 一方、本県では、これまで主として、直近の病床機能報告の集計結果、つまり、報告時点における医療従事者の確保状況に応じた病床の整備状況(病床機能別病床数)に着目し、地域医療構想調整会議において協議の上、各病院の今後の対応方針について協議し、合意してきた。

2022年度病床機能報告・定量的基準(静岡方式)、2025年病床の必要量の比較 (静岡県)

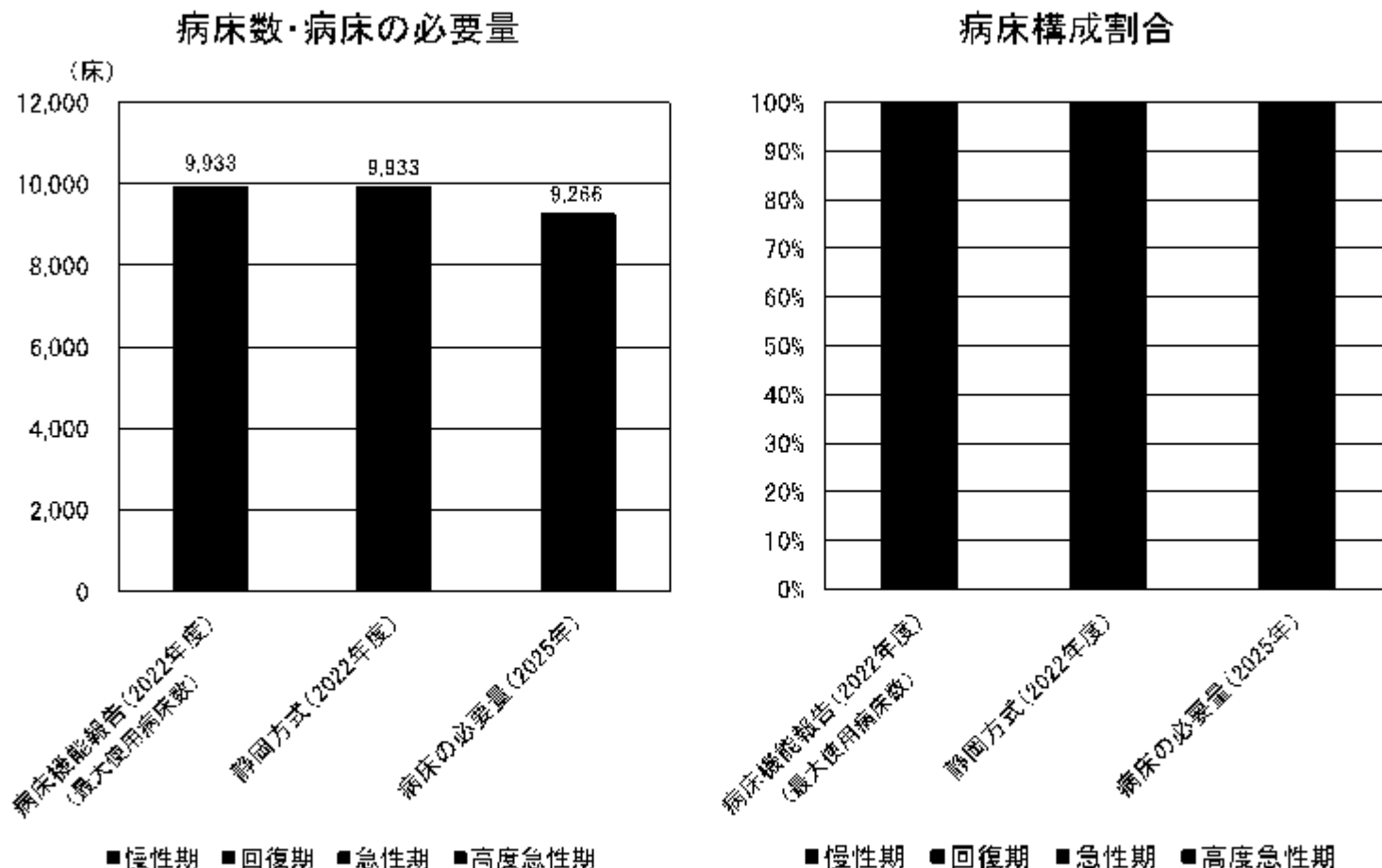


静岡県健康福祉部:「令和4年度病床機能報告の集計結果の状況(概要)」(令和5年度第1回地域医療連携調整会議資料)を基に作成

2022年度病床機能報告・定量的基準(静岡方式)、2025年病床の必要量の比較 (静岡県)

- 2022年度病床機能報告の報告率は、病院・診療所ともに100%であった。
- 2022年度病床機能報告における最大使用病床数(以下報告数)は28,329床で、2025年の病床の必要量(26,584床;以下必要量)に比べて1,745床多かった(報告数/必要量:106.6%)。
- 病床機能別の病床数では、高度急性期は5,056床/4,429床/3,160床(報告数/定量的基準/必要量;以下同じ)、急性期11,228床/9,142床/9,084床、回復期4,653床/7,370床/7,903床、慢性期7,392床/7,388床/6,437床と、回復期以外で報告数と定量的基準が必要量を上回った。ただし、定量的基準では、慢性期以外で必要量との差が縮小し、急性期と回復期は必要量に近似(両者の差が10%以内)した。
- 高度急性期は、定量的基準でも必要量との差があるが、病床機能報告が病棟単位であることに起因するほか、細分化された高度専門医療等の提供体制の整備や、医療・看護必要度が高い入院患者を受け入れていることによるものと考えられた。
- 慢性期は、非稼働病床の廃止や介護医療院への転換等によっても、定量的基準と必要量には差があるが、医療・介護人材の不足による医療・介護提供体制の脆弱性や、伊豆半島や中山間地域の地理的特性などから、医療療養病床のニーズが当初の想定よりも高いことによるものと考えられた。
- 以上のことから、病床機能に係る報告数・定量的基準と必要量との差には一定の合理性があるものと考えられた。

2022年度病床機能報告・定量的基準(静岡方式)、2025年病床の必要量の比較 (東部地域)

