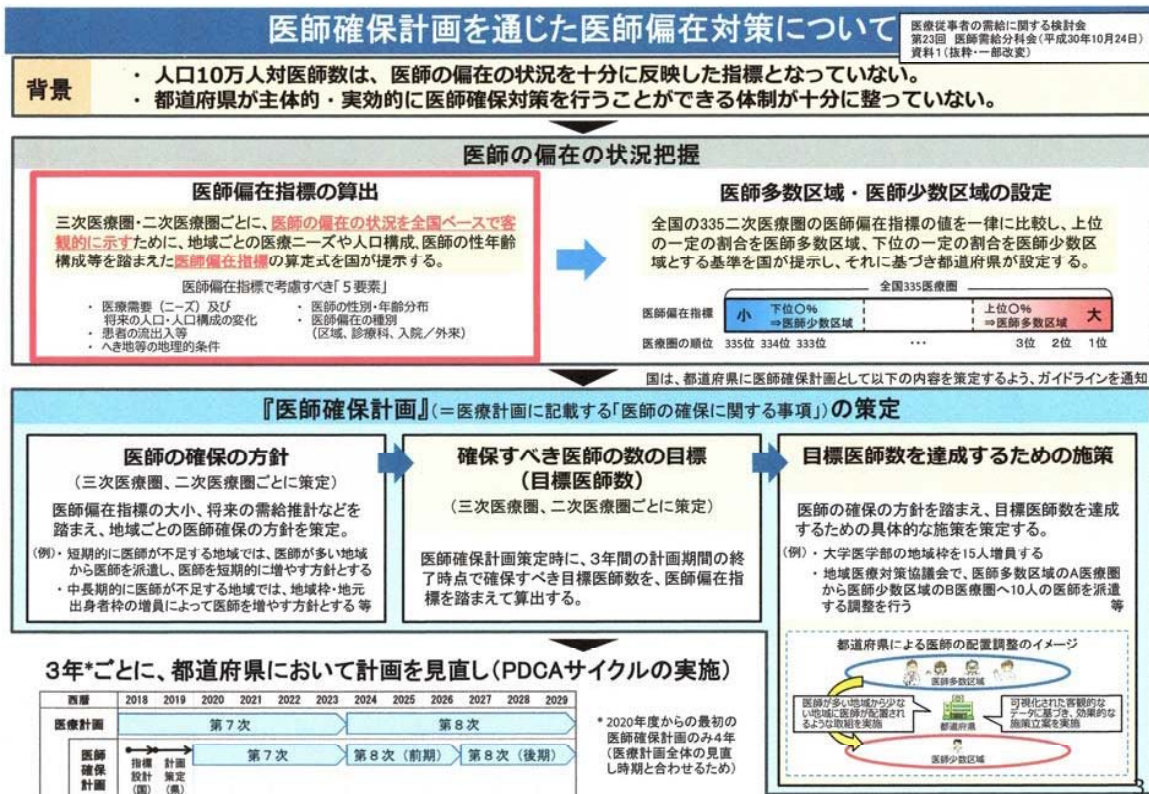
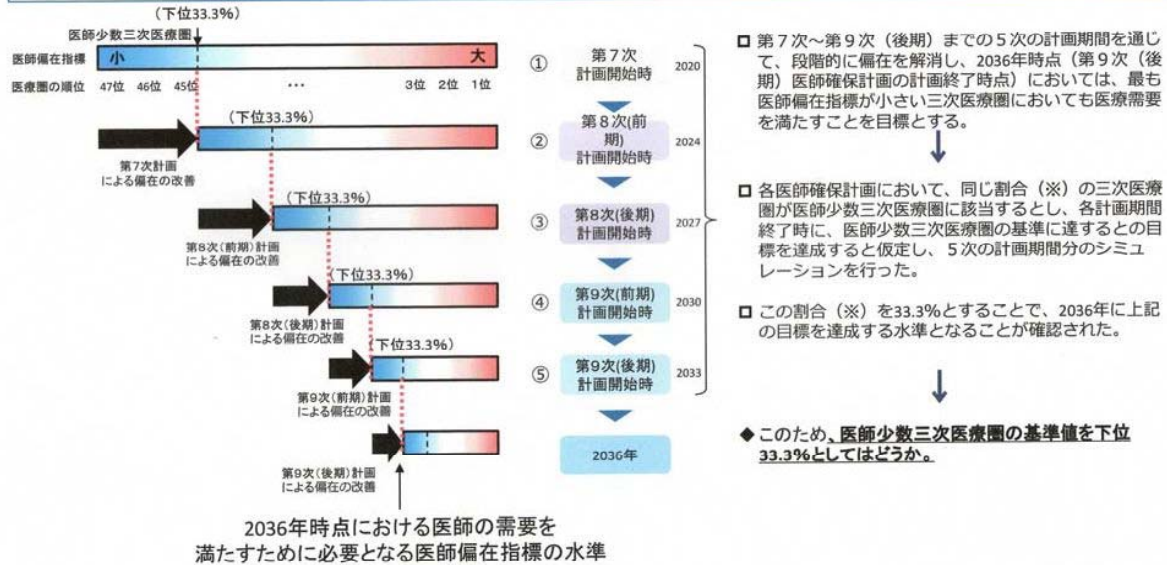


