令和元年度

第１回西部地域医療協議会・第１回西部地域医療構想調整会議

日　時：令和元年６月25日（火）午後７時00分～
場　所：浜松市口腔保健医療センター　１階　講座室

次　　第

○ 共通　議題・報告事項
　１　令和元年度のスケジュールについて
　２　浜松市浜北区における有床産科診療所の整備について
　３　医師確保計画の策定について（骨子案）

○ 協議会　議題・報告事項
　１　静岡県保健医療計画に記載する医療機関名等の追加について
　２　静岡県保健医療計画に記載する医療機関名等の削除について

○ 調整会議　議題・報告事項
　１　平成30年度病床機能報告結果等について
　２　地域医療介護総合確保基金（医療分）について

【配付資料】
・資料１　　：令和元年度の主な協議予定事項
・資料２　　：浜松市浜北区における有床産科診療所の整備について
・資料３－１：医師確保計画の策定について
・資料３－２：静岡県医師確保計画　骨子（西部保健医療圏）
・資料４　　：静岡県保健医療計画記載の医療機関等（薬局）の変更について
・資料５－１：平成30年度病床機能報告の集計結果の状況
・資料５－２：病床機能報告における定量的基準「静岡方式」の導入（案）
・資料６　　：地域医療介護総合確保基金（医療分）
・参考１　　：診療所平面図

第１回西部地域医療協議会・第１回西部地域医療構想調整会議 座席表

○浜松市健康福祉部
医療担当部長

○湖西市健康福祉部長

○浜松市医師会長

○浜松市浜北医師会長

○浜名医師会長

○引佐郡医師会副会長

○磐周医師会副会長

○浜松市歯科医師会長

○浜名歯科医師会長

○浜松市薬剤師会長

○静岡県慢性期医療協会
（㈳社団一穂会 西山病院長）

○静岡県老人保健施設協会長
（㈳社団和恵会 顧問）

○静岡県保険者協議会
（健康保険組合連合会
静岡連合会副会長）
（スズキ健康保険組合常務理事）

○浜松市自治会連合会理事

○湖西市民生委員・児童
員協議会長

○市立湖西病院長

○浜松市国民健康保険
佐久間病院長

○浜松医療センター院長

○浜松医科大学医学部
附属病院長

○浜松市リハビリテーション
病院長

○総合病院聖隷三方原
病院長

○静岡県看護協会
西部地区支部長

○浜松市消費者団体連絡
会長

○子育て支援の会理事長

○浜松医科大学教授

○浜松医科大学特任准教授

○浜松市保健所長

○西部保健所長

○西部健康福祉センター所長

事　務　局

令和元年度西部地域医療協議会　委員名簿

（敬称略）

		選出団体・職名	氏名	出欠	要綱第5条第3項指名出席者氏名
1		浜松市長	鈴木　康友	指名	浜松市健康福祉部医療担当部長　新村　隆弘
2		湖西市長	影山　剛士	指名	湖西市健康福祉部長　竹上　弘
3		浜松市医師会会長	滝浪　實	○	
4		浜松市浜北医師会会長	髙倉　英博	○	
5		浜名医師会会長	伊藤　健	○	
6		引佐郡医師会副会長	金子　寛	○	
7		磐周医師会副会長	鈴木　勝之	○	
8		浜松市歯科医師会会長	大野　守弘	○	
9		浜名歯科医師会会長	鳥居　賢一	○	
10		浜松市薬剤師会会長	品川　彰彦	○	
11		市立湖西病院長	寺田　肇	⊗	欠席
12		浜松市国民健康保険佐久間病院長	三枝　智宏	○	
13		浜松医療センター院長	海野　直樹	○	
14		静岡県看護協会西部地区支部長	鈴木　恵美子	○	
15		浜松市消費者団体連絡会会長	野中　正子	○	
16		特定非営利活動法人 子育て支援の会理事長	二橋　桂子	○	
17		浜松市自治会連合会理事	小林　要	○	
18		湖西市民生委員・児童委員協議会会長	井川　あい子	○	
19		浜松医科大学教授	尾島　俊之	○	
20		浜松市保健所長	西原　信彦	○	
21	◎	西部保健所長	木村　雅芳	○	

◎：議長

委員出席　19
指名出席　2
出席者　計　21

		西部健康福祉センター所長	佐藤　浩平	○	オブザーバー

出席者　合計　22

西部地域医療協議会設置要綱

（設置）

第１条　静岡県地域保健医療計画（以下「計画」という。）に基づき、西部圏域に西部地域医療協議会（以下「協議会」という。）を設置する。

（協議事項）

第２条　協議会は、計画に基づく医療供給体制の整備充実に関する必要な事項を協議する。

（会長及び委員）

第３条　協議会の会長は、保健所長を充てる。ただし保健所長が複数の場合は、保健所長の互選により定める。

２　保健所長が複数の場合の会長以外の保健所長は、協議会の委員とする。

３　協議会の委員は、次の各号に掲げるもののうちから、必要と認める者を会長が委嘱する。

（１）市町長

（２）郡市医師会長、郡市歯科医師会長及び郡市薬剤師会長

（３）国立、公立、公的病院等の長

（４）医療を受ける立場にある者

（５）その他関係機関若しくは団体の代表又はそれに準ずる者

４　会長に事故あるときは、あらかじめ会長が指名する委員がその職務を代理する。

（任期）

第４条　委員の任期は、２年とする。ただし補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（会議）

第５条　協議会は、会長が招集し、会議の議長となる。

２　協議会の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

３　会長は、必要があると認めるときは、委員以外の者の出席を求めることができる。

（部会）

第６条　協議会は、必要に応じて、部会を置くことができる。

２　部会に所属する委員は、会長が指名する。

３　部会に部会長を置き、その部会に属する委員の互選により定める。

４　部会は、部会長が招集し、会議の議長となる。ただし、協議案件が最初の部会は、会長が招集する。

5　部会の議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは、部会長の決するところによる。

6　部会長は、必要があると認めるときは、部会の委員以外の者の出席を求めることができる。

7　部会長は、部会を開催したときは、協議会に報告するものとする。

8　部会長に事故あるときは、部会の委員のうちから互選された委員がその職務を代理する。

（会議録及び報告）

第７条　会長は、会議録を調整し、会議の次第及び出席委員の氏名を記載しなければならない。

2　会長は、協議会及び部会を開催したときは、すみやかに協議結果を静岡県健康福祉部長に報告するものとする。

（庶務）

第８条　協議会の庶務は、西部健康福祉センターにおいて処理する。

（その他）

第９条　この要綱に定めるもののほか、協議会の運営に関し必要な事項は、会長が協議会に諮って定める。

附則

この要綱は、平成１７年７月１日から施行する。

附則

この要綱は、平成１９年４月１日から施行する。

附則

この要綱は、平成２２年４月１日から施行する。

附則

この要綱は、平成２７年７月３１日から施行する。

令和元年度西部地域医療構想調整会議　委員名簿

（敬称略）

		選出団体・職名	氏名	出欠	要綱第6条第2項指名出席者氏名
1	◎	浜松市医師会長	滝浪　實	○	
2		浜松市浜北医師会長	髙倉　英博	○	
3		浜名医師会長	伊藤　健	○	
4		引佐郡医師会副会長	金子　寛	○	
5		磐周医師会副会長	鈴木　勝之	○	
6		浜松市歯科医師会長	大野　守弘	○	
7		浜名歯科医師会長	鳥居　賢一	○	
8		浜松市薬剤師会長	品川　彰彦	○	
9		静岡県看護協会西部地区支部長	鈴木　恵美子	○	
10		市立湖西病院長	寺田　肇	⊗	欠席
11		浜松市国民健康保険佐久間病院長	三枝　智宏	○	
12		浜松医療センター院長	海野　直樹	○	
13		浜松医科大学医学部附属病院長	金山　尚裕	○	
14		浜松市リハビリテーション病院長	藤島　一郎	○	
15		総合病院聖隷浜松病院長	岡　俊明	欠席	
16		総合病院聖隷三方原病院長	荻野　和功	○	
17		静岡県慢性期医療協会 （医療法人社団一穂会 西山病院長）	橋爪　一光	○	
18		静岡県保険者協議会 （健康保険組合連合会静岡連合会副会長） （スズキ健康保険組合常務理事）	根木　一暢	○	
19		静岡県老人保健施設協会長 （医療法人社団和恵会 顧問）	猿原　孝行	○	
20		浜松市健康福祉部医療担当部長	新村　隆弘	○	
21		湖西市健康福祉部長	竹上　弘	○	
22	○	西部保健所長	木村　雅芳	○	

◎：議長　○：副議長

委員出席　21
指名出席　0
出席者　計　21

		浜松医科大学特任准教授	竹内　浩視	○	オブザーバー
		西部健康福祉センター所長	佐藤　浩平	○	オブザーバー

出席者　合計　23

西部地域医療構想調整会議設置要綱

（設置）

第１条　医療法（昭和23年7月30日法律第205号）第30条の14第１項に定める「協議の場」として西部地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）を設置する。

（所掌事務）

第２条　調整会議の所掌事務は次のとおりとする。

(1) 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議

(2) 病床機能報告制度による情報等の共有

(3) 地域医療構想の推進に向けた取組（地域医療介護総合確保基金事業等）に関する事項

(4) その他、在宅医療を含む地域包括ケアシステム、地域医療構想の達成の推進に関する協議

（委員）

第３条　調整会議は、西部保健所長が委嘱する委員をもって構成する。

２　調整会議に議長を置き、委員の互選により定める。

３　議長は、調整会議の会務を総理する。

４　議長は、あらかじめ副議長を指名することとし、必要に応じて副議長がその職務を代行する。

（任期）

第４条　調整会議の委員の任期は、２年とする。ただし、再任を妨げない。

２　補欠による委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（招集）

第５条　調整会議は議長が招集する。ただし、設置後最初の調整会議は、西部保健所長が招集する。

（議事）

第６条　議長は会議を主宰する。

２　議長は、必要と認めるときは、関係行政機関の職員その他適当と認める者の出席を求め、その説明又は意見を徴することができる。

３　議長は、必要があると認めるときは、特定の事項について、関係のある委員のみで開催することができる。

（庶務）

第７条　調整会議の庶務は、西部保健所地域医療課において処理する。

（その他）

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。

附　則

この要綱は、平成28年５月30日から施行する。

資料 1

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、再稼動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。

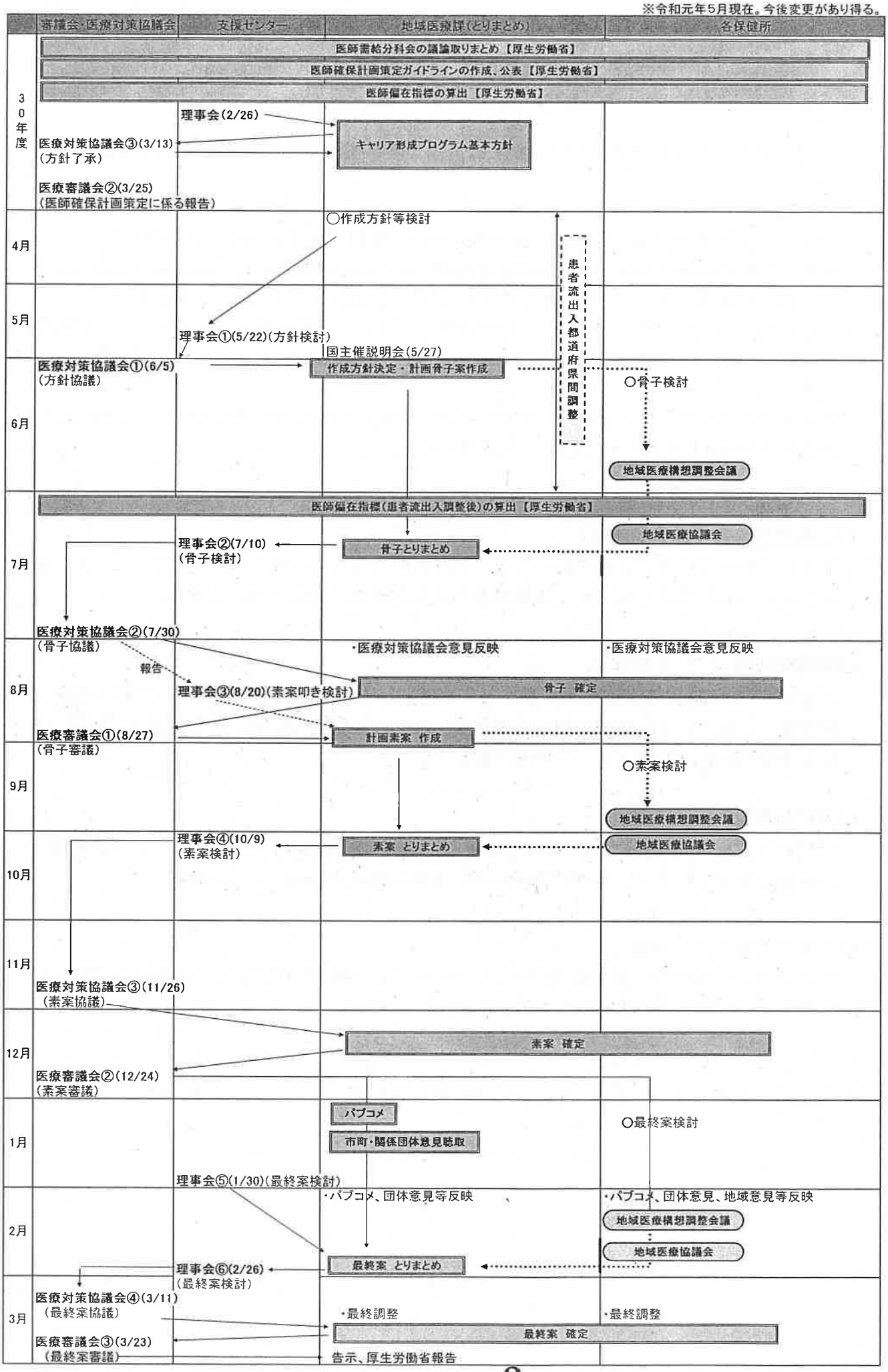
○在宅医療等の推進方策

・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

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。



地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

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

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

○　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、

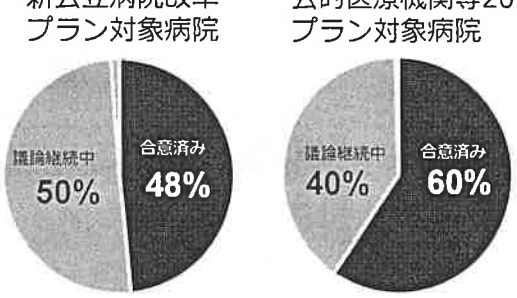
ア　高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
イ　山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
ウ　救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
エ　県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
オ　研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

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



（病床ベース）

※平成31年３月末のデータは集計中

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～】基準の導入により、高度急性期・急性期の選択不可

○　**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

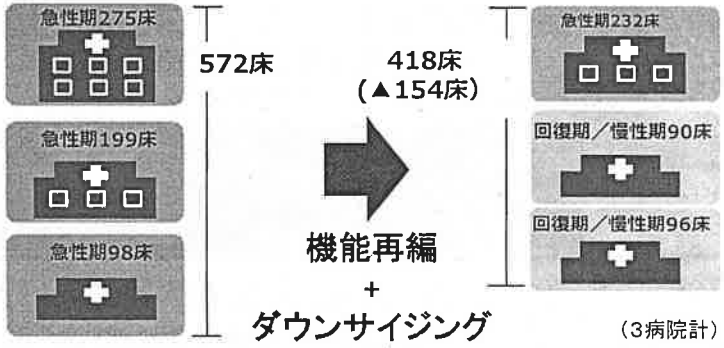
（36都道府県、79名（平成31年３月））

○　**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（奈良県南和構想区域）

■　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



			（3病院計）
医師数	48.4人	➡	60.8人（1.26倍）
年間救急車受入件数	2,086件	➡	4,104件（1.97倍）

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年年央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年年央までに、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。

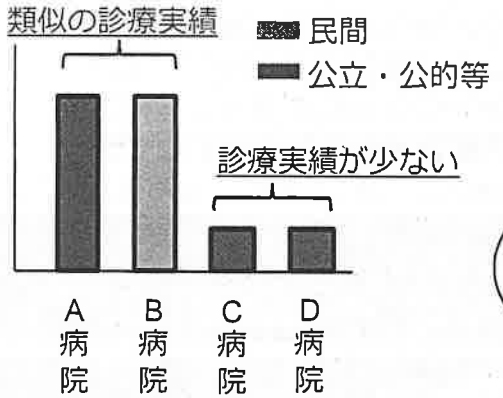
A　各分析項目について、構想区域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が２つ以上あり、かつ、お互いの所在地が近接している。

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。

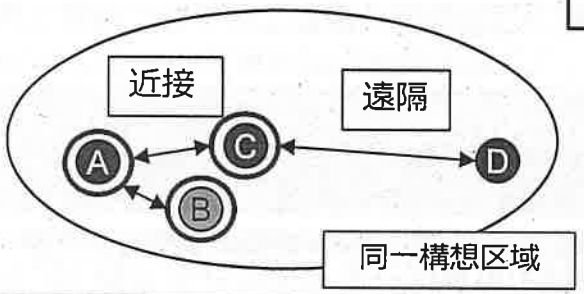
分析のイメージ

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



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

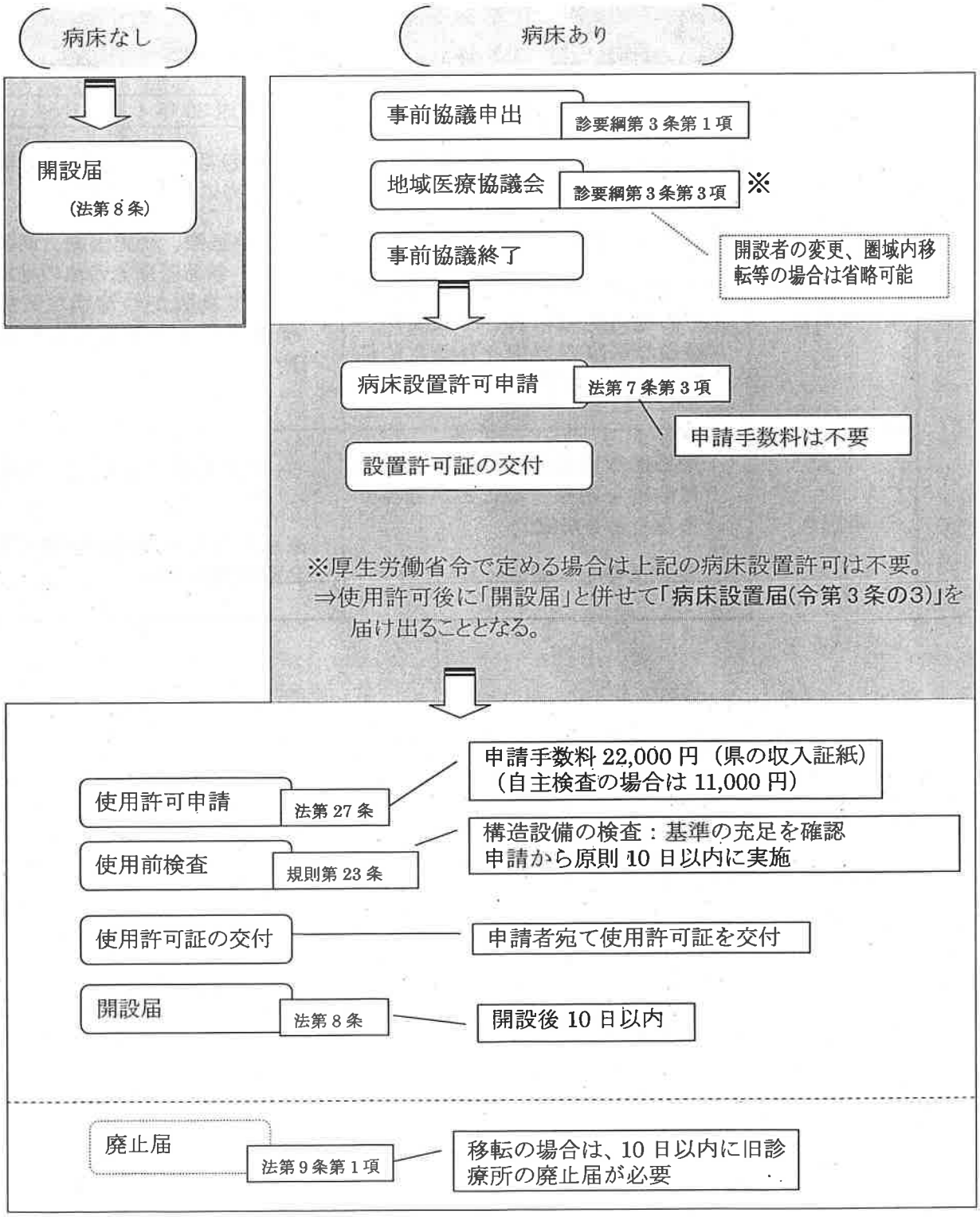
③分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**

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

資料 2

浜松市浜北区における有床産科診療所の整備について

(1) 診療所開設までの流れ（臨床研修終了医師・歯科医師による開設の場合）



※別途圏域の地域医療構想調整会議の協議が必要

(2) 診療所の病床設置（法第７条第３項）

一般病床を含め、病床を設けるときは許可を受ける必要がある。

⇒ただし、厚生労働省令（規則第１条の 14 第７項）で定める以下の場合は、都道府県への許可申請の代わりに、「病床設置届（令第３条の３）」により病床が設置されることとなり、この取扱いは平成 30 年度から改正されている。

（平成 29 年３月 31 日付け医政発 0331 第 58 号厚生労働働省医政局長通知、
平成 29 年３月 31 日付け医政地発 0331 第４号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

区分	改正前	平成 30 年４月１日～
規則第１条の 14 第７項で定める場合	① 居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所 ② へき地に設置される診療所 ③ 小児医療、周産期医療、救急医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために特に必要な診療所	① 地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所 ② へき地医療、小児医療、周産期医療、救急医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所
手続き	・ 地域医療協議会で保健医療計画に名称を記載することが適当であることを決議 ・ 医療審議会に報告	・ 医療審議会において意見聴取 ※あらかじめ地域医療構想調整会議の協議を経ること

写

医政発0331第58号
平成29年3月31日

各都道府県知事　殿

厚生労働省医政局長
（公　印　省　略）

「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」の一部改正について

有床診療所（病床を有する診療所をいう。）の病床設置等に関する規定の見直しを行った医療法施行規則の一部を改正する省令（平成29年厚生労働省令第27号）が本年3月28日に公布されたところである。

それに伴い、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成18年12月27日付け医政発第1227017号厚生労働省医政局長通知。以下「平成18年通知」という。）の一部を下記のとおり改正し、平成30年4月1日から適用することとしたため通知する。貴職におかれては、これを御了知の上、本通知の趣旨等について、貴管下の指定都市、保健所設置市、特別区、医療機関、関係団体等に対し周知願いたい。

記

1　平成18年通知の一部改正について
平成18年通知を別紙の新旧対照表のとおり改正する。

2　改正の概要
診療所の病床については、許可ではなく届出により病床設置が可能となる場合として、居宅等における医療の提供の推進のために必要な診療所等として医療計画に記載され、又は記載されることが見込まれる診療所に一般病床を設けようとする場合としているところ、平成30年4月1日からは、地域包括ケアシステム（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第2条第1項に規定する地域包括ケアシステムをいう。）の構築のために必要な診療所等として、都道府県医療審議会の意見を聴いて、都道府県知事が認める診療所

に療養病床又は一般病床を設けようとする場合とすること。

3　適用日

平成30年4月1日

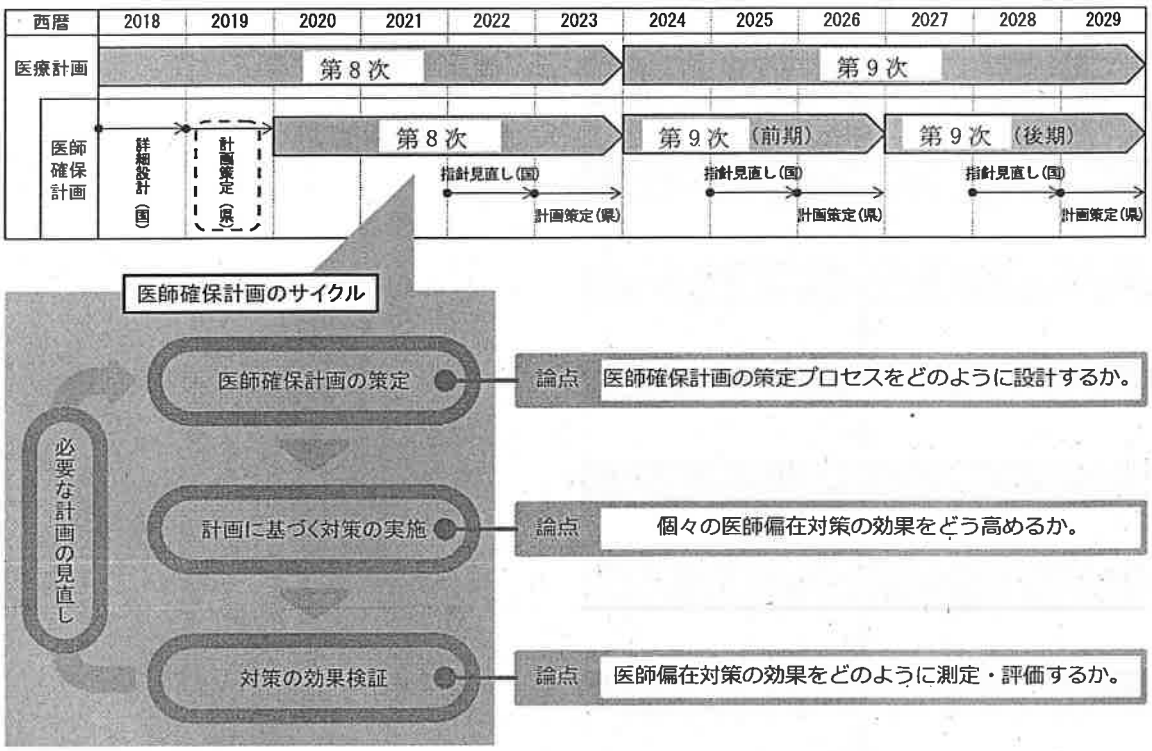
資料３－１

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

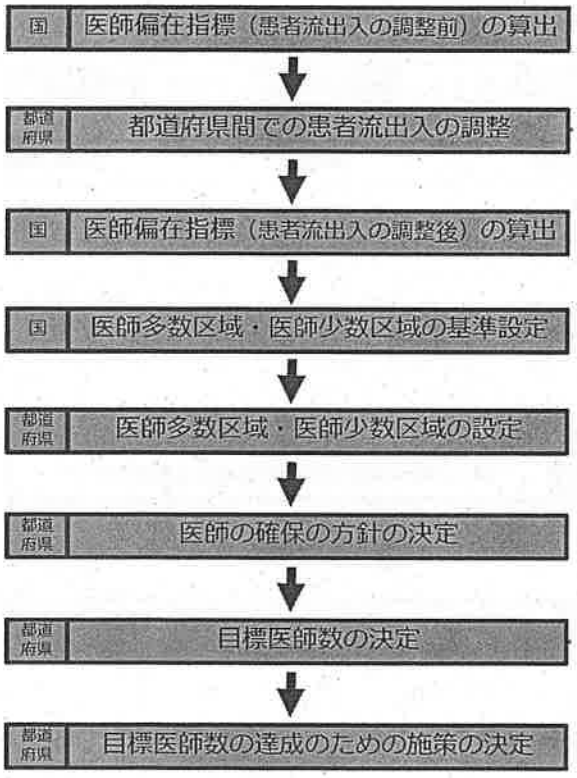
２　本県における医師確保計画策定の役割分担

・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

意見交換用
資料

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	・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	・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）

