

令和元年度 第1回 富土地域医療構想調整会議

日 時：令和元年7月3日(水) 午後7時～

場 所：富士総合庁舎2階201会議室

次 第

○ 議 事

- 1 医師確保計画の策定について
- 2 救急医療体制について
 - (1) 救急医療体制の課題について
 - (2) ワーキンググループの設置について

○ 報 告

- 1 令和元年度の主な協議予定事項
- 2 平成30年度病床機能報告結果と定量的基準「静岡方式」について
- 3 非稼働病床の状況について
- 4 地域医療介護総合確保基金（医療分）事業について

○ その他

令和元年度第1回 富土地域医療構想調整会議

資料目次

○資料1-1	： 医師確保計画の策定について	1
○資料1-2	： 医師確保計画に関するスケジュール（案）	3
○資料1-3	： 医師少数区域について	4
○資料1-4	： 医師確保計画ガイドラインと静岡県医師確保計画との関係	5
○資料1-5	： 医師少数スポットの考え方	6
○資料1-6	： 静岡県医師確保計画 骨子（富士保健医療圏）	8
○資料2-1	： 救急医療体制の課題について	15
○資料2-2	： ワーキンググループ準備会での協議内容について	17
○資料2-3	： 富土地域救急医療体制ワーキンググループ委員（案）	18
○資料2-4	： 富土地域医療構想調整会議 設置要綱の一部改正（案）	19
○資料2-5	： 富土地域医療構想調整会議 ワーキンググループ設置要綱（案）	20
○資料3	： 地域医療構想調整会議 令和元年度の主な協議予定事項	21
○資料4-1	： 平成30年度病床機能報告の集計結果の状況	24
○資料4-2	： 病床機能報告における定量的基準「静岡方式」の導入（案）	28
○資料4-3	： 定量的基準（静岡方式）に基づく試算結果	39
○資料5-1	： 病床が稼働していない理由と今後の運用見通し（病院）	40
○資料5-2	： 各圏域における有床診療所の非稼働病床の状況	41
○資料6	： 地域医療介護総合確保基金（医療分）	42
○資料7	： 参考資料（静岡県地域医療構想アドバイザー 浜松医科大学 竹内特任准教授）	45
○資料1別冊	： 医師確保計画策定ガイドラインの概要	別冊

第1回富士地域医療構想調整会議 座席表

出入口

委員 大村 侑	委員<議長> 磯部 俊一	委員<副議長> 永松 清明	委員 和田 泰明
委員 谷島 健生			委員 中川 善文
委員 高木 啓			委員 磯崎 まさ代
委員 西ヶ谷和之			委員 長野 豊
委員 佐藤 洋			委員 工藤 英機
委員 柏木 秀幸			委員 大塚 芳正
委員 渡邊英一郎			委員 伊東 禎浩
	保健所長 伊藤 正仁	委員 小林 博之	

出入口

<事務局>
健康福祉センター
土屋所長、 渥美課長、 山下課長、 丹治主事、 内藤班長

<関係者席>
県庁 医療政策課、 地域医療課、 長寿政策課

傍聴席

【富士地域医療構想調整会議 委員名簿】

令和元年7月1日現在

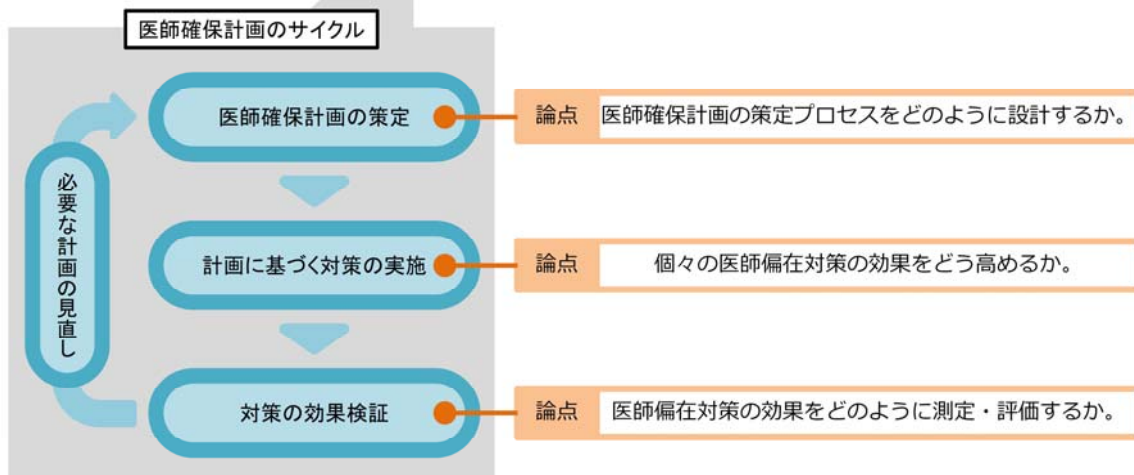
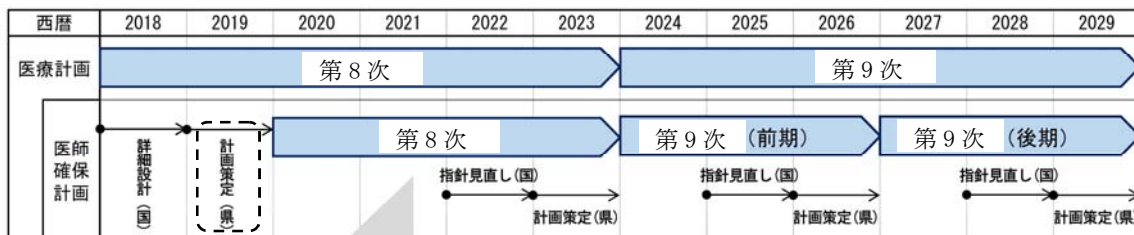
所属団体名等の名称	役職	氏名	備考
一般社団法人 富士市医師会	会長	磯部 俊一	
一般社団法人 富士宮市医師会	会長	永松 清明	
一般社団法人 富士市歯科医師会	会長	大村 侑	
一般社団法人 富士宮市歯科医師会	会長	高木 淳	欠席
一般社団法人 富士市薬剤師会	会長	和田 泰明	
一般社団法人 富士宮市薬剤師会	会長	中川 喜文	
公益社団法人静岡県看護協会 富士地区支部(新富士病院 看護部長)	地区支部長	磯崎 まさ代	
一般社団法人富士市医師会理事 私的病院部会	部会代表	渡邊英一郎	
富士市立中央病院	院長	柏木 秀幸	
富士宮市立病院	院長	佐藤 洋	
共立蒲原総合病院	院長	西ヶ谷和之	
静岡県慢性期医療協会 (新富士病院)	—	川上 正人	欠席
精神科病床を有する医療機関 (鷹岡病院)	院長	高木 啓	
地域の病院 (富士脳障害研究所附属病院)	院長	谷島 健生	欠席
全国健康保険協会静岡支部	支部長	長野 豊	
健康保険組合連合会静岡連合会 (製紙工業健康保険組合常務理事)	理事	工藤 英機	
静岡県老人福祉施設協議会 (介護老人福祉施設すどの杜施設長)	企画経営委員長	大塚 芳正	
富士市	保健部長	伊東 禎浩	
富士宮市	保健福祉部長	小林 博之	
富士保健所	所長	伊藤 正仁	

医師確保計画の策定について

1 概要

平成 30 年度医療法改正により、都道府県における医師確保対策の実施体制の強化に向け、医療計画の一部として、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本年度中に策定することとされた。

策定した医師確保計画については、3 年（2020 年度からの最初の医師確保計画のみ 4 年）ごとに、都道府県において計画を見直す。（PDCA サイクルの実施）



出典：平成 30 年度全国医政主管課長会議資料を一部改変

2 本県における医師確保計画策定の役割分担

- ・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医療対策協議会で協議する。
- ・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、計画案を医療審議会へ諮問することとする。

会議体	役割
静岡県医療審議会	諮問された計画案に対し意見を述べる
静岡県医療対策協議会	作成された原案を協議
ふじのくに地域医療支援センター	県と協力して原案を作成

3 医師確保計画の策定プロセス



出典：平成 30 年度全国医政主管課長会議資料を一部改変

医師確保計画に関するスケジュール (案)

※令和元年5月現在。今後変更があり得る。

	審議会・医療対策協議会	支援センター	地域医療課(とりまとめ)	各保健所
30年度	医師需給分科会の議論取りまとめ【厚生労働省】			
	医師確保計画策定ガイドラインの作成、公表【厚生労働省】			
	医師備在指標の算出【厚生労働省】			
	理事会(2/26)		キャリア形成プログラム基本方針	
	医療対策協議会③(3/13) (方針了承)			
	医療審議会②(3/25) (医師確保計画策定に係る報告)			
4月			○作成方針等検討	
5月			患者流出入都道府県間調整	
	理事会①(5/22)(方針検討)		国主催説明会(5/27)	
6月	医療対策協議会①(6/5) (方針協議)		作成方針決定・計画骨子案作成	○骨子検討 地域医療構想調整会議
			医師備在指標(患者流出入調整後)の算出【厚生労働省】	
7月	理事会②(7/10) (骨子検討)		骨子とりまとめ	地域医療協議会
	医療対策協議会②(7/30) (骨子協議)		・医療対策協議会意見反映	・医療対策協議会意見反映
8月	報告 理事会③(8/20)(素案叩き検討)		骨子 確定	
	医療審議会①(8/27) (骨子了承)		計画素案 作成	○素案検討 地域医療構想調整会議
9月			素案 とりまとめ	地域医療協議会
10月	理事会④(10/9) (素案検討)		素案 確定	
11月	医療対策協議会③(11/26) (素案協議)		パブコメ 市町・関係団体意見聴取	○最終案検討
12月	医療審議会②(12/24) (素案了承)		パブコメ、団体意見等反映	・パブコメ、団体意見、地域意見等反映 地域医療構想調整会議 地域医療協議会
	理事会⑤(1/30)(最終案検討)		最終案 とりまとめ	
1月			最終調整	・最終調整
2月	医療対策協議会④(3/11) (最終案協議)		最終案 確定	
3月	医療審議会③(3/23) (最終案了承)		告示、厚生労働省報告	

＜参考＞ 医師少数区域について

(1) 医師確保計画策定ガイドライン

- 各都道府県において、医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策を進められるよう、医師偏在指標を用いて医師少数区域及び医師多数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施
- 医師少数区域及び医師多数区域は二次医療圏単位における分類を指す
- 医師偏在指標の上位33.3%を医師多数区域及び医師多数都道府県の、下位33.3%を医師少数区域及び医師少数都道府県の設定の基準とする
- 医師少数区域に該当する二次医療圏であっても、近隣の二次医療圏の医療機関において当該二次医療圏の住民の医療を提供することとされている場合、二次医療圏の設定を見直すことが適切。見直しが困難な場合については、当該二次医療圏を医師少数区域として設定しないことも可能
- 医師偏在指標上、医師少数区域に該当しない二次医療圏を医師少数区域として設定すること等は認められない。

(2) 本県の医師偏在指標の状況

○静岡県：医師少数県（39位）

○本県の二次医療圏の状況

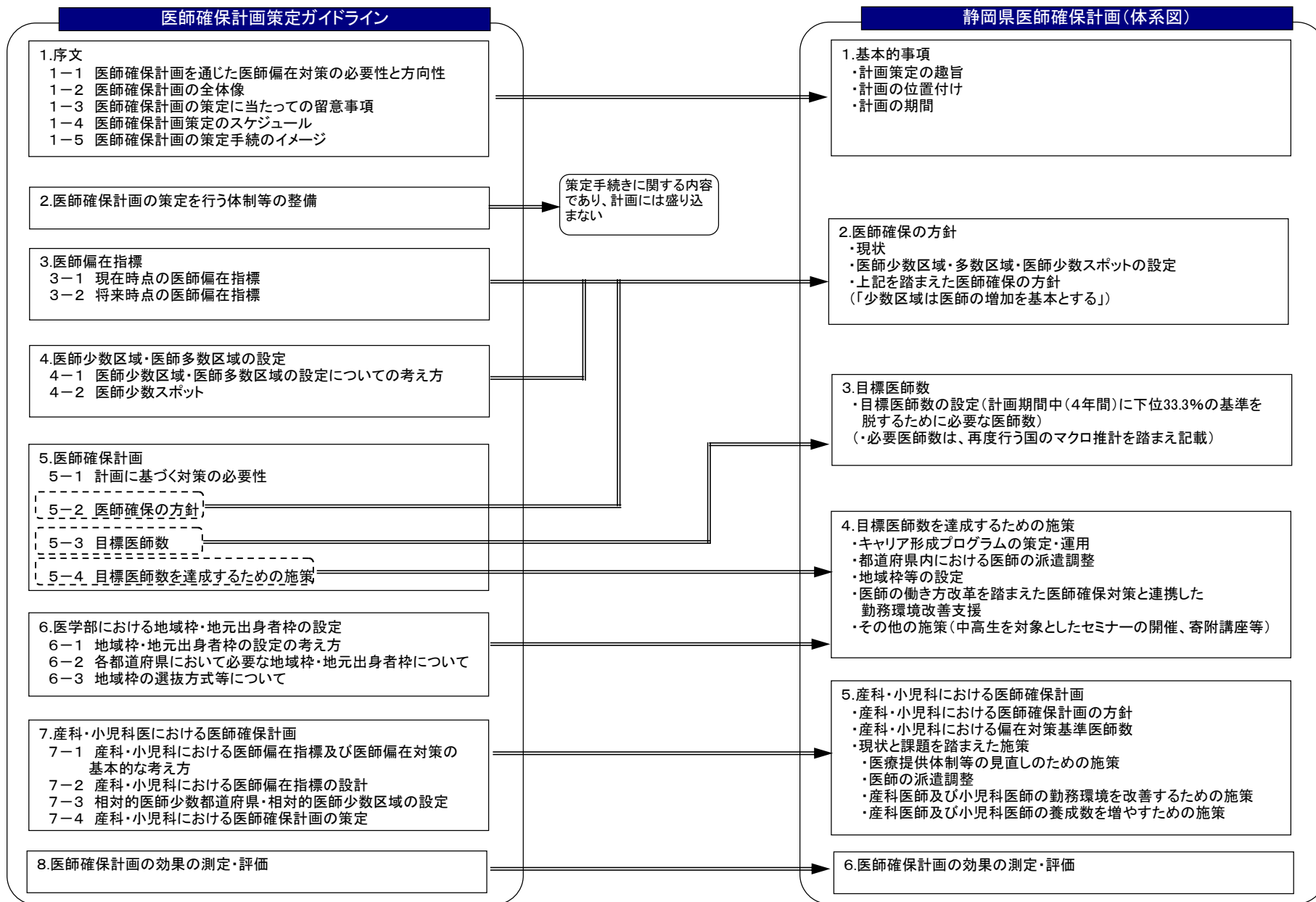
	厚生労働省事務連絡（4/1）※1
医師 多数区域 (上位33.3%)	西 部(71位、239.0) 静 岡(99位、209.0) 【粕屋（福岡県）(112位、201.2)】※2
(中位33.3%)※3	駿東田方(130位、192.7) 熱海伊東(187位、172.1) 志太榛原(193位、170.1)
医師 少数区域 (下位33.3%)	【八戸地域（青森県）(224位、162.2)】 中 東 遠(230位、160.5) 富 士(256位、150.4) 賀 茂(330位、110.0)

※1：平成31年3月1日に公表された「平成29年患者調査」の内容を反映

※2：【 】内は、上位の最低値及び下位の最高値

※3：必要に応じ、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保が可能

医師確保計画ガイドラインと静岡県医師確保計画との関係



※上記内容を、三次医療圏(県)及び二次医療圏(一部の項目を除く)ごとに作成

医師少数スポットの考え方

1 医師確保計画策定ガイドライン等

- ・局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」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する。
- ・ただし、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。

設定が適切な例	<ul style="list-style-type: none"> ・へき地診療所が設置されていても、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 ※無医地区^{※1}や島しょ、半島等の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
設定が不適切な例	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・特定の医療機関を指定すること ・全ての無医地区・準無医地区を無条件に設定すること