医師確保計画について



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。



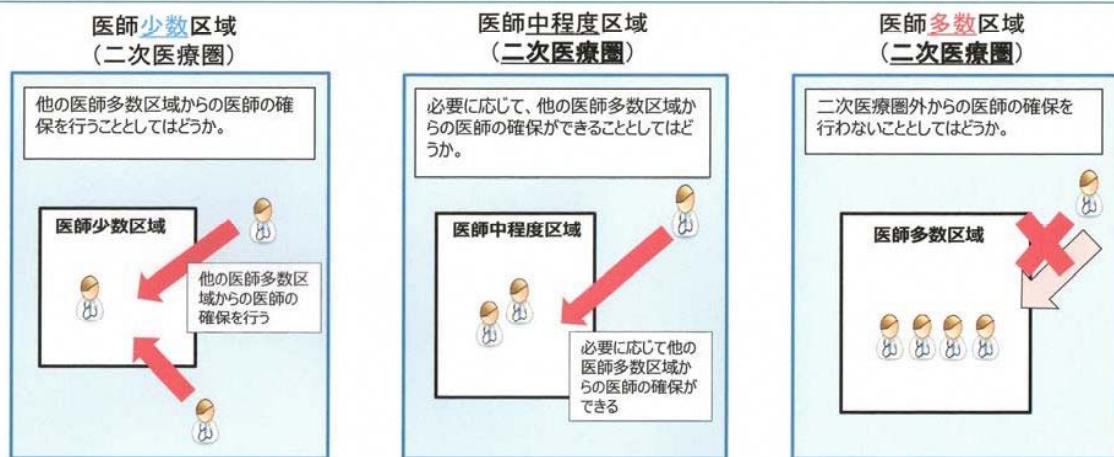
- 医師少数区域、多数区域（二次医療圏単位）及び医師多数三次医療圏についても、施策の整合性の観点から、同様の値（下位／上位33.3%）を基準値としてはどうか。

41

厚生労働省「平成30年度 第3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」（平成31年2月15日）資料2から抜粋

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。



- 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

53

厚生労働省「平成30年度 第3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」（平成31年2月15日）資料2から抜粋

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



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

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

静岡県医師確保計画 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



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

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

静岡県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)



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

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



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

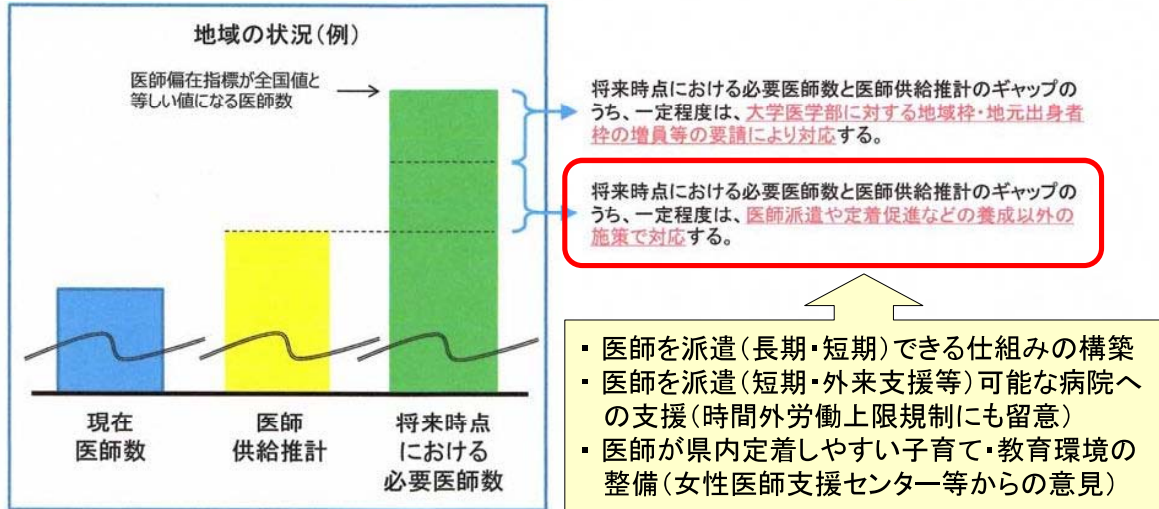
将来時点における必要医師数を達成するための対策について

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

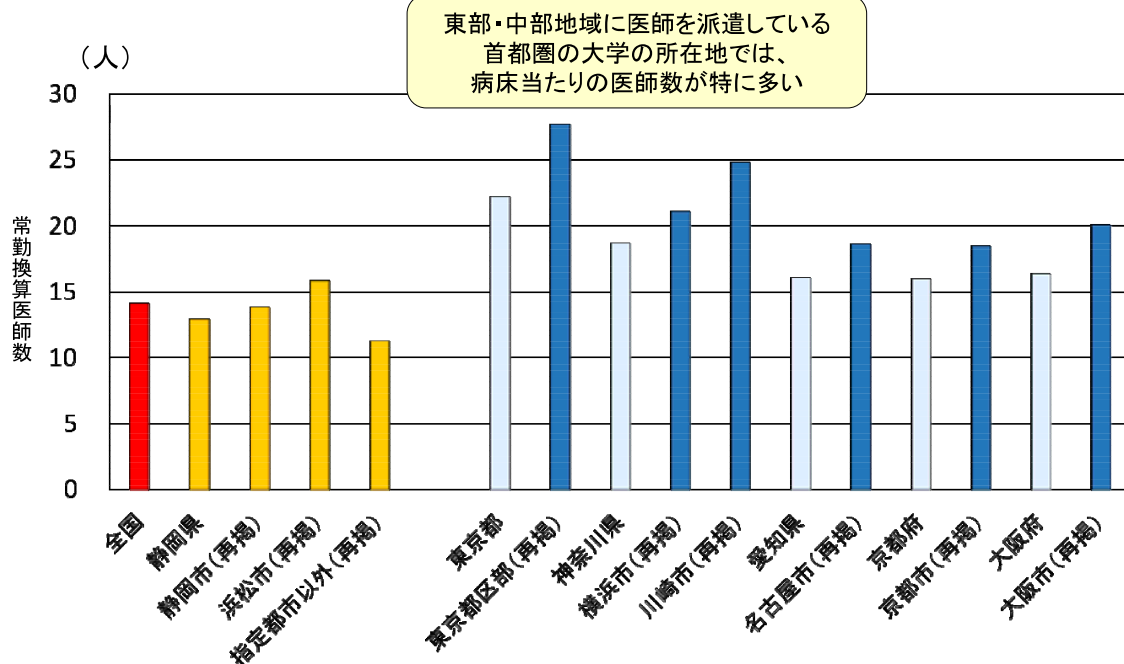
- 地域ごとの将来時点における必要医師数と、医師供給推計とのギャップを解消するために、どのような対策が考えられるか。