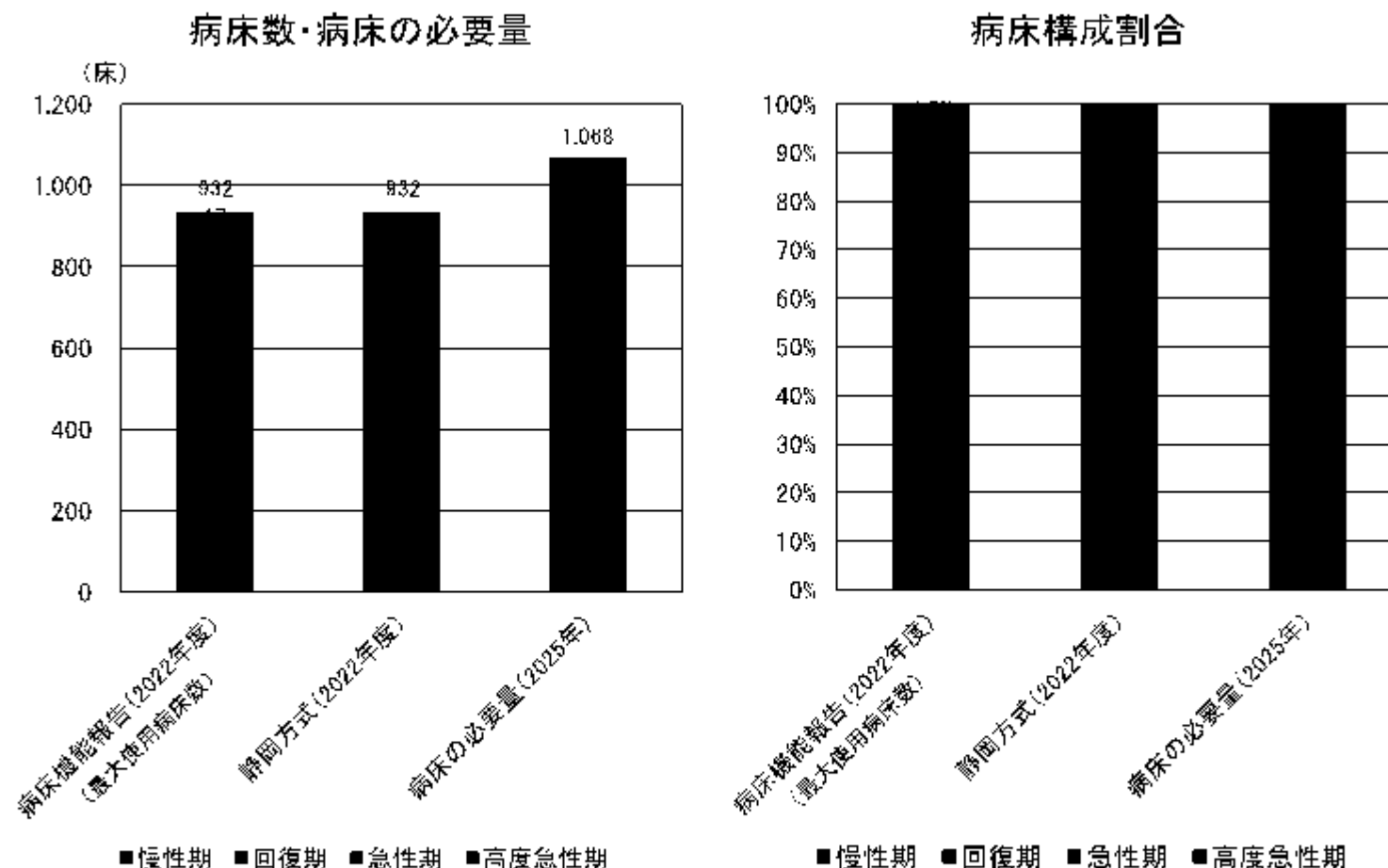


静岡県健康福祉部:「令和4年度病床機能報告の集計結果の状況(概要)」(令和5年度第1回地域医療連携調整会議資料)を基に作成

2022年度病床機能報告・定量的基準(静岡方式)、2025年病床の必要量の比較 (東部地域)

- 2022年度病床機能報告の報告率は、病院・診療所ともに100%であった。
- 2022年度病床機能報告における最大使用病床数(以下報告数)は9,933床で、2025年病床の必要量(9,266床;以下必要量)に比べて667床多かった(報告数/必要量:107.2%)。
- 病床機能別の病床数では、高度急性期は990床/1,668床/921床(報告数/定量的基準/必要量;以下同じ)、急性期4,374床/2,481床/3,006床、回復期1,742床/3,023床/3,086床、慢性期2,827床/2,761床/2,253床と、報告数では回復期以外、定量的基準では急性期と回復期以外で病床の必要量を上回った。また、定量的基準では、回復期は必要量とほぼ同数(両者の差が5%以内)となった。
- 高度急性期は、定量的基準で報告数よりも必要量との差が拡大した一方、急性期は、報告数よりも減少し、逆に必要量を下回った。これは、広域から入院患者を受け入れる大規模病院で高度専門医療が細分化するとともに、中小規模の二次救急医療機関で医療・看護必要度が高い入院患者を受け入れていることによるものと考えられた。
- 慢性期は、非稼働病床の廃止や介護医療院への転換等によっても、定量的基準と必要量には差があるが、医療・介護人材の不足による在宅医療・介護提供体制の脆弱性や、伊豆半島や中山間地域の地理的特性などから、医療療養病床に対するニーズが当初の想定よりも高いことによるものと考えられた。
- 以上のことから、病床機能に係る報告数・定量的基準と必要量との差には一定の合理性があるものと考えられた。

2022年度病床機能報告・定量的基準(静岡方式)、2025年病床の必要量の比較 (熱海伊東構想区域)



静岡県健康福祉部:「令和4年度病床機能報告の集計結果の状況(概要)」(令和5年度第1回地域医療構想調整会議資料)を基に作成

2022年度病床機能報告・定量的基準(静岡方式)、2025年病床の必要量の比較 (熱海伊東構想区域)

- 2022年度病床機能報告の報告率は、病院・診療所ともに100%であった。
- 2022年度病床機能報告における最大使用病床数(以下報告数)は932床で、2025年の病床の必要量(1,068床;以下必要量)に比べて136床少なかった(報告数/必要量:87.3%)。
- 病床機能別の病床数では、高度急性期は17床/39床/84床(報告数/定量的基準/必要量;以下同じ)、急性期494床/446床/365床、回復期146床/172床/384床、慢性期275床/275床/235床と、急性期と慢性期では、報告数と定量的基準で必要量を上回った。一方、高度急性期と回復期では、報告数と定量的基準で必要量を下回った。
- 熱海伊東構想区域は人口規模が約9万5千人(2023年12月現在)と小さいが、地理的な条件から、第二次救急医療体制は熱海市と伊東市で独立しており、限られた基準病床数の中で、それぞれに急性期の病床を確保する必要がある。また、高度専門医療や重篤な救急患者、ハイリスク分娩等は隣接する駿東田方構想区域の病院で対応しており、広域による病床機能の分担が進んでいる。
- 一方、高齢化率が約45%(2023年4月現在)と高く、医療・介護人材の不足が著しいため、在宅医療・介護提供体制が脆弱で、療養環境に適した地理的特性や歴史的背景もあることから、県外からの流入患者を含め、慢性期に対するニーズが高いものと考えられた。
- 以上のことから、病床機能に係る報告数・定量的基準と必要量との差には一定の合理性があるものと考えられたが、報告数が必要量を下回っていることから、既存病床を最大限に有効活用する必要がある。

地域医療構想の進捗状況の検証に関する国通知

- 厚生労働省は、令和5年3月31日に、都道府県に対して地域医療構想の進捗状況の検証を求める通知を発出した。
- その中で、病床機能報告に基づく病床数と将来の病床の必要量について、「データの特徴だけでは説明できない差異」が生じている構想区域においては、地域医療構想調整会議においてその要因の分析及び評価を行い、「必要な対応」を行うことを求めている。

地域医療構想の進捗状況について

厚労省医務局長 尾崎 誠
行政委員会 委員 藤田 浩

地域医療構想の進捗状況について

地域医療構想については、平成27年度第1号行政委員会報告書において、平成30年度までの進捗状況について報告し、引き続き地域医療構想の進捗状況について報告する。また、地域医療構想の進捗状況について、平成30年度第1号行政委員会報告書において報告したとおり、引き続き地域医療構想の進捗状況について報告する。

地域医療構想の進捗状況について

1. 地域医療構想の進捗状況について

(1) 地域医療構想の進捗状況について

地域医療構想の進捗状況については、平成30年度第1号行政委員会報告書において報告したとおり、引き続き地域医療構想の進捗状況について報告する。また、地域医療構想の進捗状況について、平成30年度第1号行政委員会報告書において報告したとおり、引き続き地域医療構想の進捗状況について報告する。

(2) 地域医療構想の進捗状況の検証

地域医療構想の進捗状況を検証し、病床機能報告に基づく病床機能報告上の病床数と将来の病床数の必要量について、データの特徴だけでは説明できない差異が生じている構想区域においては、当該構想区域の地域医療構想調整会議においてその要因の分析及び評価を行い、その結果を公表するとともに、当該会議の意見を踏まえ、以下(3)に示すとおり必要な対応を行うこと。

「データの特徴だけでは説明できない差異が生じている」とは、病床機能報告に基づく地域の医療機能に過剰又は不足が生じている場合において、病床機能報告が病院単位であることを起因する差異や、地域の実情に応じた定量的基準の導入により当該過剰又は不足について説明ができる場合を除き、これに該当するものとする。

なお、人員・施設整備等のやむを得ない事情により、2025年までに医療機能の再編の取組が完了しない場合においては、完了できない事情やその後の見通しについて具体的な説明を行うことが必要である。

(3) 進捗状況の検証を踏まえて講ずるべき必要な対応について

データの特徴だけでは説明できない差異が生じている構想区域については、以下の対応を行うこと。

① 非稼働病棟等への対応

対応方針に基づき取組を実施し、データ等に基づく説明を尽くした上で、なお生じている差異として、非稼働病棟や非稼働病床の影響が考えられる(※)。

これを踏まえ、非稼働病棟に対しては平成30年通知の1(ロ)イに基づき対応を行うこと。その際、非稼働病棟を再稼働しようとする医療機関の計画については、2025年が間近に迫っていることを鑑み、当該病棟の再稼働のための医療従事者の確保の具体的な見込み等も含めて地域医療構想調整会議において詳細な説明を求め、十分に議論すること。