※1：以下の条件を満たす地区

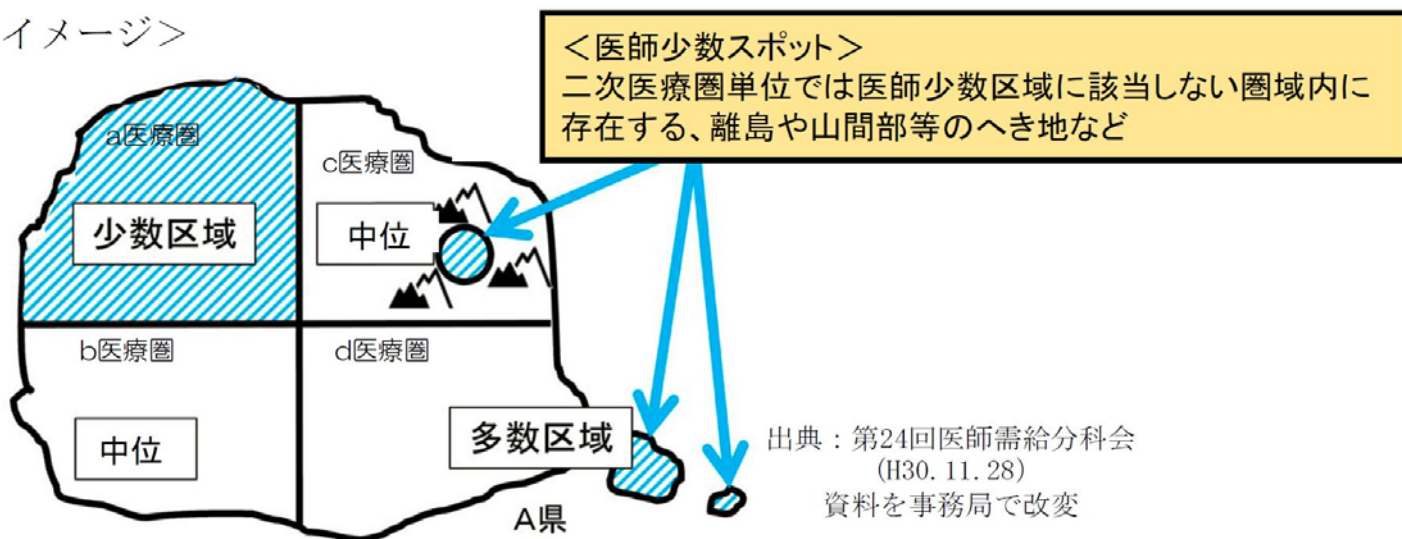
- ・医療機関がない／半径4kmの区域内に50人以上^{*}が居住／容易に医療機関を利用することができない（49人以下の場合、無医地区に準じる地区とする）

2 医師少数スポットを設定する上での基本的な考え方

医師少数スポットの設定について

<p>概要</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県は、医師少数区域に該当しない二次医療圏において、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、<u>医師少数区域(地域枠医師が4年間勤務)と同様に取り扱うことができる</u> ・医師少数スポットの範囲については、「二次医療圏よりも小さい地域」 ・必要以上に少数スポットを設定することにより、<u>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にそぐわないため、医師少数スポットの設定は慎重に行う必要がある</u>
<p><考え方> (国)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>継続的な医師の確保が困難で医療機関へのアクセスに大きな制限がある地区</u>が適切である (巡回診療による対応等でも可)
<p><考え方> (県)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の配置や医師本人のキャリア形成の観点からすれば、<u>地域枠等の医師の配置が可能である病院が存する地域</u>が適切である

<イメージ>



静岡県医師確保計画 骨子（富士保健医療圏）

I 富士保健医療圏

1 医師確保の方針

(1) 現状・課題

○医師数の状況（医療施設従事医師数）（単位：人）

	H22	H24	H26	H28	H28-H22
県計	6,883	6,967	7,185	7,404	+521
富士	517	508	529	555	+38

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

○専攻医の状況（専門医研修プログラム採用者数）（単位：人）

	県計					
				富士		
	H30	R1	差	H30	R1	差
内科	44	44	0	0	0	0
小児科	8	14	6	-	-	-
皮膚科	6	6	0	-	-	-
精神科	8	8	0	-	-	-
外科	7	10	3	-	-	-
整形外科	6	7	1	-	-	-
産婦人科	5	11	6	-	-	-
眼科	4	4	0	-	-	-
耳鼻咽喉科	6	7	1	-	-	-
泌尿器科	2	8	6	-	-	-
脳神経外科	3	3	0	-	-	-
放射線科	3	3	0	-	-	-
麻酔科	4	7	3	-	-	-
病理	1	1	0	-	-	-
臨床検査	0	0	0	-	-	-
救急科	1	4	3	-	-	-
形成外科	3	5	2	-	-	-
リハビリテーション科	0	1	1	-	-	-
総合診療	2	6	4	-	-	-
計	113	149	36	0	0	0

○臨床研修の状況

(単位：人)

	研修施設数	H30*			R1*		
		定員	マッチ者数	マッチ率	定員	マッチ者数	マッチ率
県計	25	282	245	86.9%	293	248	84.6%
富士	2	9	9	100%	10	10	100%

※勤務開始年度

○医学修学研修資金被貸与者勤務状況

(単位：人)

	H30	R1	R1-H30
県計	302	375	+73
富士	16	24	+8

※返還免除を受けるために必要な期間の勤務を終えた者を除く

(2) 医師少数区域・多数区域の設定

	区分	医師偏在指標 (暫定)	順位
県	医師少数県	193.1	39位/47都道府県
富士	医師少数区域	150.4	256位/335二次医療圏

(3) 医師確保の方針

- ・本医療圏は医師少数区域に位置付けられていることから、医師の増加を基本方針とし、医師少数区域以外からの医師の確保に取り組む

<上記を踏まえた二次医療圏における現状と課題>

<ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・

2 目標医師数

目標医師数

- ・医師確保計画の計画期間中（4年間）に医師少数区域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

- ・具体的な数値については、7月を目途に国からの提供される予定
- ・少数区域以外の区域においては、県が独自に設定（国が参考値として全二次医療圏の平均値を提示予定）

3 目標医師数を達成するための施策

○医学修学研修資金制度

<全県共通の施策>

- ・毎年 120 人規模で医学修学研修資金を貸与
- ・貸与期間の 1.5 倍の期間を県内の公的医療機関等で勤務
- ・専門医資格取得後は、県内の医師偏在の状況を踏まえた配置を行う
- ・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促進

<二次医療圏固有の施策>

- ・（二次医療圏の課題を踏まえた、必要な施策）

○キャリア形成プログラム

<全県共通の施策>

- ・「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
- ・サブスペシャリティ領域の専門研修をまで行う「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
- ・プログラム期間中4年間は医師不足地域において勤務

<二次医療圏固有の施策>

- ・（二次医療圏の課題を踏まえた、必要な施策）

○地域枠医師の確保

<全県共通の施策>

- ・本県は医師少数県であり、県外からの医師確保を積極的に進めるため、県外7大学と34名の地域枠を設定
- ・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、引き続き増枠に努める。

<二次医療圏固有の施策>

- ・(二次医療圏の課題を踏まえた、必要な施策)

○寄附講座の設置

<全県共通の施策>

- ・浜松医科大学と連携し、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る「地域医療確保支援研修体制充実事業」を実施
- ・浜松医科大学と連携し、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）の養成を図る「地域家庭医療学寄附講座設置事業」を実施
- ・浜松医科大学と連携し、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
- ・浜松医科大学と連携し、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る「児童青年期精神医学講座設置事業」を実施

<二次医療圏固有の施策>

- ・(二次医療圏の課題を踏まえた、必要な施策)

○医師の働き方改革を踏まえた勤務環境改善支援

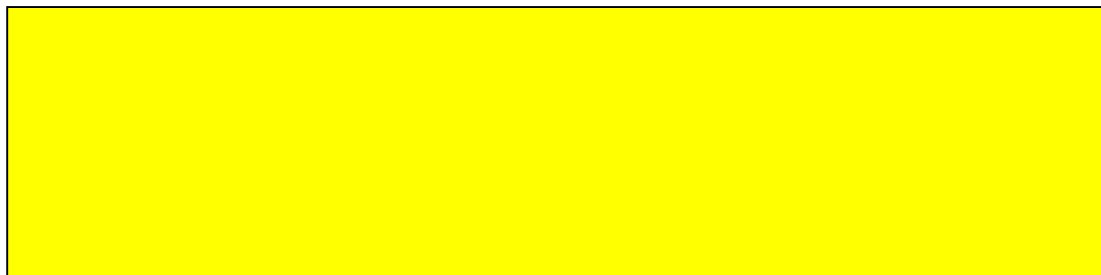
<全県共通の施策>

- ・医師少数区域の医療機関において、医師事務作業補助者の確保やタスクシフトの推進等による医師に対する負担の集中の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる取組が進むよう、環境整備に務める。

<二次医療圏固有の施策>

- ・(二次医療圏の課題を踏まえた、必要な施策)

○上記以外の施策（二次医療圏の課題を踏まえた、必要な施策）



4 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
・現状・課題

○医師数の状況（医療施設従事医師数）（単位：人）

	県計					
				富士		
	H20	H28*	差	H20	H28*	差
小児科	459	476	17	33	35	+2
産婦人科	315	345	30	27	28	+1

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

※小児科については、H26 調査を採用

○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）

	県計					
				富士		
	H30	H31	差	H30	H31	差
小児科	8	14	6	-	-	-
産婦人科	5	11	6	-	-	-

- ・相対的医師少数区域の設定

（産科）

	区分	医師偏在指標（暫定）	順位
県	相対的医師少数県でない	12.6	19 位／47 都道府県
	東部※ 相対的医師少数区域でない	10.9	143 位／284 産科医療圏

※本県の産科医療圏は、「東部」「中部」「西部」の3区分

(小児科)

	区分	医師偏在指標(暫定)	順位
県	相対的医師少数県	84.2	45位/47都道府県
富士	相対的医師少数区域	74.2	251位/311小児医療圏

<上記を踏まえた二次医療圏における現状と課題>

<ul style="list-style-type: none">・・・

(2) 産科・小児科における偏在対策基準医師数

- ・計画期間終了時の産科・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等の基準値(下位 33.3%)に達することとなる医師数を「産科・小児科における偏在対策基準医師数」として設定

・具体的な数値については、7月を目途に国からの提供される予定

(3) 産科・小児科における現状と課題を踏まえた施策

○寄附講座の設置(再掲)

<全県共通の施策>

- ・浜松医科大学と連携し、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

<二次医療圏固有の施策>

- ・(二次医療圏の課題を踏まえた、必要な施策)

○臨床研修医向け研修会の開催

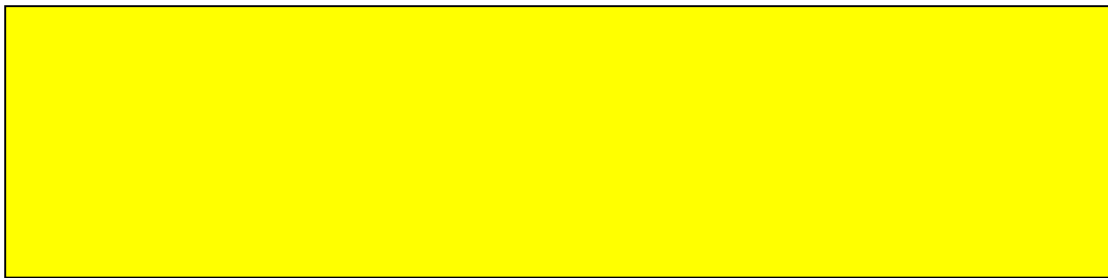
＜全県共通の施策＞

- ・医学生に対する積極的な情報提供、関係構築を目的に、これまで行ってきた地域別の研修に加え、本年度から新たに小児科・産婦人科別の研修（サマーセミナー等）を行う「初期臨床研修医定着促進事業」を実施

＜二次医療圏固有の施策＞

- ・（二次医療圏の課題を踏まえた、必要な施策）

○上記以外の施策（二次医療圏の課題を踏まえた、必要な施策）



救急医療体制の課題について

1 概要

富土地域の救急医療体制について、救急搬送先決定までに時間がかかる等の課題が生じている現状に対して、関係機関が集まる協議の場を設けて、解決に向けて検討していく。

2 富土地域の救急医療体制の課題

- ・救急搬送決定までの照会時間が 30 分以上あるいは照会回数が 6 回以上の事例が富士圏域は県内で一番多くなっている。

【傷病者の受入れ医療機関選定に要する照会時間 30 分以上、照会回数 6 回以上の件数】

○各地域の状況（H30.1.1～6.30）（地域MC協議会で検証していないものも含む）

地域MC 協議会名	照会時間 30 分以上(件)	照会回数 6 回以上(件)
賀茂地域	1 0	1
熱海・伊東地域	0	0
駿東田方地域	1 8	1 6
富土地域	1 0 4	4 2
静岡地域	1 8	1 6
志太榛原地域	2	1
中東遠地域	5	2 2
西部地域	1 7	4 6
合 計	1 7 4	1 4 4

- ・冬季のインフルエンザ流行期などに基幹病院ではベットが満床になり救急患者を受け入れることが出来ない状態となることが一時的にある。

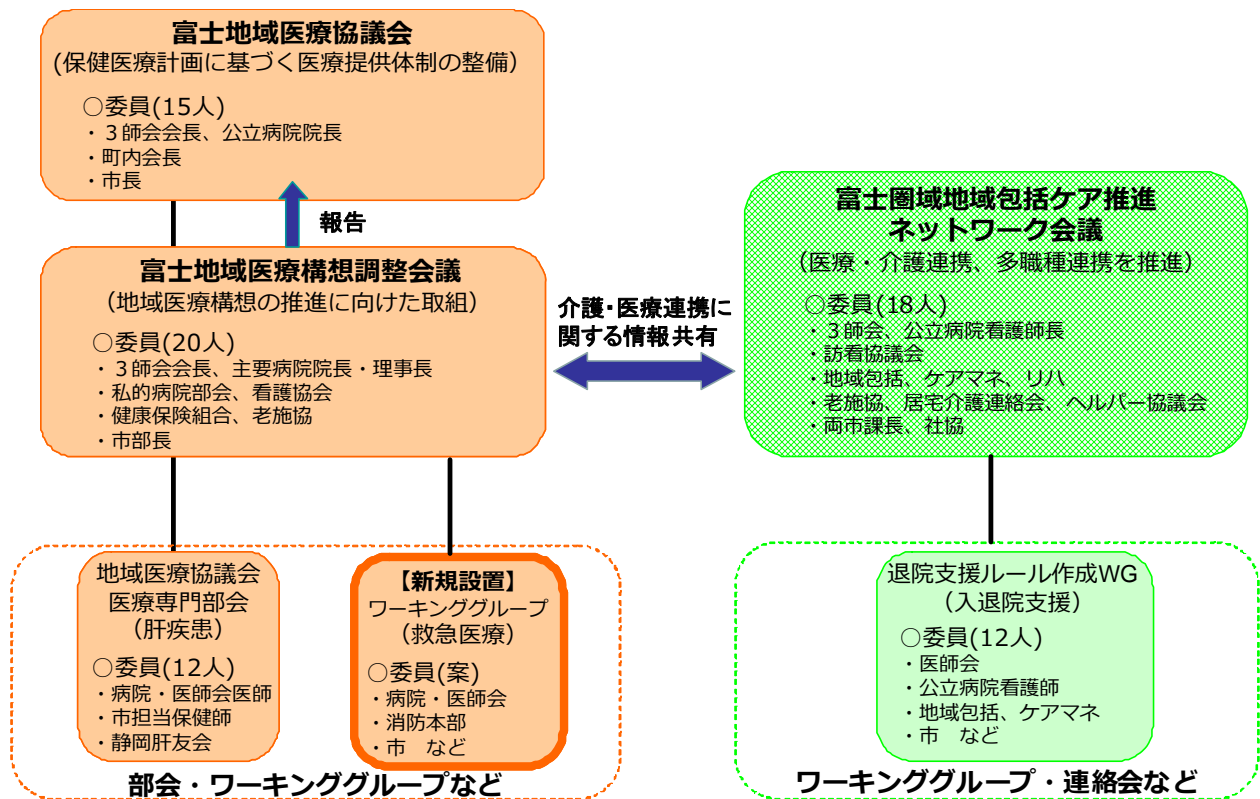
3 ワーキンググループの設置

- ・課題解決の協議の場として、富土地域医療構想調整会議にワーキンググループを設置して、対応策について協議を行っていく。
- ・令和元年 6 月 25 日に一部関係者に集まっていたいただきワーキンググループ準備会を開催した。準備会では、課題の洗い出しや解決に向けた方策案の意見が出された。（資料 2-2）また、ワーキンググループのメンバーについても話し合われた。（資料 2-3）
- ・今後、医療構想調整会議での承認を受け、正式に救急医療に関するワーキンググループを発足し、協議内容を医療構想調整会議へ報告していく。