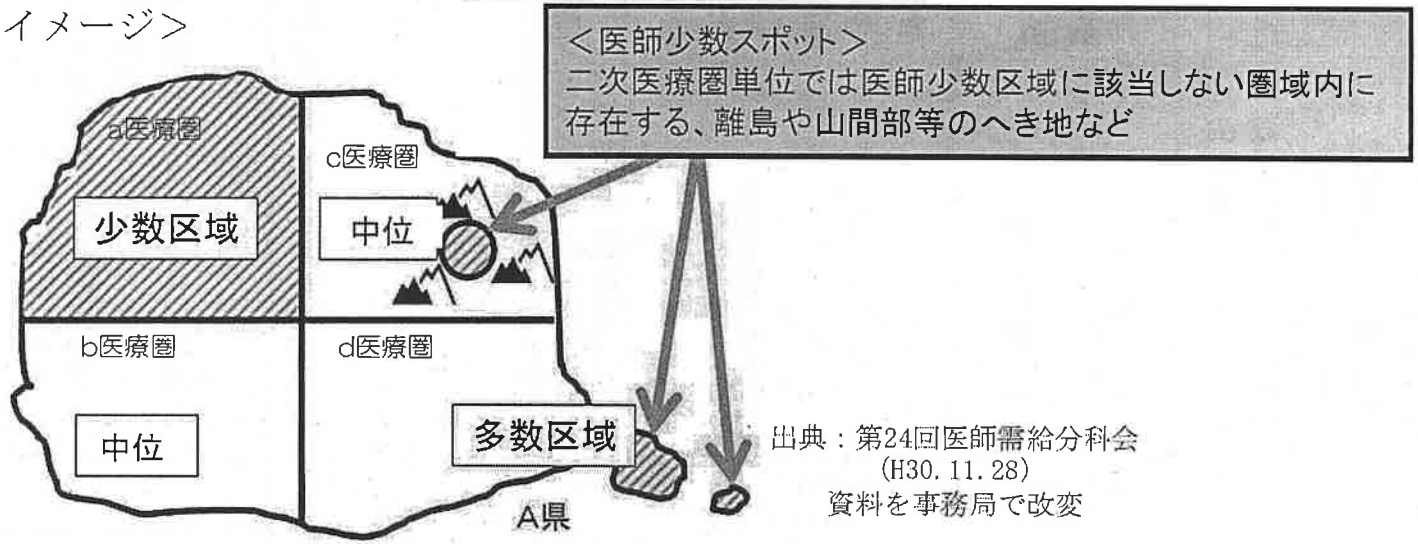
2　医師少数スポットを設定する上での基本的な考え方

・本県において、医師少数スポットの設定を考える上で、斟酌すべき事情（条件）には、どのようなものあるか
・仮に少数スポットを設定するとして、その地域に対し、どのような対策が考えられるか

医師少数スポットの設定について

概要	・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、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 ・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、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
＜考え方＞（国）	・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が適切である（巡回診療による対応等でも可）
＜考え方＞（県）	・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、地域枠等の医師の配置が可能である病院が存する地域が適切である

＜イメージ＞



出典：第24回医師需給分科会（H30.11.28）資料を事務局で改変

＜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

資料３－２

静岡県医師確保計画　骨子（西部保健医療圏）

Ⅰ　西部保健医療圏

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
西部	1,964	2,014	2,045	2,097	+133

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			西部		
	H30	R1	差	H30	R1	差
内科	44	44	0	34	29	△5
小児科	8	14	6	5	9	4
皮膚科	6	6	0	6	6	0
精神科	8	8	0	5	6	1
外科	7	10	3	6	8	2
整形外科	6	7	1	5	6	1
産婦人科	5	11	6	5	11	6
眼科	4	4	0	4	4	0
耳鼻咽喉科	6	7	1	6	6	0
泌尿器科	2	8	6	2	5	3
脳神経外科	3	3	0	3	3	0
放射線科	3	3	0	2	3	1
麻酔科	4	7	3	3	6	3
病理	1	1	0	0	1	1
臨床検査	0	0	0	0	0	0
救急科	1	4	3	1	4	3
形成外科	3	5	2	3	5	2
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科	0	1	1	0	1	1
総合診療	2	6	4	2	5	3
計	113	149	36	92	118	26

○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%
西部	7	100	82	82.0%	99	79	79.8%

※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
西部	89	120	+31

※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
西部	医師多数区域	239.0	71位／335二次医療圏

(3)　医師確保の方針

・本医療圏は医師多数区域に位置付けられているが、本県が医師少数県であることを踏まえ、現在の水準を維持した医師確保に取り組む

・県内少数区域との医師の交流に取り組む

＜上記を踏まえた二次医療圏における現状と課題＞

・

・

・

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			西部		
	H20	H28※	差	H20	H28※	差
小児科	459	476	17	115	116	1
産婦人科	315	345	30	107	103	△4

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			西部		
	H30	H31	差	H30	H31	差
小児科	8	14	6	5	9	4
産婦人科	5	11	6	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
	西部	相対的医師少数区域でない	12.6	105 位／284 産科医療圏

（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
	西遠	相対的医師少数区域	85.1	214 位／311 小児医療圏
	北遠	相対的医師少数区域	60.2	292 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＞

・
・
・

(2)　産科・小児科における偏在対策基準医師数

・計画期間修了時の産科・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）

資料 4

静岡県保健医療計画記載の医療機関等（薬局）の変更について

1 概要

・平成20年5月22日付け医療第134号厚生部長通知により、静岡県保健医療計画に記載の医療機能を担う医療機関と薬局の変更に伴う手続きを定め、当該医療機関等の名称等を医療政策課ホームページにおいて公表している。

・医療機関等の変更が生じた場合は、可能な限り速やかに記載内容を変更する必要があるが、報告されていない事例が薬局の記載において散見されていることから、変更に伴う手続きを改正した。

2 経緯

・平成30年8月に開催した医療審議会において、緩和ケアを担う薬局の異動状況の報告について、圏域ごとにバラツキがあったため、委員からその理由について質問を受けた。

・審議会終了後、薬局の機能変更について状況を確認すると、多くの保健所において実態を把握できていないことが判明した。

・麻薬小売業の許認可を所管する薬事課と協議を重ねた結果、薬局の機能変更の情報収集の方法として、医療ネットしずおか（薬局機能情報）定期報告を活用することとした。具体的には、医療ネットしずおか（薬局機能情報）において、医薬用麻薬の提供、在宅訪問可能、休日・時間外が対応可能となっている薬局の情報を抽出することとした。

3 対応案

区分	内　容
改正前	○保健所は、薬局からの調査票又は変更届を受け、地域医療協議会と医療政策課に報告
改正後	○医療政策課が薬事課から薬局機能情報定期報告の該当項目に関する情報提供を受け、各保健所に通知 ○保健所は保有する保健医療計画医療機関等リストと突合し、新規・廃止・変更等を確認し、地域医療協議会と医療政策課に報告

令和元年度　静岡県保健医療計画に記載する医療機関名の追加について

【協議事項】

下表のとおり、「静岡県保健医療計画」における疾病又は事業ごとの医療連携体制を担う医療機関一覧表に記載する医療機関名を追加する。

番号	診療所の名称	市　町	追加・削除の別	異　動　理　由
●　がんの「ターミナルケア」を担う医療機関（薬局）				
1	杏林堂薬局エキマチ店	浜松市中区	追加	対応可能
2	フタバ薬局	浜松市中区	追加	対応可能
3	ヤマグチ薬局	浜松市中区	追加	対応可能
4	薬局フォーリア小池店	浜松市東区	追加	対応可能
5	つづき薬局	浜松市北区	追加	対応可能
6	クリエイト薬局　浜松南浅田店	浜松市中区	追加	対応可能
7	あすなろ薬局	浜松市東区	追加	対応可能
8	ささがせ薬局	浜松市東区	追加	対応可能
9	あおい薬局中央店	浜松市中区	追加	対応可能
10	杏林堂薬局　遠州病院前店	浜松市中区	追加	対応可能
11	杏林堂薬局　於呂店	浜松市浜北区	追加	対応可能
12	あい薬局　小池店	浜松市東区	追加	対応可能
13	ウエルシア薬局　浜松医大前店	浜松市東区	追加	対応可能
14	やまと薬局三和店	浜松市南区	追加	対応可能
15	薬局フォーリア佐鳴台店	浜松市中区	追加	対応可能
16	アイセイ薬局三方原店	浜松市北区	追加	対応可能
17	アイセイ薬局湖東店	浜松市西区	追加	対応可能
18	アイセイ薬局コスモス店	浜松市北区	追加	対応可能
19	わかくさ薬局	浜松市東区	追加	対応可能

静岡県保健医療計画に記載する医療機関名の削除について

【報告事項】

下表のとおり、「静岡県保健医療計画」における疾病又は事業ごとの医療連携体制を担う医療機関一覧表に記載する医療機関名を削除する。

番号	診療所の名称	圏域	追加・削除の別	異動理由
● がんの「ターミナルケア」を担う医療機関（薬局）				
1	鷲津薬局メディックス	西部	削除	対応不可
2	湖西グリーン薬局	西部	削除	対応不可
3	チューリップ湖西薬局	西部	削除	対応不可
4	さつき薬局	西部	削除	対応不可
5	さかえ薬局	西部	削除	対応不可
6	杏林堂薬局新居店	西部	削除	対応不可
7	ホルト薬局	西部	削除	対応不可
8	有限会社大野薬局	西部	削除	対応不可
9	ハロー薬局小豆餅店	西部	削除	対応不可
10	ひまわり薬局	西部	削除	対応不可
11	薬局　王寿	西部	削除	対応不可
12	しかたに薬局	西部	削除	対応不可
13	木の香薬局蜆塚店	西部	削除	対応不可
14	助信駅前薬局	西部	削除	対応不可
15	ファーマライズ薬局浜松店	西部	削除	対応不可
16	ハロー薬局東田町店	西部	削除	対応不可
17	シミズ薬局	西部	削除	対応不可
18	中央ガイド薬局	西部	削除	対応不可
19	ファーマライズ薬局浜松中央店	西部	削除	対応不可
20	杏林堂薬局富塚店	西部	削除	対応不可
21	日本調剤中島町薬局	西部	削除	対応不可
22	浜松東部センター薬局	西部	削除	対応不可
23	杏林堂薬局名塚店	西部	削除	対応不可
24	杏林堂薬局西伊場店	西部	削除	対応不可
25	アイリス薬局	西部	削除	対応不可
26	ひくま薬局	西部	削除	対応不可
27	ドレミ薬局	西部	削除	対応不可
28	薬局フォーリア和合店	西部	削除	対応不可
29	あすか薬局和合店	西部	削除	対応不可
30	ハロー薬局根上り松店	西部	削除	対応不可
31	ミキ薬局	西部	削除	対応不可
32	くまがい薬局	西部	削除	対応不可
33	有限会社高町薬局	西部	削除	対応不可
34	岡田薬局	西部	削除	対応不可

35	ひかる薬局	西部	削除	対応不可
36	第一すずき薬局	西部	削除	対応不可
37	浜松センター薬局	西部	削除	対応不可
38	薬局フォーリア野口店	西部	削除	対応不可
39	あい薬局向宿店	西部	削除	対応不可
40	アイン薬局浜松住吉店	西部	削除	対応不可
41	リード調剤薬局	西部	削除	対応不可
42	大幸薬局	西部	削除	対応不可
43	ファミリー薬局	西部	削除	対応不可
44	ハート薬局	西部	削除	対応不可
45	はんど薬局	西部	削除	対応不可
46	アイン薬局浜松店	西部	削除	対応不可
47	杏林堂薬局労災病院前店	西部	削除	対応不可
48	あい薬局天王店	西部	削除	対応不可
49	天王あきは薬局	西部	削除	対応不可
50	杏林堂薬局ピーワンプラザ天王店	西部	削除	対応不可
51	エンゼル薬局	西部	削除	対応不可
52	有限会社快生薬局	西部	削除	対応不可
53	ハーバル薬局	西部	削除	対応不可
54	あい薬局	西部	削除	対応不可
55	あしたば薬局	西部	削除	対応不可
56	子安薬局	西部	削除	対応不可
57	有限会社ミノヤ薬局	西部	削除	対応不可
58	わかば薬局	西部	削除	対応不可
59	薬局フォーリア	西部	削除	対応不可
60	大石薬局	西部	削除	対応不可
61	あおい薬局　入野店	西部	削除	対応不可
62	ペンギン薬局	西部	削除	対応不可
63	入野薬局	西部	削除	対応不可
64	まごころ薬局入野店	西部	削除	対応不可
65	馬郡薬局	西部	削除	対応不可
66	つばさ薬局	西部	削除	対応不可
67	杏林堂薬局志都呂店	西部	削除	対応不可
68	ハロー薬局坪井店	西部	削除	対応不可
69	あおい薬局	西部	削除	対応不可
70	薬局フォーリア雄踏店	西部	削除	対応不可
71	めぐ薬局	西部	削除	対応不可
72	有限会社マルトク薬局	西部	削除	対応不可
73	前堀薬局	西部	削除	対応不可
74	杏林堂薬局佐鳴湖南店	西部	削除	対応不可
75	倉地薬局	西部	削除	対応不可
76	フレンド薬局	西部	削除	対応不可
77	ショーワ薬局	西部	削除	対応不可
78	新橋薬局	西部	削除	対応不可
79	レモン薬局寺脇店	西部	削除	対応不可
80	杏林堂薬局芳川店	西部	削除	対応不可

81	カトレア薬局	西部	削除	対応不可
82	瓜内薬局	西部	削除	対応不可
83	早川薬局	西部	削除	対応不可
84	まごころ薬局下江町店	西部	削除	対応不可
85	イグチ薬局	西部	削除	対応不可
86	ホワイト薬局	西部	削除	対応不可
87	すみれ薬局引佐店	西部	削除	対応不可
88	杏林堂薬局引佐店	西部	削除	対応不可
89	このみ薬局	西部	削除	対応不可
90	有限会社袴田薬局	西部	削除	対応不可
91	薬局アザレア三方原店	西部	削除	対応不可
92	レモン薬局見三方原店	西部	削除	対応不可
93	ひまわり薬局気賀店	西部	削除	対応不可
94	ミント薬局	西部	削除	対応不可
95	有限会社三ヶ日調剤センター	西部	削除	対応不可
96	長谷川薬局	西部	削除	対応不可
97	寿光堂黒柳薬局	西部	削除	対応不可
98	緑薬局太田㈲三方原店	西部	削除	対応不可
99	ファーマライズ薬局三方原店	西部	削除	対応不可
100	三方原みなみ薬局	西部	削除	対応不可
101	杏林堂薬局三方原聖隷前店	西部	削除	対応不可
102	駅の薬局	西部	削除	対応不可
103	杏林堂薬局西鹿島駅前店	西部	削除	対応不可
104	薬局フォーリア内野店	西部	削除	対応不可
105	ゆうゆう薬局	西部	削除	対応不可
106	あるぷす薬局	西部	削除	対応不可
107	おろファミリー薬局	西部	削除	対応不可
108	みかん薬局	西部	削除	対応不可
109	きぶねファミリー薬局	西部	削除	対応不可
110	木俣薬局	西部	削除	対応不可
111	さくら薬局	西部	削除	対応不可
112	弘済堂薬局	西部	削除	対応不可
113	中条つばめ薬局	西部	削除	対応不可
114	ポピー薬局	西部	削除	対応不可
115	くすり東海堂薬局	西部	削除	対応不可
116	天竜グリーン薬局	西部	削除	対応不可
117	天竜あきは薬局	西部	削除	対応不可

資料５－１

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

※病床数は稼動病床ベース。

※「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。

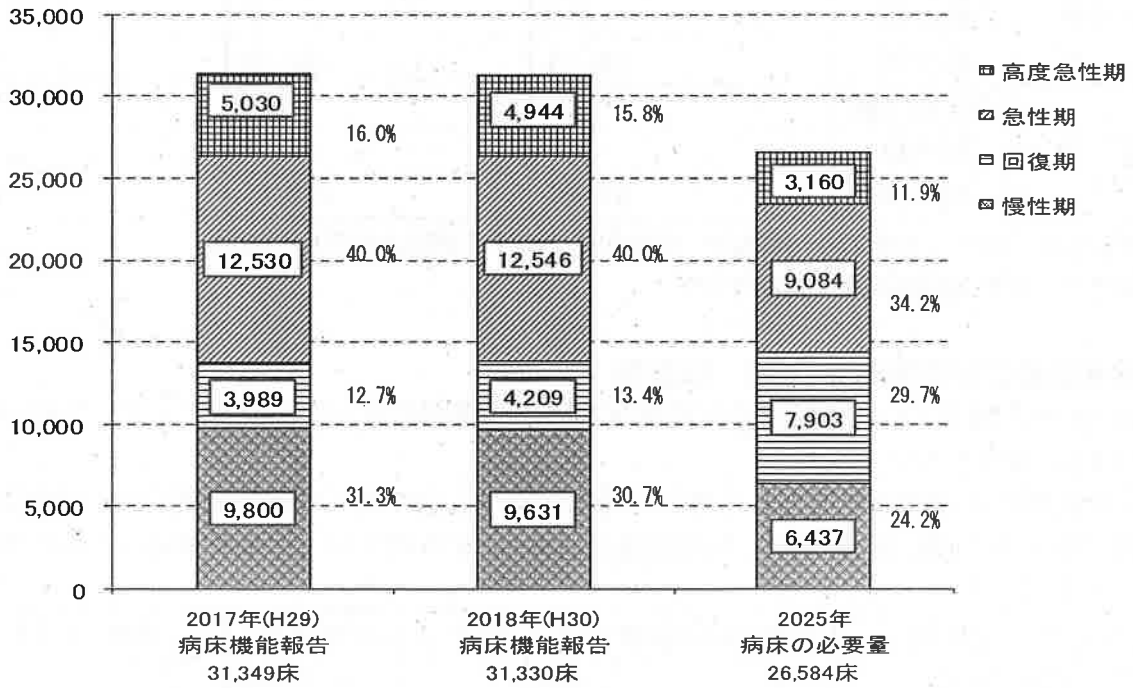
・平成 30 年度の病床機能報告では、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の割合は、16%、40%、13%、31%であり、平成 29 年度報告と同様の傾向であった。病床数で見ると、高度急性期と慢性期は減少し、回復期は増加している。

⇒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。



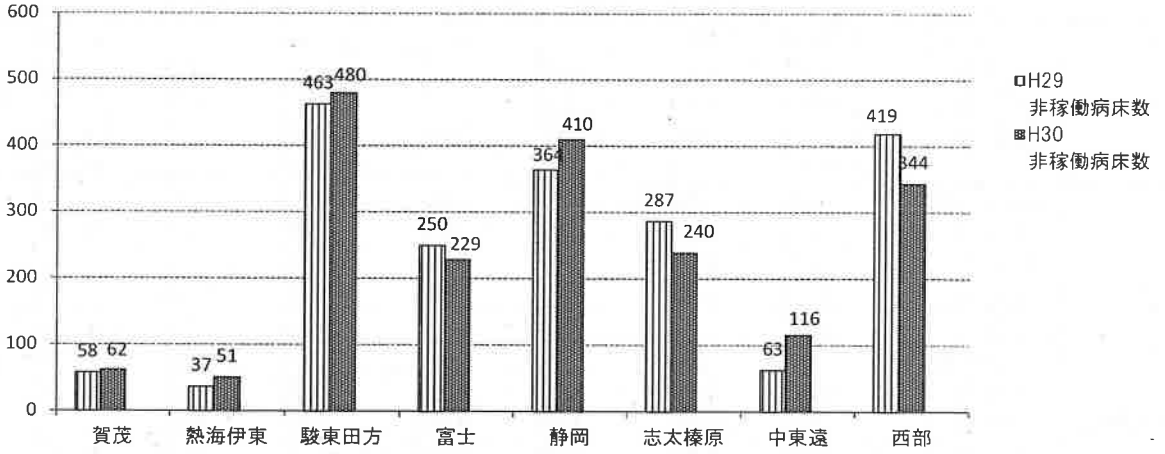
（４）構想区域別の状況（病床機能報告の病床数は稼働病床ベース）

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。



※非稼動病床：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	

病床機能報告制度における医療機関別の機能別病床数の報告状況【集計結果(静岡県)】

○報告対象となる静岡県内の病院146施設、有床診療所180施設のうち、報告があった病院146施設(100.0%)、有床診療所180施設(100.0%)を対象として集計した結果
○平成30年度の報告においては、「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によっては同様の報告となっていない場合がある。

報告年度	平成30年度
医療機能の時点	01_報告年度7月1日時点

				01_許可病床数						02_稼働病床数					
二次医療圏	病院・有床診療所	市区町村	医療機関名称	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟・無回答等	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟・無回答等	計
2208西部	01病院	22131浜松市中区	JA静岡厚生連遠州病院	236	104	60	0	0	400	236	104	60	0	0	400
			医療法人社団新風会丸山病院	0	0	0	58	0	58	0	0	0	58	0	58
			社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院	510	240	0	0	0	750	510	240	0	0	0	750
			浜松医療センター	372	228	0	0	0	600	372	228	0	0	0	600
			浜松市リハビリテーション病院	0	0	225	0	0	225	0	0	225	0	0	225
		22132浜松市東区	かば記念病院	0	44	0	0	0	44	0	37	0	0	0	37
			医療法人社団岡崎会有玉病院	0	0	0	55	0	55	0	0	0	44	0	44
			国立大学法人浜松医科大学医学部附属病院	576	0	0	0	0	576	576	0	0	0	0	576
			独立行政法人労働者健康福祉機構浜松労災病院	6	254	52	0	0	312	6	254	52	0	0	312
			浜松北病院	0	107	32	60	0	199	0	107	32	60	0	199
		22133浜松市西区	医療法人社団一穂会西山病院	0	0	0	271	0	271	0	0	0	270	0	270
			医療法人社団松愛会松田病院	0	60	0	0	0	60	0	60	0	0	0	60
			湖東病院	0	0	0	169	0	169	0	0	0	169	0	169
			常葉リハビリテーション病院	0	0	80	0	0	80	0	0	80	0	0	80
		22134浜松市南区	すずかけセントラル病院	0	87	106	116	0	309	0	87	106	116	0	309
			医療法人社団稜和会浜松南病院	0	50	0	100	0	150	0	43	0	100	0	143
			平安の森 記念病院	0	0	0	118	0	118	0	0	0	118	0	118
		22135浜松市北区	医療法人豊岡会浜松とよおか病院	0	0	30	200	0	230	0	0	30	200	0	230
			引佐赤十字病院	0	0	0	99	0	99	0	0	0	99	0	99
			社会福祉法人聖隷事業団総合病院聖隷三方原病院	353	287	0	170	0	810	353	287	0	170	0	810
		22136浜松市浜北区	医療法人社団三誠会北斗わかば病院	0	0	0	142	0	142	0	0	0	142	0	142
			医療法人社団誠心会浜北さくら台病院	0	0	40	152	0	192	0	0	27	152	0	179
			十全記念病院	0	50	87	162	0	299	0	50	84	162	0	296
			独立行政法人国立病院機構天竜病院	0	32	0	226	0	258	0	32	0	222	0	254
			浜松赤十字病院	12	300	0	0	0	312	12	300	0	0	0	312
		22137浜松市天竜区	天竜すずかけ病院	0	0	55	165	0	220	0	0	41	156	0	197
			浜松市国民健康保険佐久間病院	0	36	0	20	0	56	0	36	0	20	0	56
		22221湖西市	医療法人浜名会浜名病院	0	89	0	88	0	177	0	85	0	87	0	172
			市立湖西病院	0	103	0	0	93	196	0	103	0	0	0	103
	01病院 集計			2,065	2,071	767	2,371	93	7,367	2,065	2,053	737	2,345	0	7,200
	02有床診療所	22131浜松市中区	JA静岡厚生連遠州病院健康管理センター	0	0	0	6	0	6	0	0	0	6	0	6
			おおたにレディースクリニック	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0
			さなるサンクリニック	0	14	0	0	0	14	0	13	0	0	0	13
			医療法人社団海仁海谷眼科	0	19	0	0	0	19	0	19	0	0	0	19
			兼子眼科	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0
			坂の上在宅医療支援医院	0	0	19	0	0	19	0	0	19	0	0	19
			森下レディースクリニック	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0
			石垣クリニック	0	0	0	8	0	8	0	0	0	8	0	8
			大脇産婦人科医院	0	12	0	0	0	12	0	12	0	0	0	12
			朝岡眼科医院	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0
			南浅田小池産科婦人科	0	5	0	0	0	5	0	5	0	0	0	5
			有澤産婦人科医院	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0