なお、生じている差異の要因の分析及び評価や必要な対応の検討に当たっては、病棟単位では非稼働とはなっていないが、非稼働となっている病床数の影響や病床稼働率が著しく低い病棟についても、病床機能報告等より把握し(※※)、その影響にも留意する必要がある。

※ 非稼働病棟等の影響について

病床機能報告においては、報告年の7月1日時点において、休棟中であって医療機能の選択が困難である場合には、今後再開予定か廃止予定かを報告し、再開予定がある場合には、2025年時点の医療機能を選択することとしている。よって、報告時点で休棟中の状況も、具体的な再開予定のある場合には2025年の見込み量に計上されている。

※※ 病床機能報告において、許可病床数と最大使用病床数を比較し、病棟単位では非稼働とはなっていないが、非稼働となっている病床数を把握することが可能である。

2022年度病床機能報告における 2025年の予定病床数の状況

2025年の予定病床数（2）＜一般病床＞

地域	構想区域 (二次医療圏)	一般病床		
		使用許可 病床数	最大使用 病床数	2025年予定病床数
		(A)	(B)	(C)
東部	賀茂	474	443	474
	熱海伊東	724	651	724
	駿東田方	4,521	4,065	4,520
	富士	1,675	1,484	1,669
	地域計	7,394	6,643	7,387
中部	静岡	4,496	4,031	4,353
	志太榛原	2,377	2,105	2,359
	地域計	6,873	6,136	6,712
西部	中東遠	1,622	1,591	1,621
	西部	5,058	4,776	5,049
	地域計	6,680	6,367	6,670
全県計		20,947	19,146	20,769

静岡県健康福祉部:1令和4年度病床機能報告集計結果_を基に作成

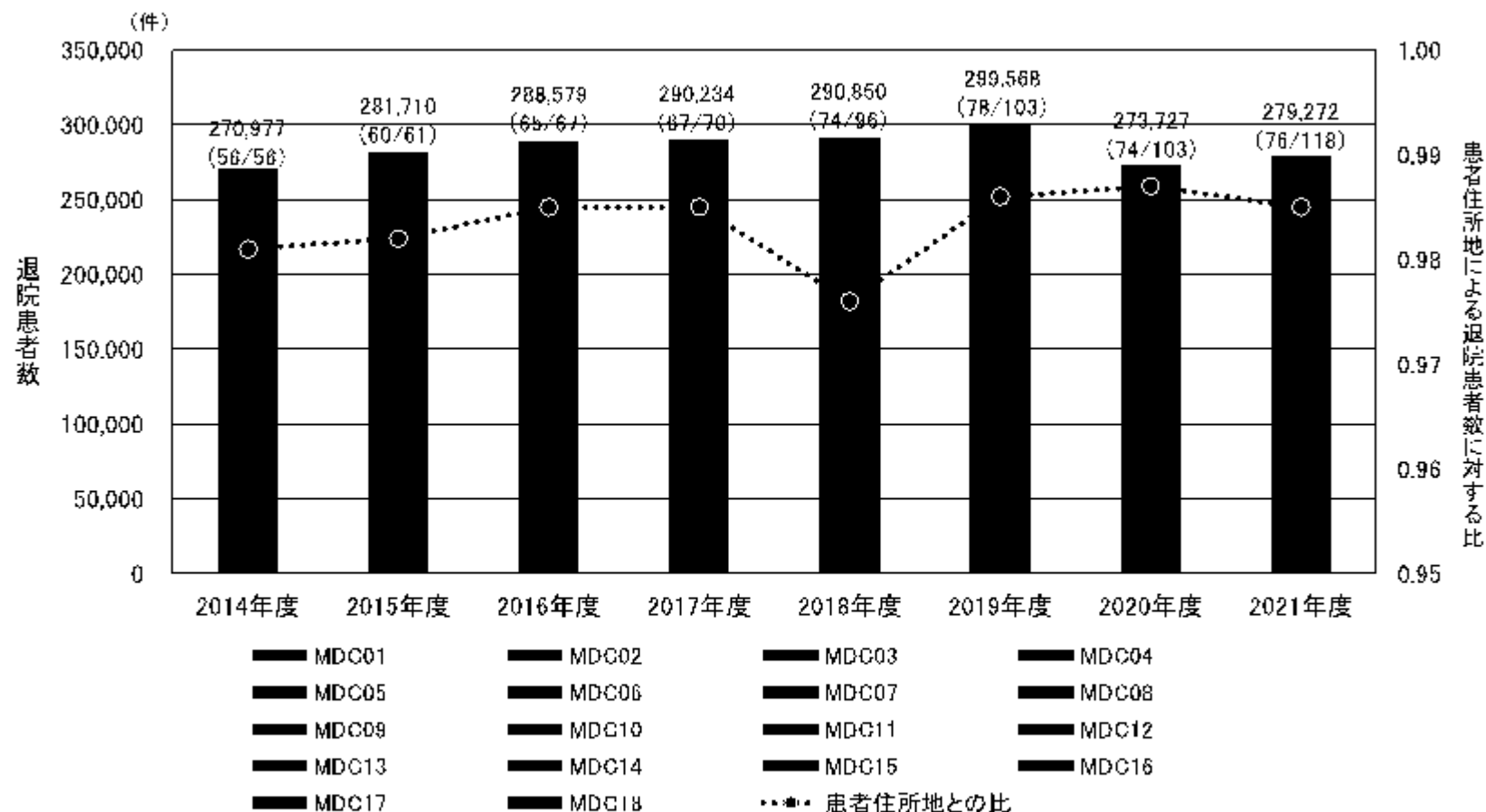
2025年の予定病床数(3) <療養病床>

地域	構想区域 (二次医療圏)	療養病床							
		使用許可病床数			最大使用病床数			2025年予定病床数	
		医療療養病床	介護療養病床	計	医療療養病床	介護療養病床	計	医療療養病床 + 介護療養病床	
		(F)	(G)	(H) (F)+(G)	(I)	(J)	(K) (I)+(J)	(L)	
東部	賀茂	239	60	299	237	59	296	239	
	熱海伊東	246	0	246	229	0	229	246	
	駿東日方	1,587	157	1,744	1,431	157	1,588	1,647	
	富士	789	0	789	762	0	762	789	
	地域計	2,861	217	3,078	2,659	216	2,875	2,921	
中部	静岡	1,703	60	1,763	1,538	60	1,598	1,722	
	志太橋原	942	0	942	915	0	915	876	
	地域計	2,645	60	2,705	2,453	60	2,513	2,598	
西部	中東遠	1,043	0	1,043	1,027	0	1,027	1,043	
	西部	1,805	0	1,805	1,731	0	1,731	1,805	
	地域計	2,848	0	2,848	2,758	0	2,758	2,848	
全県計		8,354	277	8,631	7,870	275	8,146	8,367	