<参考>

【第8次静岡県保健医療計画<2次保健医療圏版>P.122（7救急医療）】

イ 施策の方向性
 (ア) 救急医療体制
 ○救急医療を担う医療施設、医療関係団体、市等の協議の場を設置するよう調整を進め、救急医療体制の確保を図ります。



ワーキンググループ準備会での協議内容について

1 課題(現状等)について

＜ 救急搬送先決定に時間がかかる事例が多い。 ＞

- (1) 診療所の昼休み時間帯に多く発生している。
- (2) 救急医療センターが稼動していない時間帯に多く発生している。
- (3) 受入問い合わせへの回答に時間がかかる。
- (4) 救急搬送の必要性が低い患者がいる。
- (5) 対応する医師が不足している。

＜ 冬季に基幹病院が満床状態になる。 ＞

- (6) 季節要因で入院患者が増えている。
- (7) 高齢者の再入院により病床の空きが少なくなる。
- (8) 療養・回復機能をもつ転院先の病院が少ない。
- (9) 地域に戻る患者が少ない。

2 課題への対応(検討案)、要望について

対応機関	課題への対応(検討案)
基幹病院	(1)(2) 将来的に救急受入体制の拡充計画を検討する。 (3) 院内連絡体制を検討する。 (6)(7)(8) 病病連携による救急受入可能病床を増やす。
一般病院	(1)(2) 患者受入を増やすよう検討する。 (3) 院内連絡体制を検討する。 (6)(7)(8) 病病連携による基幹病院からの患者受入を進める。
(医師会)診療所	(1)(2) 受入可能時間について救急と情報共有する。 (1)(2) 受入困難時間の輪番制について検討する。
消防	(1)(2) 受入可能時間について医療機関と情報共有する。 (4) 救急車の適正利用の市民への啓発を積極的に行う。
行政(市)	(1)(2) 補助金等の検討 (4) 救急車の適正利用の市民への啓発を積極的に行う。 (4) 地域の医療を育む住民活動組織の設立に携わる。(富士市) (9) 地域包括ケアの推進
行政(県)	(1)(2) 地域医療介護総合確保基金(医療分)の活用の検討 (4) 7119救急相談センターの開設 (5) 医師確保計画の策定 (9) 地域包括ケアの支援

富士地域救急医療体制ワーキンググループ委員（案）

所属団体等の名称	備 考
一般社団法人富士市医師会	
一般社団法人富士宮市医師会	
富士市立中央病院	
富士宮市立病院	
共立蒲原総合病院	
聖隷富士病院	2次救急病院
川村病院	2次救急病院
富士脳障害研究所附属病院	2次救急病院
富士市消防本部	救急管理室
富士宮市消防本部	中央消防署
富士市	保健医療課
富士宮市	福祉企画課
静岡県富士保健所	所長

富士地域医療構想調整会議 設置要綱の一部改正(案)

富士地域医療構想調整会議 設置要綱の一部を次のように改正する。

改正前	改正後
<p>(新規)</p> <p>(庶務)</p> <p>第7条 調整会議の庶務は、静岡県富士保健所医療健康課において処理する。</p> <p>(その他)</p> <p>第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。</p>	<p><u>(部会・ワーキンググループの設置)</u></p> <p><u>第7条 調整会議は、必要に応じて、部会・ワーキンググループを置くことができる。</u></p> <p><u>2 部会・ワーキンググループの部会長・座長は、議長が指名する。</u></p> <p><u>3 その他部会・ワーキンググループの運営に必要な事項は部会・ワーキンググループの設置要綱において定める。</u></p> <p>(庶務)</p> <p>第8条 調整会議の庶務は、静岡県富士保健所医療健康課において処理する。</p> <p>(その他)</p> <p>第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。</p>

附 則

この要綱は、令和元年7月 日から施行する。

富士地域医療構想調整会議 ワーキンググループ設置要綱(案)

(目的及び設置)

第1条 富士地域における地域医療構想の推進を図るため、富士地域医療構想調整会議設置要綱第7条の規定に基づき、特定の課題を協議する場として富士地域医療構想調整会議ワーキンググループ(以下「調整会議ワーキンググループ」という。)を設置する。

(協議事項)

第2条 調整会議ワーキンググループは、富士医療圏における地域医療構想の推進に向けた取組に関する事項や圏域内の医療に関する事項のうち座長が必要と認める事項を協議する。

(報告)

第3条 調整会議ワーキンググループにおける協議内容は、富士地域医療構想調整会議に報告し了承を得る。

(座長及び委員)

第4条 富士地域医療構想調整会議の議長が調整会議ワーキンググループの座長を指名する。座長は、議題に応じて必要な関係者を委員として招集する。

(会議)

第5条 調整会議ワーキンググループは、座長が招集し、議長を務める。

(その他)

第5条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、座長が定める。

附 則

この要綱は、令和元年7月 日から施行する。

地域医療構想調整会議 令和元年度の主な協議予定事項

今年度の地域医療構想調整会議においては、以下の事項について、各圏域で協議する。

1 新規事項

○公立・公的医療機関等における具体的対応方針の検証（厚生労働省で検討中）

- ・公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、厚生労働省において2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析。
- ・分析の結果「代替可能性がある」「診療実績が少ない」と位置付けられた公立・公的医療機関等は、他の医療機関に機能を統合することの是非について、地域医療構想調整会議で議論する。
- ・具体的な協議内容やスケジュールについては、今後示される厚生労働省の方針を踏まえ、関係団体等の意見を伺いながら、方針を定める。

2 継続事項

○病床機能報告「定量的基準」

- ・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目安として活用するため、厚生労働省からの要請を踏まえ、本県独自の定量的基準「静岡方式」を導入。

○非稼働病床についての検討

- ・平成30年度病床機能報告結果を踏まえ、再稼働計画の内容と実現性について継続協議。
- ・再稼働する場合には、病床が担う医療機能、地域の医療提供体制のバランスへの影響、医療従事者確保の実現性・妥当性等を検証。

○慢性期機能の提供体制

- ・療養病床転換意向調査により、「未定」の病床数、「経過措置」の病床数、「介護医療院」の転換意向等を把握し、慢性期機能の提供体制や地域の医療ニーズを検証。

○在宅医療等の推進方策

- ・医療計画と介護保健事業支援計画の整合性を引き続き確保するため、訪問診療の提供状況、医療介護関連データの分析結果等点から検証。

※上記共通事項のほか、圏域ごと個別課題について協議

地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

1. これまでの取り組み

- 全ての公立・公的医療機関等における具体的な対応方針の合意形成

- これまで、2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**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ように要請した。
- 公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、
 - ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
 - イ 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
 - ウ 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
 - エ 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
- 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が挙げられている。
- 2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的な対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

地域医療構想の実現のための推進策

- 病床機能報告における定量的基準の導入
 - 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病棟を適正化**
- 2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命
 - ・ 調整会議における議論の支援、ファシリテーター
 - ・ 都道府県が行うデータ分析の支援 等
(36都道府県、79名 (平成31年3月))
- 2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置

平成31年
4月24日

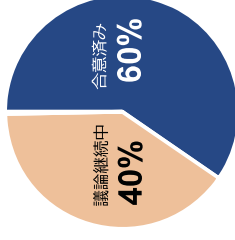
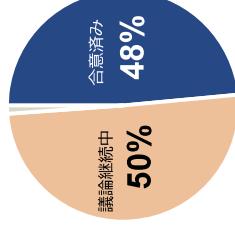
第66回社会保険
審議会医療部会

資料
1-2

公立・公的医療機関等に関する議論の状況
平成30年12月末

新公立病院改革
プラン対象病院

公的医療機関等2025
プラン対象病院



(病床ベース)

※平成31年3月末のデータは集計中

機能分化連携のイメージ (奈良県南和構想区域)



地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について

平成31年
4月24日

第66回社会保障
審議会医療部会

資料
1-2

○ 2019年年末までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているが、合意された具体的な対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

2. 今後の取り組み

- 合意形成された具体的な対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

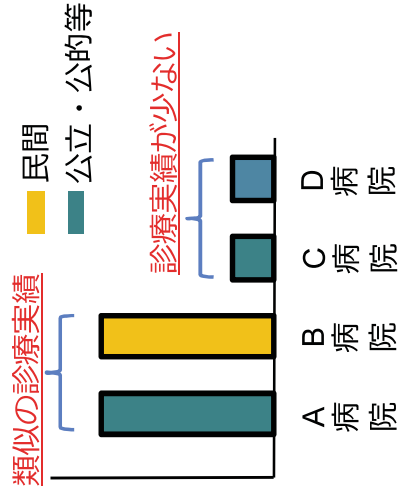
○ 今後、2019年年末までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「**代替可能性がある**」または「**診療実績が少ない**」と位置付けられた**公立・公的医療機関等**に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、**当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合**について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るよう要請する予定。

分析内容

- ① 分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。
重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとす。
A 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。
B 各分析項目について、診療実績が特に少ない。
- ② 医療機関の所在地や、他の医療機関との位置関係を確認するなど、地理的条件も勘案する。

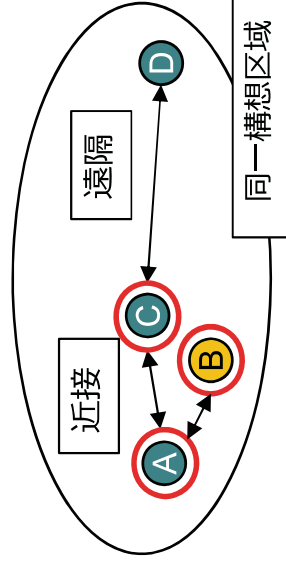
分析のイメージ

① 診療実績の**データ分析**
(領域等 (例：がん、救急等) ごと)



② 地理的条件の**確認**

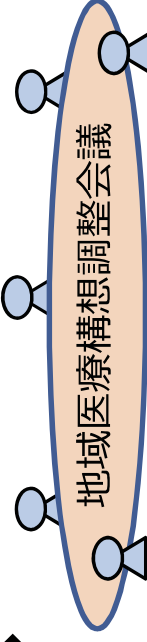
類似の診療実績がある場合又は診療実績が少ない場合のうち、**近接**している場合を確認



①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

③ 分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**

- 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、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、
- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
 - **病院の再編統合**
- について具体的な協議・再度の合意を要請



平成 30 年度病床機能報告の集計結果の状況

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 平成 30 年度報告結果（概要）

(1) 報告状況

- ・報告対象の 326 施設（病院 146 施設、有床診療所 180 施設）が全て報告済み。（報告率 100%）
- ・報告対象数は、病院の閉院等により平成 29 年度から 4 施設減少した。

区分（医療機関）		平成 29 年度報告 (A)	平成 30 年度報告 (B)	増減 (B-A)
病 院	報告対象数	148	146	▲2
	報告数	148	146	▲2
	報告率	100.0%	100.0%	0.0%
診療所	報告対象数	182	180	▲2
	報告数	182	180	▲2
	報告率	100.0%	100.0%	0.0%
合 計	報告対象数	330	326	▲4
	報告数	330	326	▲4
	報告率	100.0%	100.0%	0.0%

※報告対象：H30.7.1 時点で一般病床・療養病床を有する病院及び有床診療所

※報告率＝報告医療機関数／報告対象数

(2) 病床機能ごとの病床数（病院、診療所）

- ・平成 30 年度報告では、病院の廃止や療養病床の介護医療院への転換等により、全体の病床数は 19 床減少している。
- ・医療機能別の主な増減要因としては、高度急性期から急性期への機能変更のほか、急性期及び慢性期からの機能転換等により回復期が増加し、慢性期は主に介護医療院への転換等により減少している。

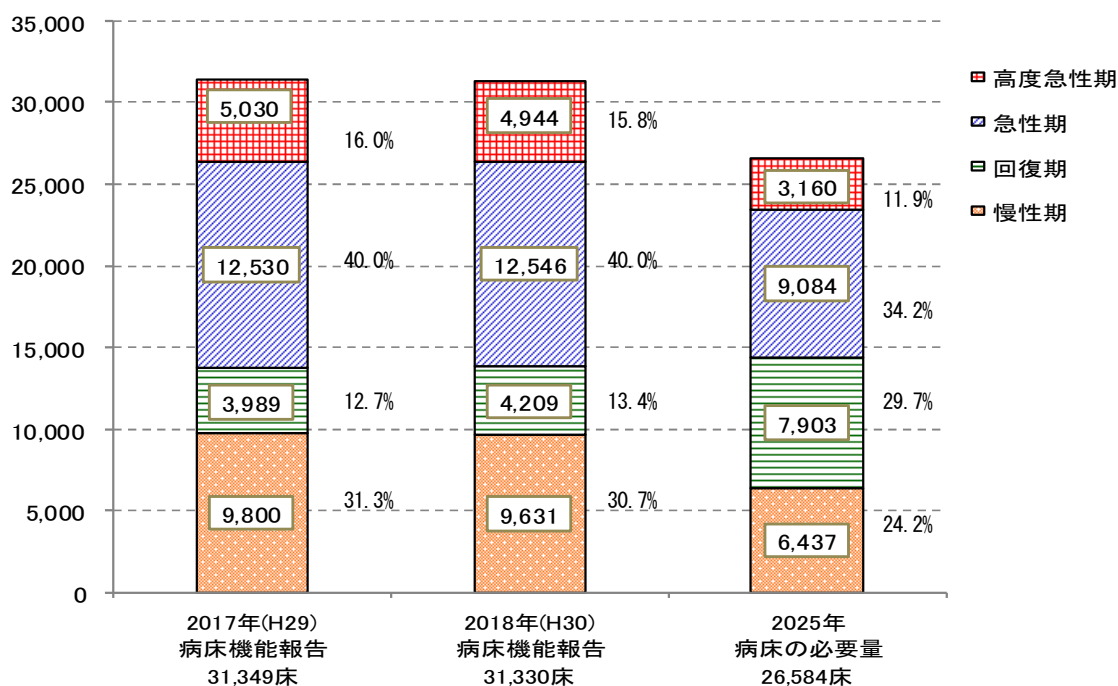
区分（医療機能）	平成 29 年度報告 (A)	平成 30 年度報告 (B)	増減 (B-A)
高度急性期	5,030	4,944	▲86
急性期	12,530	12,546	16
回復期	3,989	4,209	220
慢性期	9,800	9,631	▲169
合 計	31,349	31,330	▲19

※病床数は稼働病床ベース。

※「定性的な基準」に基づき、各医療機関が自主的に選択した医療機能を報告したものであることから、同じ医療機能を有していても、各医療機関の捉え方が異なる場合がある。

(3) 地域医療構想における病床の必要量との比較

- 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。
- 平成 30 年度の病床機能報告では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の割合は、16%、40%、13%、31%であり、平成 29 年度報告と同様の傾向であった。病床数で見ると、高度急性期と慢性期は減少し、回復期は増加している。
⇒病床の必要量に近づいてはいるが、引き続き機能分化・連携（転換）を進めるとともに、非稼働病棟（病床）の活用を促進していく。
また、定量的基準（静岡方式）を用いた実態把握をしていく。
- 慢性期においては、病床機能報告数が病床の必要量を上回っているが減少傾向にある。さらに、「介護保険施設等へ移行予定」と報告された病床が計 1,387 床あり（後述 6）、慢性期の減少が見込まれる。
⇒療養病床を有する医療機関の転換意向や動向を踏まえつつ、必要となる慢性期機能の提供体制について検討していく。
- 圏域ごとに状況が異なることから、地域医療構想調整会議において協議をしていく。

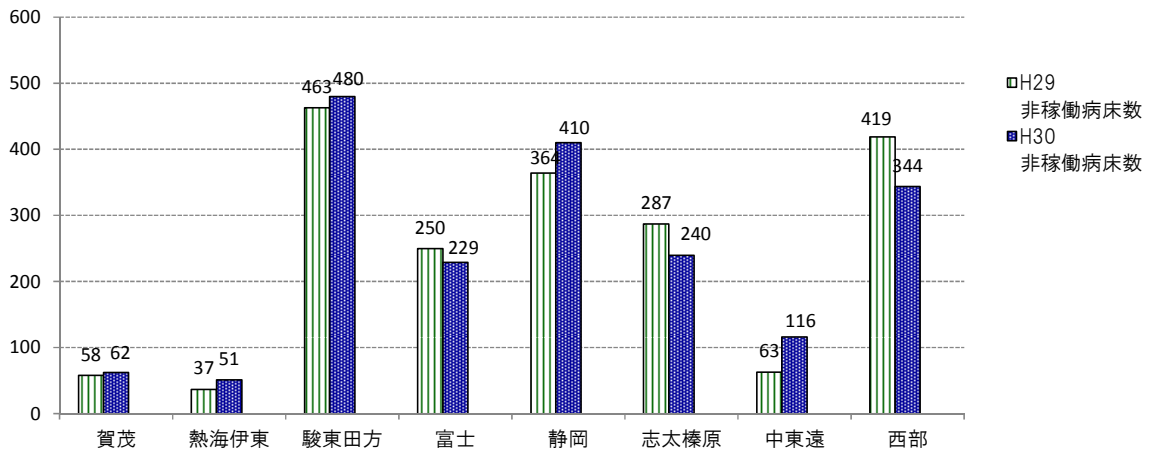


(4) 構想区域別の状況 (病床機能報告の病床数は稼働病床ベース)