報告年度	平成30年度
医療機能の時点	01_報告年度7月1日時点

二次医療圏	病院・有床診療所	市区町村	医療機関名称	01_許可病床数						02_稼働病床数					
				高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟・無回答等	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟・無回答等	計
		22132浜松市東区	サージセンター	0	15	0	0	0	15	0	15	0	0	0	15
			山下ハートクリニック	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	0	0
			青沼眼科	0	3	0	0	0	3	0	3	0	0	0	3
			石垣内科医院	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
		22133浜松市西区	ピュアレディースクリニック	0	14	0	0	0	14	0	9	0	0	0	9
			志都呂クリニック	0	0	19	0	0	19	0	0	10	0	0	10
			鈴木医院	0	0	0	0	10	10	0	0	0	0	0	0
		22134浜松市南区	医療法人社団新風会丸山クリニック	0	0	0	17	0	17	0	0	0	17	0	17
			岡本眼科クリニック	0	3	0	0	0	3	0	3	0	0	0	3
			外科消化器科林医院	0	0	0	0	10	10	0	0	0	0	0	0
			坂口産婦人科医院	0	0	0	0	8	8	0	0	0	0	0	0
		22135浜松市北区	クリニックミズゾフィア	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0
			医療法人社団気賀温美医院	0	0	0	0	16	16	0	0	0	0	0	0
			医療法人社団真愛かおり会こぼり整形外科クリニック	0	8	0	0	0	8	0	8	0	0	0	8
			医療法人幡生堂細江クリニック	0	0	0	0	19	19	0	0	0	0	0	0
			賛育産婦人科医院	0	14	0	0	0	14	0	14	0	0	0	14
			社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷予防検診センター	0	0	0	0	11	11	0	0	0	0	0	0
			木村産科・婦人科	0	17	0	0	0	17	0	17	0	0	0	17
		22136浜松市浜北区	さとうクリニック	0	14	0	0	0	14	0	14	0	0	0	14
			加藤産科婦人科医院	0	0	0	0	8	8	0	0	0	0	0	0
			河合クリニック	0	0	0	0	7	7	0	0	0	0	0	0
			宮口こんどうクリニック	0	0	0	0	14	14	0	0	0	0	0	0
			高倉クリニック	0	0	0	0	8	8	0	0	0	0	0	0
			西坂整形外科	0	19	0	0	0	19	0	19	0	0	0	19
			石井第一産婦人科クリニック	0	14	0	0	0	14	0	1	0	0	0	1
			浜名クリニック	0	19	0	0	0	19	0	7	0	0	0	7
			服部医院	0	7	0	0	0	7	0	7	0	0	0	7
		22137浜松市天竜区	天竜厚生会診療所	0	19	0	0	0	19	0	19	0	0	0	19
			天竜厚生会第二診療所	0	0	0	18	0	18	0	0	0	18	0	18
	02有床診療所 集計			0	216	38	49	137	440	0	185	29	49	0	263
2208西部 集計				2,065	2,287	805	2,420	230	7,807	2,065	2,238	766	2,394	0	7,463
総計				4,969	13,037	4,364	9,773	1,336	33,479	4,944	12,546	4,209	9,631	98	31,428

病床機能報告制度における医療機関別の機能別病床数の報告状況【2017（平成29）年及び2018（平成30）年7月1日時点の集計結果（静岡県）】

許可病床・稼働病床	02_稼働病床数
医療機能の時点	01_報告年度7月1日時点

二次医療圏	病院・有床診療所	市区町村	医療機関名称	2017（平成29）年7月1日時点（B）					2018（平成30）年7月1日時点（B）					増減（B-A）				
				高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
2208西部	01病院	22131浜松市中区	JA静岡厚生連遠州病院	236	104	60	0	400	236	104	60	0	400	0	0	0	0	0
			医療法人社団新風会丸山病院	0	8	0	33	41	0	0	0	58	58	0	▲ 8	0	25	17
			社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院	545	205	0	0	750	510	240	0	0	750	▲ 35	35	0	0	0
			浜松医療センター	322	278	0	0	600	372	228	0	0	600	50	▲ 50	0	0	0
			浜松市リハビリテーション病院	0	0	225	0	225	0	0	225	0	225	0	0	0	0	0
		22132浜松市東区	かば記念病院	0	32	0	0	32	0	37	0	0	37	0	5	0	0	5
			医療法人社団岡崎会有玉病院	0	0	0	90	90	0	0	0	44	44	0	0	0	▲ 46	▲ 46
			国立大学法人浜松医科大学医学部附属病院	576	0	0	0	576	576	0	0	0	576	0	0	0	0	0
			独立行政法人労働者健康福祉機構浜松労災病院	6	306	0	0	312	6	254	52	0	312	0	▲ 52	52	0	0
			浜松北病院	0	107	32	60	199	0	107	32	60	199	0	0	0	0	0
		22133浜松市西区	医療法人社団一穂会西山病院	0	0	0	271	271	0	0	0	270	270	0	0	0	▲ 1	▲ 1
			医療法人社団一穂会第2西山病院西山ナーシング	0	0	0	164	164					0	0	0	0	▲ 164	▲ 164
			医療法人社団松愛会松田病院	0	60	0	0	60	0	60	0	0	60	0	0	0	0	0
			湖東病院	0	0	0	169	169	0	0	0	169	169	0	0	0	0	0
			常葉大学リハビリテーション病院	0	0	80	0	80	0	0	80	0	80	0	0	0	0	0
		22134浜松市南区	すずかけセントラル病院	0	87	106	116	309	0	87	106	116	309	0	0	0	0	0
			医療法人社団綾和会浜松南病院	0	36	0	100	136	0	43	0	100	143	0	7	0	0	7
			平安の森 記念病院	0	0	0	99	99	0	0	0	118	118	0	0	0	19	19
		22135浜松市北区	医療法人豐岡会浜松とよおか病院	0	0	30	200	230	0	0	30	200	230	0	0	0	0	0
			引佐赤十字病院	0	0	0	99	99	0	0	0	99	99	0	0	0	0	0
			社会福祉法人聖隷事業団総合病院聖隷三方原病院	353	287	0	170	810	353	287	0	170	810	0	0	0	0	0
		22136浜松市浜北	医療法人社団三誠会北斗わかば病院	0	0	0	142	142	0	0	0	142	142	0	0	0	0	0
			医療法人社団誠心会浜北さくら台病院	0	0	0	192	192	0	0	27	152	179	0	0	27	▲ 40	▲ 13
			十全記念病院	0	69	83	116	268	0	50	84	162	296	0	▲ 19	1	46	28
			独立行政法人国立病院機構天竜病院	0	31	0	224	255	0	32	0	222	254	0	1	0	▲ 2	▲ 1
			浜松赤十字病院	12	299	0	0	311	12	300	0	0	312	0	1	0	0	1
		22137浜松市天竜	天竜すずかけ病院	0	0	41	164	205	0	0	41	156	197	0	0	0	▲ 8	▲ 8
			浜松市国民健康保険佐久間病院	0	36	0	20	56	0	36	0	20	56	0	0	0	0	0
		22221湖西市	医療法人浜名会浜名病院	0	43	37	88	168	0	85	0	87	172	0	42	▲ 37	▲ 1	4
			市立湖西病院	0	103	0	0	103	0	103	0	0	103	0	0	0	0	0
	01病院 集計			2,050	2,091	694	2,517	7,352	2,065	2,053	737	2,345	7,200	15	▲ 38	43	▲ 172	▲ 152
	02有床診療所	22131浜松市中区	JA静岡厚生連遠州病院健康管理センター	0	0	0	6	6	0	0	0	6	6	0	0	0	0	0
			おおたにレディースクリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			さなるサンクリニック	0	11	0	0	11	0	13	0	0	13	0	2	0	0	2
			医療法人社団海仁海谷眼科	0	0	19	0	19	0	19	0	0	19	0	19	▲ 19	0	0
			兼子眼科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			坂の上在宅医療支援医院	0	0	19	0	19	0	0	19	0	19	0	0	0	0	0
			森下レディースクリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			石垣クリニック	0	5	0	0	5	0	0	0	8	8	0	▲ 5	0	8	3

許可病床・稼働病床	02_稼働病床数
医療機能の時点	01_報告年度7月1日時点

二次医療圏	病院・有床診療所	市区町村	医療機関名称	2017(平成29)年7月1日時点(B)					2018(平成30)年7月1日時点(B)					増減(B-A)				
				高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
			大脇産婦人科医院	0	12	0	0	12	0	12	0	0	12	0	0	0	0	0
			朝岡眼科医院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			南浅田小池産科婦人科	0	5	0	0	5	0	5	0	0	5	0	0	0	0	0
		22132浜松市東区	サージセンター	0	15	0	0	15	0	15	0	0	15	0	0	0	0	0
			山下ハートクリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			青沼眼科	0	3	0	0	3	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0
			石垣内科医院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		22133浜松市西区	ピュアレディースクリニック	0	10	0	0	10	0	9	0	0	9	0	▲ 1	0	0	▲ 1
			志都呂クリニック	0	0	19	0	19	0	0	10	0	10	0	0	▲ 9	0	▲ 9
			鈴木医院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		22134浜松市南区	医療法人社団新風会丸山クリニック	0	0	0	17	17	0	0	0	17	17	0	0	0	0	0
			岡本眼科クリニック	0	3	0	0	3	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0
			外科消化器科林医院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			坂口産婦人科医院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		22135浜松市北区	クリニックミズソフィア	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			医療法人社団気賀渥美医院	0	16	0	0	16	0	0	0	0	0	0	▲ 16	0	0	▲ 16
			医療法人社団真愛かおり会こぼり整形外科クリニック	0	8	0	0	8	0	8	0	0	8	0	0	0	0	0
			医療法人暢生堂細江クリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			贊育産婦人科医院	0	14	0	0	14	0	14	0	0	14	0	0	0	0	0
			社会福祉法人聖隷福祉事業団聖隷予防検診センター	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			木村産科・婦人科	0	19	0	0	19	0	17	0	0	17	0	▲ 2	0	0	▲ 2
		22136浜松市浜北	さとうクリニック	0	14	0	0	14	0	14	0	0	14	0	0	0	0	0
			加藤産科婦人科医院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			河合クリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			宮口こんどうクリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			高倉クリニック	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
			西坂整形外科	0	19	0	0	19	0	19	0	0	19	0	0	0	0	0
			石井第一産婦人科クリニック	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1
			浜名クリニック	0	10	0	0	10	0	7	0	0	7	0	▲ 3	0	0	▲ 3
			服部医院	0	7	0	0	7	0	7	0	0	7	0	0	0	0	0
		22137浜松市天竜	天竜厚生会診療所	0	19	0	0	19	0	19	0	0	19	0	0	0	0	0
			天竜厚生会第二診療所	0	0	0	18	18	0	0	0	18	18	0	0	0	0	0
	02有床診療所 集計			0	190	57	41	288	0	185	29	49	263	0	▲ 5	▲ 28	8	▲ 25

資料 5－2

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

＜ 内 容 ＞

Ⅰ　導入の背景

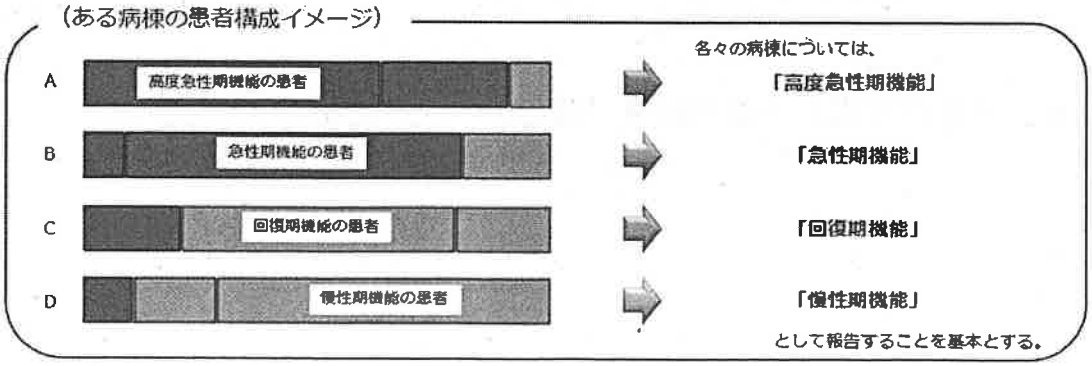
導入の背景　～病床機能報告制度の現状と課題～

◆　**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）



導入の背景　～ 厚生労働省からの要請 ～

◆　厚生労働省からの要請

・病床機能報告の課題や一部府県の取組を踏まえ、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

「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（点滴注射によるものを原則）　→「高度急性期・急性期」（ → 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

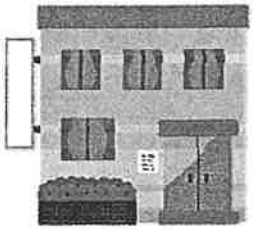
◆「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」及び「平均在棟日数」

・［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」

「静岡方式」の具体的な基準　（有床診療所）

【有床診療所の基準】



① 入院基本料からの区分

◆ 有床診療所療養病床入院基本料　→　**「慢性期」**

②「急性期」と「回復期（在宅医療等相当を含む）」の振り分け

◆「手術」「放射線治療」「化学療法」件数

・「あり」ならば**「急性期」**

（目安）

ベッド当たり　手術１件/月以上　or　放射線治療あり　or　化学療法 0.5件/月以上
（点滴注射によるものを原則）

◆上記をひとつも満たさない診療所　→　**「回復期（在宅医療等相当を含む）」**

「静岡方式」における区分イメージ

医療機能	病院【特定入院料等からの区分】	病院【一般病棟の区分】	有床診療所
高度急性期	・救命救急 ・ICU　・MFICU　・NICU　・GCU ・CCU　・PICU　・SCU　・HCU	・重症度、医療・看護必要度」が ［Ⅰ:35%以上,Ⅱ:30%以上］ かつ平均在棟日数14日以内	－
急性期	・小児入院医療管理料１・２・３	・「重症度、医療・看護必要度」が ［Ⅰ:20%以上,Ⅱ:15%以上］ かつ平均在棟日数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)	・手術あり(１件以上/月・ベッド) ・放射線治療あり ・化学療法あり(0.5件以上/月・ベッド)
回復期	・回復期リハ病棟入院料 ・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	・上記を１つも満たさない病棟	・上記、下記を１つも満たさない診療所
慢性期	・療養病棟入院料 ・特殊疾患病棟入院料 ・障害者施設等入院基本料	－	・有床診療所療養病床入院基本料

病院の一般病棟

有床診の一般病床

※「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」の位置付けと取り扱い

◆「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。

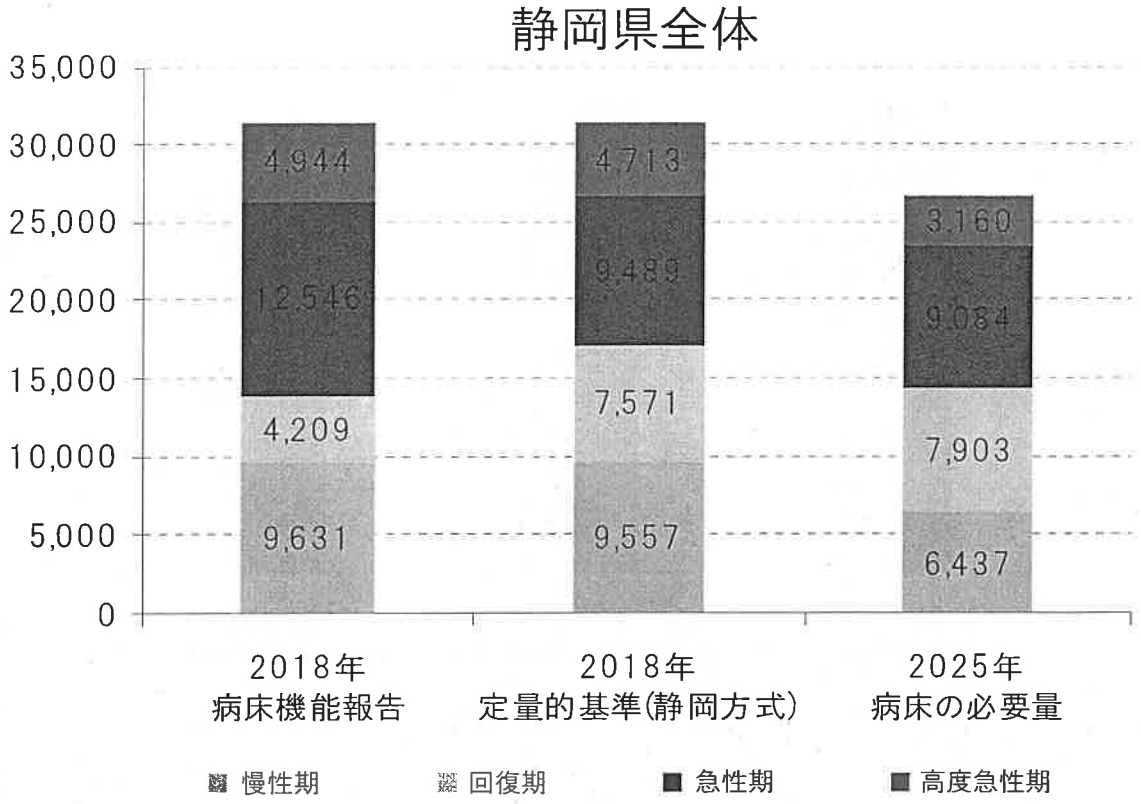
・各医療機関においては、これまでどおり自主的に病床機能を選択いただくことになります。

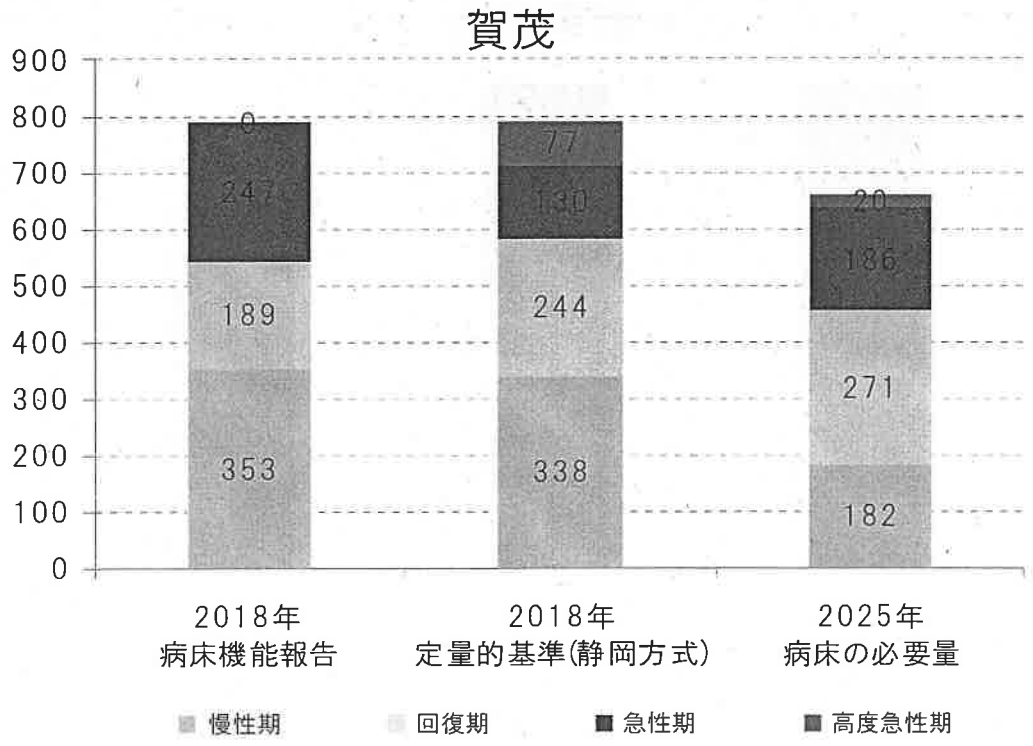
◆「静岡方式」適用後の病棟別データの取り扱い

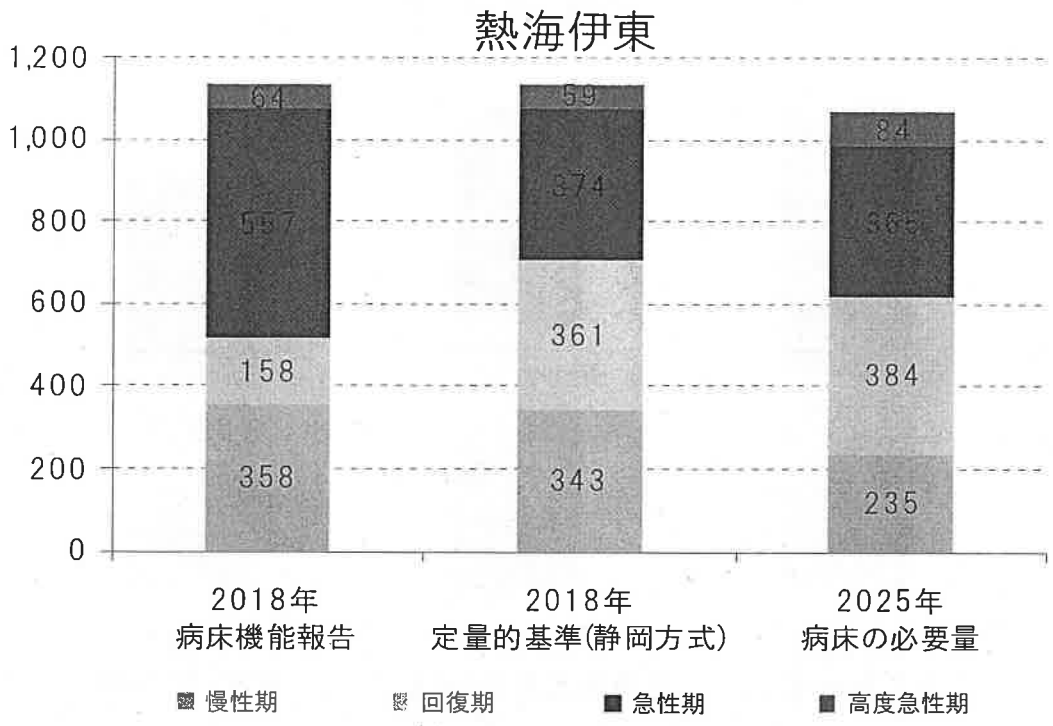
・基準に沿った報告を求めるものではないため、病棟別データの公表は行いません。

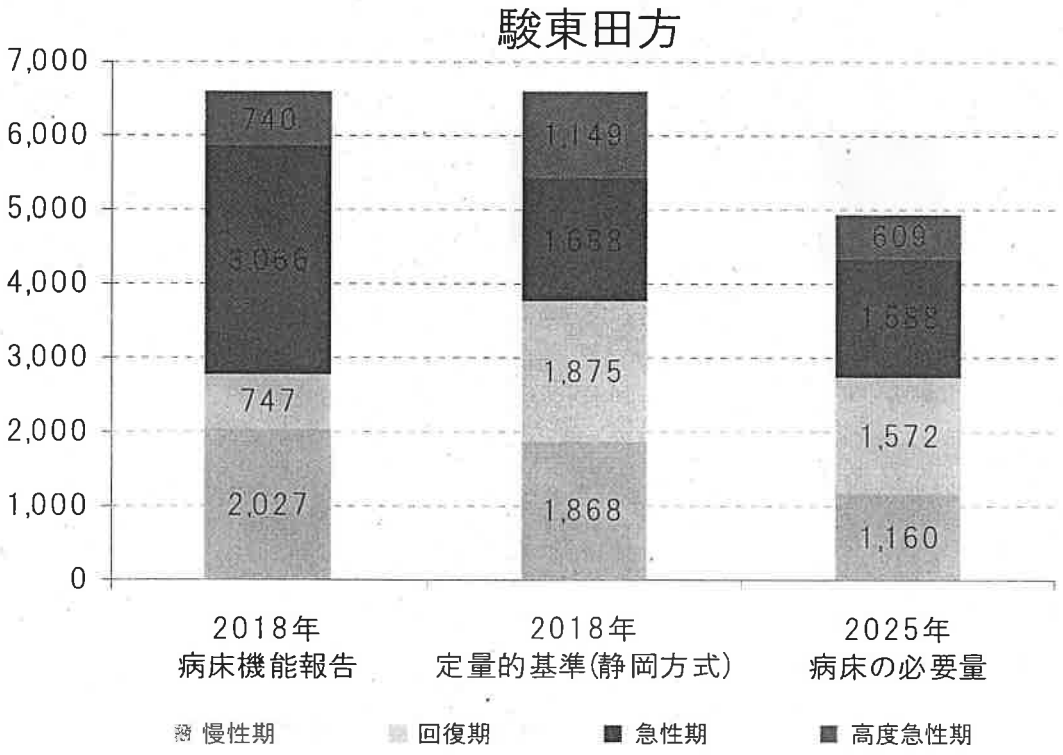
・なお、参考に自院の区分を知りたいなどといった場合には、個別にお問い合わせいただければ対応いたします。