静岡県健康福祉部:「令和14年度病床稼働報告集計結果」を基に作成

「退院患者調査」からみた入院患者数と救急車搬送 患者の占める割合・主な病院別搬送件数の推移

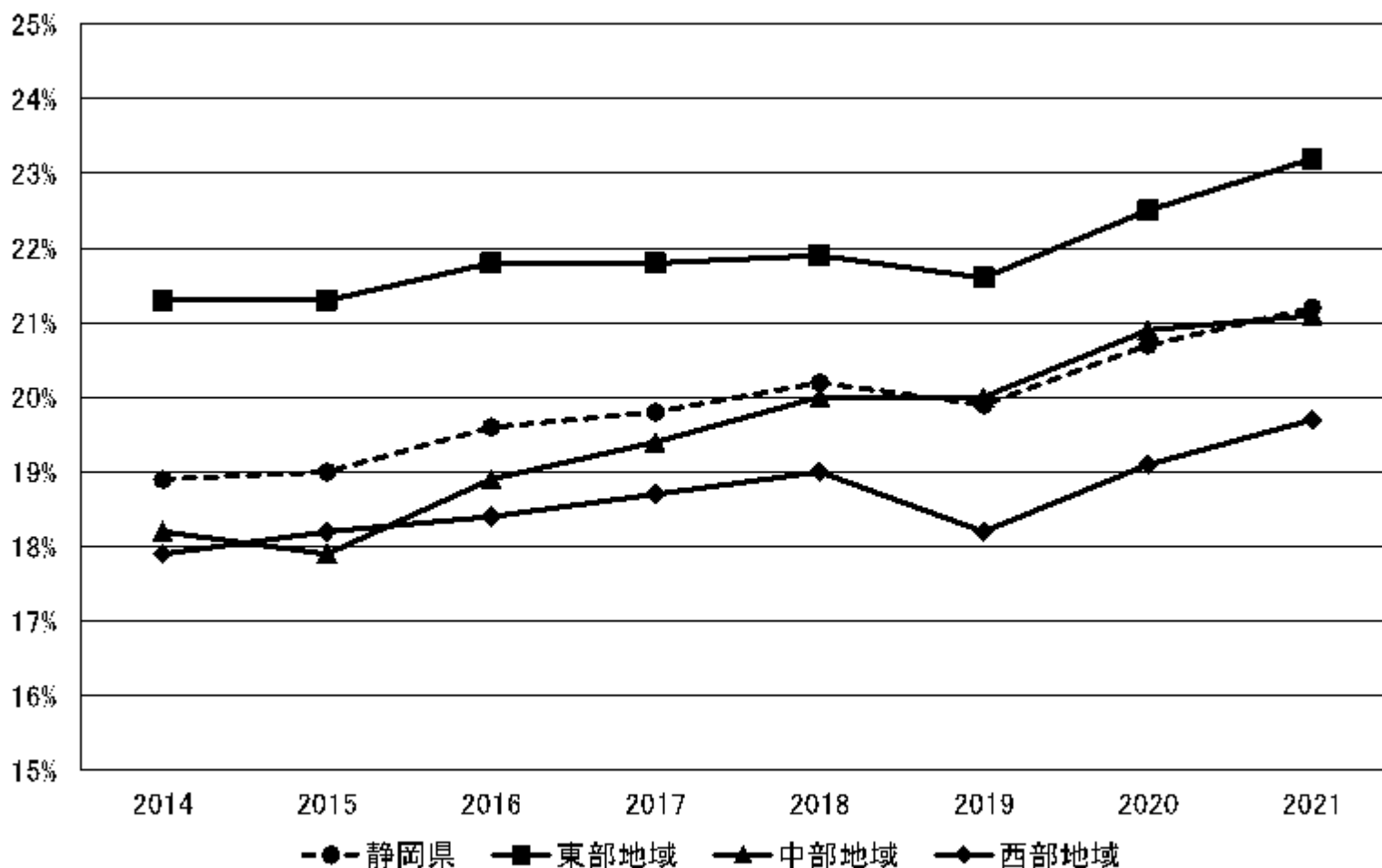
MDC分類別退院患者数の推移(医療機関所在地/静岡県/2014~2021年度)



※ 棒グラフの上の数字はMDC01~18の合計退院患者数、カッコ内は(すべてのMDCが10未満の医療機関を除くデータ提出医療機関数/全てのデータ提出医療機関数)

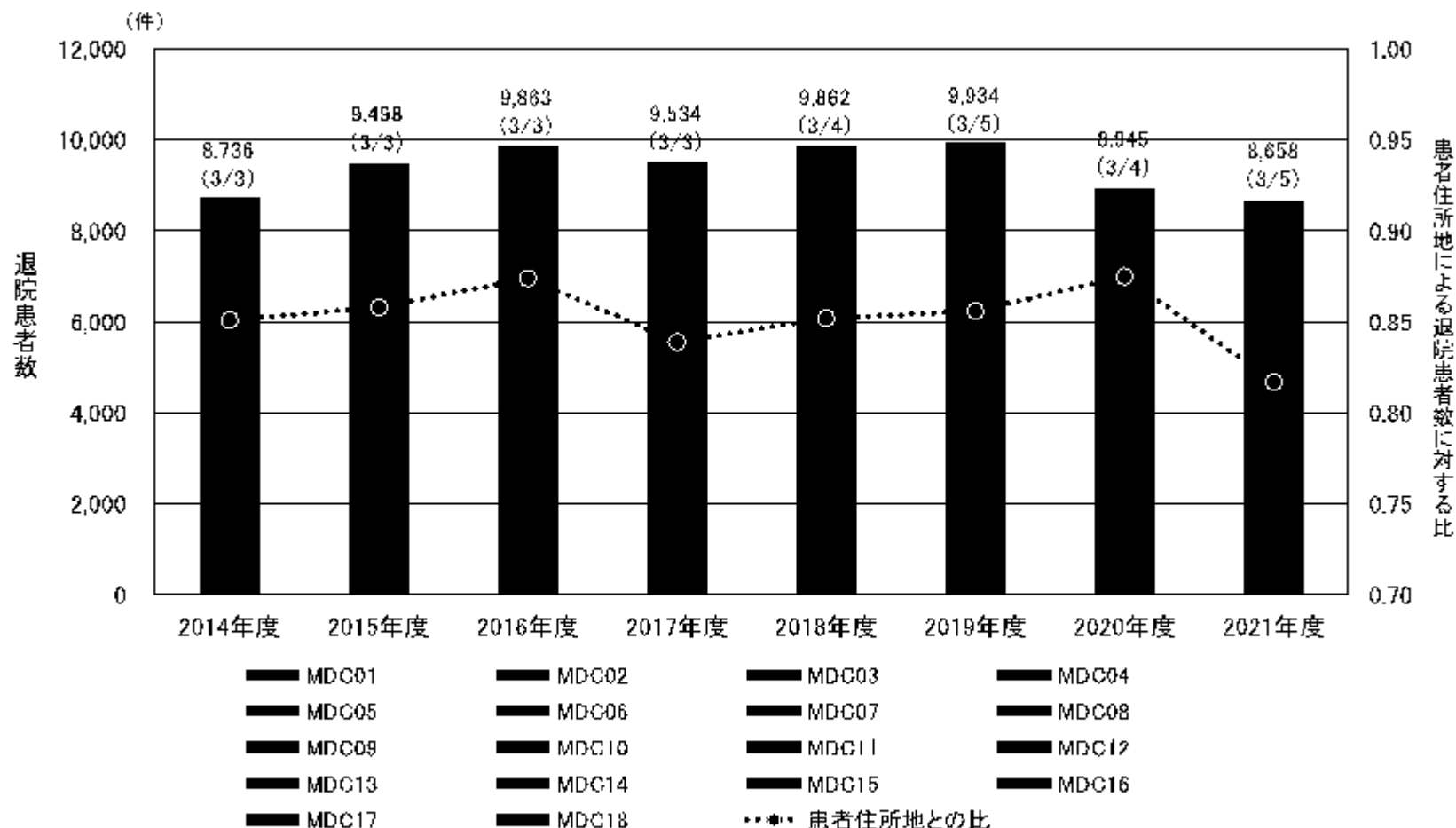
厚生労働省: DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について(各年度分)
 参考資料1(18)医療圏別MDC別患者数(患者住所地ベース)、参考資料2(2)MDC別医療機関別件数(割合)を基にMDC01~18を累計して作成
https://www.mhlw.go.jp/stf/shing/shingi-cuo_128164.html

退院患者に占める救急車搬送患者の割合の推移(静岡県・地域別/2014~2021年度)



厚生労働省:「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について」(各年度分)参考資料2(4) を基に作成

MDC分類別退院患者数の推移(医療機関所在地/熱海伊東医療圏/2014~2021年度)