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



厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 第27回 医師需給分科会」（平成31年1月30日）資料4（抜粋）に追記

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



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

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

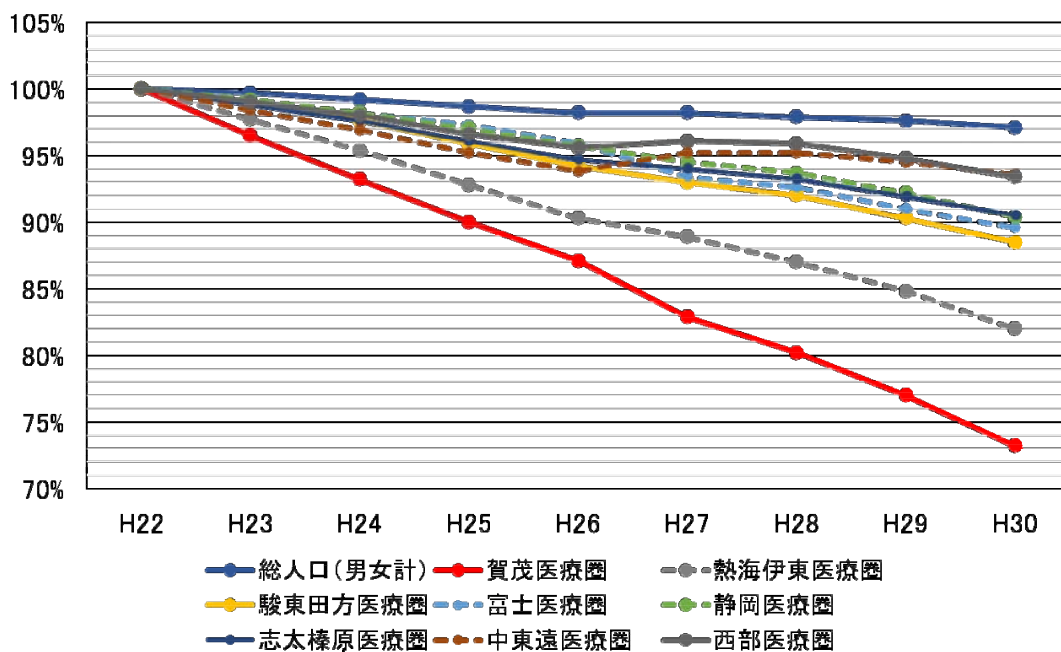
令和元年度 第1回静岡県医療審議会(令和元年8月27日)資料2-4(別冊)から抜粋