構想区域	医療機能	病床機能報告				病床の必要量		比較	
		2017年 (H29)		2018年 (H30)		2025年		2017⇔2018	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	5,030	16%	4,944	16%	3,160	12%	▲ 86	1,784
	急性期	12,530	40%	12,546	40%	9,084	34%	16	3,462
	回復期	3,989	13%	4,209	13%	7,903	30%	220	▲ 3,694
	慢性期	9,800	31%	9,631	31%	6,437	24%	▲ 169	3,194
	計	31,349		31,330		26,584		▲ 19	4,746
賀茂	高度急性期	0	0%	0	0%	20	3%	0	▲ 20
	急性期	331	40%	247	31%	186	28%	▲ 84	61
	回復期	158	19%	189	24%	271	41%	31	▲ 82
	慢性期	330	40%	353	45%	182	28%	23	171
	計	819		789		659		▲ 30	130
熱海伊東	高度急性期	64	5%	64	6%	84	8%	0	▲ 20
	急性期	574	48%	557	49%	365	34%	▲ 17	192
	回復期	158	13%	158	14%	384	36%	0	▲ 226
	慢性期	401	34%	358	31%	235	22%	▲ 43	123
	計	1,197		1,137		1,068		▲ 60	69
駿東田方	高度急性期	743	12%	740	11%	609	12%	▲ 3	131
	急性期	3,072	49%	3,066	47%	1,588	32%	▲ 6	1,478
	回復期	750	12%	747	11%	1,572	32%	▲ 3	▲ 825
	慢性期	1,750	28%	2,027	31%	1,160	24%	277	867
	計	6,315		6,580		4,929		265	1,651
富士	高度急性期	58	2%	58	2%	208	8%	0	▲ 150
	急性期	1,342	52%	1,437	57%	867	33%	95	570
	回復期	436	17%	449	18%	859	33%	13	▲ 410
	慢性期	740	29%	594	23%	676	26%	▲ 146	▲ 82
	計	2,576		2,538		2,610		▲ 38	▲ 72
静岡	高度急性期	1,575	24%	1,378	21%	773	15%	▲ 197	605
	急性期	2,037	31%	2,271	35%	1,760	34%	234	511
	回復期	797	12%	803	13%	1,370	26%	6	▲ 567
	慢性期	2,073	32%	1,965	31%	1,299	25%	▲ 108	666
	計	6,482		6,417		5,202		▲ 65	1,215
志太榛原	高度急性期	251	8%	251	7%	321	10%	0	▲ 70
	急性期	1,747	54%	1,732	51%	1,133	35%	▲ 15	599
	回復期	431	13%	546	16%	1,054	32%	115	▲ 508
	慢性期	810	25%	852	25%	738	23%	42	114
	計	3,239		3,381		3,246		142	135
中東遠	高度急性期	289	9%	388	13%	256	9%	99	132
	急性期	1,146	37%	998	33%	1,081	38%	▲ 148	▲ 83
	回復期	508	16%	551	18%	821	29%	43	▲ 270
	慢性期	1,138	37%	1,088	36%	698	24%	▲ 50	390
	計	3,081		3,025		2,856		▲ 56	169
西部	高度急性期	2,050	27%	2,065	28%	889	15%	15	1,176
	急性期	2,281	30%	2,238	30%	2,104	35%	▲ 43	134
	回復期	751	10%	766	10%	1,572	26%	15	▲ 806
	慢性期	2,558	33%	2,394	32%	1,449	24%	▲ 164	945
	計	7,640		7,463		6,014		▲ 177	1,449

(5) 非稼働病床の状況

- ・平成30年度報告における非稼働病床数(1,932床)は、昨年度(1,941床)と比較して減少しているものの、富士、志太榛原、西部を除く構想区域では、昨年度より増加している。
- ・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

(6) 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16施設、計1,387床。
- ・内訳は、医療療養病床252床、介護療養病床1,110床、一般病床25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	2018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	
駿東田方	富士小山病院	60	0	60	0	介護医療院
	神山復生病院	40	40	0	0	介護医療院
	富士山麓病院	168	48	120	0	介護医療院
	伊豆平和病院	49	0	49	0	介護医療院
駿東田方 小計		317	88	229	0	
静岡	静岡広野病院	198	0	198	0	介護医療院
	静岡瀬名病院	180	0	180	0	介護医療院
静岡 小計		378	0	378	0	
志太榛原	ほしのクリニック	17	1	16	0	介護老人保健施設
志太榛原 小計		17	1	16	0	
中東遠	白梅豊岡病院	50	0	50	0	介護医療院
	富士ヶ丘内科	19	0	0	19	介護医療院
	掛川北病院	100	0	100	0	介護医療院
	掛川東病院	50	50	0	0	介護医療院
	袋井みつかわ病院	101	46	55	0	介護医療院
中東遠 小計		320	96	205	19	
西部	湖東病院	169	0	169	0	介護医療院
	天竜すずかけ病院	55	55	0	0	介護医療院
	西山病院	113	0	113	0	介護医療院
	天竜厚生会第二診療所	18	12	0	6	介護医療院
西部 小計		355	67	282	6	
県計		1,387	252	1,110	25	

病床機能報告における定量的基準 「静岡方式」の導入（案）

～病床機能選択の目安～

静岡県健康福祉部
医療健康局医療政策課

1 1

< 内 容 >

I 導入の背景

- ・ 病床機能報告制度の現状と課題
- ・ 厚生労働省からの要請

II 定量的基準「静岡方式」

- ・ 「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

III 「静岡方式」の適用結果（参考）

2 2

I 導入の背景

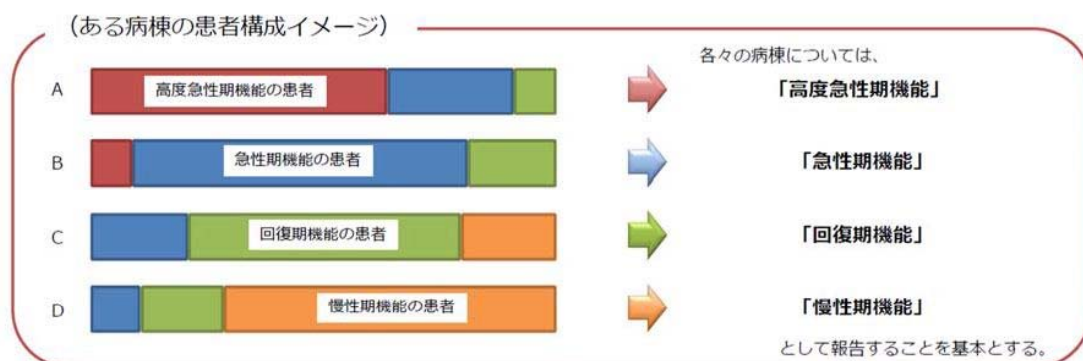
3 3

導入の背景 ～病床機能報告制度の現状と課題～

◆ 病床機能報告制度の現状と課題

- ・ 病床機能報告においては、病棟が担う医療機能をいずれか1つ選択して報告しますが、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、当該病棟で最も多くの割合を占める患者に相当する機能を報告することを基本としています。
- ・ 一方で、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の機能を区分する基準が不明瞭のため、現在報告されている内容の妥当性や実態の把握に課題があることが指摘されています。

【参考】医療機能の選択における基本的な考え方（厚生労働省「病床機能報告マニュアル」より）



4 4

◆ 厚生労働省からの要請

- ・ 病床機能報告の課題や一部府県を取組を踏まえ、厚生労働省から各都道府県に対して、地域医療構想調整会議の議論を活性化する観点から、地域の実情に応じた定量的な基準の導入を求める通知が発出されています。



【参考】「地域医療構想調整会議の活性化のための地域の実情に応じた定量的な基準の導入について」（平成30年8月16日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）より

- ・ 病床機能報告に関しては、詳細な分析や検討が行われないまま、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足していると誤解させる事態が生じているという指摘がある。
- ・ 各都道府県においては、地域医療構想調整会議における議論を活性化する観点から、本年度中に、都道府県医師会などの医療関係者等と協議を経た上で、地域の実情に応じた定量的な基準を導入されたい。



静岡県においても、関係者の御意見を踏まえ、実情に応じた「定量的基準」を導入します

Ⅱ 定量的基準「静岡方式」

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

7 7

「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」



8 8

【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

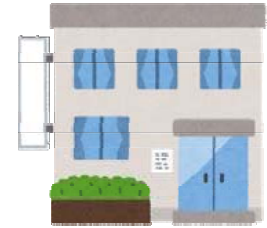
◆ 「手術」「放射線治療」「化学療法」件数

・ 「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）」



「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Ⅰ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Ⅰ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Ⅰ/Ⅱ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。

◆「静岡方式」の位置付け

- ・「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目安として活用します。

◆「静岡方式」の病床機能報告上の取り扱い

- ・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。
- ・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。

◆「静岡方式」適用後の病棟別データの取り扱い

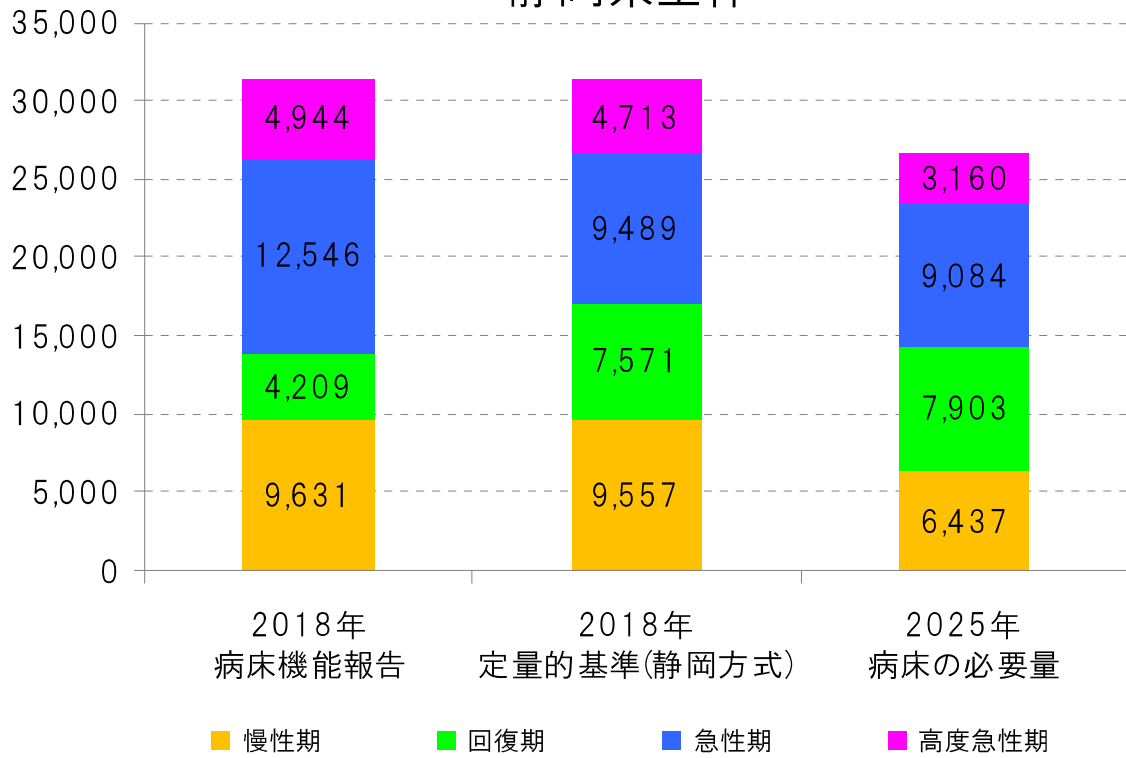
- ・基準に沿った報告を求めるものではないため、病棟別データの公表は行いません。
- ・なお、参考に自院の区分を知りたいなどといった場合には、個別にお問い合わせいただければ対応いたします。