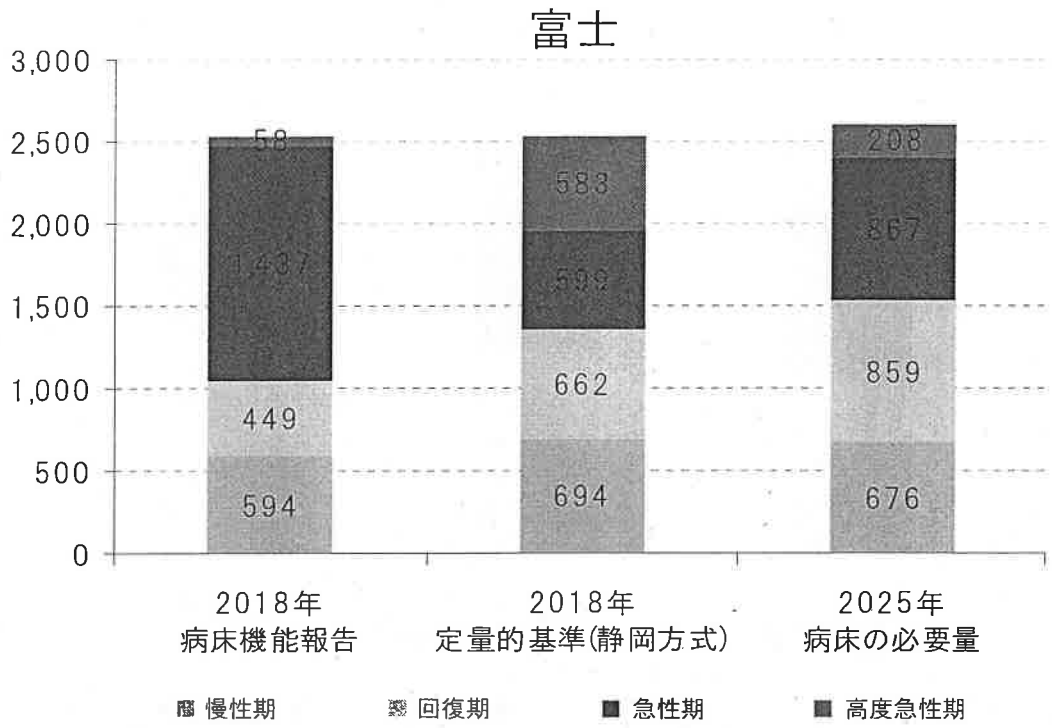
Ⅲ　参考：「静岡方式」の適用結果

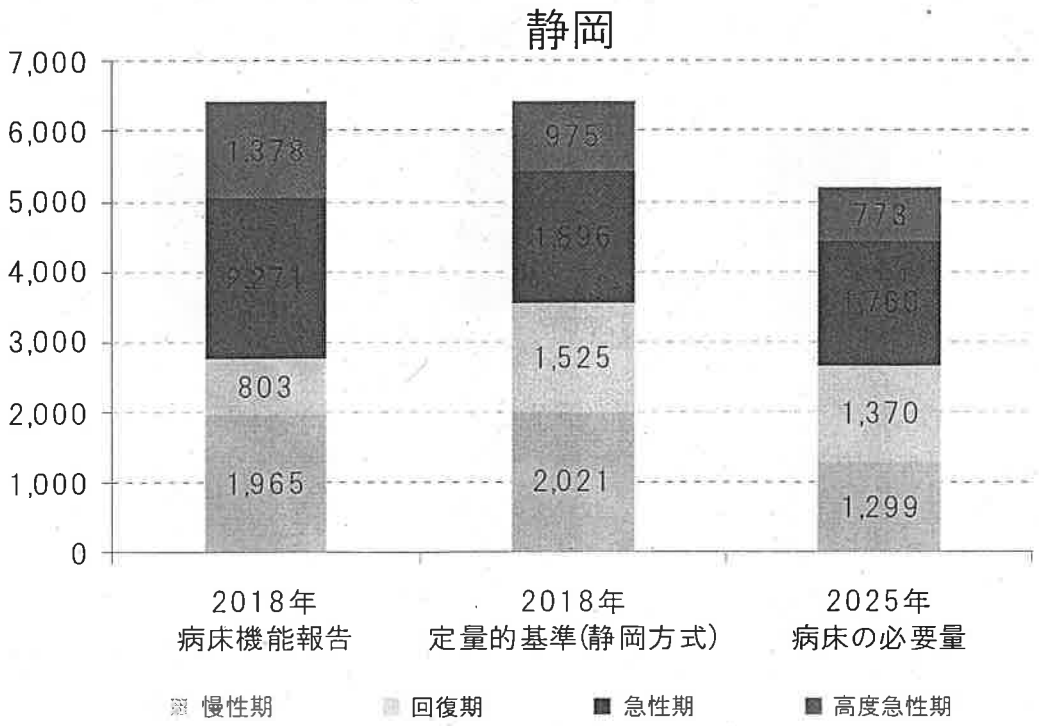

静岡県全体
35,000
30,000
25,000
20,000
15,000
10,000
5,000
0
4,944
12,546
4,209
9,631
4,713
9,489
7,571
9,557
3,160
9,084
7,903
6,437
2018年
病床機能報告
2018年
定量的基準(静岡方式)
2025年
病床の必要量
慢性期
回復期
急性期
高度急性期

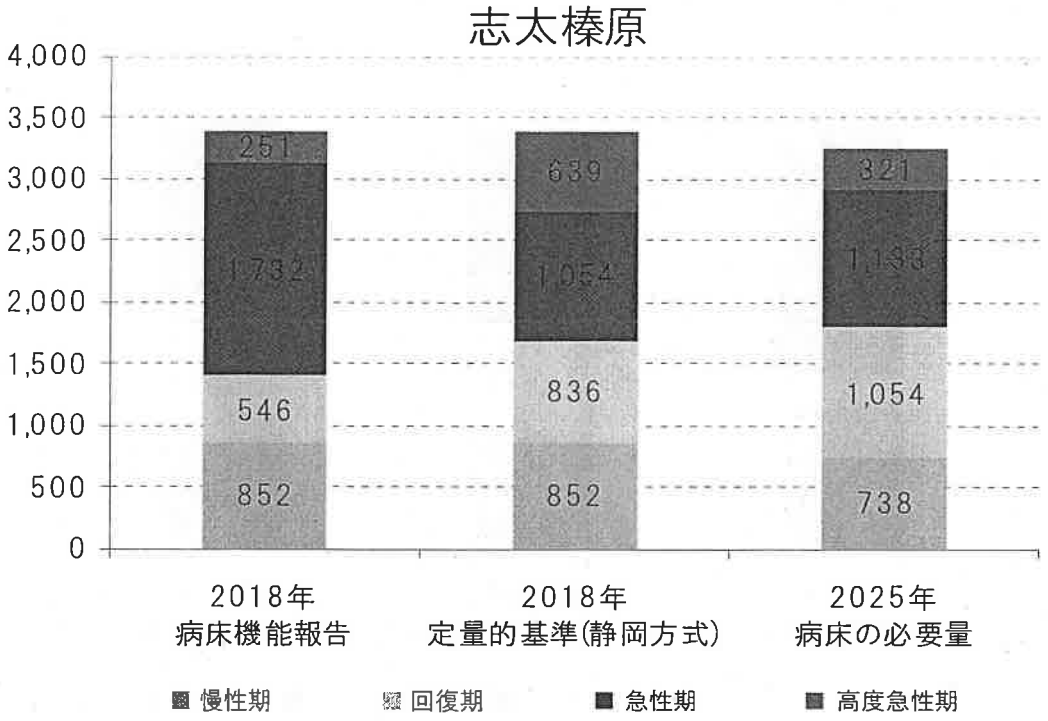

賀茂
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
0
247
189
353
77
130
244
338
20
186
271
182
2018年
病床機能報告
2018年
定量的基準(静岡方式)
2025年
病床の必要量
慢性期
回復期
急性期
高度急性期

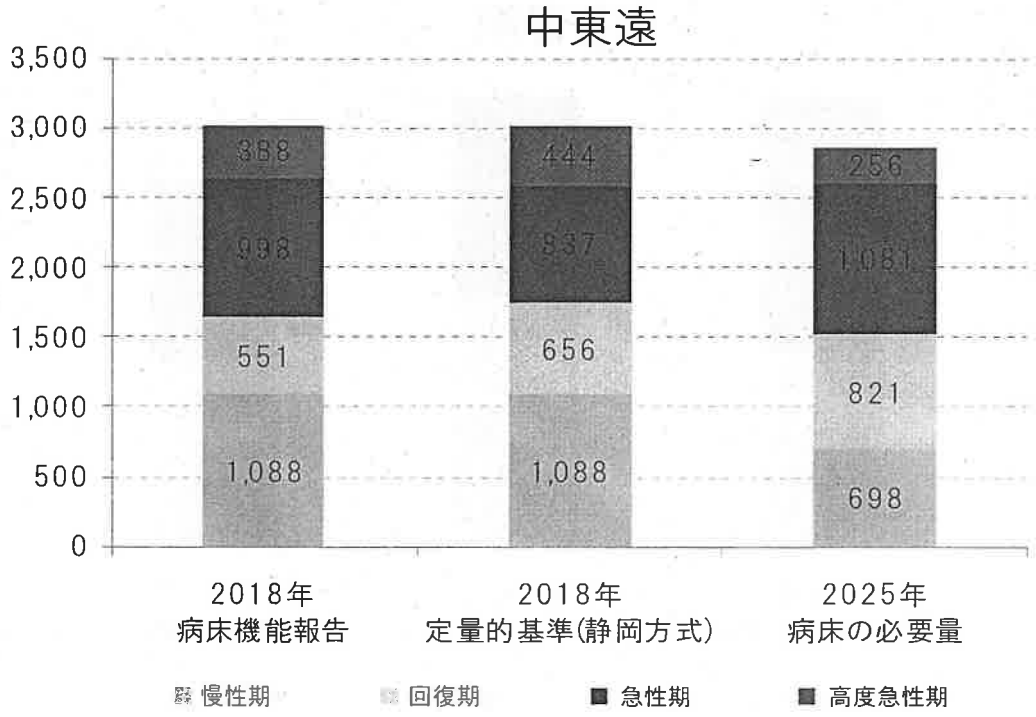

熱海伊東
1,200
1,000
800
600
400
200
0
64
557
158
358
59
374
361
343
84
365
384
235
2018年
病床機能報告
2018年
定量的基準(静岡方式)
2025年
病床の必要量
慢性期
回復期
急性期
高度急性期

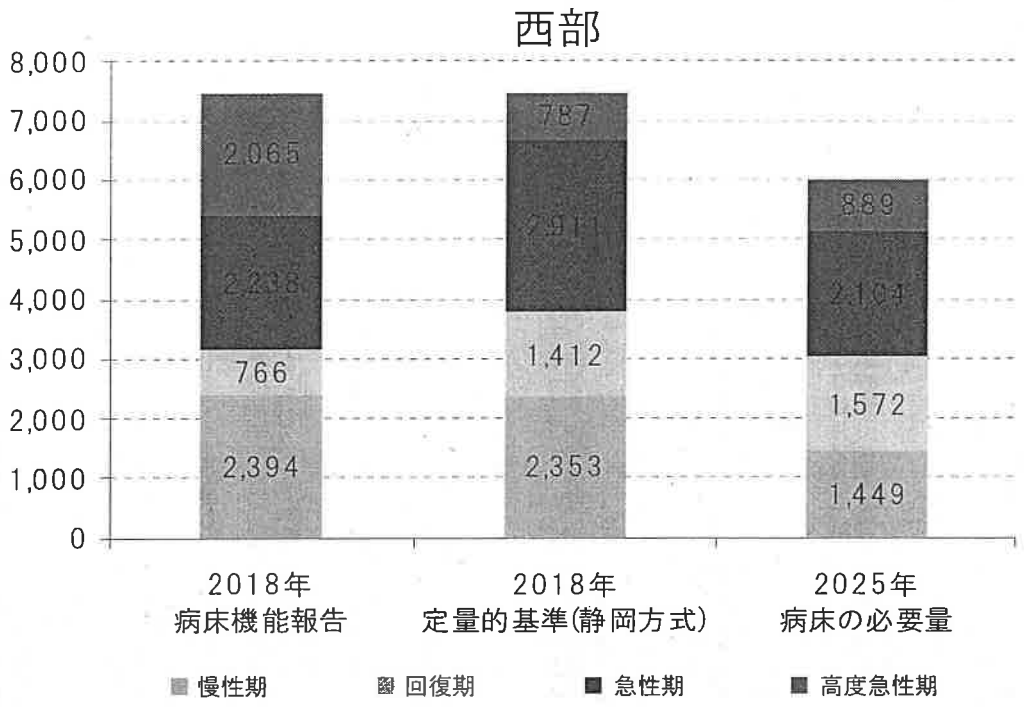

駿東田方
7,000
6,000
5,000
4,000
3,000
2,000
1,000
0
740
3,066
747
2,027
1,149
1,633
1,875
1,868
609
1,558
1,572
1,160
2018年
病床機能報告
2018年
定量的基準(静岡方式)
2025年
病床の必要量
慢性期
回復期
急性期
高度急性期


富士
3,000
2,500
2,000
1,500
1,000
500
0
58
1,437
449
594
583
599
662
694
208
867
859
676
2018年
病床機能報告
2018年
定量的基準(静岡方式)
2025年
病床の必要量
慢性期
回復期
急性期
高度急性期


静岡
7,000
6,000
5,000
4,000
3,000
2,000
1,000
0
1,378
9,271
803
1,965
975
1,896
1,525
2,021
773
1,760
1,370
1,299
2018年
病床機能報告
2018年
定量的基準(静岡方式)
2025年
病床の必要量
慢性期
回復期
急性期
高度急性期


志太榛原
4,000
3,500
3,000
2,500
2,000
1,500
1,000
500
0
251
1,732
546
852
639
1,054
836
852
321
1,193
1,054
738
2018年
病床機能報告
2018年
定量的基準(静岡方式)
2025年
病床の必要量
慢性期
回復期
急性期
高度急性期


中東遠
3,500
3,000
2,500
2,000
1,500
1,000
500
0
388
998
551
1,088
444
837
656
1,088
256
1,081
821
698
2018年
病床機能報告
2018年
定量的基準(静岡方式)
2025年
病床の必要量
慢性期
回復期
急性期
高度急性期


西部
8,000
7,000
6,000
5,000
4,000
3,000
2,000
1,000
0
2,065
2,238
766
2,394
787
2,911
1,412
2,353
889
2,104
1,572
1,449
2018年
病床機能報告
2018年
定量的基準(静岡方式)
2025年
病床の必要量
慢性期
回復期
急性期
高度急性期

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（例）
		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	・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	・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	・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	・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	・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	・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	・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	・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	・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	

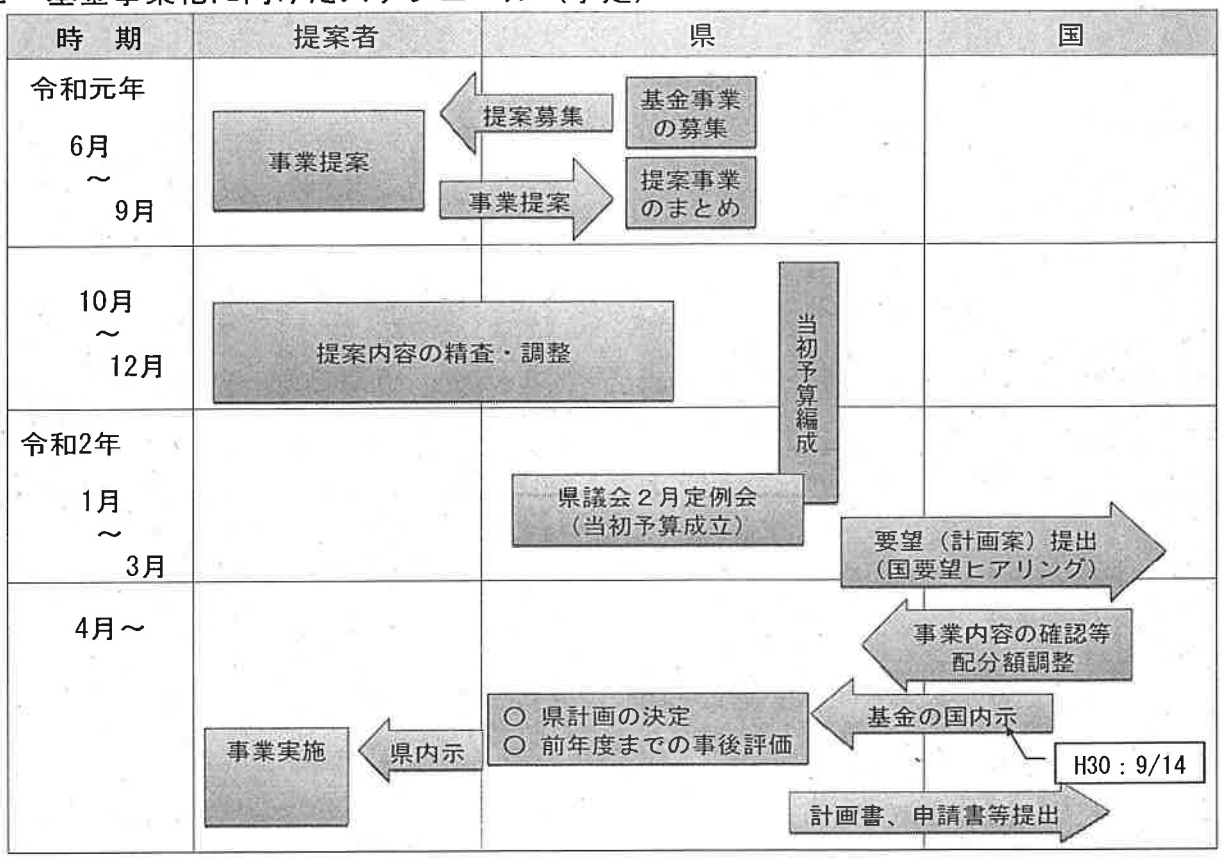
資料 6

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	・ 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	・ 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）



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

令和元年度 第1回 地域医療構想調整会議

参考資料

（静岡県西部地域用）

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

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

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）

現在

◆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

2040年

現在 → 2040年

2025年までに着手すべきこと

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発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発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[illegible]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）⇒[illegible]

実効性のある医師偏在対策の着実な推進
①[illegible]や2040年の医療提供体制の展望と整合した[illegible]の施行
- 医師偏在を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

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から抜粋

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。

地域包括ケアシステムの姿

※ 地域包括ケアシステムは、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域(具体的には中学校区)を単位として想定

出典:厚生労働省ホームページ

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

地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

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

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

○ 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。

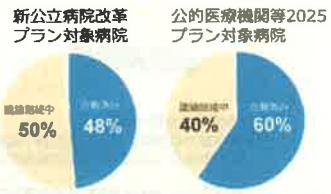
○ 公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、

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

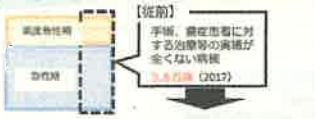


(病床ベース)
※平成31年3月末のデータは集計中

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~】基準の導入により、高度急性期・急性期の選択不可

○ **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

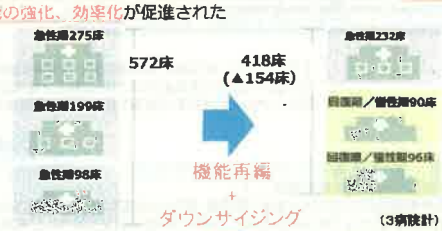
(36都道府県、79名(平成31年３月))

○ **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(奈良県南和構想区域)

■ 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

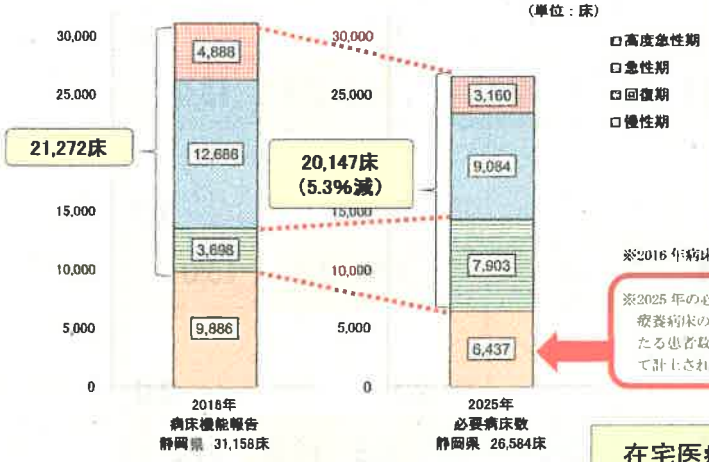


			(3病院計)
医師数	48.4人	→	60.8人(1.26倍)
年間救急車受入件数	2,086件	→	4,104件(1.97倍)

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から抜粋

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



※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

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。

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。**

病床削減は必須ではないかもしれないが、一般病床を中心に、病床の機能転換は不可避ではないか

＜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

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

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年年央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

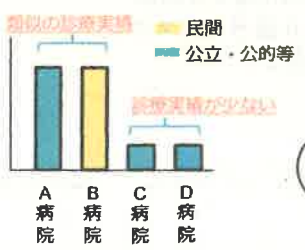
○　今後、2019年年央までに、全ての医療機関の診療実績データ分析を完了し、「代替可能性がある」または「診療実績が少ない」と位置付けられた公立・公的医療機関等に対して、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえつつ、医師の働き方改革の方向性も加味して、当該医療機能の他の医療機関への統合や他の病院との再編統合について、地域医療構想調整会議で協議し改めて合意を得るように要請する予定。

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。

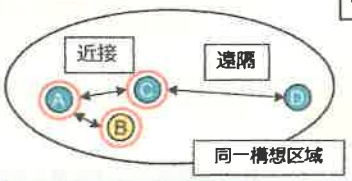
分析のイメージ

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

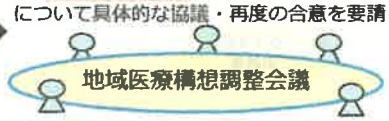
類似の診療実績がある場合又は診療実績が少ない場合のうち、近接している場合を確認



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

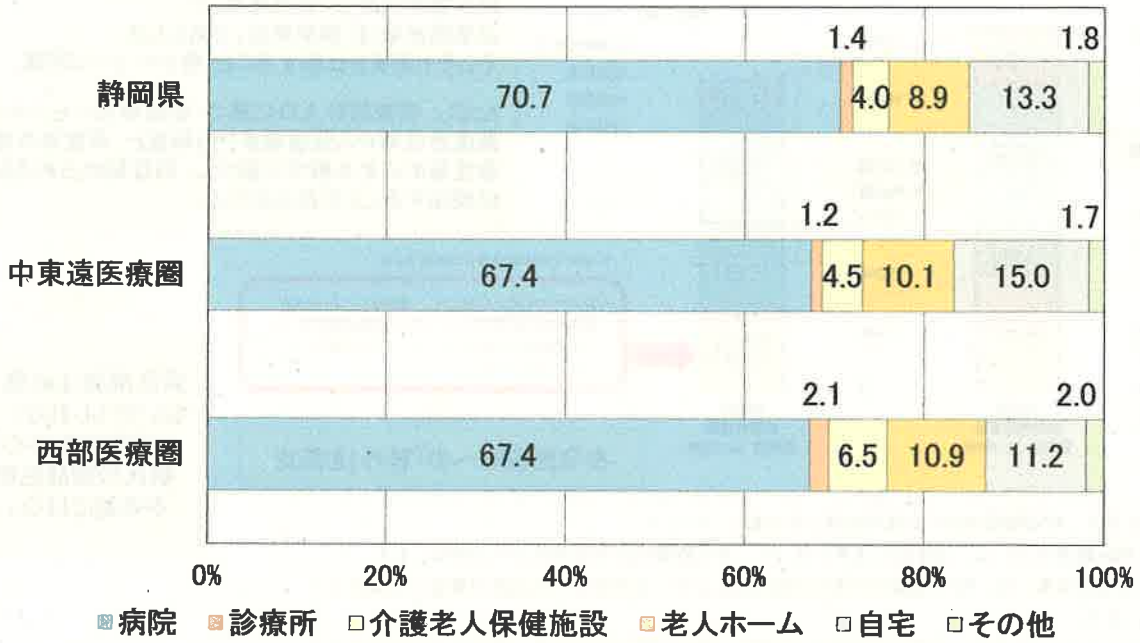
③分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における検証

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



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から抜粋

静岡県西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

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

静岡県地域医療構想 （2） 在宅医療等

図表４－２　2025 年の必要病床数

（単位：床）

	2025年の必要病床数				
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
	3,000点以上	600点以上3,000点未満	175点以上600点未満	※	－
賀茂	20	186	271	182	659
熱海伊東	84	365	384	235	1,068
駿東田方	608	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、一般病床での医療資源投入量 175 点未満、療養病床での医療区分１の 70%、地域冷暖房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種類等によって医療提供体制は異なってきます。