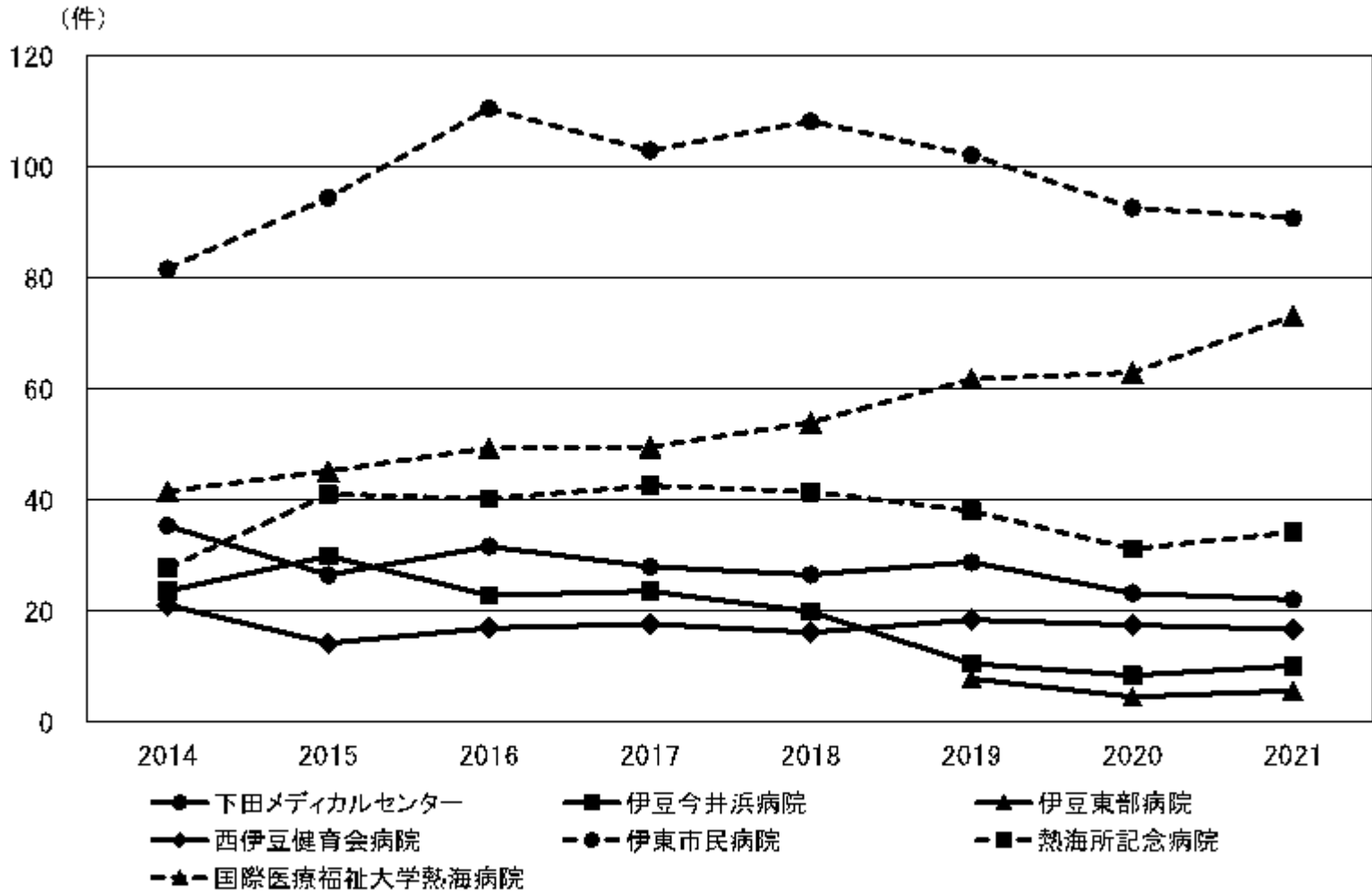


※ 棒グラフの上の数字はMDC01~18の合計退院患者数、カッコ内は(すべてのMDCが10未満の医療機関を除くデータ提出医療機関数/全てのデータ提出医療機関数)

厚生労働省ホームページ: DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について(各年度分) を基に作成

精査中

医療機関別1カ月当たり救急車搬送件数の推移(賀茂・熱海伊東医療圏/2014～2021年度)



厚生労働省:「DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について」(各年度分)参考資料1(5)を基に作成
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-chuo_129184.htm (ほか(令和5年12月 8日確認))

2025年の予定病床数と今後との対応

- 2025年の予定病床数については、ほとんどの病院から報告時点での使用許可病床数の上限もしくはそれに近い数値が報告され、県全体では2022年度の最大使用病床数を大きく上回った。
- しかしながら、今後は現役世代人口が急速に減少し、医療従事者の確保がさらに困難になることが見込まれる。
- また、今後の医療需要の総量は横ばいから減少傾向が見込まれる一方、入院患者に占める救急車搬送の割合が増えており、高齢者の増加に伴い、今後もこの傾向が続くことが見込まれる。
- そのため、各病院は、中長期的な医療需要予測と医療従事者の確保の見込みを踏まえ、2025年の予定病床数とその病床機能について精査するとともに、構想区域(医療圏)ごとに、地域医療構想調整会議や医療対策協議会等での協議を通じて、病床の機能分担・連携をさらに推進していく必要がある。

地域医療構想と医師確保計画について

- 地域医療構想の進捗状況の検証について
(特に2025年の予定病床数について)
- 均てん化と拠点化・重点化
(医師確保計画と地域医療構想との整合について)
- これからの地域における医療提供体制について
(新たな病棟体系とこれからの地域医療の在り方について)

医師確保計画を通じた医師偏在対策について

背景

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

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

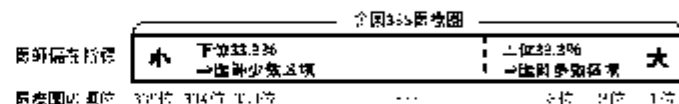
三次医療圏・二次医療圏ごとに、医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示すために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた医師偏在指標の算出式を国が提示する。

医師偏在指標の考慮すべき要素

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来への人口構成の変化
- ・ 患者の増減等
- ・ 地域等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師補填の権利（区域、診療科、入会メス）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の835二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、1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、医師を短期的に過剰とする
- ・ 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）

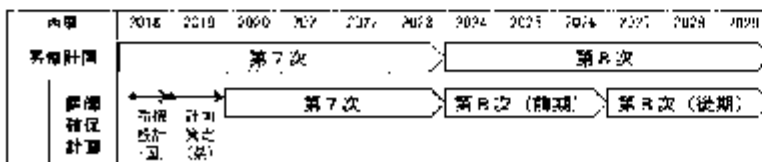
医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

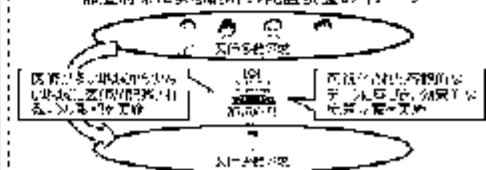
医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

- （例）・大学五学部の地域枠を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）



都道府県による医師の配置調整のイメージ



県内の医師少数区域等(令和5年4月時点)

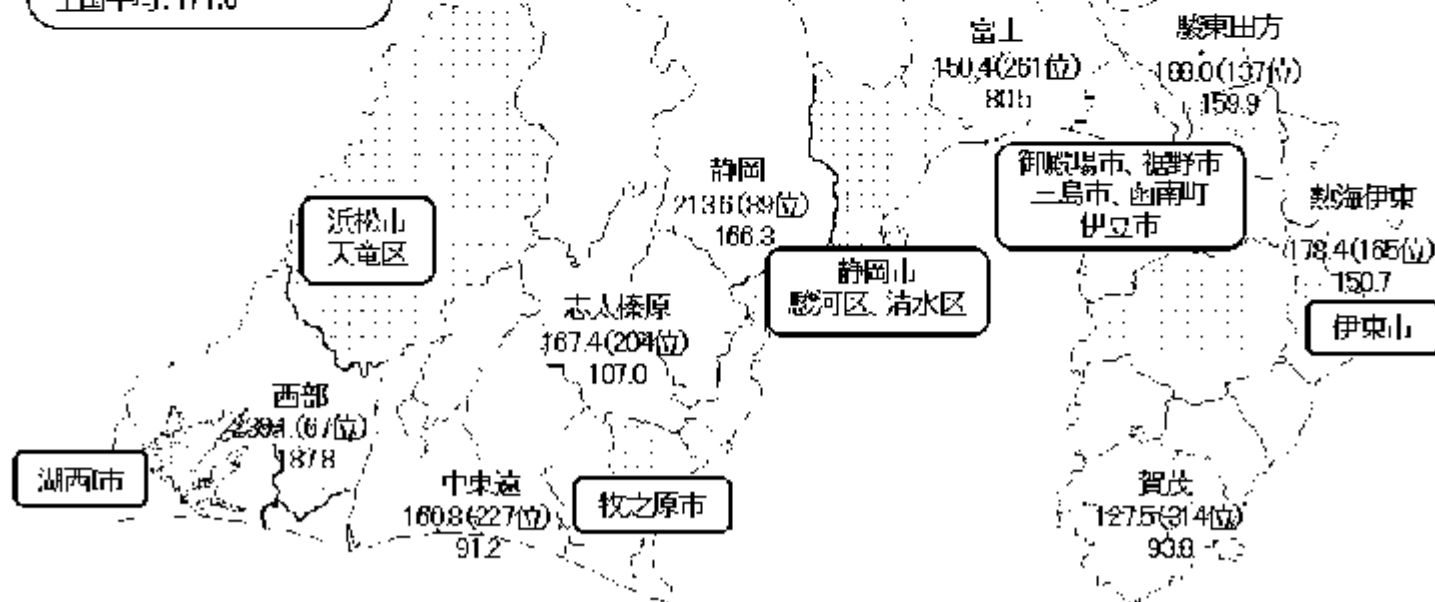
赤字は、医師偏在指標:人口当たり医師数のほか、医師の年齢構成や患者の流出入の状況等も踏まえ、医師の適宜を全国ベースで現し指標として国が公表