11 11

Ⅲ 参考：「静岡方式」の適用結果

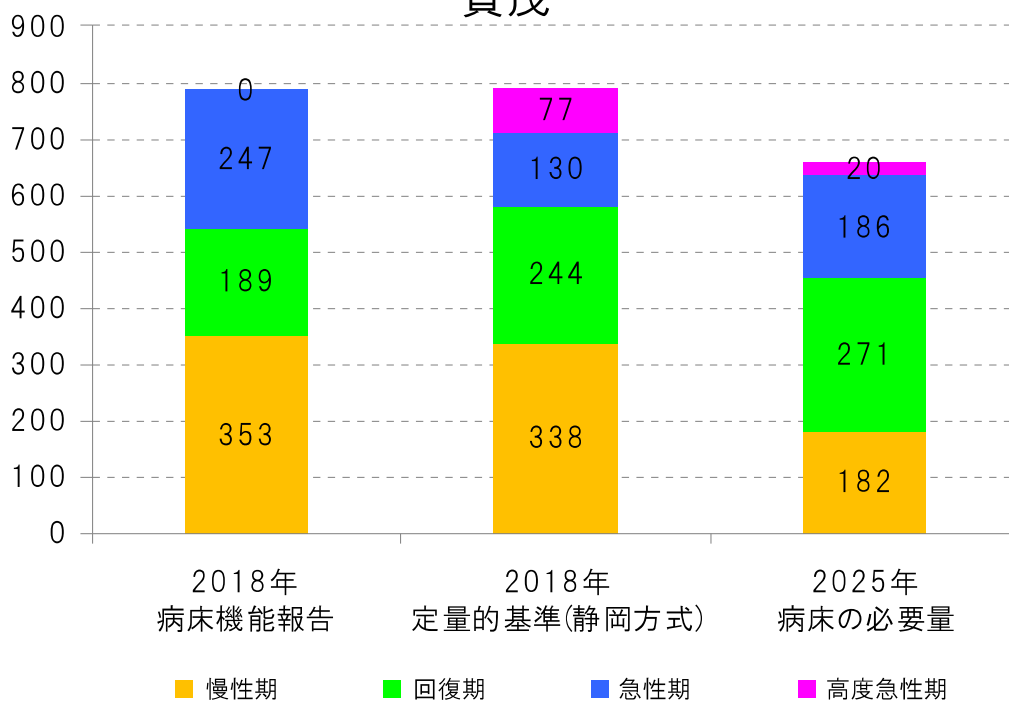
12 12

静岡県全体



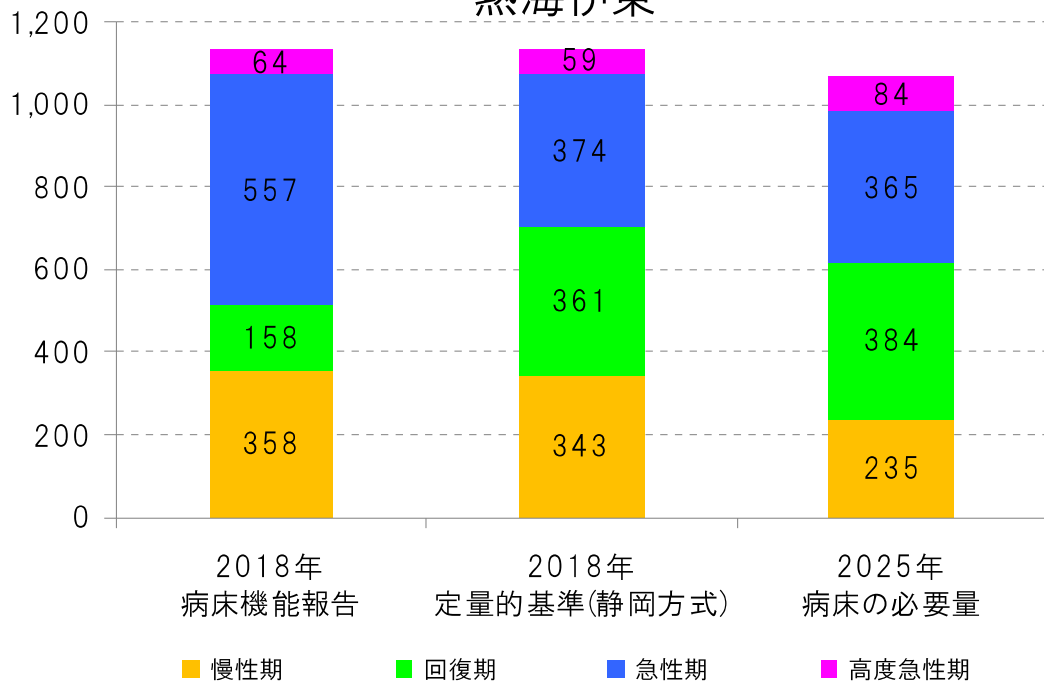
13

賀茂

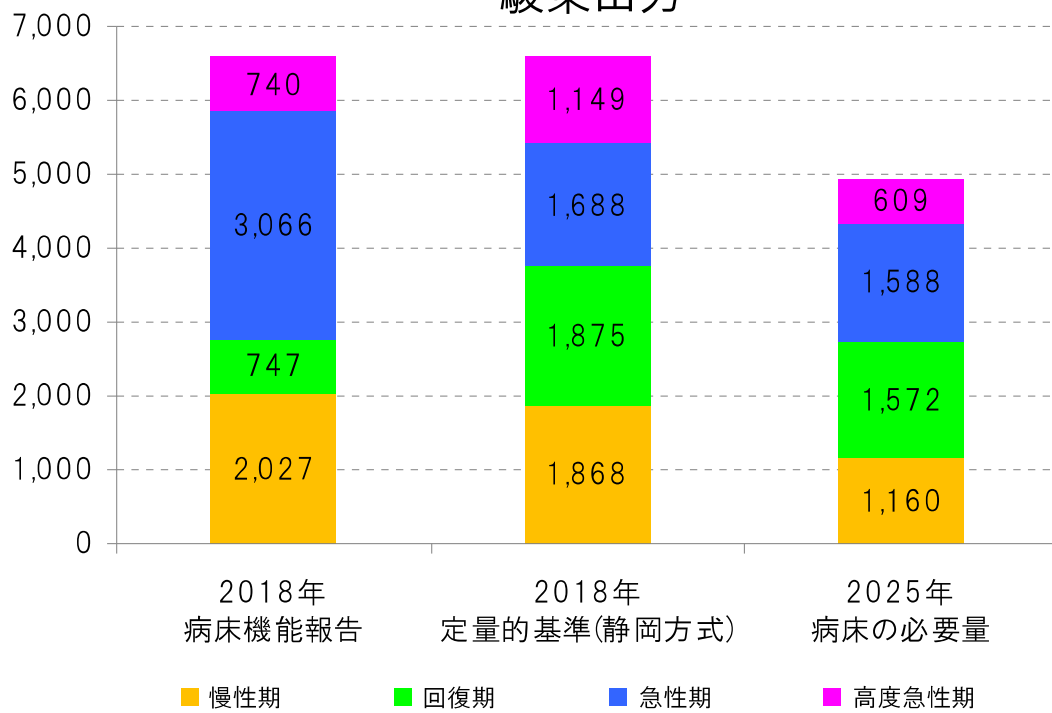


14

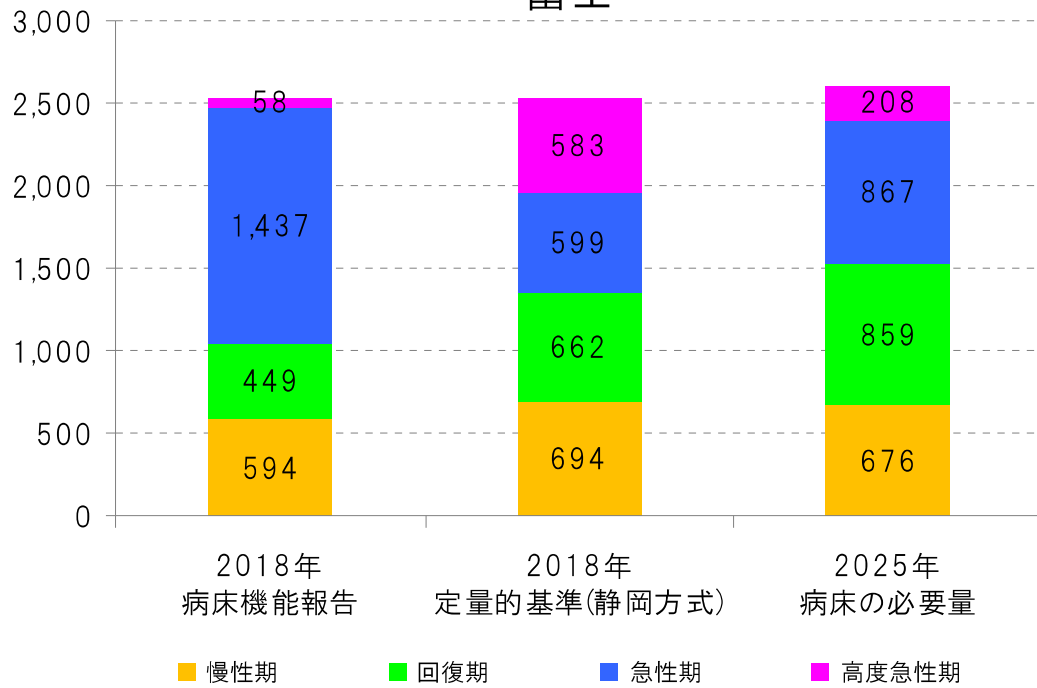
熱海伊東



駿東田方

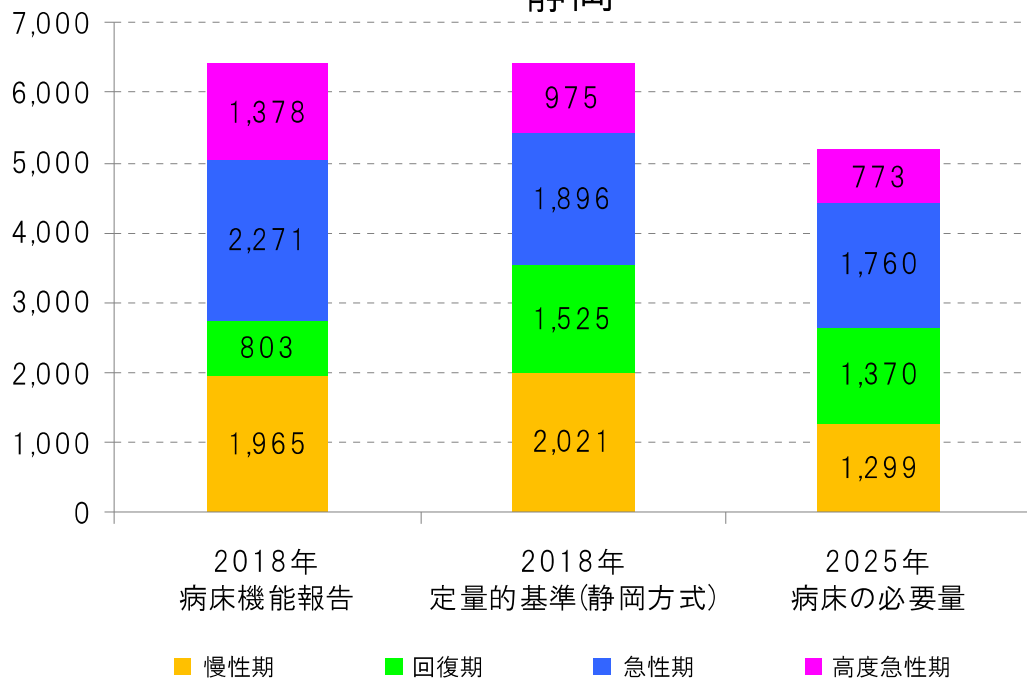


富士



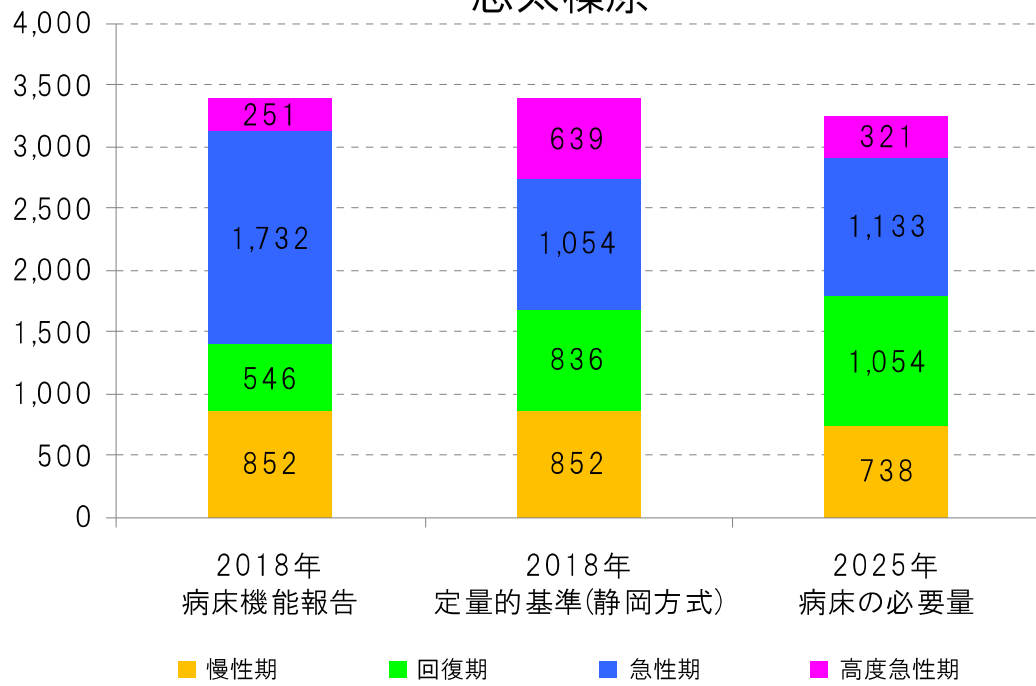
17

静岡



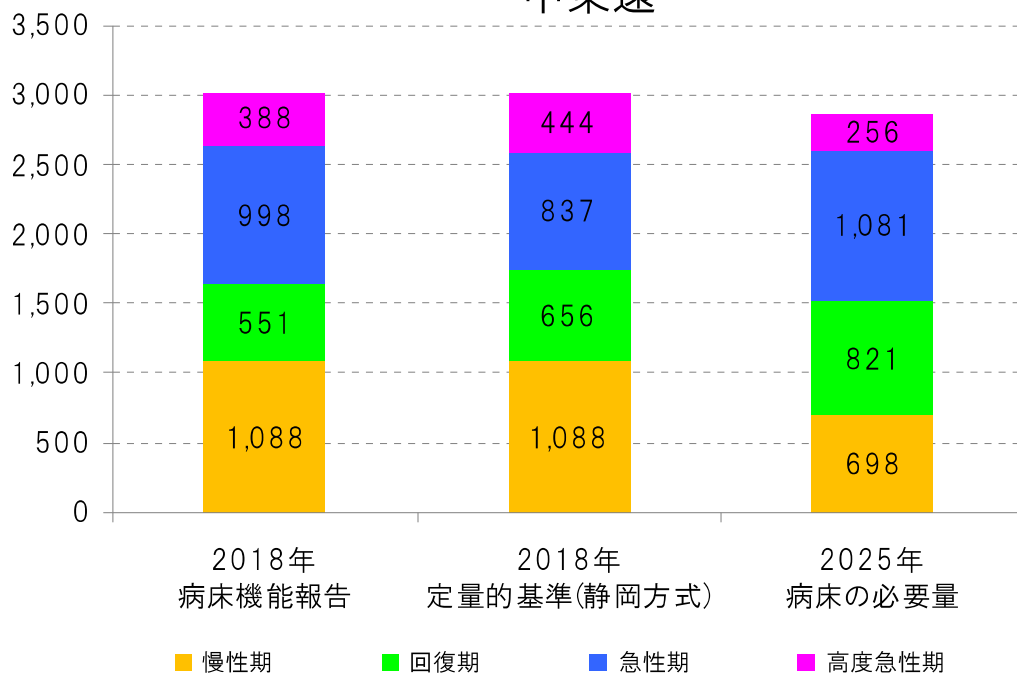
18

志太榛原

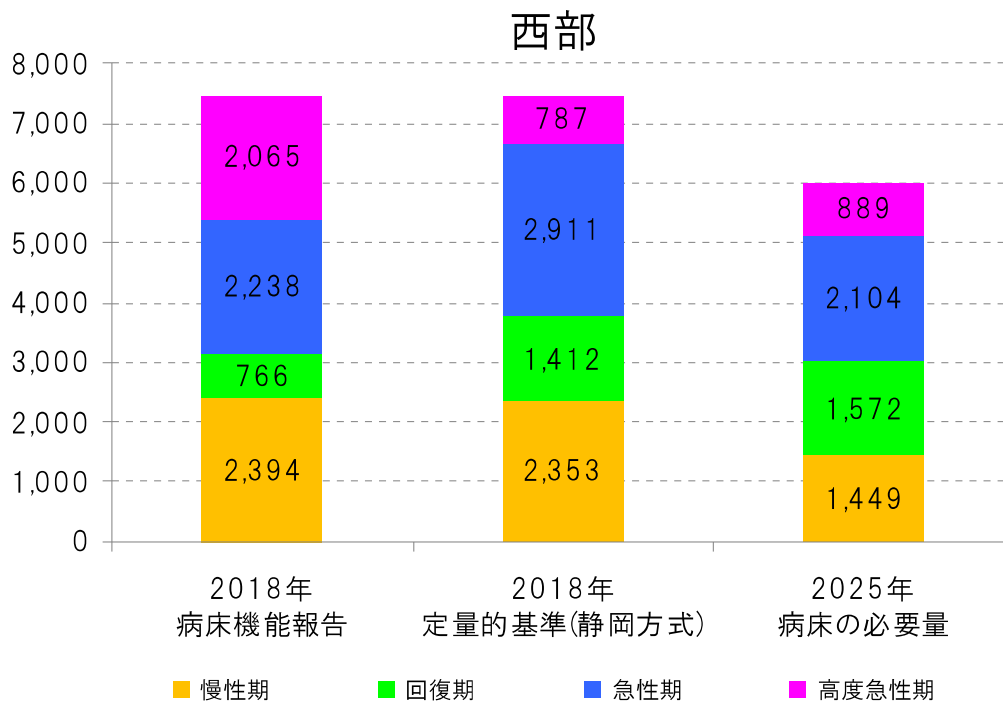


19

中東遠



20



平成30年度病床機能報告 定量的基準（静岡方式）に基づく試算結果

構想区域	医療機能	2018年稼働病床数		2025年		静岡方式の結果に基づいた現状と課題	資料 4-3
		病床機能報告 (A)	静岡方式に基づく試算 (B)	病床の必要量 (C)	静岡方式との差 (B-C)		
賀茂	高度急性期	0	77	20	57	<ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数が病床の必要量を130床上回っている。 高度急性期は病床の必要量を57床上回っているが、現場感覚や実態はどうか。 慢性期が必要病床数を上回るが、療養病床を有する病院は2施設のみであることに留意する必要。 	
	急性期	247	130	186	▲ 56		
	回復期	189	244	271	▲ 27		
	慢性期	353	338	182	156		
	全体	789	789	659	130		
熱海伊東	高度急性期	64	59	84	▲ 25	<ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数と病床の必要量はほぼ同程度。 静岡方式では高度急性期～回復期は病床の必要量とほぼ同程度。現場感覚や実態はどうか。 慢性期は伊東病院の閉院(43床)により減少したため、慢性期が不足する状況とならないよう留意する必要。 	
	急性期	557	374	365	9		
	回復期	158	361	384	▲ 23		
	慢性期	358	343	235	108		
	全体	1,137	1,137	1,068	69		
駿東田方	高度急性期	740	1,149	609	540	<ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数が病床の必要量を1,651床上回っている。 静岡方式では、急性期が大きく減少し回復期が充足する。現場感覚や実態はどうか。 介護医療院への転換予定(4施設317床)が示されており、慢性期が減少する見込み。 	
	急性期	3,066	1,688	1,588	100		
	回復期	747	1,875	1,572	303		
	慢性期	2,027	1,868	1,160	708		
	全体	6,580	6,580	4,929	1,651		
富士	高度急性期	58	583	208	375	<ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数と病床の必要量はほぼ同程度。 静岡方式では高度急性期が充足し、急性期が不足する。現場感覚や実態はどうか。 介護医療院への転換等により、慢性期が不足する状況とならないよう留意する必要がある。 	
	急性期	1,437	599	867	▲ 268		
	回復期	449	662	859	▲ 197		
	慢性期	594	694	676	18		
	全体	2,538	2,538	2,610	▲ 72		
静岡	高度急性期	1,378	975	773	202	<ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数が病床の必要量を1,215床上回っている。 静岡方式では高度急性期～回復期は病床の必要量と概ね同程度となっているが、現場感覚や実態はどうか。 介護医療院への転換予定(2施設378床)が示されており、慢性期が減少する見込み。 	
	急性期	2,271	1,896	1,760	136		
	回復期	803	1,525	1,370	155		
	慢性期	1,965	2,021	1,299	722		
	全体	6,417	6,417	5,202	1,215		
志太榛原	高度急性期	251	639	321	318	<ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数と病床の必要量はほぼ同程度。 静岡方式においては高度急性期が病床の必要量を318床上回る。現場感覚や実態はどうか。 慢性期はほぼ同程度。介護医療院への転換等により慢性期が不足する状況とならないよう留意する必要。 	
	急性期	1,732	1,054	1,133	▲ 79		
	回復期	546	836	1,054	▲ 218		
	慢性期	852	852	738	114		
	全体	3,381	3,381	3,246	135		
中東遠	高度急性期	388	444	256	188	<ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数が病床の必要量を169床上回っている。 静岡方式では高度急性期が充足し、急性期が不足する。現場感覚や実態はどうか。 介護医療院への転換予定(5施設320床)が示されており、慢性期が減少する見込み。 	
	急性期	998	837	1,081	▲ 244		
	回復期	551	656	821	▲ 165		
	慢性期	1,088	1,088	698	390		
	全体	3,025	3,025	2,856	169		
西部	高度急性期	2,065	787	889	▲ 102	<ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数が病床の必要量を1,449床上回っている。 静岡方式では高度急性期が不足し、急性期が充足する。現場感覚や実態はどうか。 介護医療院への転換予定(4施設355床)が示されており、慢性期が減少する見込み。 	
	急性期	2,238	2,911	2,104	807		
	回復期	766	1,412	1,572	▲ 160		
	慢性期	2,394	2,353	1,449	904		
	全体	7,463	7,463	6,014	1,449		
県全体	高度急性期	4,944	4,713	3,160	1,553	<ul style="list-style-type: none"> 全体の稼働病床数が病床の必要量を4,746床上回っている。 急性期と回復期は病床の必要量とほぼ同数。 高度急性期の稼働病床数が病床の必要量を1,553床上回っている。 慢性期の稼働病床数が病床の必要量を3,120床上回っている。介護医療院への転換等の動向に留意する必要。 	
	急性期	12,546	9,489	9,084	405		
	回復期	4,209	7,571	7,903	▲ 332		
	慢性期	9,631	9,557	6,437	3,120		
	全体	31,330	31,330	26,584	4,746		

【平成30年度病床機能報告】 病床が稼働していない理由と今後の運用見通し（病院：稼働病床数がゼロ 又は 非稼働20床以上）

富士地域医療構想区域

圏域	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	稼働していない理由	今後の運用見通しに関する計画 (※計画の具体的な時期を記載してください)				
										既に再開済み	再開予定	病床返還を予定	検討中	その他 <small>(介護医療院への転換等)</small>
富士	芦川病院	一般病棟	39	0	39	一般	-	休棟中	医師数不足のため				○ (未定)	
	聖隷富士病院	7階病棟	34	0	34	一般	-	休棟中	医師・看護師不足等のため 休床				○ (未定)	

各圏域における有床診療所の非稼働病床の状況

圏域名	平成 30 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	0
熱海伊東	4	48	1	47	33
駿東田方	22	196	27	169	149
富士	13	153	35	118	125
静岡	10	77	12	65	52
志太榛原	5	44	24	20	6
中東遠	7	55	0	55	30
西部	23	217	40	177	183
県全体	85	801	139	662	578

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"> 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 ⇒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 都道府県計画を作成し、この計画に基づいて事業を実施
負担割合	国 2 / 3、都道府県 1 / 3（法定負担率）
国予算規模	<ul style="list-style-type: none"> 1,858億円（公費ベース） → うち、医療分1,034億円（医療分100億円増） 区分Ⅰ：570億円（70億円増）、区分Ⅱ・Ⅳ：464億円（30億円増）

2 基金事業化に向けたスケジュール（予定）

時期	提案者	県	国
令和元年 6月 ～ 9月	事業提案	提案募集 基金事業の募集 事業提案 提案事業のまとめ	
10月 ～ 12月	提案内容の精査・調整	当初予算編成	
令和2年 1月 ～ 3月		県議会2月定例会 （当初予算成立）	要望（計画案）提出 （国要望ヒアリング）
4月～	事業実施	県内示 ○ 県計画の決定 ○ 前年度までの事後評価	事業内容の確認等 配分額調整 基金の国内示 H30：9/14 計画書、申請書等提出

3 事業提案で留意いただきたい事項

目的	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。
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

地域医療構想の実現に向けた取組

背景

- 2025年には「団塊の世代」が全て75歳以上…「約5人に1人が75歳以上」
- 少子高齢化が急速に進行する中、限られた資源で医療・介護需要への対応が必要

地域医療構想

地域の医療提供体制の将来目指すべき姿

効率的かつ質の高い 医療提供体制の構築

病状に応じた適切な医療を
切れ目なく持続的に提供

地域包括ケアシステム の構築

住み慣れた地域で自立した日常生活を営むため
の包括的支援体制の確保

地域医療構想の実現のための枠組みとしての“協議の場”と“財源”

地域医療構想調整会議

- 各構想区域(県内8二次保健医療圏)における地域の関係者による会議
- 病床機能分化・連携や在宅医療の確保等、構想実現に向けた対応を協議
- 地域の病院長、医師会・歯科医師会等の医療関係団体、医療保険者、市町などが参加

地域医療介護総合確保基金

- 医療・介護の総合的な確保に関する目標達成に向けた事業を実施するため、消費税増収分を活用して設置した基金
- 地域医療構想調整会議における医療機関相互の協議を実効性のあるものとするため活用
- 負担割合は国:2/3、県:1/3

区分Ⅰの基金事業(抜粋)

区分Ⅰ

地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業