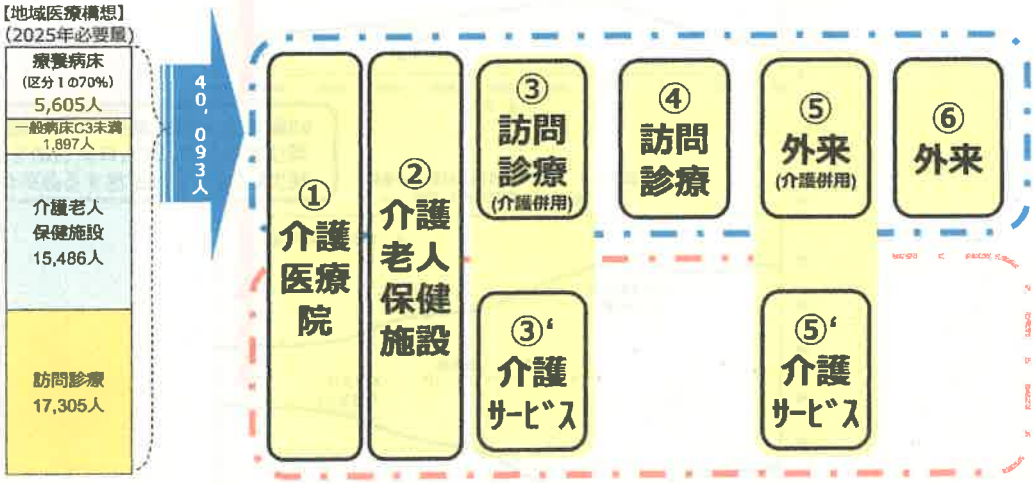
静岡県健康福祉部「第8次静岡県保健医療計画」を基に作成

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

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

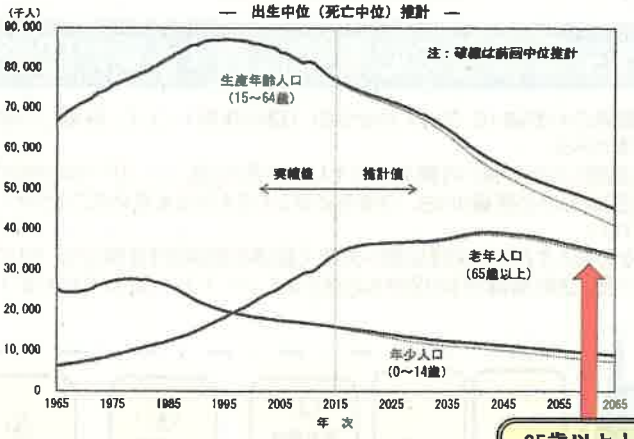
静岡県における高齢化と要支援・要介護認定率

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。

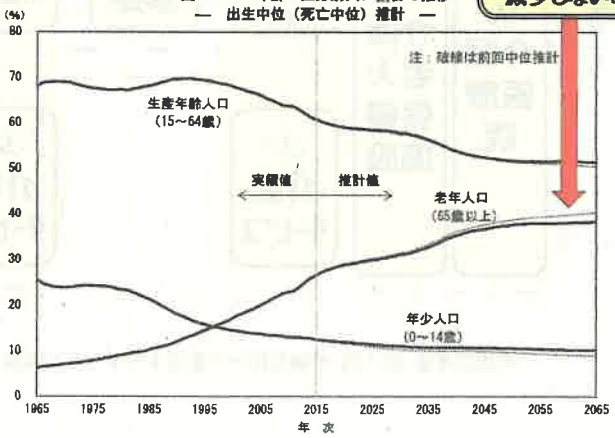
静岡県健康福祉部「静岡県長寿者保健福祉計画」を基に作成

図１－３　年齢３区分別人口の推移
― 出生中位（死亡中位）推計 ―



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。

図１－４　年齢３区分別人口割合の推移
― 出生中位（死亡中位）推計 ―



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）」

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。

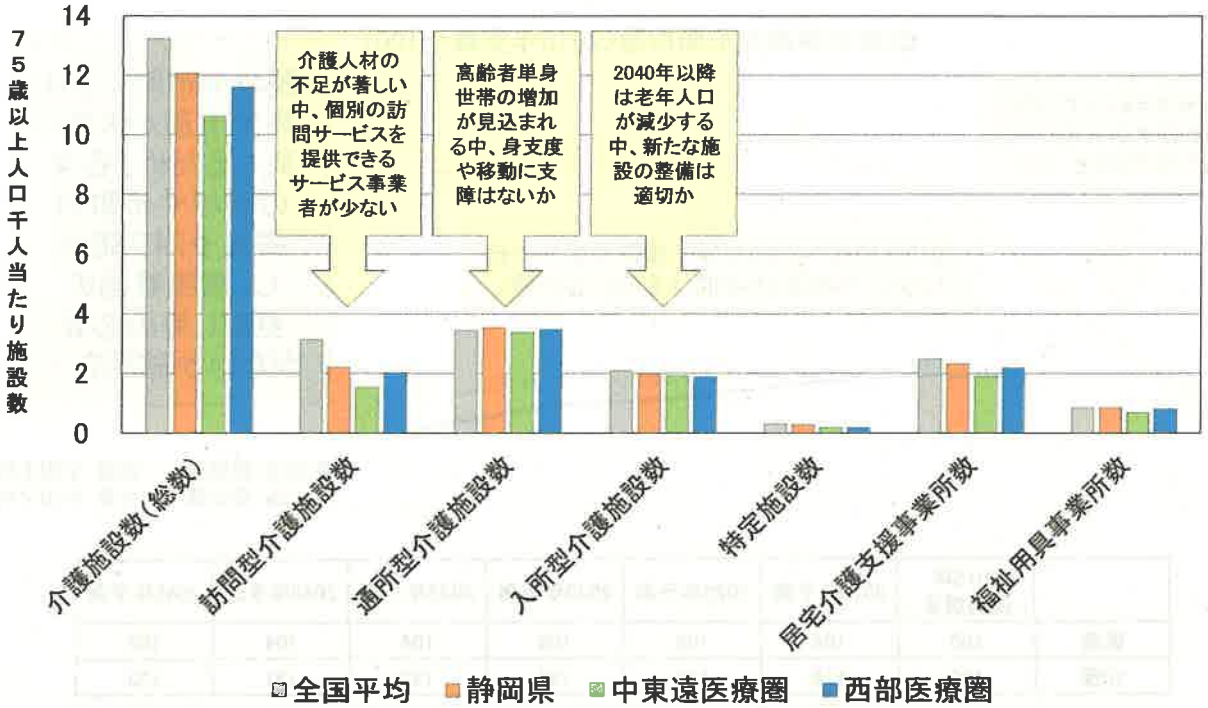
○ 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「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　二宮教授）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 15.0%	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)		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）

静岡県西部地域の介護施設・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 中東遠医療圏・西部医療圏

浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

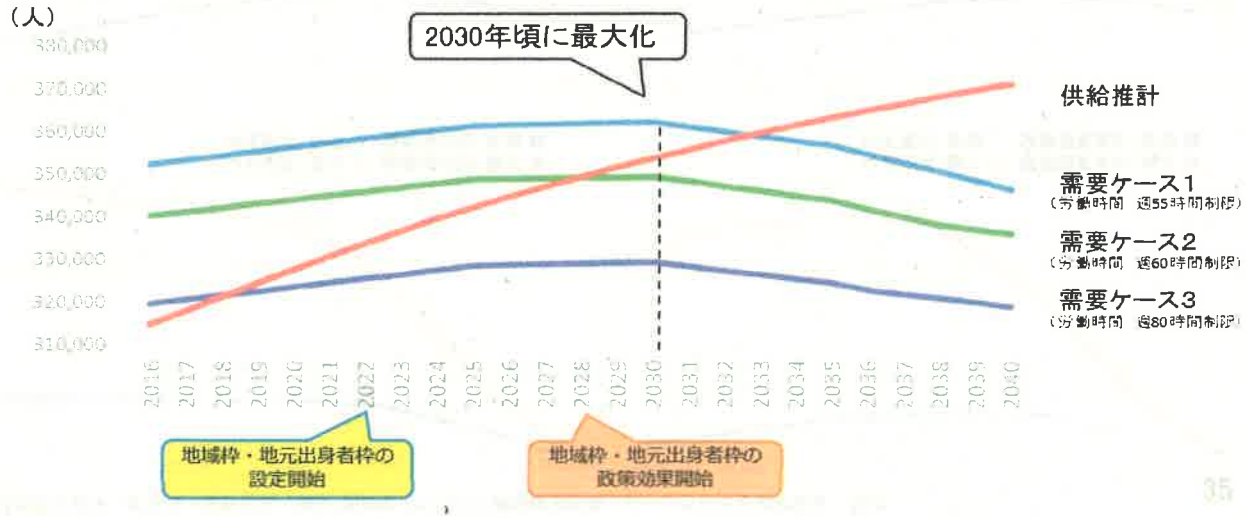
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

設定時点について ー 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



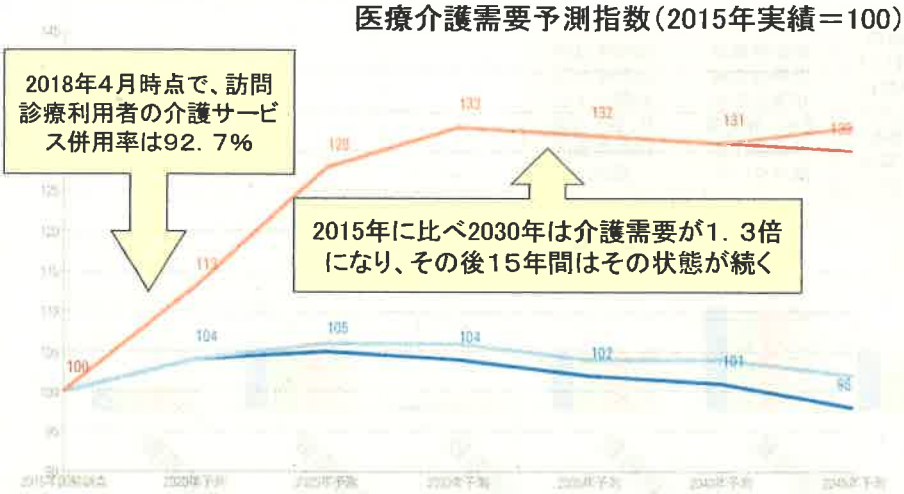
厚生労働省「平成30年度 第３回医療政策研修会・第２回地域医療構想アドバイザー会議」（平成31年２月15日）資料２から抜粋

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）

2018年4月時点で、訪問診療利用者の介護サービス併用率は92．7%

2015年に比べ2030年は介護需要が1．3倍になり、その後15年間はその状態が続く



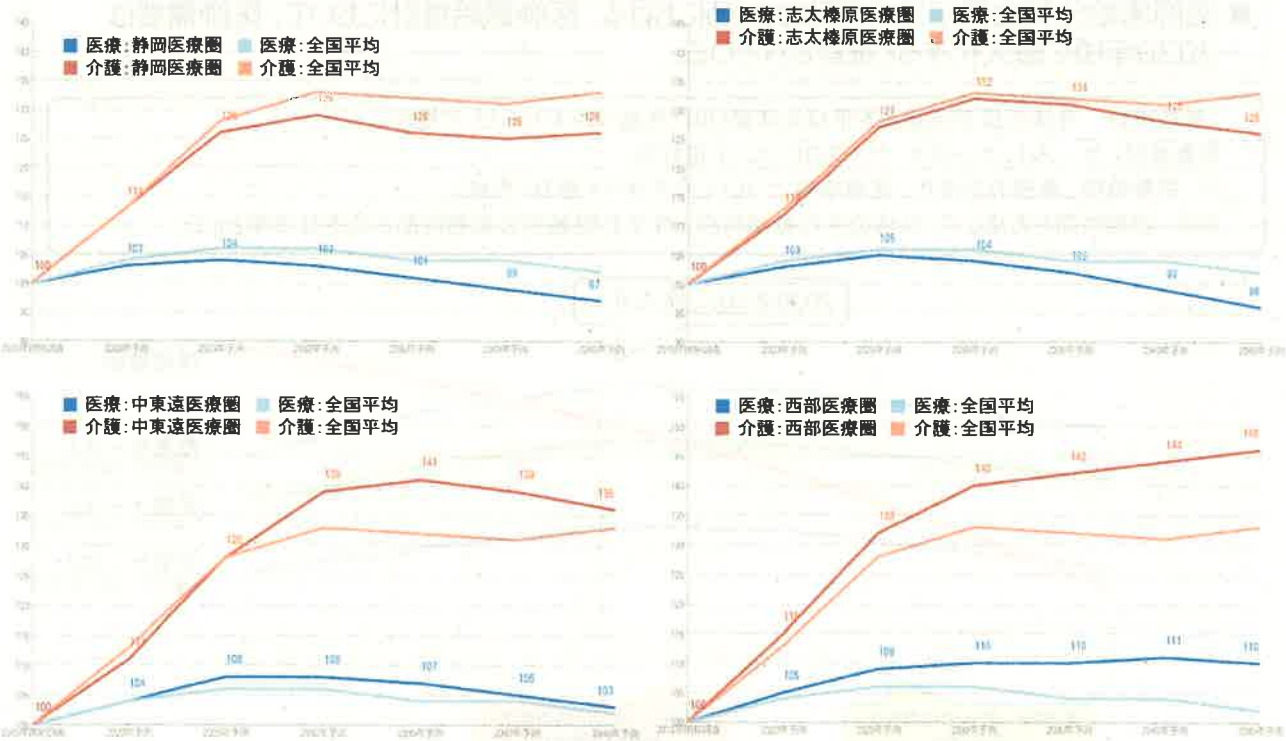
圏域や市町により需要予測が大きく異なるため、各々の圏域や市町の需要予測を確認し、事業計画の見直し等の必要がないか確認を！

	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

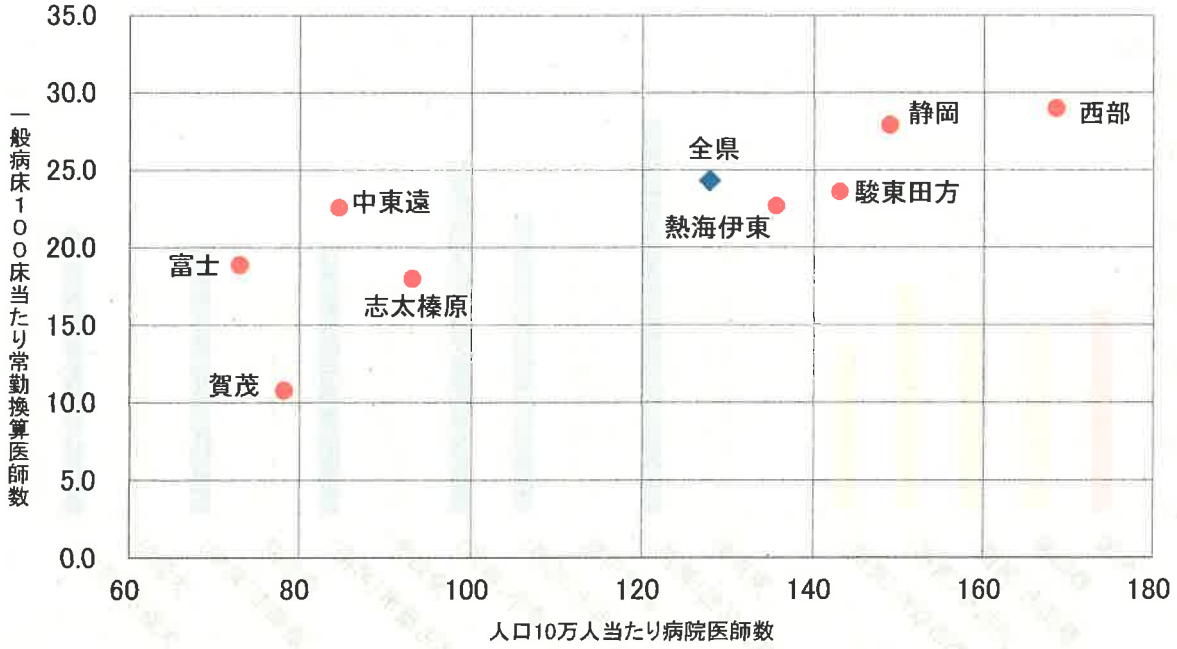
静岡県中部・西部地域（4医療圏）の医療・介護需要予測

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

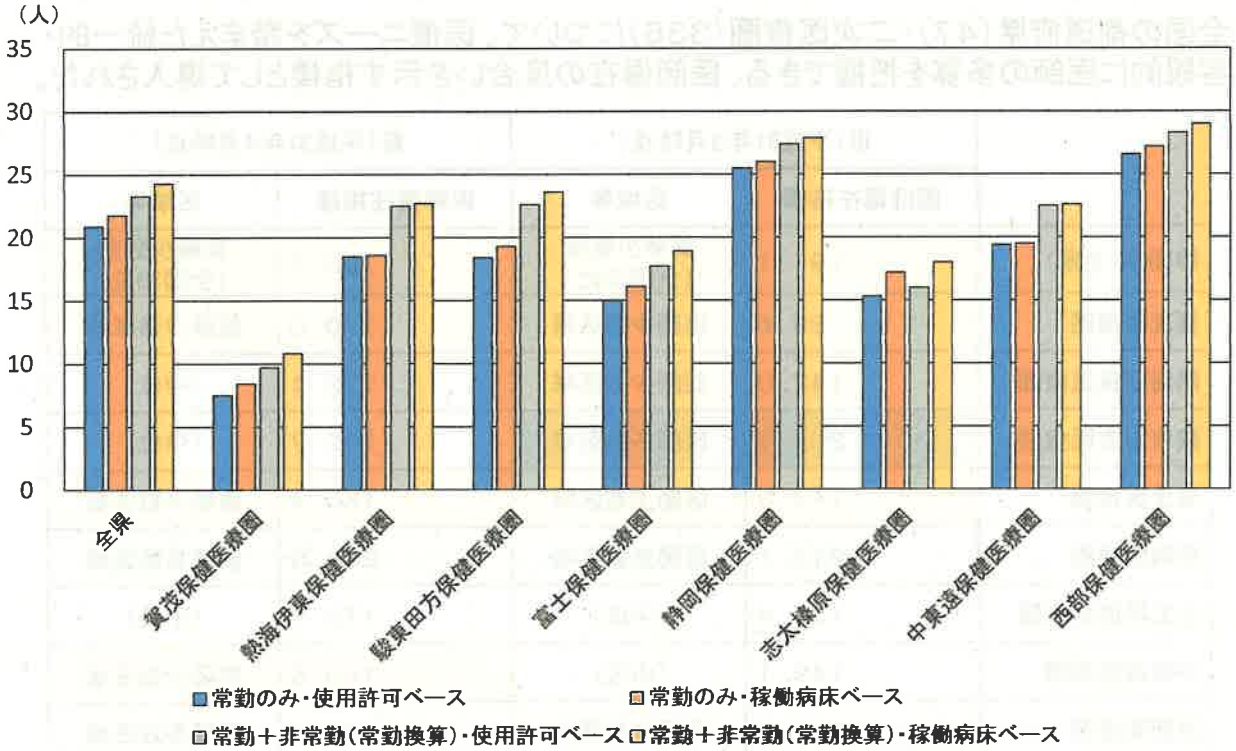
静岡県における二次医療圏別の人口10万人当たり病院医師数と一般病床100床当たり常勤換算医師数との関係（平成28～29年）



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）

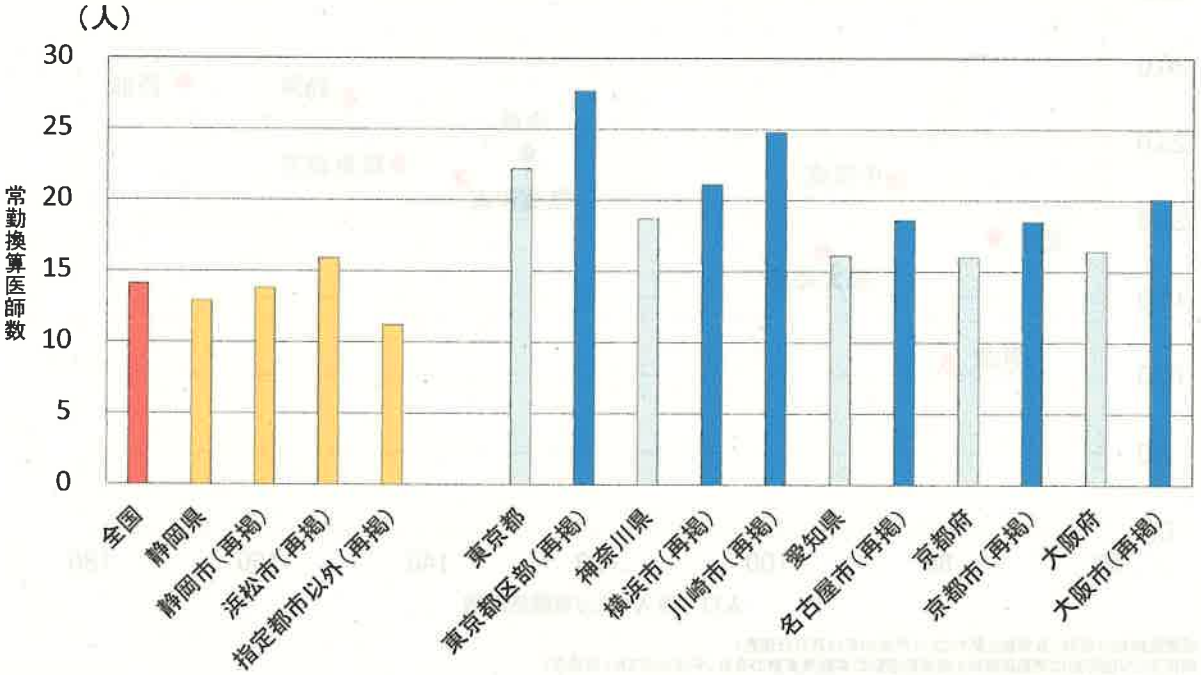
厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」、静岡県「平成29年度病床機能報告」を基に作成
人口：総務省「人口推計」（全県）、静岡県「静岡県人口推計」（二次医療圏）

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」

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

外来医師偏在指標（国ニ公ハ'で暫定中）

※ 全国の二次医療圏（328ヶ所）で、人口10万人当たりの医師数をベースに、医療需要（65歳以上人口）で補正した指標。三次医療圏ごとの平均値を別掲。数値が高いほど相対的に医師が集まっている地域。値が低い地域は、紹介・搬送・遠隔診療を組み合わせる前提で、地域包括ケアの設計が必要になる。

上位5件（2026年時点）

二次医療圏	外来医師偏在指標	全国順位
宮崎	332.6	1
東京都区部	318.4	2
福岡市	311.7	3
長崎県北部	304.1	4
鹿児島市	298.5	5
高知県中部	291.2	6
北海道旭川・富良野	284.0	7
広島県西部	276.3	8
宮崎県南部	269.7	9
石川県能登	263.0	10

下位5件

二次医療圏	外来医師偏在指標	全国順位
埼玉県南部	98.4	319
千葉県東葉	101.2	320
茨城県南部	104.7	321
群馬県東部	108.3	322
栃木県南部	112.9	323
神奈川県横浜	118.6	324
愛知県尾張	124.0	325
大阪府北部	131.5	326

※ 人口10万人当たり医師数の二次医療圏ごとの平均値を100とした指数。
※ 「偏在指標」は、厚生労働省の医師偏在指標（PCA）を参考にした簡易版。
厚生労働省 医政局 地域医療計画課

令和元年６月

「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。

※ そもそも、病棟単位と病床単位の両者を比較することには無理があるが、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。

・ 「静岡県の医療・介護需要予測」（後出）からみると、医療需要全体としてはほぼ横ばいから長期的には緩やかに減少するが、介護需要は2030年頃まで急増し、その後もほぼ横ばいで推移し、「治す」医療（cure）から「支える・癒す」医療（care）に移行する割合の増加が見込まれ、病床の医療機能にも影響。

・ 慢性期については、在宅医療等への移行が見込まれているが、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（追加）
・ 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：厚生労働省ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ）
・「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ｸﾞｸﾞﾙｰﾌﾟ（平成 28 年８月 31 日）資料１－１

地域医療シンポジウムinいわた

みんなで育む地域医療

日　時
令和元年 **7月21日(日)**
◎開演 13:30～15:30［開場13:00］

入場無料
定員◎200名
＊事前申込み制＊
FAXまたは電話で
お申し込み下さい。

会　場 静岡県磐田市見付2989-3

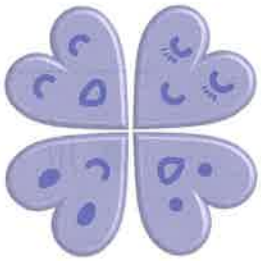
ワークピア磐田【多目的ホール】

◆駐車台数に限りがあるため、極力、公共交通機関を利用してご来場願います。

［主催］ 地域医療いわた、NPO法人ブライツ、NPO法人f.a.n.地域医療を育む会、森町病院友の会、御前崎市地域医療を育む会、菊川市地域医療を守る会、静岡県西部保健所、国立大学法人浜松医科大学

［後援］ 島田市地域医療を支援する会、地域医療を支える はいなんの会、富士宮市地域医療を守る市民の会、浜松の地域と医療と介護を育む会、藤枝元気づくりの会、静岡県教育委員会、東海アクシス看護専門学校、磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター、袋井市立聖隷袋井市民病院、市立御前崎総合病院、菊川市立総合病院、公立森町病院、御前崎市家庭医療センター、菊川市家庭医療センター、森町家庭医療クリニック、一般社団法人磐田市医師会、一般社団法人磐周医師会、一般社団法人小笠医師会、磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町

私たち住民と医療スタッフがこの中東遠地域でともに安心して生き生きと毎日を過ごすためには、お互いをよく知り、尊重し合うことが大切ではないでしょうか。
このシンポジウムでは、そのために私たち住民にできることは何かについて、ご一緒に楽しく学びたいと思います。皆さまのご参加をお待ちしております。



プログラム

講演1 演題『**医師の需給を巡る国・県の動きと中東遠地域における先進的な取組**』
◎講師／静岡県地域医療構想アドバイザー
国立大学法人浜松医科大学地域医療支援学講座　特任准教授　**竹内　浩視**　先生

講演2 演題『**住民、家族、地域全体の健康支援を目指す！森町家庭医療クリニックの挑戦**』
◎講師／国立大学法人浜松医科大学産婦人科家庭医療学講座　特任研究員
森町家庭医療クリニック　所長　**鳴本　敬一郎**　先生

［参加申し込み］ 参加費は無料ですが、事前にFaxまたは電話でお申し込み下さい。定員（200名）になり次第、締め切らせていただきます。Faxの場合は、裏面の参加申し込み欄に必要事項をご記入の上、お送り下さい。