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

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

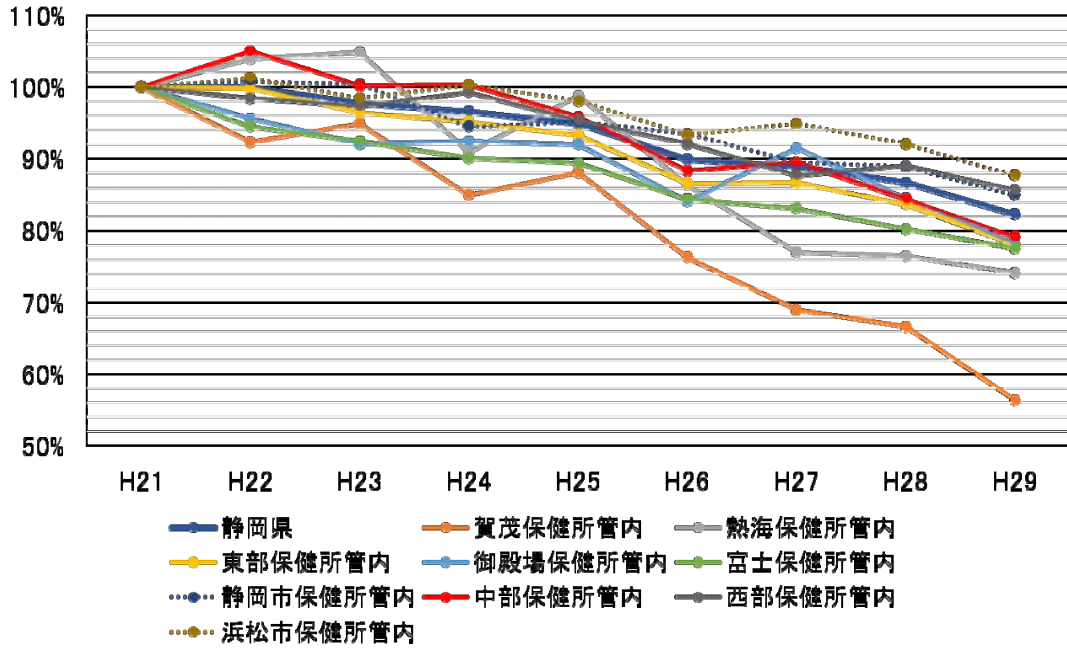
静岡県における二次医療圏(構想区域)別15~49歳女性人口の推移



※ 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。

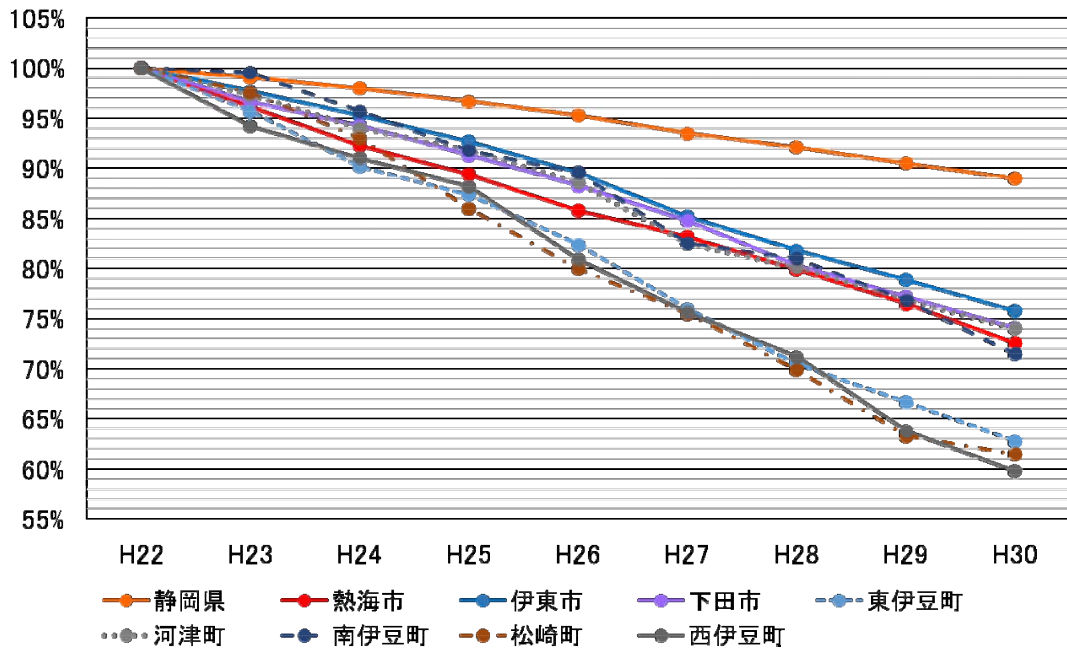
出典:厚生労働省「人口動態統計」



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

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

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。

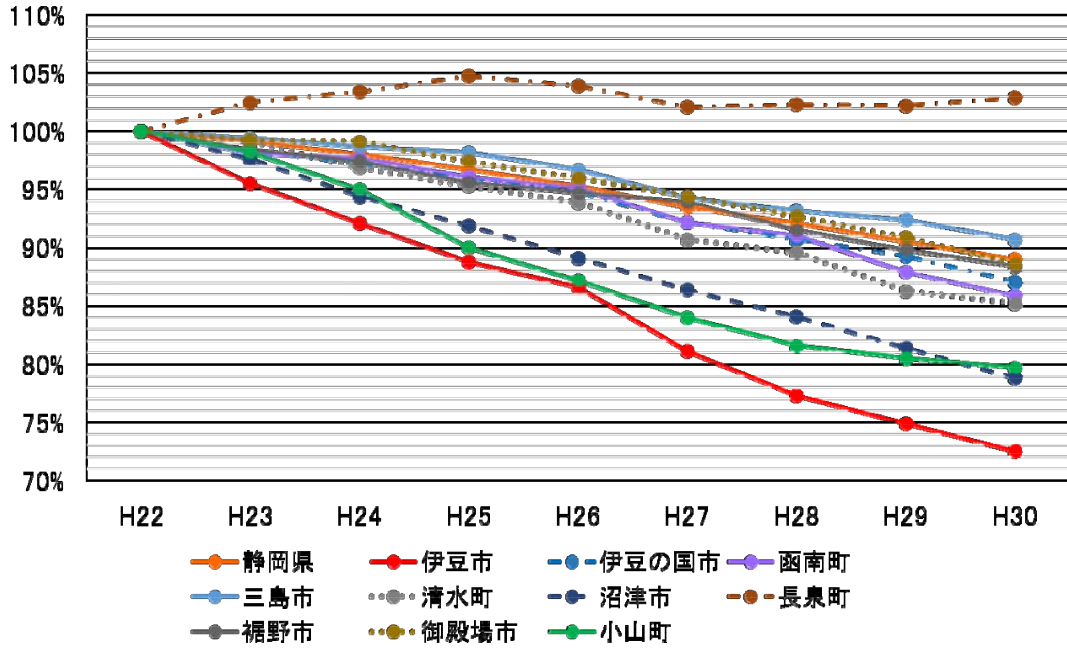
出典:静岡県 統計センターしずおか「静岡県年齢別人口推計」(H22及びH27は国勢調査)