病床の機能分化・連携のために必要な事業

病床の機能分化・連携推進に向けた基盤整備	<ul style="list-style-type: none"> ○回復期病床への機能転換に伴う施設・設備整備への助成 ○各医療圏における病床規模の最適化のため、病院が許可病床数の20%以上の病床を削減する新築・増改築への助成 ○在宅医療を提供する有床診療所の施設・設備整備への助成 ○有床診療所の夜間・休日対応の医師・看護師人件費助成
ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備	<ul style="list-style-type: none"> ○病院間等で診療情報を共有するICT基盤「ふじのくにねっと」の導入・更新経費の助成 ○へき地における救急患者の初期対応力等の向上に向けた、圏域をまたいだ病院間で患者情報を共有するネットワーク整備への助成
がん医療体制の強化	<ul style="list-style-type: none"> ○県内どこでも質の高いがん医療を受けられるようにするため、がん診療連携拠点病院等が行う放射線治療等の施設・設備整備への助成
病床機能分化連携等に向けた調査・データ分析	<ul style="list-style-type: none"> ○医療機能の分化・連携、各医療圏の現状を踏まえた医療資源の確保・配置に向けた調査・データ分析等に向けた浜松医大への寄附講座の設置

区分Ⅱの基金事業(抜粋)

区分Ⅱ

居宅等における医療の提供に関する事業

在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業

在宅医療連携体制の運営支援	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療・介護を担う多職種の医療従事者等の連携・資質向上に向けた各種研修会 ○在宅医療推進センター(県内中核拠点)の運営への助成 ○在宅医療推進や地域包括ケアシステム構築に向けた県民向け普及啓発
訪問診療・訪問看護の促進や人材確保	<ul style="list-style-type: none"> ○訪問診療に必要な医療機器の設備整備への助成 ○訪問看護ステーションの新設の経費の助成 ○新任の訪問看護ステーション看護師への同行訪問の経費の助成 ○病院看護師の訪問看護ステーションへの出向研修の経費の助成
在宅歯科医療の推進	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅歯科医療を担う歯科医師等への研修 ○がん患者、障害者、認知症患者等の在宅療養患者への医科歯科連携の強化 ○在宅歯科医療の実施に必要な医療機器の設備整備への助成
在宅医療の人材育成基盤整備等	<ul style="list-style-type: none"> ○薬局の在宅医療対応の推進に向けた多職種連携の研修会 ○在宅療養の精神障害者、難病患者、がん患者、認知症患者等の支援体制強化 ○在宅療養患者のリハビリテーション体制の強化

区分Ⅳの基金事業(抜粋)

区分Ⅳ

医療従事者の確保に関する事業

医療従事者等の確保・養成のために必要な事業

地域医療支援センターの運営による医師確保対策	<ul style="list-style-type: none"> ○医学修学研修資金(地域枠継続分)の貸与、地域枠大学と連携した進路指導等、医師を目指す高校生等への広報 ○地域医療に精通した専任医師による被貸与者の配置調整 ○新専門医制度に対応した専門医研修プログラムの管理運営支援
医師不足の地域や診療科の医師確保支援	<ul style="list-style-type: none"> ○医療提供体制維持が困難な病院への県立病院からの医師派遣 ○医療従事者養成に向けた浜松医大への寄附講座の設置 (地域家庭医療、児童精神医療、地域周産期医療、生活機能支援) ○産科医・小児科医の確保、小児救急や精神科救急医療体制の支援 ○若手医師の県内定着に向けた県内初期臨床研修医のネットワーク構築、合同研修
女性医師等の離職防止・再就業促進、医療勤務環境改善	<ul style="list-style-type: none"> ○女性医師の就業相談、キャリア形成、復職プログラム、WLB推進の支援 ○医療勤務環境改善支援センター運営、医療クラークの資質向上への支援
看護職員等の確保、資質向上、勤務・教育環境改善	<ul style="list-style-type: none"> ○新人看護職員研修、特定行為研修、認定看護師教育課程派遣等の支援 ○看護職員養成所運営、職場環境整備、病院内保育所整備・運営支援

令和元年 6月 修正版

「令和元年度 第1回 地域医療構想調整会議 参考資料」補足資料

浜松医科大学地域医療支援学講座 竹内浩視

今年度の地域医療構想調整会議に当たり、これまでの課題や今後求められる議論の内容等について、ポイントとなる資料をまとめました。また、外来医師偏在指標についても追記しました。各構想区域での議論の参考として活用いただければ幸いです。

- 「2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）」
 - ・ 団塊の世代（約800万人）が75歳以上に到達する2025年以降は、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。
 - ・ 高齢者数がピークを迎える2040年頃（約3,900万人）を展望した対応として、「地域医療構想の実現等」、「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」に、それぞれ取り組むことが求められている。

- 「地域包括ケアシステム」
 - ・ 医療・介護需要の増加が見込まれている中、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、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、2025年を目途に、地域の包括的な支援・サービス提供体制（＝地域包括ケアシステム）の構築が進められている。

- 「地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組みについて」
 - ・ 地域医療構想調整会議の設置等、これまでの取組状況

- 「静岡県地域医療構想（1）病床」
 - ・ 「2016年病床機能報告」と「2025年必要病床数（＝病床の必要量）」を比べると、高度急性期から回復期までの病床数の合計は約5%の減少にとどまるが、高度急性期・急性期と回復期の2群に分けた場合、その構成割合は大きく変化。
 - ・ ただし、病床機能報告が「病棟単位」で「定性的」であるため、実態を十分反映できないことから、「定量的基準」を導入し、より実態に近づけるように努力。
 - ・ 「静岡県の医療・介護需要予測」（後出）からみると、医療需要全体に占める「治す」医療（cure）の割合が減少する一方、「支える・癒す」医療（care）の割合の増加が見込まれ、病床の医療機能にも影響することが考えられる。
※ 最終的に、病床と病棟の単位による違いは変えられないが、大まかな機能別にみた全体の方向性を理解することが重要。
 - ・ 慢性期については、後出の看取りを含め、解決すべき課題が多い。

- 「地域医療構想の実現に向けたさらなる取組みについて」
 - ・ 厚生労働省において、2019年年央までに、全医療機関の診療実績データを分析し、「代替可能性がある」または「診療実績が少ない」と位置づけられた公立・公的医療機関等に対して、他の医療機関との再編・統合等について、地域医療構想調整会議での協議を要請（予定）。

- 「静岡県（東部・中部・西部）地域における死亡場所別構成割合」
 - ・ 今後も増加が見込まれる高齢者の看取りの場所について、介護施設等からの救急搬送などを含め、それぞれの地域の実情を踏まえてどう考えるか。
- 「静岡県地域医療構想（２）在宅医療等」
 - ・ 「2013年度供給量」と「2025年必要量」を比べると、在宅医療等の必要量が大きく増加。増加率に関わらず、単身高齢者世帯や高齢者のみの世帯の増加や、高い併用率を示す介護サービスの供給体制の現状（後出）を踏まえた検証が必要。
- 「介護施設・在宅医療等の必要量に対する受け皿のイメージ」
 - ・ 介護医療院と介護老人保健施設以外は、医療サービスと介護サービスが別に提供されるため、両者の多職種間での迅速かつ効率的な情報共有が重要。
→ 静岡県在宅医療・介護連携情報システム「シズケア★かけはし」の活用
- 「静岡県における高齢化と要支援・要介護認定率」
 - ・ 二次医療圏間で高齢化率には大きな差があり、要介護認定率は高齢化率と必ずしもリンクしない。
- 「日本の将来推計人口（平成29年推計）」
 - ・ 2040年以降、高齢者人口は減少するが、総人口も減少する（特に15～64歳が大きく減少する）ため、高齢化率は減少しない（ほぼ横ばいから微増傾向）。
→ 「2040年を展望した医療提供体制の改革」（前出）の必要性
- 「認知症の人の将来推計について」
 - ・ 単に高齢者が増加するだけでなく、認知症の有病者数が増加。
※ 単身高齢者世帯や高齢者のみの世帯が増加する中、認知症への対応も課題。
- 「静岡県（東部・中部・西部）地域の介護施設・介護職員の状況」
 - ・ 居宅サービスを提供する介護施設のうち、特に訪問型が全国に比べて少ない。
 - ・ 入所型の施設については、医療サービスの必要性（前出）を含め、検討が必要。

その他、医療・介護需要予測や医療提供体制と関連した医師数等の参考資料を添付。

- 外来医師偏在指標
 - ・ 主に病院を対象とした病床の医療機能に対し、診療所が担う外来医療機能（在宅医療、初期救急医療、公衆衛生等）について、地域医療構想調整会議等の場を活用して、地域で検討・協議していく必要性が指摘されている。

<参考>（本資料作成の参考とした主なもの、出典：厚生労働省ホームページ）

- ・ 「今後の社会保障改革について－2040年を見据えて－」第28回社会保障審議会（平成31年2月1日）資料2
- ・ 「基準病床数と病床の必要量（必要病床数）の関係性の整理について（その2）」第2回地域医療構想に関するワーキンググループ（平成28年8月31日）資料1－1

令和元年度 第1回 地域医療構想調整会議

参考資料

(静岡県東部地域用)

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

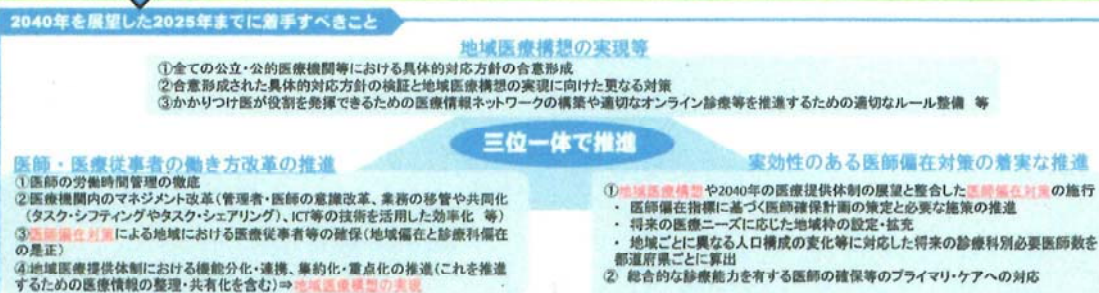


地域医療支援学講座
 Dept. of Regional Medical Care Support

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。



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。**



出典：厚生労働省ホームページ



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

地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

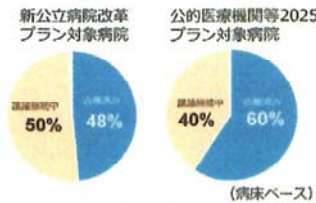
1. これまでの取り組み

- 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

平成31年 4月24日	第66回社会保障 審議会医療部会	資料 1-2
----------------	---------------------	-----------