［お申し込み先］ 裏面に記載されている連絡先へお申し込み下さい。

［お問い合せ先］ ●静岡県西部保健所地域医療課 TEL.0538-37-2793
●浜松医科大学地域医療学講座 TEL.053-435-2060

会場アクセス

地域医療シンポジウムinいわた　みんなで育む地域医療

◇日時：令和元年7月21日（日）13:30～15:30 ◇会場：ワークピア磐田　多目的ホール

参加申し込み用紙

※3名様まで一緒にお申し込みいただけます。

令和元年　　月　　日

代表者	お名前	
	住　所	
	電話番号	
同伴者	お名前	
	お名前	

◎受付期間 ： 令和元年7月12日（金）までにお申し込み下さい。
◎定　　員 ： 200名（定員になり次第、締め切りとさせていただきます。）
※お申し込みいただきました氏名、電話番号、住所の個人情報は、本シンポジウム運営以外の目的には使用いたしません。

お申し込み先◆お住まいの住所に応じて、申し込み先をお選び下さい。【Fax受付時間：毎日8：00～22：00】

磐田市	地域医療いわた	Fax 0538－32－3670
	磐田市立総合病院	Fax 0538－38－5549
	磐田市役所 健康増進課	Fax 0538－35－4586
袋井市	NPO法人ブライツ	Fax 0538－86－5113
	中東遠総合医療センター	Fax 0537－61－2620
	袋井市役所 地域包括ケア推進課	Fax 0538－43－7641
掛川市	NPO法人f.a.n.地域医療を育む会	Fax 0537－72－2903
	中東遠総合医療センター	Fax 0537－61－2620
	掛川市 健康医療課 地域医療推進室	Fax 0537－62－6160
菊川市	菊川市地域医療を守る会	Fax 0537－35－4659
	菊川市立総合病院	Fax 0537－35－4484
	菊川市役所 健康づくり課	Fax 0537－37－1172
御前崎市	御前崎市地域医療を育む会	Fax 0537－86－3718
	市立御前崎総合病院	Fax 0537－86－8518
	御前崎市役所 健康づくり課	Fax 0537－85－1172
森町	森町病院友の会	Fax 0538－85－4071
	公立森町病院	Fax 0538－85－2510
	森町役場 保健福祉課	Fax 0538－85－1294

◆電話【受付時間：平日9：30～15：30】
◎静岡県西部保健所地域医療課　Tel 0538－37－2793
◎浜松医科大学地域医療学講座　Tel 053－435－2060

別冊１

医師確保計画策定ガイドラインの概要

１．医師確保計画の概要

・都道府県は、医師偏在指標に基づき、都道府県ごと、二次医療圏ごとに、医師確保の方針、確保すべき目標医師数、目標の達成に向けた施策内容、という一連の方策を、医療計画の中で特に「医師確保計画」として定める。

・目標の達成に向けた施策内容は、計画期間の終期までに取り組むべきものと、医師偏在是正の目標年とされた2036 年までに取り組むものを定める。

・医師確保計画の策定スケジュール

時期	内　容
2019 年４～６月末	・都道府県間での患者流出入の調整を実施
2019 年７月頃	・都道府県間の調整を踏まえ、厚生労働省が医師偏在指標（患者流出入の調整後）を算出
2019 年度中	・都道府県が地域医療対策協議会との共有、都道府県医療審議会への意見聴取を経て、医師確保計画を策定・公表 ・厚生労働省が都道府県向けの医師確保計画策定研修会等を随時実施
2020 年度	・都道府県において、医師確保計画に基づく医師偏在対策開始

２．医師偏在指標

・①医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化、②患者の流出入等、③へき地等の地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）、の５つの要素を考慮して現在時点の医師の偏在指標を設定

・都道府県間、二次医療圏間の患者の流出入の状況については、都道府県が、必要に応じて都道府県間、都道府県内で医師偏在指標への見込み方について調整を行う。調整後の患者の流出入数は、2019 年６月末までに厚生労働省に報告することとし、その情報を基に、再度、厚生労働省が医師偏在指標を算定し、確定することとする。

・患者数増減の調整について合意が得られない場合は、患者の流出入の状況を全て見込むことを基本とする。

３．医師少数区域・医師多数区域の設定

・医師少数区域及び医師少数都道府県は医師偏在指標の下位33.3%、医師多数区域及び医師多数都道府県は上位33.3%に属する医療圏及び都道府県とする。

・また、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができるものとする。

４．医師確保の方針

区　分		基本的な医師確保の方針
都道府県	少数県	医師多数都道府県からの医師の確保ができる。
	少数でも多数でもない	都道府県内に医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて医師多数都道府県からの医師の確保ができる。
	多数県	他県からの医師の確保は行わない。ただし、これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではない。

二次医療圏	少数区域	医師少数区域以外からの医師の確保ができる。ただし、医師多数都道府県内に存在する医師少数区域については、他県からの医師の確保を行わないこととする。
	少数でも多数でもない	必要に応じて、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を行える
	多数区域	他の二次医療圏からの医師の確保は行わないこととする。これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではないが、医師少数区域への医師派遣を行うことは求められる。
医師少数スポット		医師少数都道府県内の医師少数スポットについては、県外からも医師の確保ができる

5．目標医師数

区　分		目標医師数
都道府県	少数県	計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数
	少数でも多数でもない	目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うこととする。
	多数県	
二次医療圏	少数区域	計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数
	少数でも多数でもない	都道府県において地域の実情を踏まえて、独自に設定することとする。なお、厚生労働省は、参考値として、各二次医療圏の医師偏在指標が計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の平均値に達する値である医師数を提示
	多数区域	

※「必要医師数」は、将来時点（2036 年）において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、厚生労働省において、医療圏ごとに、医師偏在指標がこの全国値と等しい値になる医師数を示す。

6．目標医師数を達成するための施策

・都道府県ごと、二次医療圏ごとに定めた医師確保の方針に基づき、医師の派遣調整、キャリア形成プログラムの策定・運用、医学部における地域枠の設定等の施策のうちから、適切な施策を組み合わせて行うことになる。

・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%以上となっている二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていない可能性があると考えられるため、設定の見直しについて検討する必要がある。

7．医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

・地域ごとの医師の需給推計から算出された、**都道府県ごとの地域枠等の必要数を別途厚生労働省から提供予定。**その数値等を踏まえて、今後大学に対し、地域枠等の要請を行うこと。

8．「産科・小児科における医師確保計画」の策定

・**産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を踏まえれば、医師が不足している可能性があり、**引き続き医師の総数を確保するための施策を行うとともに、医師派遣以外の施策についても検討する必要がある。

・必要に応じて確保する産科・小児科医師数についても定めることができる。

・**産科における医師偏在指標は**、妊婦の流出入の実態を踏まえた医療施設調査における**「分娩数」を用いるため、都道府県間調整は不要**

・**小児科における医師偏在指標は**、医療圏ごとの小児の人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別受療率を用いて年少人口を調整したものを用いる。患者の流出入に基づく増減を反映するために、**都道府県においては、年少者の患者流出入のある都道府県間及び都道府県内の二次医療圏間で調整の上、厚生労働省に報告**することとする。

・都道府県ごと及び周産期医療圏・小児医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、**指標が下位33.3%に該当する医療圏を「相対的医師少数都道府県」・「相対的医師少数区域」と設定**

・**産科・小児科における医師確保の方針**

区 分	医師確保の方針
相対的医師少数区域	・外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、必要に応じて、**医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によって**、医師の地域偏在の解消を図ることを検討 ・医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によってもなお**医師少数であり、偏在が解消されない場合は医師を増やす（確保する）ことによって**地域偏在の解消を図る。
相対的医師少数区域以外	・その労働環境に鑑みれば、医師が不足している可能性があることを踏まえ、医療提供体制の状況を鑑みた上で、**医師を増やす方針を定めることも可能とする**

・**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**「偏在対策基準医師数」**として設定

・医療提供体制の見直しに関する施策として、**医療圏の見直し、医療圏を超えた地域間の連携の推進、医療機関の集約化・重点化**について検討することが望ましい。

・産科医師及び小児科医師を増やすための施策として、**医師の派遣調整、医師の養成数の増加、医師の勤務環境改善等**について検討することが望ましい。

9．医師確保計画の効果の測定・評価

・医師確保計画の効果については、計画終了時点で活用可能な最新データから医師偏在指標の値の見込みを算出し、これに基づいて測定・評価することとする。

医政発 0329 第 47 号
平成 31 年 3 月 29 日

各 都道府県知事
保健所設置市長
特別区長 殿

厚生労働省医政局長
（公印省略）

医療法及び医師法の一部を改正する法律の施行について（通知）

昨年７月 25 日に医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成 30 年法律第 79 号）が公布され、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）の一部改正（医療計画に関する事項等）については、平成 31 年４月１日付けで施行することとされています。

これに伴い、施行に必要な関係政令等の整備等を行うため、医療法施行令及び地方自治法施行令の一部を改正する政令（平成 31 年政令第 56 号）及び医療法施行規則の一部を改正する省令（平成 31 年厚生労働省令第 31 号）が平成 31 年 3 月 25 日に公布され、また、医療法及び医師法の一部を改正する法律の施行に伴う厚生労働省関係告示の整備等に関する告示（平成 31 年厚生労働省告示第 89 号）が告示されたところであり、いずれも平成 31 年４月１日付けで施行・適用されることとなります。

これらの趣旨及び主な内容は、下記のとおりですので、貴職におかれては、十分御了知の上、管内市町村（特別区を含む。）を始め、関係者、関係団体等に周知をお願いします。

記

1　複数の医療機関の管理に関する事項

複数の医療機関の管理が可能である場合のうち医療法第 12 条第２項第１号に規定する場合とは、次に掲げる区域内に開設する診療所を管理しようとすることであること。

・　医療法第 30 条の４第６項に規定する区域（以下「医師少数区域」という。）。
・　医療法第 30 条４第２項第 14 号に規定する区域（以下「二次医療圏」という。）のうち医師少数区域以外の区域内の区域であって、医師の確保を特に図るべきものとして当該区域の属する都道府県の知事が定めたもの。

2　医療提供体制の確保に関する基本方針に関する事項

医療法第30条の３第２項に規定する医療提供体制の確保に関する基本方針に「外

来医療に係る医療提供体制の確保に関する基本的な事項」を追加し、「医療従事者の確保に関する基本的な事項」のうち「医師の確保に関する基本的な事項」を別に明示したこと。

3　医療計画に関する事項

医療法第 30 条の４第１項に規定する医療計画に定める事項として新たに「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を追加し、「医療従事者の確保に関する事項」のうち「医師の確保に関する事項」を別に規定したこと。外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項については「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」を、医師の確保に関する基本的な事項については「医師確保計画策定ガイドライン」をそれぞれ参照すること。

(1)　医師の確保に関する事項として次に掲げる事項を定めること。

ア　二次医療圏及び医療法第 30 条の４第２項第 15 号に規定する区域（以下「三次医療圏」という。）における医師の確保の方針

イ　二次医療圏に住所を有する者に係る性別及び年齢階級別の受療率その他の要素を勘案した上で、当該二次医療圏において診療に従事する医師の数を当該二次医療圏に住所を有する者の数で除して算定する方法により算定された二次医療圏における医師の数に関する指標を踏まえて定める二次医療圏において確保すべき医師の数の目標

ウ　三次医療圏に住所を有する者に係る性別及び年齢階級別の受療率その他の要素を勘案した上で、当該三次医療圏において診療に従事する医師の数を当該三次医療圏に住所を有する者の数で除して算定する方法により算定された三次医療圏における医師の数に関する指標を踏まえて定める三次医療圏において確保すべき医師の数の目標

エ　イ及びウに掲げる目標の達成に向けた医師の派遣その他の医師の確保に関する施策

(2)　都道府県は、医師の確保に関する事項を定めるに当たっては、提供される医療の種別として医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第 30 条の 28 の８で定めるものごとに、(1)イに規定する指標に関し医療法施行規則第 30 条の 28 の９で定める基準に従い、医師少数区域を定めることができること。

(3)　都道府県は、医師の確保に関する事項を定めるに当たっては、提供される医療の種別として医療法施行規則第 30 条の 28 の 10 で定めるものごとに、(1)イに規定する指標に関し医療法施行規則第 30 条の 28 の 11 で定める基準に従い、医師の数が多いと認められる区域（以下「医師多数区域」という。）を定めることができること。

4　外来医療に係る医療提供体制の確保に関する協議の場に関する事項

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する協議の場に関する事項については

次に掲げるとおりであること。なお、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する協議の場に関する具体的な内容については「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」を参照すること。

(1)　都道府県は、二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域（以下「対象区域」という。）ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者（4において「関係者」という。）との協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ、次に掲げる事項（イからエまでに掲げる事項については、外来医療に係る医療提供体制の確保に関するものに限る。(3)において同じ。）について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとすること。

ア　医療法第30条の4第2項第11号ロに規定する医師の数に関する指標によって示される医師の数に関する情報を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況に関する事項

イ　病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進に関する事項

ウ　複数の医師が連携して行う診療の推進に関する事項

エ　医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用に関する事項

オ　その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

(2)　関係者は、都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において関係者間の協議が調った事項については、その実施に協力するよう努めなければならないこと。

(3)　都道府県は、対象区域が構想区域等と一致する場合には、当該対象区域における協議に代えて、当該構想区域等における協議の場において、(1)に掲げる事項について協議を行うことができること。

(4)　(3)に規定する場合には、医療法第30条の14第1項に規定する関係者は、前項の規定に基づき都道府県が行う協議に参加するよう都道府県から求めがあつた場合には、これに協力するよう努めるとともに、当該協議の場において当該関係者間の協議が調った事項については、その実施に協力するよう努めなければならないこと。

5　医療従事者の勤務環境の改善を促進する事務に関する事項

医療法第30条の21第3項第1号に規定する事項とは、1に掲げる区域に派遣される医師が勤務することとなる病院又は診療所における勤務環境の改善の重要性であること。

6　地域医療対策協議会に関する事項

地域医療対策協議会に関する事項は次に掲げるとおりであること。なお、地域医療対策協議会における協議事項等の改正内容の詳細については、「地域医療対策協

議会運営指針」を参照すること。

(1)　地域医療対策協議会は、医療計画において定める医師の確保に関する事項の実施に必要な事項について協議を行う場であること。

(2)　医療法第 30 条の 23 第２項に規定する地域医療対策協議会において協議を行う事項は次に掲げるものとすること。

ア　１に掲げる区域における医師の確保に資するとともに、１に掲げる区域に派遣される医師の能力の開発及び向上を図ることを目的とするものとして厚生労働省令で定める計画に関する事項

イ　医師の派遣に関する事項

ウ　アに規定する計画に基づき１に掲げる区域に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項

エ　１に掲げる区域に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項

オ　１に掲げる区域における医師の確保のために大学と都道府県とが連携して行う医療法第三十条の二十三第二項第五号に規定する取組を定める省令（平成 31 年文部科学省・厚生労働省令第１号）で定める取組に関する事項

カ　医師法の規定によりその権限に属させられた事項

キ　その他医療計画において定める医師の確保に関する事項

(3)　地域医療対策協議会において協議を行うに当たっては、医師の派遣が１に掲げる区域における医師の確保に資するものとなるよう、医療法第 30 条の４第２項第 11 号ロに規定する医師の数に関する指標によって示される医師の数に関する情報を踏まえることに配慮しなければならないこと。

(4)　都道府県は地域医療対策協議会の協議が調った事項に基づき、医師少数区域内に所在する病院及び診療所における医師の確保の動向、医師多数区域内に所在する病院及び診療所において医師が確保されている要因その他の地域において必要とされる医療の確保に関する調査及び分析を行うこと。

医師確保計画策定ガイドライン

〔目次〕

１．序文

１－１．医師確保計画を通じた医師偏在対策の必要性と方向性

○　医師の偏在は、地域間、診療科間のそれぞれにおいて、長きにわたり課題として認識されながら、現時点においても解消が図られていない。平成 20 年度（2008 年度）以降、地域枠を中心とした全国的な医師数の増加等を行ってきたが、医師偏在対策が十分図られなければ、地域や診療科といったミクロの領域での医師不足の解消にはつながらない。

○　このため、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会において、早急に対応する必要のある実効的な医師偏在対策について、法改正が必要な事項も含め検討を行い、平成 29 年（2017 年）12 月に第２次中間取りまとめを公表した。平成 30 年（2018 年）３月には、第２次中間取りまとめで示された具体的な医師偏在対策について、「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」を第 196 回通常国会に提出し、同年７月に成立した（以下「改正法」という。）。

○　改正法に基づき、今後、全国ベースで三次医療圏ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」という。）が算定され、都道府県においては、三次医療圏間及び二次医療圏間の偏在是正による医師確保対策等を、医療計画の中に新たに「医師確保計画」として 2019 年度中に策定することが求められる。

○　これまで、地域ごとの医師数の比較には人口 10 万人対医師数が一般的に用いられてきたが、これは医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たしておらず、データに基づいた医師偏在対策を行うことが困難であったが、今後は新たに算定した医師偏在指標に基づき医師少数区域・医師多数区域等を設定し、医師少数区域等においていかに医師を確保するかについて集中的な検討が可能となる。

○　３年ごと（最初の計画は４年ごと）に医師確保計画の実施・達成を積み重ね、その結果、2036 年までに医師偏在是正を達成すること[1]を医師確保計画の長期的な目標と

[1] 医師確保計画においては、「医療従事者の需給に関する検討会　医師需給分科会　第３次中間取りまとめ」における、将来の医師需給推計（以下「マクロ需給推計」という。）に基づき、2036 年時点において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指

し、都道府県は、本ガイドラインで示す医師確保計画の考え方や構造を参考に、地域の実情に応じた実効性ある医師確保計画の策定に努められたい。

○　なお、地域医療構想、医師の働き方改革と医師偏在対策は密接な関連があるものであり、三位一体として、統合的に議論を進めることが重要であることから、都道府県におかれては、三位一体で検討を進めるための体制整備等の必要性についても留意願いたい。

１－２．医師確保計画の全体像

○　厚生労働省が示す医師偏在指標の計算式・計算結果に基づき、都道府県において医師偏在指標を定め、この医師偏在指標に基づき、二次医療圏のうちから医師少数区域・医師多数区域を設定する。

○　都道府県内の医師少数区域・医師多数区域の状況によって、都道府県内の調整により医師確保を図る必要があるか、他の都道府県からの医師確保も必要となるかが異なるため、二次医療圏ごとに医師確保の方針について定めたうえで、具体的な目標医師数を設定する。

○　目標医師数を達成するために必要な施策についても、具体的に医師確保計画に盛り込む必要がある。都道府県内の大学の状況などにより採るべき施策に地域差が生じることから、地域医療対策協議会においてよく協議されたい。なお、本ガイドラインに記載した具体的方策の例示も参考にされたい。

○　今回算定する医師偏在指標は、エビデンスに基づき、これまでよりも医師の偏在の状況をより適切に反映するものとして、医師偏在対策の推進において活用されるものである。しかしながら、医師偏在指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込めているものではない。このため、医師偏在指標の活用に当たっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意する必要がある。

○　なお、三次医療圏ごとの医師偏在指標に基づいて都道府県単位でも医師少数都道府

標の値（全国値）を算出し、医療圏ごとに、医師偏在指標が全国値と等しい値になることを、医師偏在是正の目標とする。

県や医師多数都道府県を設定し、医師確保の方針、目標医師数及び施策を定めることとする。その際、医師確保計画等が都道府県による企画の下、都道府県単位で設置された医療審議会や地域医療対策協議会での協議を経て定められるものであることを踏まえ、運用上、都道府県単位で定めることとする。

○　また、医師全体の医師確保計画とは別に、産科及び小児科に限定した医師確保計画についても定めることとする。

１－３．医師確保計画の策定に当たっての留意事項

（１）地域医療構想との関係

○　2025 年の地域医療構想の実現に向け、現在、公立・公的医療機関等について具体的対応方針の策定が進められているところである。これに伴い、医療機関の統合・再編等が進展することが見込まれる。地域でどの程度医師確保を行うべきかについては、こうした医療機関の統合・再編等の方針によっても左右されることから、医師確保計画の策定に当たってはこの点に留意する必要がある。

○　医師確保計画は、都道府県が、二次医療圏の医療提供体制の整備を目的として策定するものである。個別の医療機関の医師の確保については、地域医療構想調整会議等において議論された、医療機関ごとの機能分化・連携の方針等を踏まえ、地域における医療提供体制の向上に資する形で地域医療構想と整合的に行われるよう留意しなければならない。

（２）　医師の働き方改革との関係

○　労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）に基づく診療に従事する医師に対する時間外労働規制については、2024 年度から適用される予定である。医師の労働時間の短縮のためには、個別の医療機関内での取組だけでなく、地域医療提供体制全体としても、医師の確保を行うことが重要である。このため、「医師の働き方改革に関する検討会報告書」（平成 31 年３月 28 日　医師の働き方改革に関する検討会）を踏まえた医師確保対策の早急な着手が必要となる。

○　特に、同報告書においては、地域医療提供体制の観点から必須とされる機能を果たすために、やむなく長時間労働となる医療機関について暫定的に高い労働時間上限水準を設定することとされているが、この水準の達成に向け現状の病院勤務医の勤務時間を短縮する必要があることから、当該医療機関における労働時間短縮に向けた取組等に加え、医師少数区域等に属する当該医療機関については、特に集中的に医師の確

保を行うなど、同報告書に取りまとめられた医師の働き方改革の結論を踏まえた対応が求められる。

（3）大学や医師会等との連携

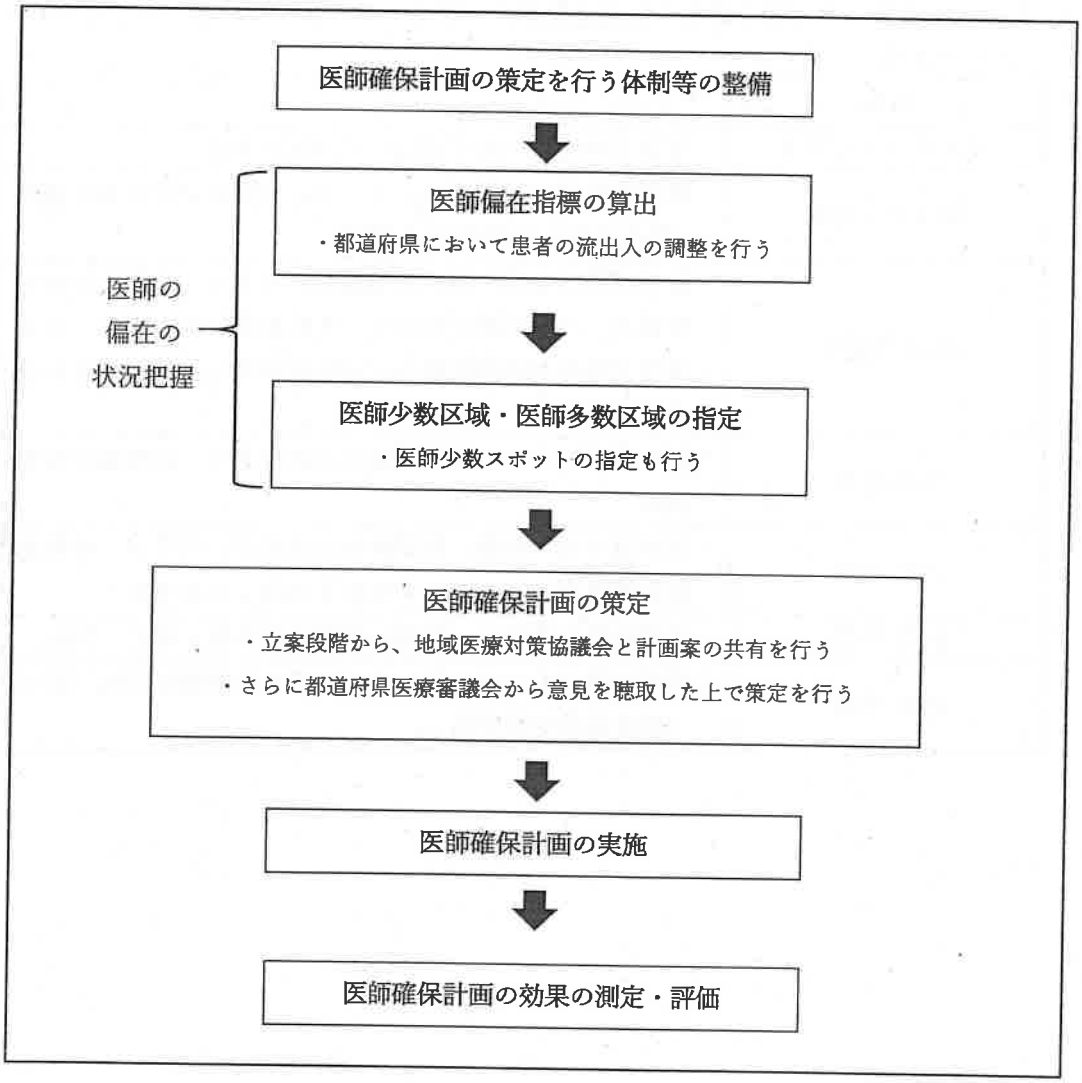
○　地域における医療提供体制の整備については、大学や医師会、地域の中核病院等との連携が重要であり、都道府県はこれらの関係者と、地域医療対策協議会等の場で合意を得た上で医師確保計画を策定しなければならない。また、策定された医師確保計画に沿って行われる医師確保対策について、大学や医師会、地域の中核病院等は協力して支援を行うことが医療法（昭和23年法律第205号）第30条の27に規定されている。