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

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

駿東田方医療圏の市町における年少人口の推移



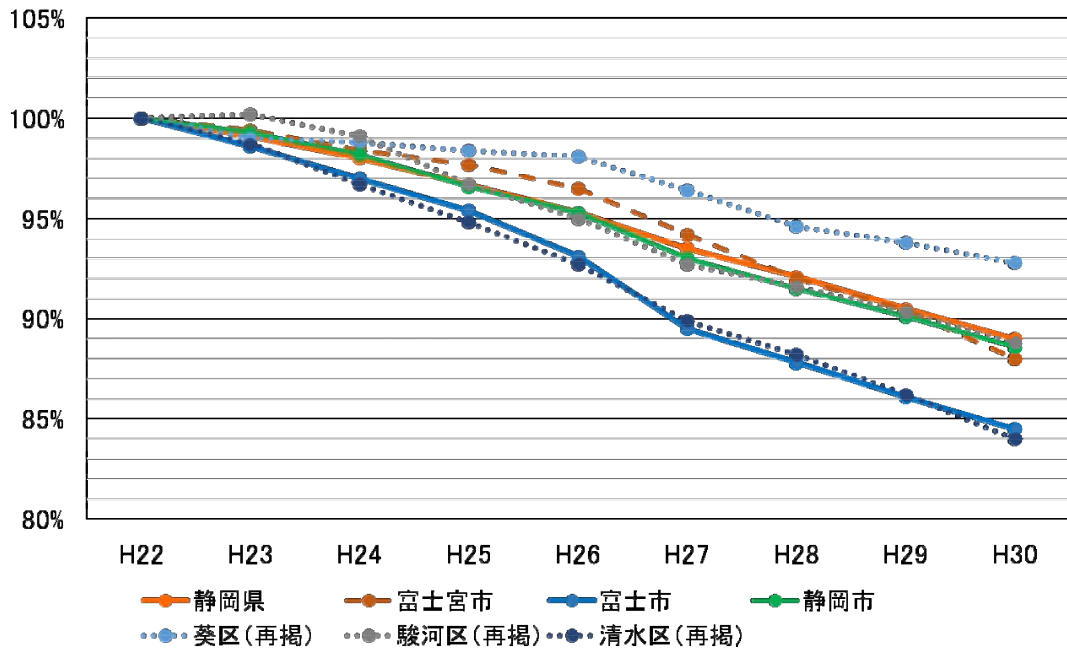
※ 市町ごとに、平成22年の15歳未満人口を100とした各年の15歳未満人口の比を経年で比較した。

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)



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

富士・静岡の各医療圏の市・区における年少人口の推移



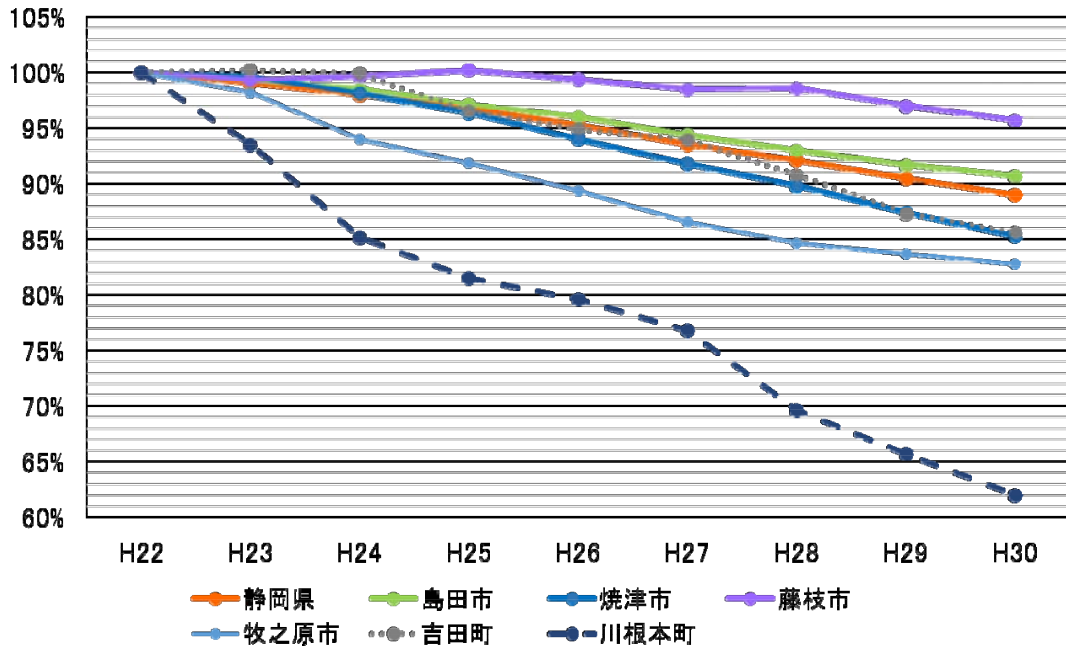
※ 市町ごとに、平成22年の15歳未満人口を100とした各年の15歳未満人口の比を経年で比較した。

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)



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

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。

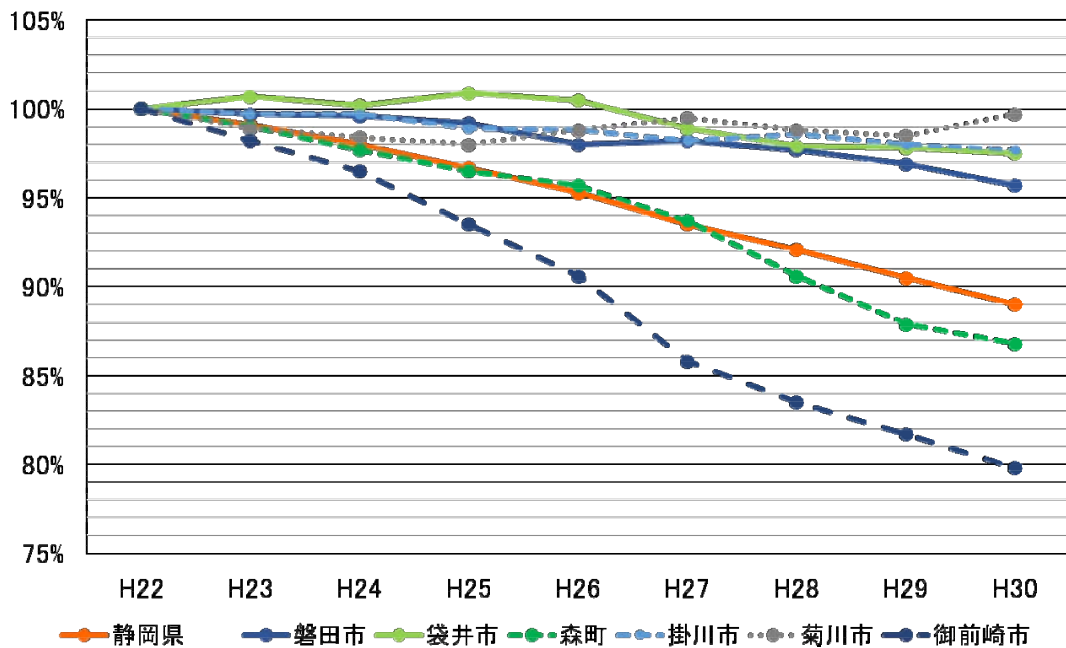
出典：静岡県 統計センターしずおか「静岡県年齢別人口推計」(H22及びH27は国勢調査)