- これまで、2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**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ように要請した。
- 公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、
ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
イ 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
ウ 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
エ 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
オ 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が挙げられている。
- 2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

公立・公的医療機関等に関する議論の状況
平成30年12月末



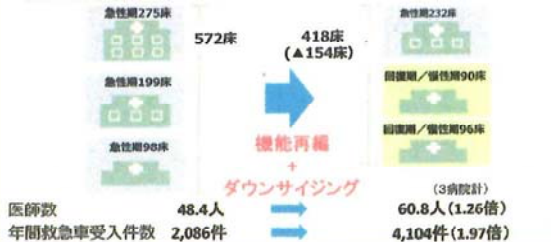
地域医療構想の実現のための推進策

- 病床機能報告における定量的基準の導入
 - 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、実績のない高度急性期・急性期病床を適正化
- 2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命
 - ・調整会議における議論の支援、ファシリテート
 - ・都道府県が行うデータ分析の支援 等

(36都道府県、79名(平成31年3月))
- 2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置

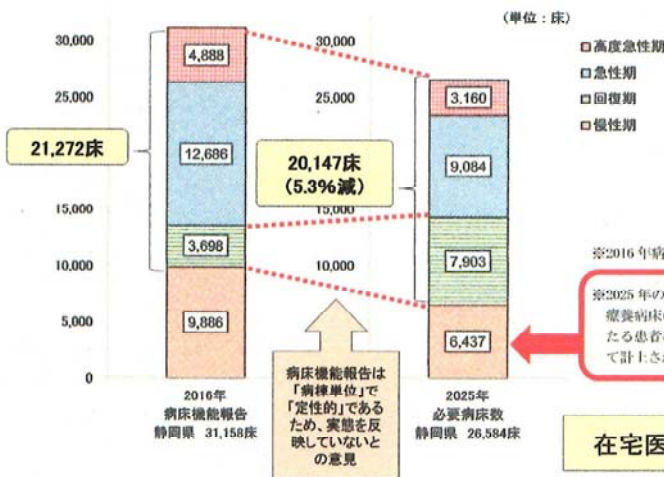
機能分化連携のイメージ (奈良東南和構想区域)

- 医療機能が低下している3つの救急病院を1つの救急病院(急性期)と2つの回復期/慢性期病院に再編し、**ダウンサイジング**
- 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化が促進された**



静岡県地域医療構想 (1) 病床

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」であるため、そもそも両者を比較すること(数合わせ)は困難。→「定量的基準」を導入し、より実態に近づける

ただし、将来推計人口に基づく医療需要からみれば、高度急性期から回復期までの総量と、高度急性期・急性期の占める割合は減少し、回復期の占める割合は増加することが見込まれる。

※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%、地域差超過分に当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

病床削減は必須ではないかもしれないが、将来的な人口構造や疾病構造に基づく医療需要の変化を踏まえると、地域の実情に応じて、一定程度の病床の機能転換は避けられないのではないか

- <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



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

地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について

平成31年 4月24日 第66回社会保険審議会医療部会 資料 1-2

- 2019年年末までに各医療機関の診療実績データを分析し、公立・公的医療機関等の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか、合意された具体的対応方針を検証し、地域医療構想の実現に必要な協議を促進。

2. 今後の取り組み

- 合意形成された具体的対応方針の検証と構想の実現に向けた更なる対策

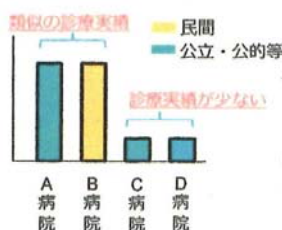
- 今後、2019年年末までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「代替可能性がある」または「診療実績が少ない」と位置付けられた公立・公的医療機関等に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、医師の働き方改革の方向性も加味して、当該医療機関の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

分析内容

- ① 分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。
 - A 各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が2つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。
 - B 各分析項目について、診療実績が特に少ない。
- ② 医療機関の所在地や、他の医療機関との位置関係を確認するなど、地理的条件も勘案する。

分析のイメージ

①診療実績のデータ分析 (領域等(例：がん、救急等)ごと)



②地理的条件の確認

類似の診療実績がある場合又は診療実績が少ない場合のうち、近接している場合を確認

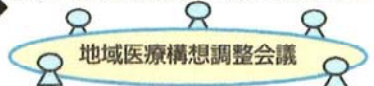


③分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における検証

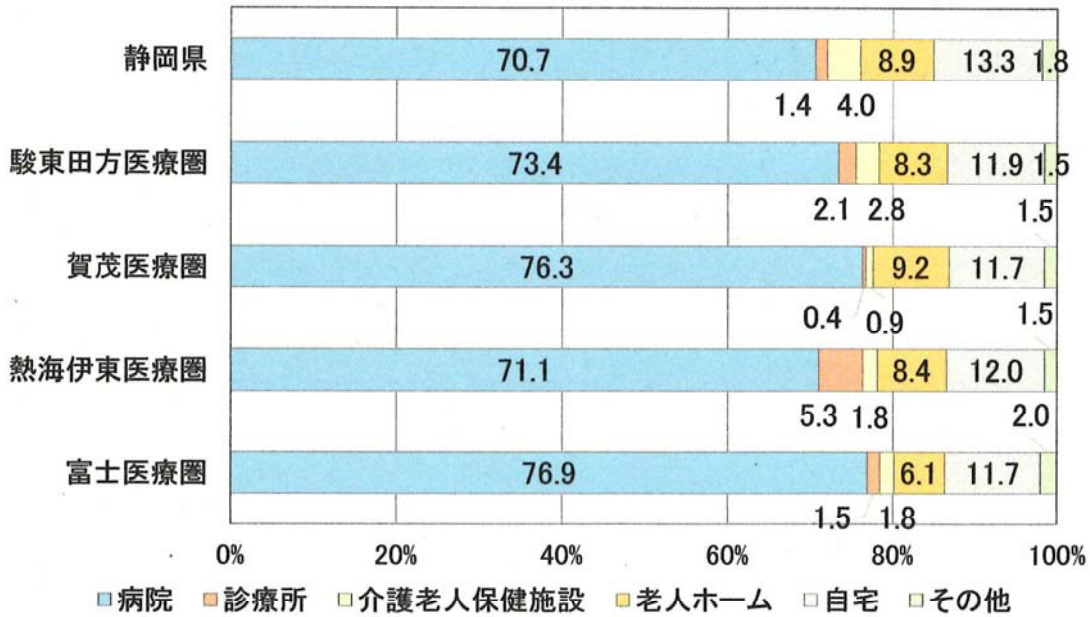
医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、医師の働き方改革の方向性も加味して、

- 代替可能性のある機能の他の医療機関への統合
- 病院の再編統合

について具体的な協議・再度の合意を要請



静岡県東部地域における死亡場所別構成割合



※ 老人ホーム：養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム
 ※ 自宅：グループホーム、サービス付高齢者向け住宅を含む



看取りの場所について
どう考えるか？

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

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

静岡県地域医療構想 (2) 在宅医療等

図表4-2 2025年の必要病床数

	2025年の必要病床数				計
	高度急性期 3000床以上	急性期 600床以上 3000床未満	回復期 175床以上 600床未満	慢性期 ※	
賀茂	20	186	271	182	659
熱海伊東	84	365	384	235	1,068
駿東田方	609	1,588	1,572	1,160	4,929
富士	208	867	859	676	2,610
静岡	773	1,760	1,370	1,299	5,202
志太榛原	321	1,133	1,054	738	3,246
中東遠	256	1,081	821	698	2,856
西部	889	2,104	1,572	1,449	6,014
静岡県	3,160	9,084	7,903	6,437	26,584
	11.9%	34.2%	29.7%	24.2%	100%

(単位：床)

単身高齢者世帯、高齢者のみの世帯が急速に増加する中、誰が、どのように在宅療養患者を支えるのか？

※慢性期機能の必要病床数には、一般病床での医療費額投入員175点未満、療養病床での医療区分1の70%、地域医療圏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。



訪問診療を受けている在宅療養患者はほぼ全員が介護サービスも利用している(2018年4月の併用率 92.7%)が、介護サービスは提供可能か。

*在宅医療等の必要量については、在宅医療等を必要とする対象者数を表しています。実際には全員が1日に医療提供を受けるものではなく、その患者の受ける医療の個数等によって医療提供体制は異なってきます。

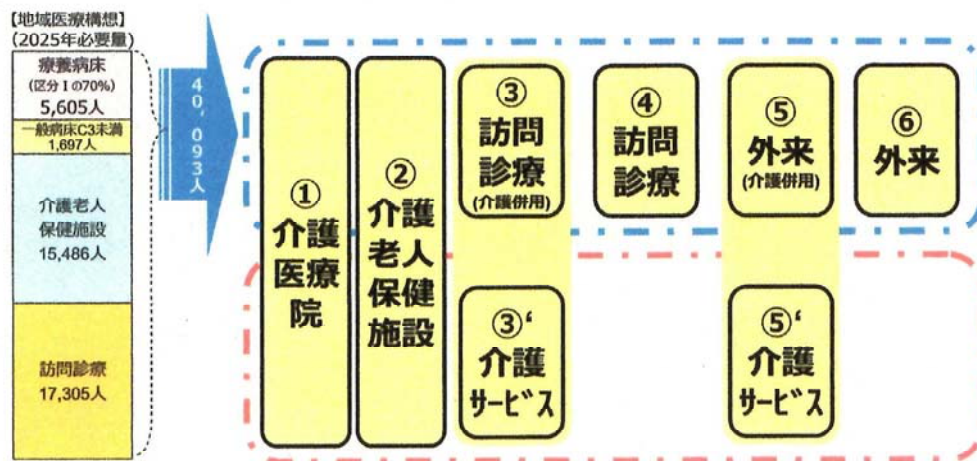
静岡県健康福祉部「第8次静岡県保健医療計画」を基に作成



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

介護施設・在宅医療等の必要量に対する受け皿のイメージ

- 2025年の在宅医療等の必要量40,093人の受け皿（提供体制）として、医療と介護の両面から提供体制をつくる必要がある。
- 医療の提供は在宅医療との必要量と同様40,093人分必要となる ⇒ ①～⑥の合計が40,093人
- 介護の提供は在宅医療等の必要量のうち、介護を必要とする人の分を見込むこととなり、合計は必ずしも40,093人とはならない
- 医療と介護の両方を必要とする人に訪問診療や外来で医療の提供をする場合は、それに対応した介護サービス(訪問介護、訪問看護等)の提供も必要となる ⇒ 「③+③'」、「⑤+⑤'」



平成30年度 第1回 地域包括ケア推進ネットワーク会議（平成30年11月9日）資料から抜粋

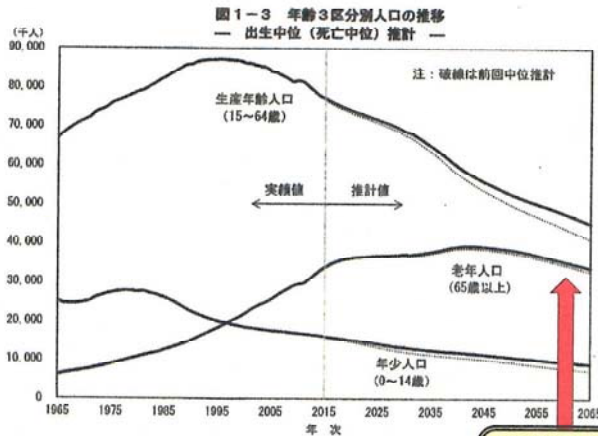
静岡県における高齢化と要支援・要介護認定率

圏 域	高齢化率(%)	認定率(%)
賀 茂	44.0%	16.3%
熱海伊東	43.3%	16.1%
駿東田方	28.7%	14.4%
富 士	27.8%	15.7%
静 岡	29.7%	17.8%
志太榛原	29.6%	15.0%
中 東 遠	26.8%	15.2%
西 部	27.5%	16.9%
全 県	29.1%	16.0%

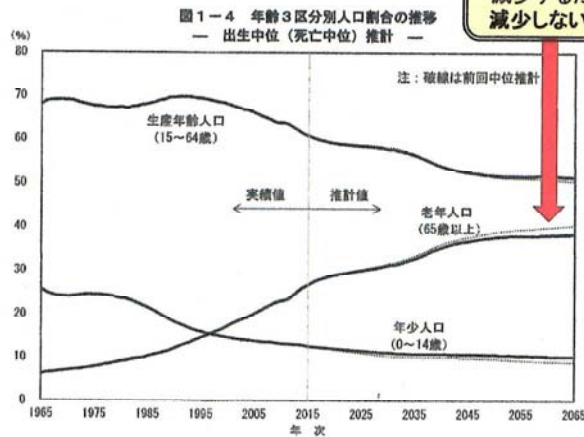
※ 高齢化率は、総務省統計局「国勢調査結果」による2017年10月1日現在の総人口（年齢不詳を除く）・高齢者人口の推計数から算出。

※ 要支援・要介護認定率は、厚生労働省「介護保険事業状況報告」による2017年9月末の第1号被保険者の認定者数を第1号被保険者数で除した率。

静岡県健康福祉部「静岡県長寿者保健福祉計画」を基に作成



65歳以上人口は減少するが、総人口が減少するため、総人口に占める割合は減少しないことに留意する必要がある。



出典：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）」

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

認知症の人の将来推計について

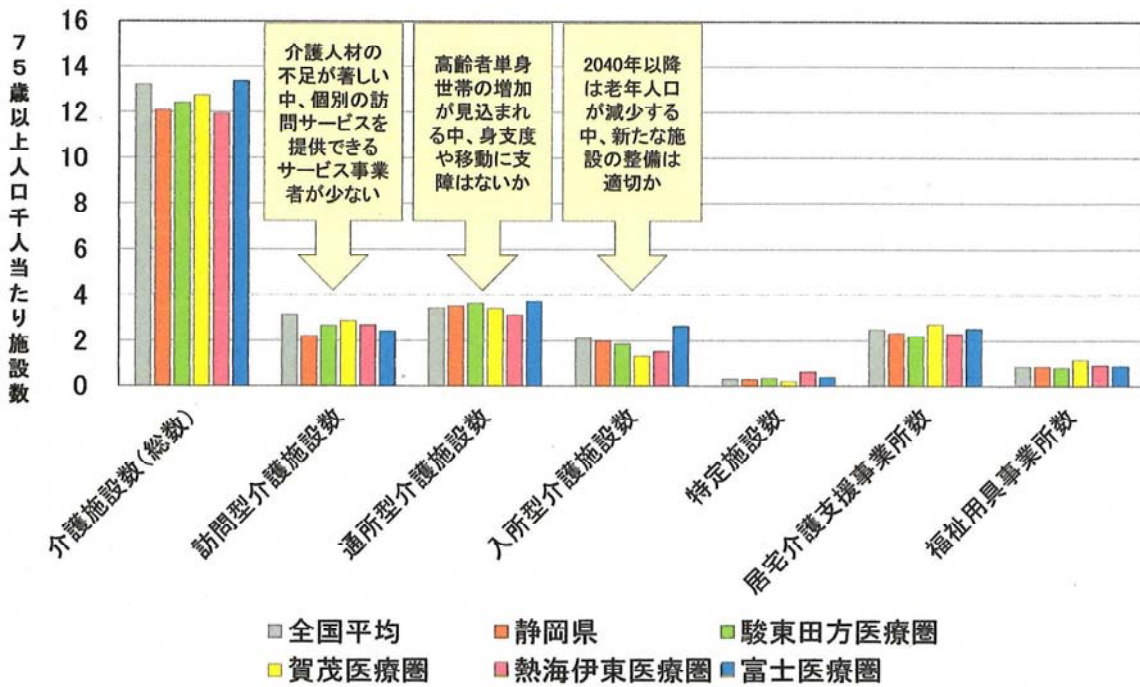
- 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合：19%。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合：20.6%。
- ※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。
- 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮敬撰)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計人数/(率)	462万人	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計人数/(率)	15.0%	525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