静岡県: 全国第39位の「医師少数県」
医師偏在指標194.5(全国平均239.8)

黒数字は、人口10万人あたり
医師数(2021年度時点)
静岡県: 142.2
全国平均: 171.6

医師少数スポットの市区町

- 医師多数区域
(上位20.7%)
- 医師中位区域
(中位20.7%)
- 医師少数区域
(下位38.6%)
- 医師少数スポット
(医師多数区域内)
- 医師少数スポット
(医師中位区域内)



第9次静岡県保健医療計画(素案)における目標医師数

【数値目標】

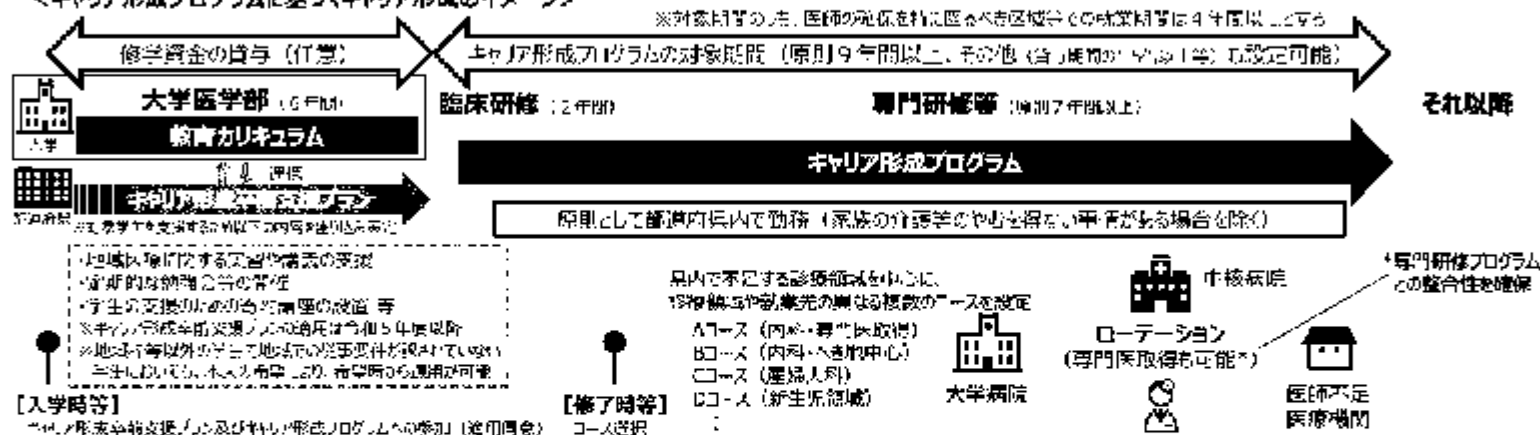
項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
県内医療施設従事 医師数	2872人 (2020年12月)	3377人 (2026年度)	医療従事計画で定める 目標医師数(下位1.3 から脱するため必要 な増員数)	厚生労働省「医 師現在指標」
人口10万人当たり 医師数 (県内医療施設従事医師数)	210.4人 (2020年12月)	238.9人 (2026年度)		
医師現在指標 賛成医療区 富士医療区 中東進医療圏	53人 569人 443人 (2020年度)	707人 511人 710人 (2026年度)	医療従事計画で定める 医師少数区域の目標医 師数(下位1.3から脱す るために必要な医師数) [賛成医療区(144人)] [富士医療区(157人)] [中東進医療圏(108人)] [目標医師(130人)]	厚生労働省「医 師現在指標」
医師少数スポットの医師 医師数				
伊東市	62人	61人	人口10万人当たり医師 数が医師少数区 域(下位1.3)から脱す るために必要な医師数	厚生労働省「医 師・歯科医師・柔 道師」統計」
伊豆市	20人	22人		
三島市	10人	12人		
西野市	11人	16人		
函南町	22人	25人		
御殿場市	64人	64人		
静岡市清水区	39人	215人		
静岡市駿河区	69人	57人		
板之原市	20人	41人		
浜松市天竺区	7人	23人		
岡崎市	29人	64人		

キャリア形成プログラムについて

都道府県は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づき、「医師不足地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」の両立を目的とするキャリア形成プログラムを策定することとされている

※関係法及び関係法の一部改正による法律（平成30年法律第29号）による地域医療対策協議会（医師会、明認）との協定（プログラムの名称）については、関係法施行規則（省令）及びキャリア形成プログラムの運用指針（要約）を規定

<キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ>



<キャリア形成プログラムの対象者>

- ・ 地域科を卒業した医師
- ・ 地域での従事要件がある地元出身百科を卒業した医師
- ・ 自治医科大学卒業医師（平成30年度入学者までは任意適用）
- ・ その他、人材の確保を希望する医師

※キャリア形成プログラムの適用に同意した学費に對しては、修学資金の貸付に地域医療対策協議会保証金も活用が可能

<キャリア形成プログラムに基づく医師派遣>

大学等による医師派遣との整合性を確保するため、地域医療対策協議会と派遣計画を協議

※地域医療構想における機能分化・連携の方針との整合性を確保する

※理由なく公立・公的医療機関に偏らないとする

※地域医療に、長時間勤務等に対する対策の両立を十分に推進するため、各地域の医師確保の状況や対象医師の能力を勘案し、就業先について、入学後の専門医の研修プログラム責任者等との調整を行う

※さらに、対象学生の支援を行う人材（キャリアコーディネーター）を配置する

※派遣先は、対象医師が満足度が高い自治体等に集中し、勤務環境改善・移行経路を促す

対象者の地域定着促進のための方策

<対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援>

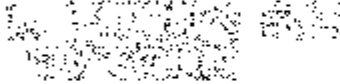
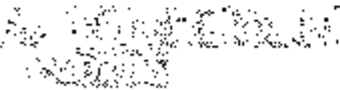
- ・ 都道府県は、対象者の希望に合わせたプログラムとなるよう努め、診療科や就業先の異なる複数のコースを設定する
- ・ 都道府県は、コースの決定・見直しに当たって、対象者からの意見を聴き、その内容を公開し反映するよう努める
- ・ 出産、育児等のライフイベントや、大学院進学・海外留学等の希望に配慮するため、プログラムの一時中断を可能とする（中断可能事由は都道府県が設定）

<プログラム満了前の離脱の防止>

- ・ キャリア形成プログラムは都道府県と対象者との契約関係であり、対象者は満了するよう真摯に努力しなければならぬことを通知と明示
- ・ 一時中断中、中断事由が継続していることを定期的に面談等にも含め、（中断事由が回復の場合は、契約違反となる）
- ・ 都道府県は、キャリア形成プログラムを満了することを、修学資金の返還免除要件とする（家族の介護等のやむを得ない事情がある場合を除く）

医師養成過程を通じた医師の偏在対策等、医学部臨時定員等にかかる今後の課題

- 人口減少や全休の医師数増を踏まえ、医師の増加ペースについて検討する必要があるのではないか。
- 個別の地域や医療機関における医師不足感については今後も生じうるが、医師不足感の原因は様々であり、単に医師数の増加により改善するものではないことから、原因に応じた対策を推進する必要があるのではないか。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師数は、全国レベルで平成22年から令和2年までの10年間で約4万5千人増加 ・ 中長期的な医療ニーズや医師の働き方改革を織り込んだ医師の需給推計を踏まえると、令和11年頃に需給が均衡（※） ・ 人口減少に伴い将来的には医師需要が減少局面 など <p>【医師需給分科会第5次とりまとめ R4.2.7】 ※労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおくケースにおいて、令和5年の医学部入学者が医師となると想定される令和11年頃に均衡。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の地域偏在・診療科偏在 ・ 提供体制の非効率・医師の散在（*） ・ 働き方のミスマッチ（*） など <p>* 当検討会の主たる検討課題ではないものの、関連する課題として必要に応じ検討を実施。</p>