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

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

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。

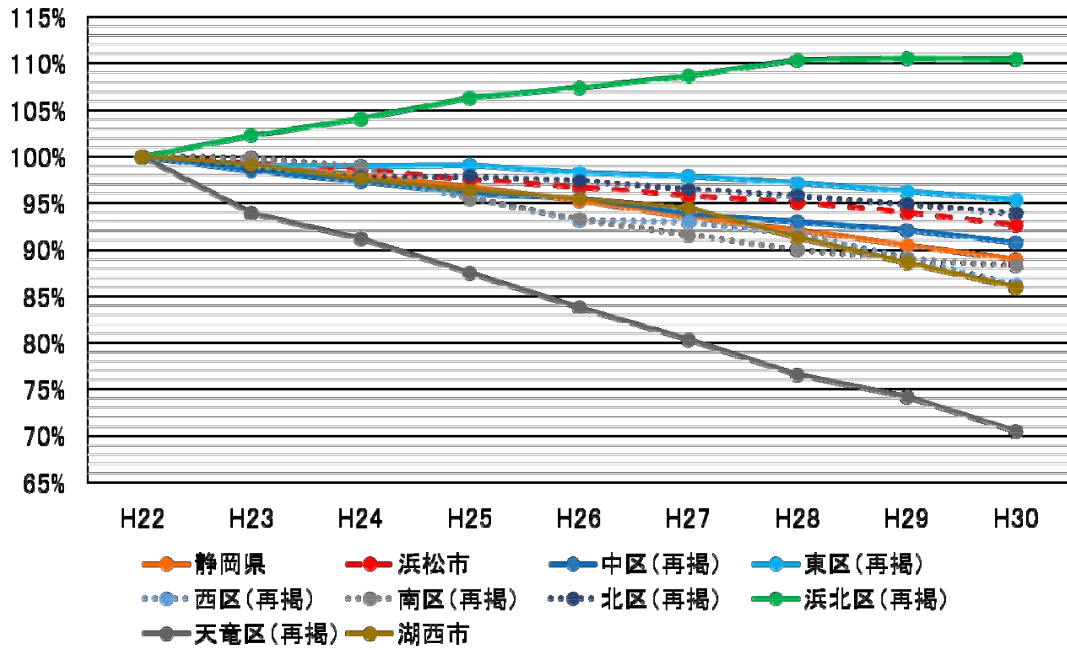
出典：静岡県 統計センターしずおか「静岡県年齢別人口推計」(H22及びH27は国勢調査)



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

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

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)



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

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

静岡県における産婦人科・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つた(405人)ため、平成26年の医師数を用いて比較した。

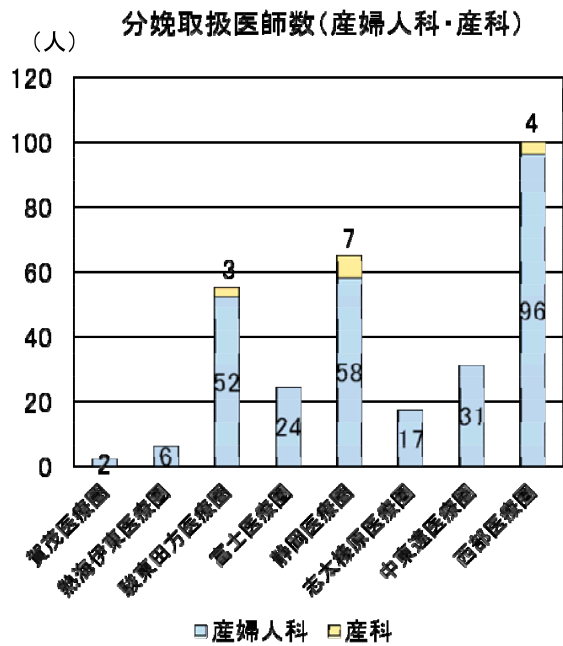
出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」



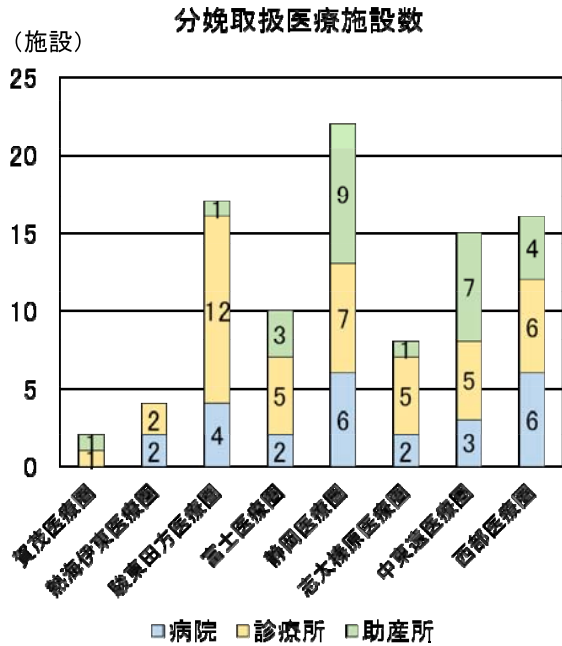
浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