１－４．医師確保計画の策定スケジュール

○　2020 年度から始まる最初の医師確保計画の策定スケジュールのイメージは次のとおりである。

時期	
2019 年４～６月末	・都道府県間での患者流出入の調整を実施
2019 年７月頃	・都道府県間の調整を踏まえ、厚生労働省が医師偏在指標（患者流出入の調整後）を算出
2019 年度中	・都道府県が地域医療対策協議会との共有、都道府県医療審議会への意見聴取を経て、医師確保計画を策定・公表 ・厚生労働省が都道府県向けの医師確保計画策定研修会等を随時実施
2020 年度	・都道府県において、医師確保計画に基づく医師偏在対策開始
2022 年度	・国が第８次（前期）医師確保計画策定に向けた、医師確保計画見直しについての指針を作成、公表予定
2023 年度	・都道府県が第８次（前期）医師確保計画を策定・公表
2024 年度	・都道府県において、第８次（前期）医師確保計画に基づく医師偏在対策開始

１－５．医師確保計画の策定手続のイメージ



２．医師確保計画の策定を行う体制等の整備

○　医師確保計画は医療計画の一部であることから、その策定に当たっては、医師会等の診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴くとともに、都道府県医療審議会[2]、市町村及び保険者協議会[3]の意見を聴く必要がある[4]。

○　また、医師確保計画の策定段階から地域の医療関係者、保険者及び患者・住民の意見を聴く必要があることから、都道府県においては、パブリックコメントやヒアリング等の手法により、患者・住民の意見を反映する手続をとることが望ましい。なお、医療審議会での協議に先立ち、医師確保計画策定後を見据えて、医療従事者の確保を図るための方策について検討を行う場として都道府県ごとに設置されている地域医療対策協議会の意見を反映することも必要である。

○　現行の医療計画の策定プロセスと同様に、医師確保計画の策定に当たっても、都道府県医療審議会の下に専門部会やワーキンググループ等を設置して集中的に検討することが考えられるが、そのメンバーについては、代表性を考慮するとともに、偏りがないようにすることが必要である。

○　策定された医師確保計画は、遅滞なく厚生労働大臣に提出するとともに、その内容を公示することとする[5]。その際、住民にその内容を周知することが重要であることから、都道府県の広報誌やホームページ等による公表や、プレスリリース等によるマスコミへの周知など、幅広い世代に行き渡るよう様々な手段を用いて公表方法を工夫することが必要である。今般、医療法上に位置づけられた医師確保対策は、公表によりその透明性が確保されることを通じて実効性が高まるものであることから、その趣旨を踏まえ積極的な公表を行っていただくとともに、住民も含めた地域全体での医療提供体制の在り方に関する議論を行っていただきたい。

---

[2]都道府県医療審議会（医療法第 72 条）※平成 31 年４月１日時点の医療法。以下同じ。
　都道府県知事の諮問に応じ、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議するため都道府県に置かれる審議会

[3]保険者協議会（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 157 条の２第１項
　医療保険の加入者の高齢期における健康の保持のために必要な事業の推進並びに高齢者医療制度の円滑な運営及び当該運営への協力のため、保険者及び後期高齢者医療広域連合が、共同して都道府県ごとに組織する協議会

[4] 医療法第 30 条の４第 16 項及び第 17 項。

[5] 医療法第 30 条の４第 18 項。

○　策定された医師確保計画に基づく施策の実施等に当たっては、「地域医療対策協議会運営指針について」（平成30年7月25日付け医政発0725第15号厚生労働省医政局長通知）別添「地域医療対策協議会運営指針」、「キャリア形成プログラム運用指針について」（平成30年7月25日付け医政発0725第17号厚生労働省医政局長通知）別添「キャリア形成プログラム運用指針」についても参照すること。なお、改正法の2019年4月1日施行に伴い、2020年度以降、地域医療対策協議会の在り方等も見直されることとなる。この内容については、今後、別途通知する予定である。

○　医師確保計画に基づく施策の実施に向けて、大学や医療機関、地域の医療関係者間の自主的な取組や協議を促進するためには、共通認識の形成に資する情報の整備・提供が必要となる。また、こうした情報について丁寧な説明を行うことにより、患者・住民、医療機関及び行政の間の情報格差をなくすよう努めるべきである。

○　医師確保計画策定の基礎となる情報（データ）は、厚生労働省において一元的に整備して都道府県に提供（技術的支援）することとするが、都道府県が、厚生労働省から提供するデータを補完するための独自の調査等を行うことは差し支えない。

○　また、大学や医療機関等が有効なデータを保有している場合もあり、そのようなデータも適宜活用いただきたい。

○　以上のことを踏まえ、医師確保計画の策定及び医師確保計画に基づく施策の実施に必要な情報（データ）を別添資料に示す。例えば、医師確保の状況を把握するための基礎的な情報として、

・　現在の医師数に関する情報
・　現在の人口に関する情報
・　将来の人口に関する情報
・　医師偏在指標に関する情報
・　目標医師数に関する情報

等を示すこととする。追って、将来の医師数や、必要医師数に関する情報等についても今後厚生労働省から提供予定である。

３．医師偏在指標

３－１．現在時点の医師偏在指標

（１）考え方

○　これまで、地域ごとの医師数の比較には人口 10 万人対医師数が一般的に用いられてきたが、これは地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映しておらず、医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たしていなかった。このため、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として次の「５要素」を考慮した医師偏在指標を設定することとした。

- 医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化
- 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）

（２）医師偏在指標の作成手続

○　厚生労働省は、医師偏在指標の計算方法及び、患者数の流出入に基づく増減を一定程度反映した暫定的な医師偏在指標を公表・都道府県に提供する[6]。

○　都道府県間及び二次医療圏間の患者の流出入の状況については、厚生労働省から現状に関するデータの提供[7]を行い、都道府県が、必要に応じて都道府県間、都道府県内で医師偏在指標への見込み方について調整を行うこととする。都道府県は、無床診療所における外来患者数、病院・有床診療所における入院患者数に関する調整後の都道府県間及び二次医療圏間における患者の流出入数を、2019 年６月末までに厚生労働省に報告することとする。その情報を基に、再度、厚生労働省が医師偏在指標を算定し、確定することとする。

○　都道府県間で患者数の流出入に基づく増減を調整する場合には、都道府県の企画部

---

[6] 厚生労働省が提供する、患者の流出入を一定程度反映した医師偏在指標は、外来患者の流出入数については、昼間人口と夜間人口の比を用いて推計したものを、入院患者の流出入数については、患者調査における病院の入院における患者住所地に基づいた患者数と医療機関所在地に基づいた患者数から推計したものを用いている。

[7] 無床診療所の外来患者の流出入数に関しては、NDB のデータのうち、国民健康保険の被保険者の受療動向から、全人口の受療動向を推測したものである。入院患者の流出入数に関しては、患者調査における病院の入院患者の流出入数の情報を用いている。それぞれにデータ上の制限があることに留意が必要である。

局（地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）の総合計画を所管する部局）や介護部局（介護保険法（平成９年法律第 123 号）の介護保険事業支援計画を所管する部局）、医療関係者の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめること。また、自都道府県内の二次医療圏間の患者数の増減を調整する場合も同様に、医療関係者や市区町村の意見を踏まえ、自都道府県の考え方をまとめることとする。

○　これらの考え方を踏まえ、都道府県は、関係する都道府県や都道府県内の医療関係者との間で患者数の増減を調整することとする。なお、調整に当たっては、丁寧かつ十分な協議を行い、特に都道府県間の調整においては、通常の議事録の作成に加え、合意を確認できる書面を作成するなどして、取りまとめておくことが適当である。

○　患者数の増減の調整についての協議において、合意が得られない場合については、患者の流出入の状況を全て見込むこと[8]を基本とする。

（３）医師偏在指標の設計

○　医師偏在指標を、次のように設計する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数（※1）}}{\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万}} \times \text{地域の標準化受療率比（※2）}}$$

$$(※1)\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$(※2)\text{地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率（※3）}}{\text{全国の期待受療率}}$$

[8] 患者の流出入の状況を全て見込むとは、医療施設所在地に基づく患者数を用いて検討を行うことを意味する。すなわち、実際に他の圏域へ流出している患者数、他の圏域から流入している患者数を全て流出・流入しているものと見込むことを意味する。

(※３)地域の期待受療率＝

$$\frac{\sum\ (\text{全国の性年齢階級別調整受療率}^{9}\ (※４)\times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

(※４)全国の性年齢階級別調整受療率

＝無床診療所医療医師需要度(※５)×全国の無床診療所受療率

＋全国の入院受療率

$$(※５)\text{無床診療所医療医師需要度}=\frac{\dfrac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}^{10}}{\text{全国の無床診療所外来患者数（※６）}}}{\dfrac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}^{11}}{\text{全国の入院患者数}}}$$

(※６)全国の無床診療所外来患者数

＝全国の外来患者数

$$\times\frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数［無床診療所］}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数［有床診療所・無床診療所］}}$$

○　さらに、患者の流出入に基づく増減を反映するために、（※４）全国の性年齢階級別調整受療率を、次のように修正を加えて計算を行うこととする。都道府県においては、この無床診療所及び入院患者における流入数及び流出数について、患者流出入のある都道府県間及び都道府県内の二次医療圏間で調整の上、厚生労働省に報告することとする。

---

[9] 性年齢階級別の受療率を算出する際に、入院受療率と外来受療率を同一の基準で比較するために、マクロ需給推計に基づいて無床診療所における外来患者と、病院及び有床診療所における入院患者それぞれの一人当たりに発生する需要の比を、無床診療所医療医師需要度として用いることとした。この無床診療所医療医師需要度を乗じた無床診療所受療率と入院受療率の合計を、性年齢階級別調整受療率として、性年齢階級ごとの医療需要を表す指標として用いることとする。

[10] マクロ需給推計における外来医師需要は、無床診療所における外来医療需要の推計を行っている。

[11] マクロ需給推計における入院医師需要は、病院及び有床診療所における入院医療需要の推計を行っているものであるが、病院及び有床診療所における外来医療需要においては、入院需要の一部として推計している。

性年齢階級別調整受療率(流出入反映)

＝無床診療所医療医師需要度×全国の無床診療所受療率

×無床診療所患者流出入調整係数（※７）

＋全国の入院受療率×入院患者流出入調整係数（※８）

(※７)無床診療所患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{無床診療所患者数(患者住所地)} + \text{無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数（患者住所地）}}$$

(※８)入院患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{入院患者数(患者住所地)} + \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数（患者住所地）}}$$

３－２．将来時点の医師偏在指標

○　３－１で述べた現在時点の医師偏在指標とは別に、新たな地域枠の設置等の追加的な医師確保対策を講じなかった場合を仮定した医師の供給推計を用いて、将来時点の医師の偏在を示す指標を算定することとする。

○　将来時点の医師偏在指標については、現在時点の医師偏在指標と同様の手続により都道府県による調整を行うものとし、現在時点の医師偏在指標が確定した際に、これと併せて厚生労働省が公表することとする。なお、将来時点における患者の流出入の状況について、現在時点の患者の流出入の状況とは異なるものを使用する場合は、関係する都道府県と協議の上で設定を行い、2019年６月末までに報告すること。

４．医師少数区域・医師多数区域の設定

４－１．医師少数区域・医師多数区域の設定についての考え方

○　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することとする。

○　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ものであるが、都道府県間の医師偏在の是正に向け、これらの区域に加えて、厚生労働省は、医師少数都道府県及び医師多数都道府県も同時に設定することとする。

○　医師少数区域及び医師少数都道府県）は、医師偏在指標の下位一定割合に属する医療圏として定義することとし、その具体的な割合は、2036 年度に医師偏在是正が達成されるよう定めるべきである。

○　医師偏在是正の進め方としては、医師確保計画の１計画期間（医師確保計画の見直し（３年ごと）までの期間をいう。以下同じ。）ごとに、医師少数区域に属する二次医療圏又は医師少数都道府県に属する都道府県がこれを脱することを繰り返すことを基本とすることとする。

○　医師偏在指標の下位一定割合を各計画期間で一定とすれば、５計画期間で全ての都道府県が 2036 年度に医療ニーズを満たすためには、医師偏在指標の下位３分の１程度を医師少数区域及び医師少数都道府県とすることが必要であると導出される。このため、医師偏在指標の下位 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。

○　また、医師多数区域及び医師多数都道府県の設定の基準は、医師確保対策の遂行上の需給バランスの観点から、医師偏在指標の上位 33.3%とする。

○　ただし、医師偏在指標上は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企図しているような場合が想定される。そのような二次医療圏において、限られた医療資源を効率的に活用するためには、近隣の二次医療圏に医療資源を集約することが望ましいと考えられる。本来、そのような二次医療圏は二次医療圏として設定するべきではなく、二次医療圏の設定を見直すことが適切と考えられるが、二次医療圏の見直し

が困難な場合については、そのような二次医療圏を医師少数区域として設定せず、重点的な医師確保対策の対象としないことも可能である。

○　なお、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。

４－２．医師少数スポット

○　医師確保計画は、二次医療圏ごとに設定された医師少数区域及び医師少数都道府県の医師の確保を重点的に推進するものであるが、実際の医師偏在対策の実施に当たっては、より細かい地域の医療ニーズに応じた対策も必要となる場合がある。このため、都道府県においては、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位の地域での施策を検討することができるものとし、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができるものとする。

○　ただし、医師少数スポットを設定するに当たり、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。そのため、既に巡回診療の取組が行われており、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や、病院が存在しない地域などで明らかに必要な医療を他の区域の医療機関でカバーしている場合等、既に当該地域で提供すべき医療に対して必要な数の医師を確保できている地域を医師少数スポットとして設定することは適切ではない。

○　また、現在、無医地区・準無医地区として設定されている地域等を無条件に医師少数スポットとして設定することも、同様の理由から適切ではないと考えられ、医師少数スポットはあくまで当該地域の実情に基づいて設定しなければならないものである。一方で、へき地診療所を設置することで無医地区・準無医地区に該当していない地域でも、当該へき地診療所における継続的な医師の確保が困難である場合であって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などについては、必要に応じて医師少数スポットとして設定することが適切であると考えられる。

５．医師確保計画

５－１．計画に基づく対策の必要性

○　これまで、都道府県は医療計画において医師の確保に関する事項については「医療従事者の確保に関する事項」の一部として定めてきたところではあるが、医師の確保に関する事項の有無や内容の充実の度合いに都道府県間で差があり、PDCA サイクルに基づく医師確保対策の検証が十分になされていないなど、都道府県によっては実効的に医師確保対策が講じられているとは言いがたい状況であった。改正法により、地域ごとの医師の多寡について全国ベースで統一的・客観的に比較・評価可能な医師偏在指標を導入し、各都道府県が医師の確保に関する事項を特出しして医師確保対策について医療計画に定めることで、PDCA サイクルに基づく目標設定・取組・取組の評価・改善が可能になると考えられる。このため、都道府県は、医師偏在指標に基づく医師確保の方針、確保すべき目標医師数、目標の達成に向けた施策内容、という一連の方策を、医療計画の中で特に「医師確保計画」として定めることとする。

○　医師確保計画において定められる都道府県が行う対策は、地域枠医師等のキャリア形成プログラムの適用を受ける医師に関する事項が中心になるものと考えられる。しかし、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師以外についても、都道府県内の大学や医師会、医療機関等は、医師確保計画が都道府県内の関係者の合意の上で策定されていることを勘案し、可能な限り医師確保計画に沿った対応が望まれることから、都道府県は適切な関与を行うこと。

○　医師確保計画は、二次医療圏単位での医療提供体制の確保を目的としており、個別の医療機関の求めのみに応じて医師を充足させることを目的としているわけではないことに留意して、都道府県は医師確保計画を策定しなければならない。

○　個別の医療機関については、現在、各地域医療構想調整会議において、公立・公的医療機関等でなければ担えない機能に重点化が図られているか等をはじめとした医療機関の機能と役割について議論が行われているところであるが、その議論の結果に沿って地域において必要とされる医療が過不足なく提供されるよう医師の確保がなされなければならない。この目的を達成するためにも、地域医療構想調整会議においては、各医療機関について現在の機能を所与のものとせず、医療機関が地域の実情と比べて必要以上の機能と役割を担うことがないよう十分な議論を行う必要がある。

○　「医師の働き方改革に関する検討会　報告書」においてとりまとめられているよう

に、医師の勤務環境の改善には、医療機関の機能分化・連携を通じた医療機能の集約化による、質が高く効率的な医療提供体制の構築が必須である。質が高く効率的な医療提供体制を構築するために、前述のように医療機関ごとの機能分化・連携の方針について地域医療構想調整会議等の場で議論を行う必要があり、議論の結果結論を得た医療機関ごとの担うべき機能に即して医師の確保を行わなければならない。

○　このように、都道府県においては、地域医療構想、医師の働き方改革と医師偏在対策を三位一体として捉えた上で、統合的に議論を進めることが重要となる。

○　地域医療介護総合確保基金については、これまでも医療従事者の確保のために活用されてきたが、限りある財源を有効に活用するためにも、医師少数都道府県や医師少数区域における医師の確保に重点的に用いるべきである。そのため、特に医師多数都道府県に該当する都道府県は、地域医療介護総合確保基金を用いた医師確保の取組に関して大幅な見直しを行うべきである。

○　医師確保計画においては、計画期間の終期まで（2019 年度中に都道府県が策定することとされている医師確保計画であれば 2023 年度末まで）に取り組むべき医師の確保に関する内容及び「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会　第４次中間取りまとめ」において医師偏在是正の目標年とされた 2036 年までに取り組むべき医師の確保に関する内容を定める必要がある。

５－２．医師確保の方針

５－２－１．方針の考え方

○　医師偏在指標の値を用いて全国の医療圏を一律に比較することで医師多数都道府県、医師多数区域、医師少数都道府県、医師少数区域を設定し、それぞれの区域について目標医師数を定めることとする。

○　さらに医療圏ごとに医師確保の方針を定めることとする。例えば、医師多数都道府県、医師多数区域において現時点以上の医師確保対策を行う方針が定められることがないよう、医療圏の状況に応じて医師確保の方針を定める必要がある。医療圏ごとの医師確保の方針については、一定の類型化の下、後述のように定めることとする。

５－２－２．医師確保の方針の具体的な内容

○　医師確保の方針についての基本的な考え方は次のとおり。

・　医師少数都道府県及び医師少数区域については、医師の増加を医師確保の方針の基本とする。

・　偏在是正の観点から、医師の少ない地域は、医師の多い地域から医師の確保を図ることが望ましく、医師の多寡の状況について二次医療圏及び都道府県のそれぞれについて場合分けをした上で医師確保の方針を定めることとする。例えば、医師多数都道府県内の医師少数区域に、当該医師多数都道府県外から医師の派遣を募るような方針とならないようにする必要がある。

・　現時点で医師確保が必要であるのか、現時点では医師が確保できているが、将来的には医師の確保が必要となるのかなどの時間軸による状況の差異によって、採るべき医師確保の対策に係る方針が異なる場合があることから、時間軸によっても場合分けした上で医師確保の方針を定めることとする。

○　現在時点と将来時点のそれぞれにおける医師確保の方針は次のとおりとする。

・　現在時点の医師の不足に対しては、短期的な施策による対応を行うこととし、長期的な施策では対応しないこととする。

・　将来時点の医師の不足に対しては、短期的な施策と長期的な施策を組み合わせて対応することとする。

○　これらの基本的な考え方に沿って、次のとおり医師確保の方針を定めることとする。

ｉ）都道府県

○　都道府県における基本的な医師確保の方針は次のとおりとする。

・　医師少数都道府県については、医師の増加を医師確保の方針の基本とする。

・　さらに、医師少数都道府県は、医師多数都道府県からの医師の確保ができることとする。

・　医師少数でも多数でもない都道府県は、都道府県内に医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて医師多数都道府県からの医師の確保ができることとする。

・　医師多数都道府県は、当該都道府県以外からの医師の確保は行わないこととする。ただし、これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではない。また、都道府県内の医師の充足状況や他の都道府県からの医師の流入状況等を勘案し、医師少数都道府県への医師派遣についても検討を行うこととする。特に、医師多数都道府県であり、かつ、医師少数区域を有さない都道府県であって、継続的に医師の数が増加している都道府県については、他の医師少数都道府県からの求めに応じた医師派遣等について、地域医療対策協議会の議題として必ず取り扱うなど全国的な医師偏在是正に対する協力をお願いしたい。なお、例えば、医師多数都

道府県であっても、当該都道府県内における産科医師又は小児科医師がその勤務環境等を鑑みて不足していると考えられる場合に産科医師又は小児科医師に特化して確保する方針とすることや、外来医師多数区域が多く存在するような都道府県においては特に、診療所が、地域で不足する医療機能を担うことができるよう、環境の整備を行う方針とする等、様々な形の医師の偏在に対して適切な医療提供体制を構築するために、医師確保方針を決定することが可能である。

ⅱ）二次医療圏

○　基本的な医師確保の方針は次のとおりとする。

・　医師少数区域については、医師の増加を医師確保の方針の基本とする。

・　さらに、医師少数区域は、医師少数区域以外の二次医療圏からの医師の確保ができることとする。

・　医師少数でも多数でもない二次医療圏は、必要に応じて、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を行えることとする。

・　医師多数区域は、他の二次医療圏からの医師の確保は行わないこととする。これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではないが、医師少数区域への医師派遣を行うことは求められる。なお、例えば、医師多数区域であっても、圏内における産科医師又は小児科医師が、その勤務環境等を鑑みて不足している場合、産科医師又は小児科医師に特化して確保する方針とすることや、外来医師多数区域においては特に、診療所が地域で不足する医療機能を担うことができるよう、環境の整備を行う方針とする等、様々な形の医師の偏在に対して、適切な医療提供体制を構築するための方針は採択可能である。

・　ただし、医師多数都道府県内に存在する医師少数区域については、当該都道府県以外からの医師の確保を行わないこととする。

ⅲ）医師少数スポット

○　都道府県が設定した医師少数スポットについても、医師確保の方針を定めることとする。

○　医師少数都道府県以外の都道府県に存在する医師少数スポットについては、医師少数区域と同様に、他の都道府県からではなく、都道府県内の医師多数区域から医師の確保を行うこととする。医師少数都道府県内に存在する医師少数スポットについては自都道府県外からも医師を確保することを可能とする。

５－２－３．留意事項

○　医師多数都道府県において、これまで他の都道府県に対し医師の派遣を要請してきた経緯があり、その医師派遣が廃止されることで、地域医療への影響が大きい場合等について、他の都道府県に対する医師の派遣の要請をただちに廃止することまでを求めることはしないが、現時点以上に重点的に都道府県外からの医師の確保のための取組を行うことは適当ではなく、将来的には、都道府県外からの医師の確保のための取組の在り方について、関係都道府県における医療提供体制の状況も踏まえ、見直しに向けた検討を行う必要がある。

５－２－４．具体的な事例

○　現在時点では医師少数都道府県に該当するが、人口減少に伴い将来時点には医師少数でも多数でもない都道府県となることが想定される都道府県については、医師を確保するための短期的な施策のみ策定し、長期的な施策は用いない。
一方、現在時点では医師少数都道府県に該当し、かつ、将来時点でも医師少数都道府県になることが想定される都道府県については、短期的な施策に加えて長期的な施策を策定可能である。

５－３．目標医師数

５－３－１．目標医師数

（ｉ）　考え方

○　３年間（2020 年度から開始される医師確保計画については４年間）の計画期間中に医師少数区域及び医師少数都道府県が計画期間開始時の下位 33.3%の基準を脱する（すなわち、その基準に達する）ために要する具体的な医師の数を、目標医師数として設定する。

○　目標医師数は、計画期間終了時点において、各医療圏で確保しておくべき医師の総数を表すものであり、当該医療圏の計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。したがって、医師確保対策により追加で確保が必要な医師数は、目標医師数と現在の医師数との差分として表されることとなる。

○　また、追加で確保が必要な医師数の算出に当たっては、既に実施されている医師派遣等の実績を織り込んだものとなるよう、都道府県において適切に医師派遣等の実態把握をする必要がある。例えば、Ａ医療圏にある大学に籍を置いたまま、Ｂ医療圏に

ある病院に週に一回派遣されて診療を行っている医師が７名いる場合、医師偏在指標上はＡ医療圏に常に７人の医師がいるものとされるため、Ｂ医療圏の医師偏在指標には反映されていないが実態としては１人分Ｂ医療圏において医師が確保されていることになる。このような場合、医師偏在指標の修正を行う必要はないが、医師偏在指標を補う形で、医師１名分の医師偏在対策が既に行われているとみなし、都道府県は、Ｂ医療圏において追加で確保すべき医師数の数を１人分減じた上で、医師確保対策の検討を行うこととする。

（ⅱ）都道府県

○　医師少数都道府県の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。

○　なお、医師少数都道府県以外は、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うこととする。ただし、前述のとおり、これは既存の医師確保の施策を速やかに廃止することを求める趣旨ではなく、新たに医師確保対策を立案することを抑制する趣旨である。

（ⅲ）二次医療圏

○　医師少数区域の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標について下位 33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。

○　都道府県内の医師確保の方針は、地域医療構想における方針等も含め、都道府県において地域の実情を踏まえて設定するべき事項であることから、医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数については、都道府県において独自に設定することとする。なお、厚生労働省は、これらの二次医療圏における目標医師数の参考値として、各二次医療圏の医師偏在指標が計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の平均値に達する値である医師数を提示する。

５－３－２．将来時点における必要医師数と医師供給推計

○　各都道府県において、今後の地域枠や地元出身者枠を設定するに当たり、その根拠として必要となる将来時点において確保が必要な医師数を、必要医師数として定義する。

○　必要医師数の具体的な算出方法は、マクロ需給推計に基づき、将来時点（2036年）において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、厚生労働省において、医療圏ごとに、医師偏在指標がこの全国値と等しい値になる医師数を必要医師数として示すこととする。

○　将来時点の医師供給数を推計するに当たっては、各医療圏の性・医籍登録後年数別の就業者の増減が、将来も継続するものとして推計することとしつつ、都道府県別の供給推計が、マクロの供給推計と整合するよう必要な調整を行うことを基本的な考え方とする。
その際、都道府県別の就業者の増減は、医師の流出入の変化により大きな影響を受けると考えられ、不確実性が存在することから、複数回の調査の実績を用いて幅を持った推計を行うこととする。