今後の検討事項

令和3年7月23日
 国土(医療情報及び医師確保)
 に関する調査資料(一部改)

1. 地域医療構想

(1) 各地域における検討・取組状況に関するさらなる把握

- 再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証
- 民間医療機関も含めた再検証対象医療機関以外の医療機関における対応方針の策定(両立済の場合、必要に応じた見直しの検討)

※ 新型コロナウイルス感染症への対応状況に配慮し、全国各地域において地域医療構想調整会議を主催する都道府県等でも協議を行い、具体的な工程の進捗について検討。(2023年度は各都道府県において第3次実施計画の策定作業が進められることを念頭に置き、2022年度17日迄に地域医療構想の実現に向けた地域の協議が進められていることが重要となることにも留意)

(2) 地域における協議・取組の促進策に関する検討

- 新型コロナ対応の経験も踏まえた、地域医療構想調整会議など都道府県による取組の在り方
- 積極的に検討・取組を進めている医療機関・地域に対する支援の在り方 等

(3) 2025年以降を見据えた枠組みの在り方に関する検討

2. 医師偏在対策(医師確保計画)

(1) 各都道府県における計画の策定状況や取組状況に関するさらなる把握

(2) 次期医師確保計画の策定(ガイドライン改定)に向けた検討

- 医師偏在指標や医師多数区域・医師少数区域の在り方
- 医師の確保の方針や目標医師数の在り方
- 医師確保に向けた効果的な施策の在り方 等

地域医療構想と医師確保計画について

- 地域医療構想の進捗状況の検証について
(特に2025年の予定病床数について)
- 均てん化と拠点化・重点化
(医師確保計画と地域医療構想との整合について)
- これからの地域における医療提供体制について
(新たな病棟体系とこれからの地域医療の在り方について)

静岡県における将来推計人口の推移(総人口:全県、地域・医療圏別)

(単位:人)

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年	2050/2020比
静岡県	3,633,202	3,510,509	3,385,506	3,253,591	3,115,777	2,973,451	2,828,823	0.779
賀茂医療圏	59,546	53,880	48,606	43,624	38,891	34,465	30,512	
熱海伊東医療圏	99,699	93,919	87,869	81,850	75,853	70,052	64,552	
駿東田方医療圏	640,096	609,111	584,012	557,794	530,723	503,123	475,079	
富士医療圏	373,497	361,003	347,994	333,932	319,006	303,262	286,793	
静岡医療圏	693,389	673,766	649,978	624,853	598,680	572,318	546,205	0.788
志太榛原医療圏	452,533	435,559	418,290	400,122	381,413	362,185	342,917	
中東遠医療圏	465,839	455,052	442,999	429,588	415,057	399,302	382,872	0.822
西部医療圏	848,603	828,219	805,758	781,828	756,154	728,744	699,893	0.825

国立社会保障・人口問題研究所:「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」を基に作成

主な傷病別医療需要等のピーク予測(二次医療圏-入院・外来等別)

傷病等	入院 患者 (総数)	悪性 新生物 患者数 (入院)	脳梗塞 患者数 (入院)	肺炎 患者数 (入院)	骨折 患者数 (入院)	虚血性 心疾患 患者数 (外来)	外来 患者数	訪問 診療 患者数	救急 搬送 件数
賀茂医療圏									
熱海伊東医療圏									
駿東田方医療圏									
富士医療圏									
静岡医療圏									
志太榛原医療圏									
中東遠医療圏									
西部医療圏									

※「外来」には、「通院」、「往診」、「訪問診療」、「医師以外の訪問」が含まれる。

【入院患者(総数)】厚生労働省:「第25回地域医療構想に関するワーキンググループ」(令和2年3月16日開催)資料1
<https://www.nhl.go.jp/content/13302000/000603661.pdf>(令和3年・2月8日確認)

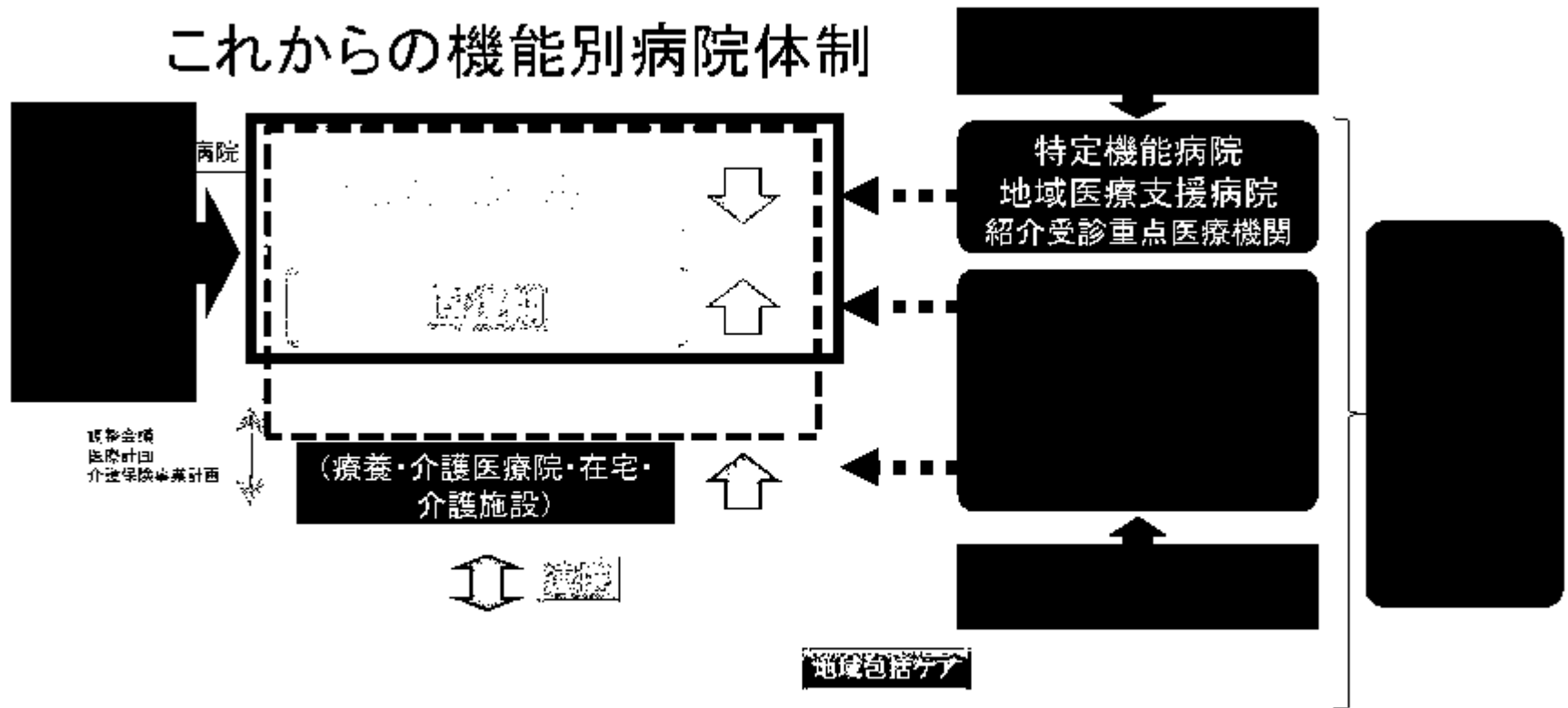
【悪性新生物・脳梗塞・肺炎・骨折・虚血性心疾患】厚生労働省:「第9回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」(令和4年3月2日開催)参考資料2
<https://www.nhl.go.jp/content/13300600/000004002.pdf>(令和4年7月30日確認)

【外来患者数・救急搬送件数】厚生労働省:「第9回第8次五輪計画等に関する検討会」(令和4年6月15日開催)資料1
<https://www.nhl.go.jp/content/13300000/000050765.pdf>(令和4年7月7日確認)

【訪問診療患者数】厚生労働省:「第6回在宅医療及び急病・介護連携に関するワーキンググループ」(令和4年6月28日開催)資料
<https://www.nhl.go.jp/content/13300000/000004013.pdf>(令和4年3月31日確認)

病床機能別にみた今後の医療需要の動向と病院の立ち位置(イメージ)