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

静岡県内における分娩取扱医師数及び分娩取扱医療施設数

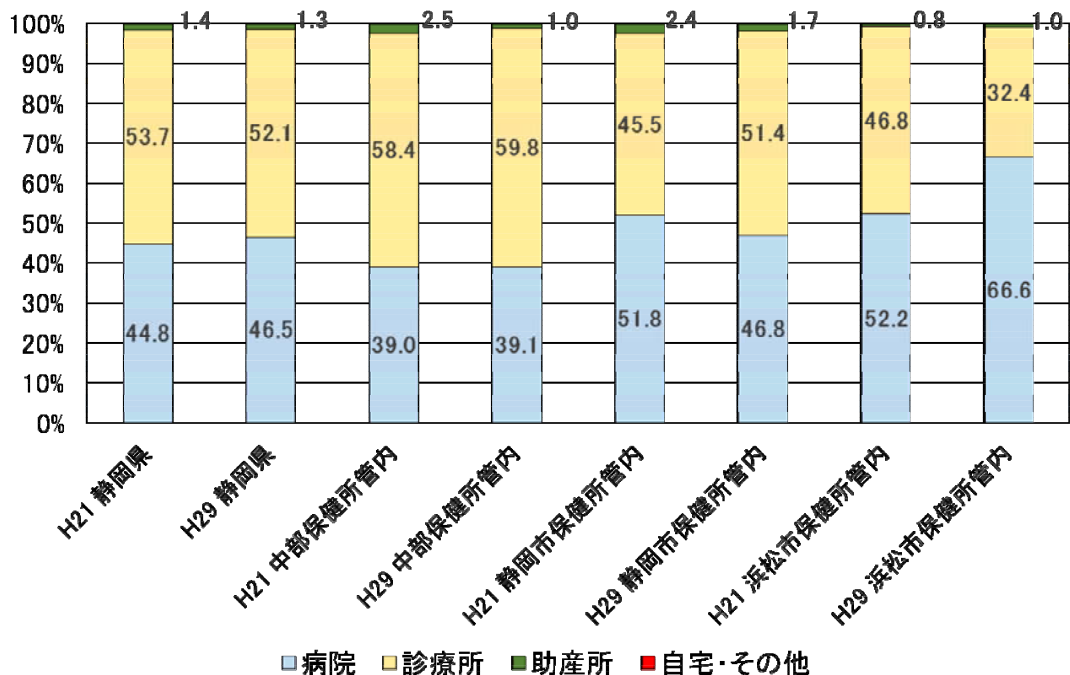


出典:厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」



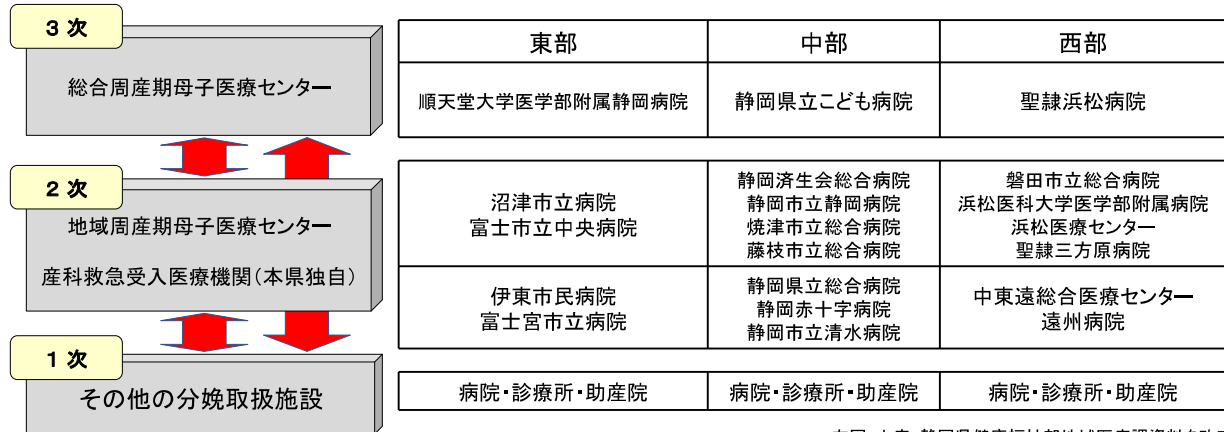
静岡県健康福祉部地域医療課調べ(平成31年3月)

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)



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)



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

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って、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って、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