出典：厚生労働省 社会保障審議会 第58回介護保険部会 参考資料3(抜粋)

静岡県東部地域の介護施設・介護職員の状況



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 駿東田方・賀茂・熱海伊東・富士の各医療圏



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

設定時点について - 医療需要について

医療従事者の需給に関する検討会
第19回 医師需給分科会（平成30年4月12日）
資料1（抜粋・一部改変）

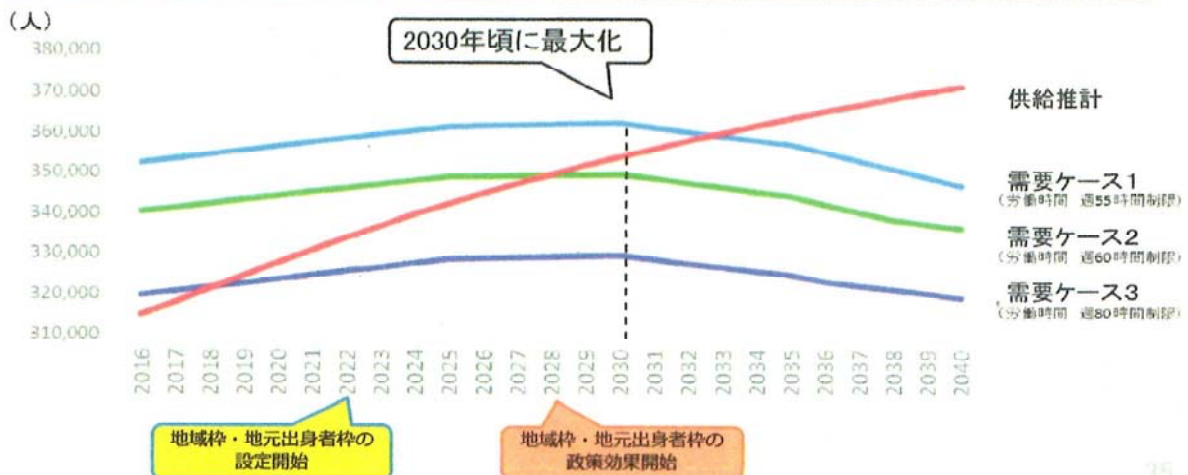
■ 医師需給分科会第三次中間取りまとめにおける、医師需給推計において、医師需要は2030年頃に最大化すると推計されている。

供給推計 今後の医学部定員を平成30年度(2018年度)の9,419人として推計

需要推計 ケース1、ケース2、ケース3について推計※

※ 労働時間、業務の効率化、受療率等について幅を持って推計(別紙)

※※ 勤務時間を考慮して、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とした



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

静岡県の医療・介護需要予測

医療介護需要予測指数(2015年実績=100)



	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

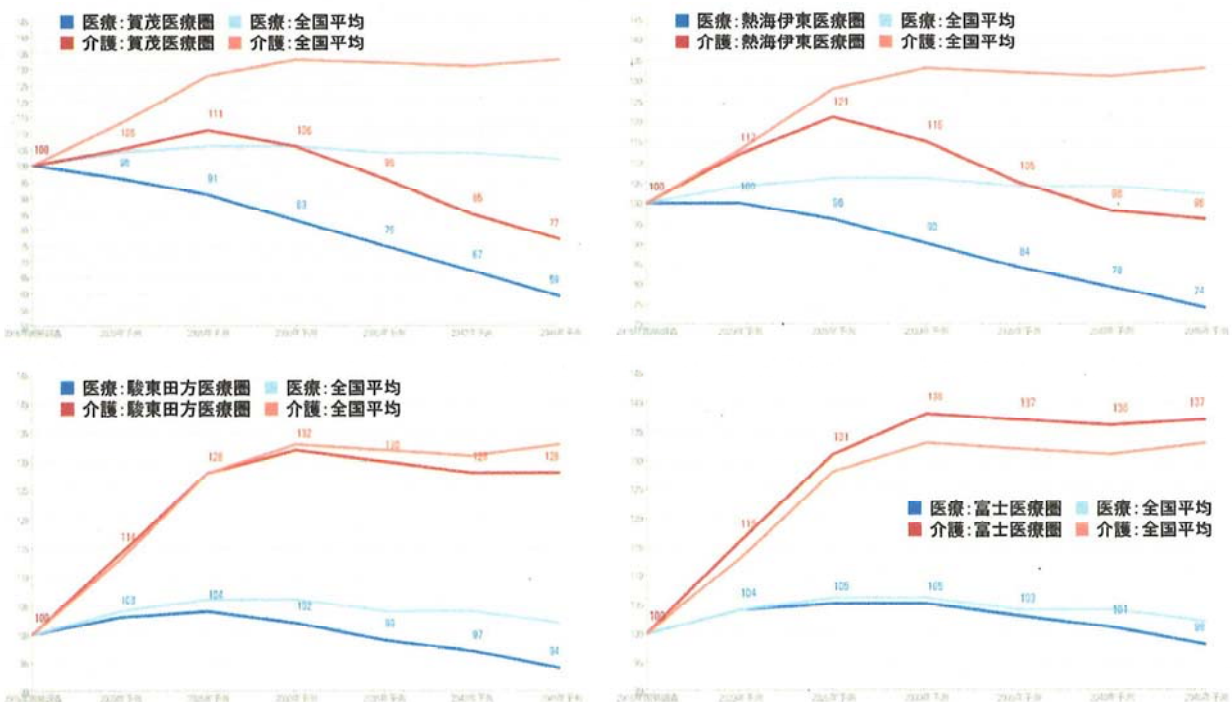
出典：日本医師会ホームページ「地域医療情報システム」静岡県



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

静岡県東部地域(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)

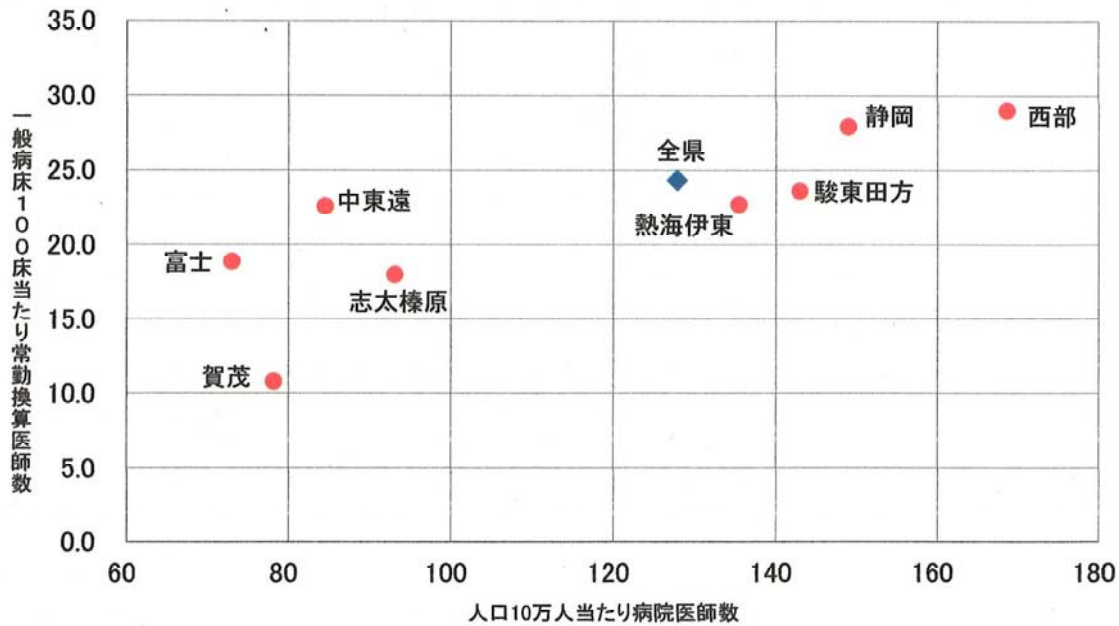


出典：日本医師会ホームページ「地域医療情報システム」静岡県 賀茂・熱海伊東・駿東田方・富士の各医療圏



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

静岡県における二次医療圏別の人口10万人当たり病院医師数と一般病床100床当たり常勤換算医師数との関係(平成28～29年)



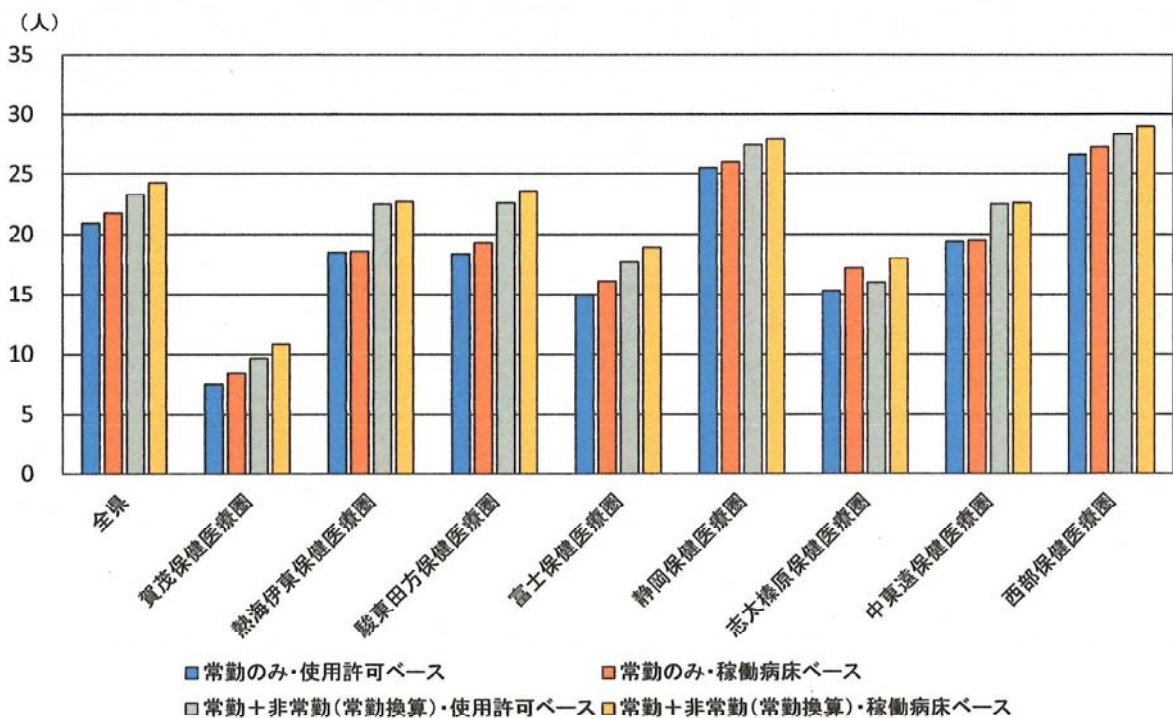
注1 病院医師数は常勤、非常勤を問わない(平成28年12月31日現在)
 注2 病床当たり医師数は常勤医師数と非常勤医師の常勤換算数の合計(平成29年7月1日現在)
 注3 一般病床数は稼働病床数(平成29年7月1日現在)

厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」、静岡県「平成29年度病床機能報告」を基に作成
 人口:総務省「人口推計」(全県)、静岡県「静岡県人口推計」(二次医療圏)



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

静岡県における一般病床100床当たり医師数(二次保健医療圏別)

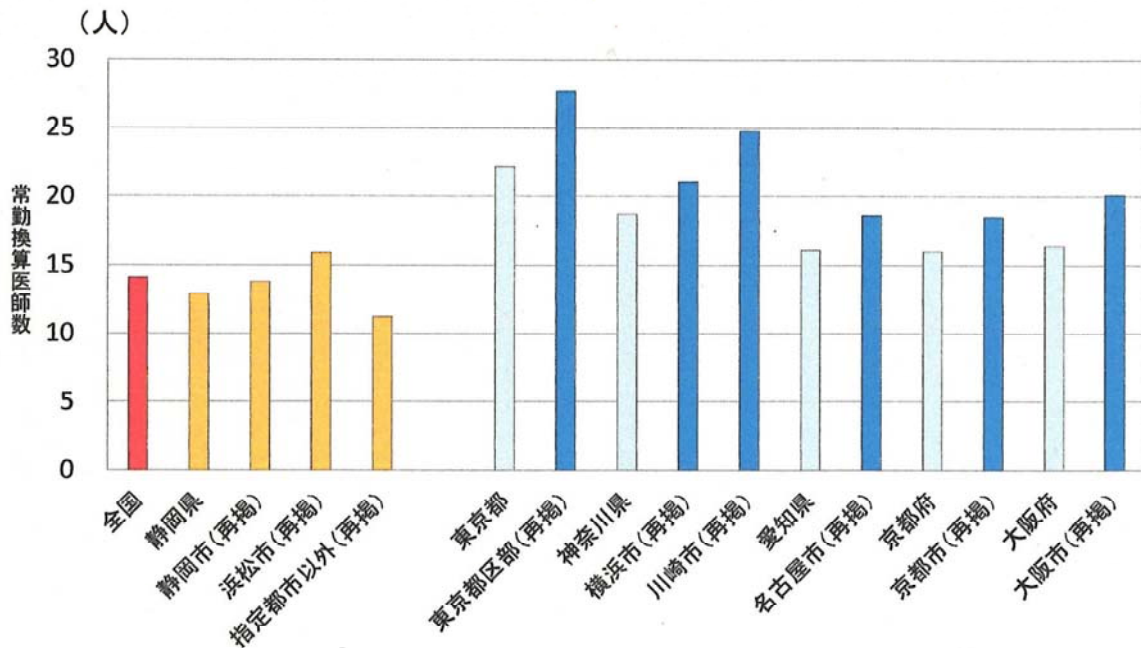


出典:静岡県健康福祉部医療政策課「平成29年病床機能報告」



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

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

医師偏在指標

全国の都道府県(47)・二次医療圏(335)について、医療ニーズを踏まえた統一的・客観的に医師の多寡を把握できる、医師偏在の度合いを示す指標として導入された。

	旧(平成31年3月時点)		新(平成31年4月時点)	
	医師偏在指標	区域等	医師偏在指標	区域等
静岡県(全県)	191.1	医師少数県 (全国39位)	193.1	医師少数県 (全国39位)
賀茂医療圏	89.6	医師少数区域	110.0	医師少数区域
熱海伊東医療圏	142.0	医師少数区域	172.1	(中位)
駿東田方医療圏	202.9	医師多数区域	192.7	(中位)
富士医療圏	143.3	医師少数区域	150.4	医師少数区域
静岡医療圏	213.1	医師多数区域	209.0	医師多数区域
志太榛原医療圏	150.4	(中位)	170.1	(中位)
中東遠医療圏	149.1	(中位)	160.5	医師少数区域
西部医療圏	247.5	医師多数区域	239.0	医師多数区域

資料提供：静岡県健康福祉部地域医療課

外来医師偏在指標(国において精査中)

- ▶ 全国の二次医療圏(335)について、人口10万人当たり診療所医師数をベースに、診療所医師の性・年齢階級別医師数に各区分別平均労働時間の違いを用いて調整し、さらに、地域ごとの性・年齢階級別の外来受療率や、病院・診療所全体に占める診療所の外来患者対応割合を加味した、より外来医療の実態を踏まえた指標。
- ▶ 上位33.3%を「外来医師多数区域」として設定。

	外来医師偏在指標	全国順位
全国	105.8	—
賀茂医療圏	84.0	233
熱海伊東医療圏	83.0	239
駿東田方医療圏	98.5	151
富士医療圏	89.8	211
静岡医療圏	92.5	191
志太榛原医療圏	73.4	294
中東遠医療圏	73.8	293
西部医療圏	92.5	193

都道府県	医療圏	外来医師偏在指標	全国順位	
全国		105.8	—	
東京都	区中央部	192.3	1	多数区域上限
島根県	益田	103.0	112	多数区域下限
奈良県	中和	102.9	113	中位1/3上限
埼玉県	川越比企	85.5	224	中位1/3下限
岐阜県	中濃	85.4	225	下位1/3上限
福島県	相双	48.1	335	

※ 本県に「外来医師多数区域」に該当する医療圏はない。
 ※ 医師偏在指標と異なり、下位1/3の区域設定はないが、参考までに、下位1/3を色分けして示した。

厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 第28回 医師需給分科会」(平成31年2月18日)参考資料6を基に作成