これからの機能別病院体制



般社団法人医療介護福祉政策研究フォーラム(虎ノ門フォーラム)「平成30年新春座談会」(平成30年1月10日開催)
 産科医科大学医学部公衆衛生学教室 松田晋哉 教授 講演資料から許可を得て引用・改変(左半分;新類型一介護医療院)、追加(右半分・コメント)
<http://www.mow-furum.or.jp/image-report/DL-etu/20180110/05.pdf>

入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

- 急性期一般入院料1における「在宅復帰・病床機能連携率」や、地域包括ケア病棟・療養病棟における「在宅復帰率」の基準において、自宅だけでなく、在宅復帰率等の基準の設定された病棟への転院等を、分子として算入できることとしており、在宅復帰に向けた流れに沿った連携等の取り組みを促進している。

各病棟ごとの在宅復帰率の算出に含まれる退院・転院を、太い矢印（）で示す



【ワーク・生活に冠した五輪の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組（中）】

① 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

第1 基本的な考え方

高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

（新） 地域包括医療病棟入院料（1日につき） ●●点

【算定要件】

- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、●●日を超えて入院するものについては、区分番号A100に属する一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。
- 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体系特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の●●に相当する点数を算定する。
 - イ 年6月以内であること。
 - ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

【施設基準】

- 病棟の一般病棟を単位として行うものであること。
- 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、当該病棟の入院患者の数が10又はその倍数を指すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2名

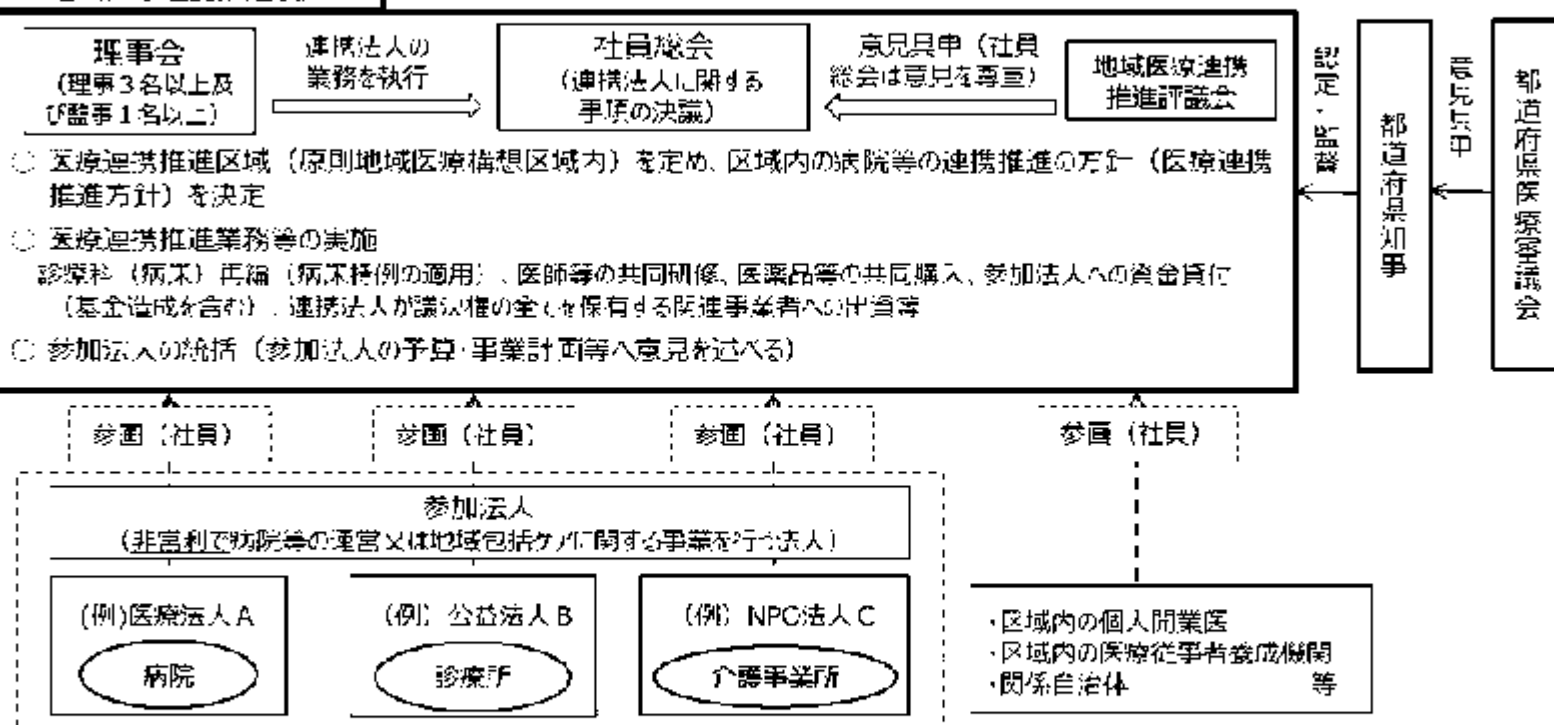
上であることとする。

- 当該病棟において、看護職員の最小必要数の●割以上が看護師であること。
- 当該病棟に当該理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が●名以上配置されていること。
- 当該病棟に専任の栄養士の数が●名以上記号されていること。
- 入院早期からのリハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。
- 当該病棟に入院中の患者に対して、ADL等の維持、向上及び栄養管理等に資する必要な体制が整備されていること。
- 次のいずれかに該当すること。
 - 当該病棟において、一般病棟用の看護度、医療・看護必要度1に係る評価票を用いて測定し、その結果、別表●●の基準を満たす患者の割合が別表●●のとおりであること。
 - 診療内容に関するデータを適切に抽出できる体制が整備された保険医療機関であって、当該病棟において、一般病棟用の看護度、医療・看護必要度1に係る評価票を用いて測定し、その結果、別表●●の基準を満たす患者の割合が別表●●のとおりであること。
- 当該病棟の入院患者の平均入院日数が●●日以内であること。
- 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が●●以上であること。
- 当該病棟において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転送したものの割合が●●未満であること。
- 当該病棟において、入院患者に占める、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者又は他の保険医療機関で区分番号●●に掲げる救急患者運搬搬送料を算定し当該他の保険医療機関から搬送された患者の割合が●●以上であること。
- 地域で急性疾患等の患者に包括的な入院医療及び救急医療を行うにつき必要な体制を整備していること。
- データを提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 特定機能病院以外の病棟であること。
- 急性期充実体制加算の届出を行っていない保険医療機関であること。
- 専門病院入院基本料の届出を行っていない保険医療機関であること。
- 脳血管疾患等リハビリテーション科及び運動器リハビリテーション科に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。

地域医療連携推進法人制度の概要

- ・医療機関相互間の機能分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢としての、新たな法人の認定制度
- ・複数の医療機関等が法人に参加することにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保

地域医療連携推進法人



- ① 一般社団法人のうち、地域における医療機関等相互間の機能分担や業務の連携を推進することを主たる目的とする法人として、医療法に定められた基準を満たすものを都道府県知事が認定 (認定基準の例)
- ・ 病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院のいずれかを運営する法人が2以上参加すること
- ・ 医師会、患者団体その他で構成される地域医療連携推進評議会を法人内に置いていること
- ・ 参加法人が重要事項を決定する(当については、地域医療連携推進法人)意見を求めることを定款で定めていること

地域包括ケアシステム

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

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。

通院・入院

地域包括ケアシステムの姿



Take Home Message

- 地域の医療提供体制は、人口規模や人口構造の変化に伴う疾病構造の変化、また、世帯の状況の変化や在留外国人の増加等による社会構造の変化、さらには、働き方改革の推進等、急速に進行しつつあるこれらの複合的な課題に対して、的確に対応していくことが求められる。
- 限られた医療資源を効率的に活用しつつ、質の高い医療を提供するためには、各々の医療機関が地域における自らの立ち位置を確認するとともに、地域包括ケアシステムを基盤とした医療・介護連携の下、地域医療構想の実現に向け、地域完結型医療の提供体制を構築することが必要である。
- 地域医療の関係者には、随時更新・見直しを加えた地域診断の結果を共有した上で、各病院の対応方針や地域全体の方向性等について、「協議の場」である地域医療構想調整会議等において協議を重ねていくことが望まれる。

浜松医科大学



浜松医科大学は、来年
開学50周年を迎えます。



ご清聴ありがとうございました