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

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。

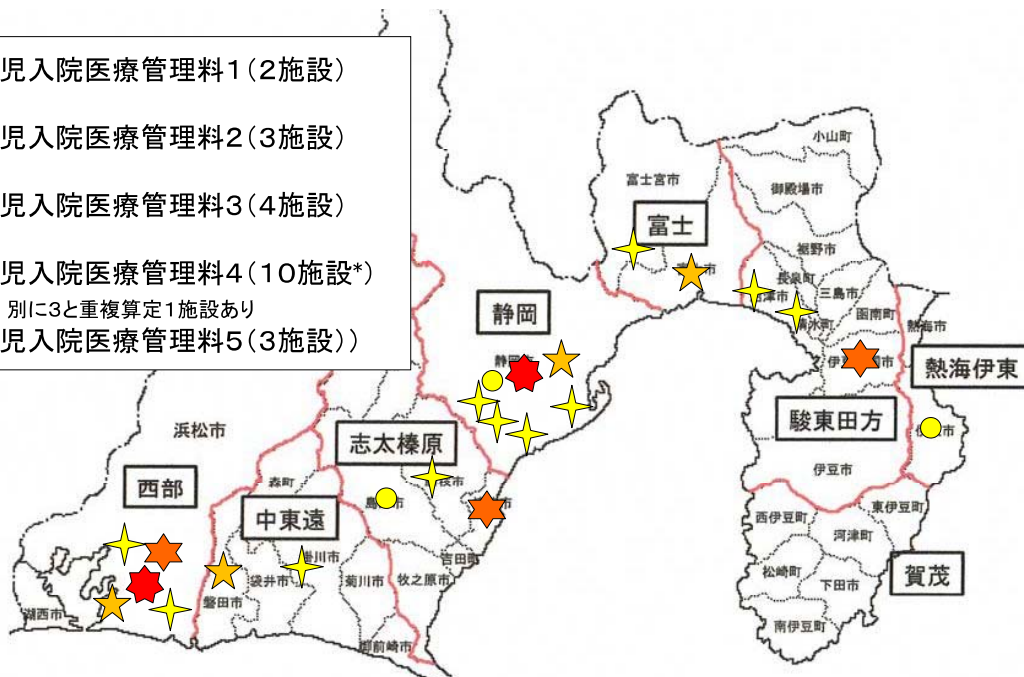
出典:医科診療報酬点数表(平成30年4月版)及び関係通知等



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

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」



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

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 <small>連続勤務時間制限・勤務時間インターバル等（労務）</small>	地域医療確保暫定特例水準 <small>連続勤務時間制限・勤務時間インターバル等（労務）</small>	集中的技能向上水準 <small>連続勤務時間制限・勤務時間インターバル等（労務）</small>	
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

厚生労働省「第21回 医師の働き方改革に関する検討会」（平成31年3月15日）資料2（抜粋）に追記

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

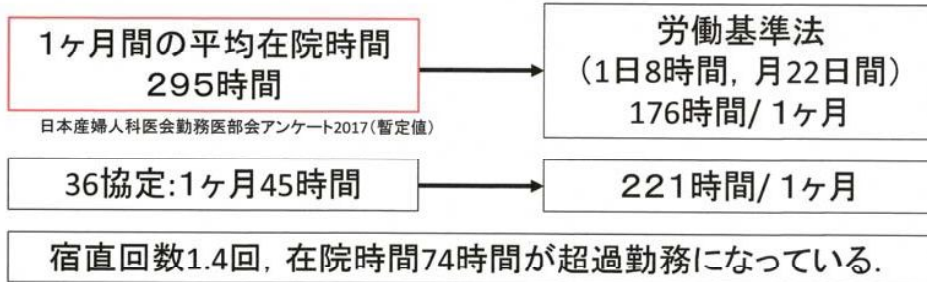
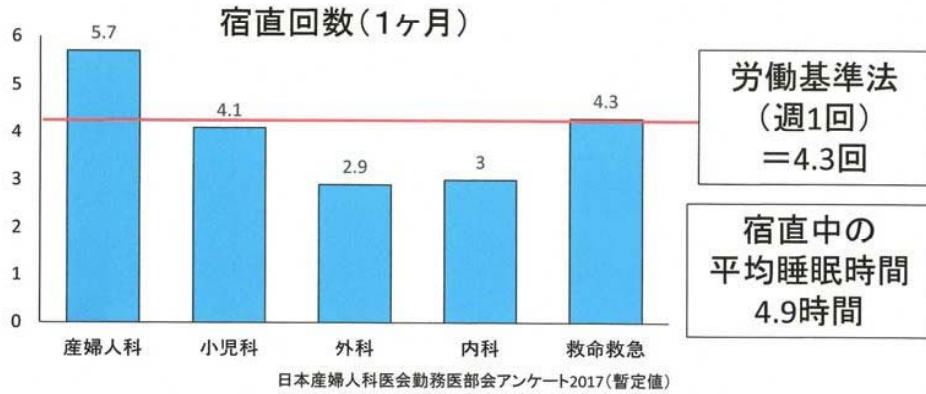
労働基準法第36条

- ・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。

日本産婦人科医会常務理事 中井章人氏（日本医科大学教授）
「周産期医療の現状と「働き方改革」～施設情報調査2017より～」から抜粋



日本産婦人科医会常務理事 中井章人氏 (日本医科大学教授)
 「周産期医療の現状と「働き方改革」～施設情報調査2017より～」から抜粋

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

半分以上が自宅待機/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。

日本産婦人科医会常務理事 中井章人氏 (日本医科大学教授)
 「周産期医療の現状と「働き方改革」～施設情報調査2017より～」から抜粋

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」



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

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
 - 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
- に限らず、
などでも…



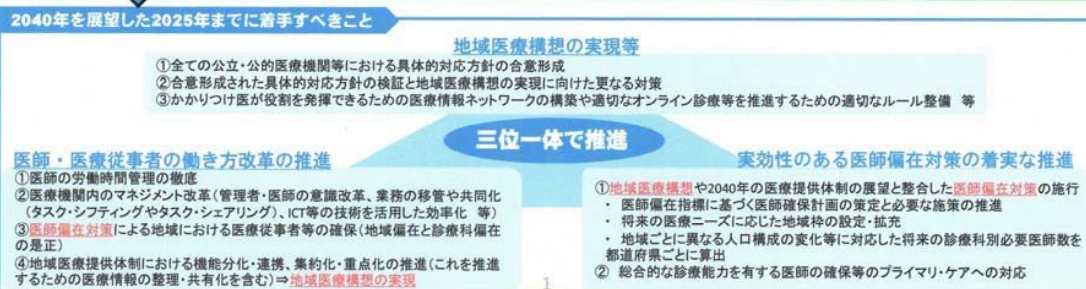
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

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。



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。

厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会 第21回地域医療構想ワーキンググループ」(令和元年5月16日)資料1(抜粋)に追記

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。