○　なお、地域枠の設置を要件とした臨時定員部分等の医師供給数の推計については、医師の動向が異なることから、上記算出方法とは区別して推計を行うこととする。

○　必要医師数と将来時点の医師供給数との差分は、短期施策と、地域枠等の設定による長期施策によって追加で確保が必要となる。

５－３－３．留意事項

○　都道府県によっては、医師確保計画の計画期間中に目標医師数を達成することが非常に困難となる二次医療圏又は都道府県が存在することが想定される。そのような二次医療圏又は都道府県については、2036年までに医師需要を満たすだけの医師数（必要医師数）を確保することに主眼を置くことはやむを得ない。ただし、2036年よりも早期の段階で医療需要がピークを迎えるような二次医療圏又は都道府県においては、そのピークに向けて確保すべき医師数について必要医師数に加味できていないことになるため、必要医師数は足下の目標としては過小評価となっている可能性がある。そのような二次医療圏又は都道府県においては、直近の医療需要に基づいて算出される医師数である目標医師数の達成に努めることが重要である。

５－４．目標医師数を達成するための施策

５－４－１．施策の考え方

○　医師確保対策としては、

・　都道府県内における医師の派遣調整
・　キャリア形成プログラムの策定・運用
などの短期的に効果が得られる施策と、
・　医学部における地域枠・地元出身者枠の設定
などの医師確保の効果が得られるまでに時間のかかる、長期的な施策が存在する。

○　都道府県は、都道府県ごと、二次医療圏ごとに定めた医師確保の方針に基づき、これらの施策のうちから適切な施策を組み合わせて行うこととなる。例えば、医師確保の方針を短期的な施策により医師を増加させることと設定した場合は、目標医師数を達成するための施策として医師少数区域への医師の派遣調整や、医師少数区域等での勤務を含むキャリア形成プログラムの策定及び運営等の短期的に効果が得られる施策を定めることとなる。一方で、2036 年時点における必要医師数と医師供給推計の医師数のギャップのうち、短期的な対策では埋まらない必要医師数については長期的な対策が必要であり、具体的には大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員の要請等の施策を定めることとなる。

○　都道府県ごとの医師確保対策については、一定程度共通の項目に基づき定めることで、施策の効果の測定や好事例の共有等を容易に実施することができるようになるため、次に掲げる項目については医師確保計画に定めることが望ましい。ただし、都道府県ごとの医師確保の方針と合致しない項目については、その旨を記載の上で、施策として必ずしも定める必要はない。

○　まず、二次医療圏単位の医師確保対策について検討する際には、現在の二次医療圏が適切に設定されているかについて確認することが必要である。二次医療圏は、本来一般病床及び療養病床の入院医療を提供する一体の区域として設定されるべきものであるため、「既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討すること。その際には、圏域内の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えていることから、人口規模や、当該圏域への患者の流入及び当該圏域からの患者の流出の実態等を踏まえて見直しを検討すること」が必要であり、具体的には「人口規模が 20 万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が 20%未満、推計流出入院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が 20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討するこ

と」が必要である[12]。現在設定されている全国の二次医療圏については、人口規模、面積や基幹病院へのアクセスに大きな差があり、大幅な入院患者の流出入がみられる二次医療圏など、一体の圏域として成立していないと考えられるものも依然として存在している。そのような二次医療圏については、他の二次医療圏で受診している患者が相当数いる実情を踏まえ、二次医療圏の再編・統合を検討することが適当である。

○　なお、医師確保の観点から二次医療圏の見直しが必要であると認められる場合には、地域医療対策協議会から、都道府県医療審議会に対しその旨意見を述べることができる。

５－４－２．医師の派遣調整

○　医師の派遣調整の対象となる医師は、基本的には地域医療対策協議会において医師の派遣調整を行う対象となる医師、すなわち「地域枠医師を中心とした、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師」[13※]とする。しかし、都道府県は、地域医療対策協議会における派遣調整の対象とならない医師の派遣についても各都道府県や二次医療圏の医師確保の方針に沿ったものとなるよう、多くの医師を派遣している大学や、大学病院等の医療機関に対して医師確保における現状の課題と対策を共有しなければならない。

○　特に医師多数都道府県や医師多数区域の医療機関においては、医師の地域偏在の解消という医師確保計画の趣旨を踏まえ、医師少数都道府県や医師少数区域への医師の派遣等の支援に努めること。また、医師多数都道府県や医師多数区域を含む都道府県については、そのような取組を推進する環境の整備を進めること。

○　派遣調整を行う医師の派遣先となる医療機関（以下「派遣先医療機関」という。）は、キャリア形成プログラムと整合的なものとなるよう選定するとする。選定に当たっては、二次医療圏単位の地域医療の確保のために必要最低限の医療機関に限ること。また、地域の医療ニーズに合わせて、巡回診療による医療の提供等、常勤医の派遣以外の取組による医師の確保も検討を行うこと。

○　派遣先医療機関は地域医療対策協議会において決定する。また、地域医療対策協議

---

[12]「医療計画について」（平成 29 年 3 月 31 日付け医政発 0331 第 57 号厚生労働省医政局長通知）

[13]「地域医療対策協議会運営指針について」（平成 30 年 7 月 25 日付け医政発 0725 第 15 号厚生労働省医政局長通知）別添「地域医療対策協議会運営指針」

会における医師の派遣のみでは医師少数区域等において十分な医師の確保ができない場合等には、多くの医師を派遣している大学病院等の医療機関に対して、地域医療対策協議会における医師の派遣調整の対象とならない医師も医師少数区域等へ派遣するよう促す必要がある。

○　派遣先医療機関を円滑に決定するために、地域医療対策協議会の構成員である大学の代表者は、事前に各教室の医師の派遣の方針に関する意見を集約した上で地域医療対策協議会における議論に臨む必要がある。また、大学の各教室やその他の医師の派遣を行っている医療機関等は、これまでの派遣先医療機関にとらわれることなく、地域医療対策協議会で定められた医師の派遣の方針に沿って医師の派遣調整を行うことが求められる。

○　厚生労働省としても、都道府県が、適切に都道府県を超えて医師少数区域や医師少数三次医療圏への医師の派遣が調整できるよう、必要な支援を行う。

５－４－３．キャリア形成プログラム

○　都道府県は、「医師少数区域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的としてキャリア形成プログラムを策定すること。
なお、キャリア形成プログラムの運用に係る詳細については、「キャリア形成プログラム運用指針について」（平成 30 年７月 25 日付け医政発 0725 第 17 号厚生労働省医政局長通知）別添「キャリア形成プログラム運用指針」によること。
キャリア形成プログラムにおいて、医師少数区域等の医療機関における就業期間を定めること。ただし、都道府県の実情に合わせて、キャリア形成プログラムを都道府県内で不足している診療領域に限る等、不足している分野の解消に資するプログラムを設計すること。

○　キャリア形成プログラムが、「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」という効果を十分に発揮するためには、

・　一定期間、確実に医師少数区域等に派遣されること
・　医師少数区域等においても十分な指導体制が構築されること

が必要となる。これらの点を満たすためには、大学医学部や専門研修プログラムを作成する医療機関等との十分な合意形成が必要である。また、医師少数区域等での診療義務を果たす以上、事実上、一定の範囲の診療領域に従事することが求められる場合

がある。そのため、各都道府県においては、地域枠の学生が卒業後、当該地域において不足する一定の診療領域に従事できるよう、地域の実情に合わせてキャリア形成プログラムを検討することが必要である。

○　プログラム対象者の地域定着支援のためには、対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成のための支援およびプログラム終了前の離脱の防止策が重要と考えられる。

対象者の納得感の向上と主体的なキャリア形成の支援のためには次の方策が必要である。

・　都道府県は、医学部生段階から地域医療や職業選択について考える機会を対象者に提供し、適切なコース選択を支援する。
・　都道府県は、対象者の希望に対応し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、コースの設定・見直しに当たって、対象者からの意見を聴き、その内容を公表し反映するよう努める。
・　出産、育児等のライフイベントや、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)。
・　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ないことを通知で明示する。
・　一時中断中は、中断事由が継続していることを定期的な面談等により確認する(中断事由が虚偽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(家族の介護等やむを得ない事情がある場合を除く)。
・　都道府県は、修学資金について適切な金利を設定する。

○　また、都道府県は、キャリア形成プログラムの策定に当たっては、臨床研修修了後の医師が 2020 年４月１日以降に医療法第５条の２第１項に規定されることとなる認定を受けることを希望して医師少数区域等において勤務する場合に、本人の希望に応じた臨床能力の向上や医師少数区域等の環境への早期からの適応が可能となるよう、当該認定を希望する若手医師が医師少数区域等で勤務する環境整備に資するコースを設定すること。(※なお、2019 年３月 31 日までに医師少数区域等で勤務した経験は、当該認定の判断の基礎となる勤務経験には算入しない点、誤解を生じることのないよう留意すること。)

○　医師確保計画においては、必ずしも全てのキャリア形成プログラムの詳細な内容を記載する必要はないが、キャリア形成プログラムの「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」という目的を踏まえ、都道府県としてキャリア形成プログラムを運用するに当たっての方針について定めること。具体的には、義務年限中の医師少数区域等における勤務期間、医師少数区域等における勤務期間以外の期間における勤務先に関する方針やキャリア形成に資する具体的な方策について記載することが望ましい。

５－４－４．医師の働き方改革を踏まえた医師確保対策と連携した勤務環境改善支援

○　医師少数区域における勤務を促進するに当たっては、医師少数区域の医療機関における勤務環境の改善が必須である。「医師の働き方改革に関する検討会　報告書」の内容も踏まえ、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勤務環境の整備に向けた取組が進むよう、都道府県は、環境整備に努めること。

○　各医療機関は都道府県と連携の上、医師少数区域において勤務する医師の休養や、勤務する医師が研修等へ参加するための交代医師の確保に努めること。具体的には、円滑な交代医師の確保のために、医師少数区域以外の区域で勤務する地域枠医師や地域枠医師が勤務する医療機関等に対して、交代医師が必要となった際の協力が得られるよう事前に同意を得ておくことが望ましい。

○　上記の内容を踏まえて、医師確保計画においては、勤務環境改善に向けた具体的な取組内容と、費用負担の在り方について記載することが望ましい。

５－４－５．地域医療介護総合確保基金の活用

○　地域医療介護総合確保基金については、これまでも医療従事者の確保の目的に活用されてきたが、限りある財源を有効に活用するためにも、医師少数都道府県や医師少数区域における医師の確保に重点的に用いられるべきである。

○　今後、医師都道府県においては、例えば、全国的に不足していると考えられる産科医師や小児科医師の確保の目的を除いて新規に地域医療介護総合確保基金を活用した修学資金貸与等の取組を行うことは適切ではない。したがって、医師多数三次医療圏においては、今後入学予定の医学生に対する修学資金の貸与については地域医療介

護総合確保基金以外の財源を用いることが望ましい。

○　医師多数都道府県における地域医療介護総合確保基金を活用した既存の取組については、今後も地域医療介護総合確保基金を活用可能ではあるが、その取組の規模や内容の見直しが必要となる。

○　地域医療介護総合確保基金を活用した取組について、医師少数区域における医師の確保に重点的に基金が活用されるよう、例えば医師少数区域における医師の確保に関して別に事業を検討するなど、地域医療介護総合確保基金の活用事業を工夫すること。

５－４－６．その他の施策

○　医療法第 30 条の 23 及び第 30 条の 25 において、地域医療対策協議会において協議を行う事項、また都道府県（地域医療支援センター）が行う地域医療支援事務は、医師確保計画に記載された事項の実施に必要な事項とされていることを踏まえ、医師確保計画には、過不足ない内容を記載する必要がある。

○　具体的には、地域医療の確保に関する調査分析や、医療関係者、医師等に対する必要な情報の提供、助言等の援助等の、都道府県が医療機関における医師の確保のために行う必要な支援に関する事項や、６．で詳述する医学部における地域枠・地元出身者枠の設定に関する事項、医師法（昭和 23 年法律第 201 号）において地域医療対策協議会で協議することとされた事項についても、記載する必要がある。

○　特に、地域に定着する医師の確保の観点から、地元出身の医師の養成を目的とした中高生を対象とする医療セミナーの開催や、地域医療を担う医師を増やすことを目的とした医学部生を対象とする地域医療実習の拡充及び支援等の施策の検討を行うこと。また、地域枠を中心とした、都道府県における就業に一定の関心を持つ医学部生や若手医師が大学、所属医療機関を超えて情報共有や意見交換を行うことのできるプラットフォームを整備することも有用であると考えられる。

○　各都道府県内の基幹型臨床研修病院と協力型臨床研修病院は、地域重点型プログラムなどを用いてより多くの研修医が医師少数区域における地域医療研修を行えるようにするのが望ましい。ただし、臨床研修病院の定員を増加する場合は、当該病院の指導体制の増強も併せて行わなければならない。

○　都道府県内外の大学医学部に対して、寄付講座を設置することも有用な施策である。

寄付講座の設置に当たっては、若手医師等にとって魅力ある講師の選定や、講師となる医師の具体的な派遣人数についても事前に取り決めておくことが必要である。

○　都道府県を越えて医師を確保するために、若手医師向けのイベントや先進的な研修プログラム等の、大学医学部と連携して医師少数区域等に勤務する意欲ある医師にアプローチできる仕組みの構築に努めること。また、そのような取組についてソーシャル・ネットワーク・サービス（SNS）を活用して周知することも有効であると考えられる。

○　厚生労働省が提供する個別医師のこれまでのキャリア等が可視化された全国データベースを活用して、自都道府県に縁のある医師のリクルートに努めること。

○　その他、地域の実情に合わせて必要な施策を定めていくことが望ましい。

６．医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

６－１．地域枠・地元出身者枠の設定の考え方

○　医学部における地域枠・地元出身者枠の設置・増員については、医療法上、都道府県知事から大学に対して、地域医療対策協議会の協議を経た上で、要請できることとされている。

○　地域枠及び地元出身者枠については、別途、文部科学省及び厚生労働省から示す通知に基づき、地域医療対策協議会における協議を行い、大学医学部に要請を行い、設置・増員等を進めていくことが必要である。なお、当該通知に基づく対策とは別に、各都道府県内において、独自の医師偏在対策として、地域枠及び地元出身者枠の設置・増員等を進めることについて妨げるものではないことに留意が必要である。

○　地域枠については、都道府県内の特定の地域における診療義務を課すものであり、都道府県内における二次医療圏間の偏在を調整する機能があるとともに、特定の診療科における診療義務がある場合には、診療科間の偏在を調整する機能もある。また、臨時定員の増員等と組み合わせた地域枠については、医師の少ない都道府県において医師を充足させ、都道府県間の偏在を是正する機能がある。

○　一方、地元出身者枠については、これを設置する大学の所在地である都道府県内に、長期間にわたり８割程度の定着が見込まれるものの、特定の地域等での診療義務があるものではないため、都道府県内における二次医療圏間の偏在調整の機能はなく、都道府県間の偏在を是正する機能がある。

○　地域枠と地元出身者枠のこうした機能の違いを踏まえ、都道府県知事から大学に対する地域枠又は地元出身者枠の創設又は増員の要請を進めていくことが重要である。

○　また、地域ごとの医師の需給推計から算出された、都道府県ごとの地域枠等の必要数を別途厚生労働省から提供予定である。その数値等を踏まえて、今後大学医学部に対し、地域枠・地元出身者枠の要請を行うこと。なお、都道府県ごとの地域枠等の必要数について、暫定的に厚生労働省において算出をしたものを提示することとしており、医師確保計画全体の策定に先立って、特に地域枠等の設置・増員等について、大学医学部との協議を開始することが必要である。

○　特に地域枠医師に関しては、都道府県内の診療科間・地域間偏在の両方の解消に

資するキャリア形成プログラムを適用すること。また、都道府県内の状況に合わせて、地域枠医師が、不足する一定の診療領域に従事する仕組みについて、具体的に検討していくことが適切である。その際には、「都道府県ごとの診療科別の将来必要な医師数の見通し」等を活用することが適当であるが、総合的な診療の領域（総合診療、救急、ICU・病棟管理等）を担う医師の役割については、別途検討を行うことが必要である。

○　なお、

・　平成 32 年度（2020 年度）・平成 33 年度（2021 年度）の医師養成数の方針については、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持しつつ、医師偏在対策及び労働時間の短縮に向けた取組等を進めることとし、医学部定員の暫定増に関する各都道府県及び各大学からの要望に対しては、平成 31 年度（2019 年度）の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査していくこと。

・　平成 34 年度（2022 年度）以降の医師養成数については、「医師の働き方改革に関する検討会　報告書」でとりまとめられた医師の働き方改革に関する結論、医師偏在対　策の状況等を踏まえ、再度、医師の需給推計を行った上で検討を行うこと。

とされていることに留意が必要である。

６－２．各都道府県において必要な地域枠・地元出身者枠の数について

○　都道府県知事から大学に対して、地域枠の創設又は増員を要請できる場合については、当該都道府県内に将来時点における推計医師数が必要医師数に満たない二次医療圏等がある場合とし、当該都道府県における二次医療圏ごとの将来時点における医師不足数の合計数を満たすために必要な年間不足養成数を上限として、必要な地域枠数を地域医療対策協議会の協議を経た上で、要請できることとする。

○　都道府県知事から大学に対して、地元出身者枠の創設又は増員を要請できる場合については、当該都道府県が、将来時点における推計医師数が必要医師数に満たない都道府県である場合とし、当該都道府県における医師不足数分を満たすために必要な年間不足養成数を上限として、必要な地元出身者枠数を地域医療対策協議会の協議を経た上で、当該都道府県内の大学に要請できることとする。

○　なお、地域枠は、都道府県内において二次医療圏間の偏在を調整する機能のみならず、地元出身者枠と同様に、都道府県間の偏在を是正する機能があることから、地元出身者枠の増員等は地域枠の増員等に代替される。その際、都道府県別の養成必要数（不足養成数）については、都道府県内への定着率を、一般枠 0.5、地元出身者枠 0.8、

地域枠１とし、不足養成数の 3.3 倍が地元出身者枠換算の必要数、２倍が恒久定員内の地域枠換算の必要数、１倍が地域枠設置を要件とする臨時定員換算の必要数となる。

○　また、今後、将来の必要医師数に応じて都道府県内の大学医学部における恒久定員の枠内において、地域枠等の設置・増員等を進めていくことが必要であるが、仮に恒久定員の５割程度の地域枠等を設置しても必要な地域枠等の確保が不十分である場合について、都道府県は、地域医療対策協議会の協議を経た上で、地域枠の設置を要件とする臨時定員の設置等を要請できることとする。

○　その際には、将来の医師多数都道府県に所在する大学医学部における都道府県をまたいだ地域枠の創設又は増員を要請することもできる。

○　なお、将来の必要医師数を達成するために地域枠等が必要であるにも関わらず、大学の状況等により、恒久定員の５割程度の地域枠の設置を要請しない場合については、地域において不足する医師を確保するために大学等からの医師派遣等、これに代替する実効的な医師偏在対策の実施等について、地域医療対策協議会等の場で検討する必要がある。

○　また、地域医療対策協議会の協議等に基づき、例えば、すべての恒久定員を地域枠とする等、恒久定員の５割程度を超える地域枠の設置を要請することも可能である。

○　なお、将来時点の地域枠等の必要数については、2036 年時点の医師供給推計（上位実績ベース）数が需要推計（必要医師数）を下回っている場合について、その差を医師不足数として、地域枠等の必要数を算出するものである。そのため、供給推計（上位実績ベース）が実現するよう、都道府県においては、医師派遣や定着促進策などの施策を継続して行う必要があることに留意が必要である。

○　また、二次医療圏における必要医師数については、目標医師数と同様、都道府県における医師確保の方針を踏まえて、合計が都道府県の必要医師数を超えないように、二次医療圏の必要医師数を設定することが前提となるものであり、それに応じた地域枠の設置等の要請を行うことが必要である。

６－３．地域枠の選抜方式等について

○　都道府県知事は、地域枠の学生・医師を確実に確保することができるよう、地域医療対策協議会の協議を経た上で、原則、大学に対して、特定の地域における診療義務

のある別枠方式による地域枠を要請することとする。

○　また、各都道府県・各二次医療圏における特定の地域における診療義務を果たす以上、事実上、一定の範囲の診療領域に派遣されることが求められる。このため、各都道府県においては、地域枠の学生が卒業後、当該地域において不足する一定の診療領域に従事する仕組みについて、具体的に検討していくことが適切である。

○　要請を受けて設置された地域枠について、実際に特定の地域等において診療義務を果たす際には、医学部生と都道府県等との認識のギャップを避けるため、診療領域についても、都道府県別診療科別の必要医師数の見通し等を踏まえた一定の制限が課されることについて、地域枠の選抜の際に明示しておくべきである。

○　なお、できるだけ医師の柔軟なキャリア形成を認める観点から、当該制限については、地域の実情も踏まえ、できるかぎり限定的なものとするべきである。

７．産科・小児科における医師確保計画

７－１．産科・小児科における医師偏在指標及び医師偏在対策の基本的な考え方

○　産科・小児科については、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、暫定的に産科・小児科における医師偏在指標を示し、産科・小児科における地域偏在対策に関する検討を行う。ただし、当該指標は、診療科間の医師偏在を是正するものではないことに留意する必要がある。

○　産科・小児科については、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を踏まえれば、医師が不足している可能性があり、引き続き産科医師及び小児科医師の総数を確保するための施策を行うとともに、医師派遣以外の施策についても検討する必要がある。また、産科医師及び小児科医師の配置等を検討するに当たって産科・小児科における医師偏在指標を用いる際には、十分な配慮を行うとともに、産科・小児科の全国における医師養成数の検討には用いないことが適当である。加えて、「医師の働き方改革に関する検討会　報告書」を踏まえ、医師の労務管理、時間外労働の短縮に向けた取組等についても考慮する必要がある。

○　なお、この「７．産科・小児科における医師確保計画」においては、二次医療圏と同一である場合も含め周産期医療の提供体制に係る圏域を「周産期医療圏」、小児医療の提供体制に係る圏域を「小児医療圏」と呼称することとする。

７－２．産科・小児科における医師偏在指標の設計

７－２－１．産科における医師偏在指標の設計

(1)　考え方

○　医療需要については、「里帰り出産」等の妊婦の流出入の実態を踏まえた「医療施設調査」における「分娩数」を用いることとする。

○　患者の流出入については、妊婦の場合「里帰り出産」等の医療提供体制とは直接関係しない流出入があるが、現時点で妊婦の住所地と分娩が実際に行われた医療機関の所在地の両方を把握できる調査はない。このため、医療需要として、分

娩が実際に行われた医療機関の所在地が把握可能な「医療施設調査」における「分娩数」を用いており、都道府県間調整は不要である。

○　医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師調査」における「産科医師数」と「産婦人科医師数」の合計値を用いることとする。

○　医師の性別・年齢別分布については、医師全体の性・年齢階級別労働時間を用いて調整することとする。

○　医師偏在指標については、三次医療圏ごと、周産期医療圏ごとに算出することとする。ただし、三次医療圏については、医師確保計画等が都道府県により作成されること及び都道府県単位で設置された医療審議会や地域医療対策協議会での協議を経て定められるものであることを踏まえ、運用上は都道府県単位で算出することとする。

(2)　指標の設計

(1)の考え方に基づく算定式は次のとおり。

$$\text{産科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数（※）}}{\text{分娩件数} \div 1000\text{件}}$$

$$(※)\text{標準化産科・産婦人科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

(3)　産科医師偏在指標における留意点

産科医師偏在指標に用いる医師については、当該指標が、政策医療の観点からも特に必要性が高い周産期医療における産科医師の確保を目的としていることから、実際に分娩を取り扱う産科医師とすることが望ましい。しかし、現時点で性・年齢階級別の分娩を取り扱う産科医師の数を把握している調査はない。(平成30年以降の「医師・歯科医師・薬剤師調査」においては分娩取扱の有無が分かる予定である。)一方で、厚生労働省が実施する「医療施設調査」及び日本産婦人科医会が実施する「施設情報調査」においては、性・年齢階級別ではないものの分娩取扱い医師数を調査している。

このため、産科医師偏在指標は「医師・歯科医師・薬剤師調査」を用いて設定することとし、その上で「医師・歯科医師・薬剤師調査」により把握できない点を補完するために、日本産婦人科医会から提供された「施設情報調査」の結果等を適宜活用・加工し、医療圏ごとの分娩を取り扱う医師数（具体的には、「医師・歯科医

師・薬剤師調査」のうち常勤の医師数と日本産婦人科医会「施設情報調査」のうち常勤の医師数の比を、「医師・歯科医師・薬剤師調査」の常勤及び非常勤の医師数(性・年齢階級別労働時間の調整後)に乗じたもの。) 等についても参考として提供するので、産科における医師確保計画を通じた医師偏在対策について検討する際はこちらも参考とされたい。

表１．産科・産婦人科医師数に係る各調査の比較

調査名	医師・歯科医師・薬剤師調査	医療施設調査	日本産婦人科医会施設情報調査
調査の時点	2016年12月31日現在	2017年10月1日現在	2018年1月1日現在
分娩取り扱いの有無	×	○	○
人数	実人数	常勤換算	実人数
住所地	主たる従事先	医療施設所在地	医療施設所在地
性年齢階級	○	×	×

７－２－２．小児科における医師偏在指標の設計

(1) 考え方

○ 医療需要については、15歳未満の人口を「年少人口」と定義し、医療圏ごとの小児の人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別受療率を用いて年少人口を調整したものを用いる。

○ 患者の流出入については、既存の調査の結果により把握可能な小児患者の流出入の実態を踏まえ、都道府県間調整を行う。

○ 医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師調査」における「小児科医師数」を用いる。

○ 医師の性別・年齢別分布については、医師全体の性・年齢階級別労働時間を用いて調整する。

○ 医師偏在指標については、三次医療圏ごと、小児医療圏ごとに算出する。ただし、三次医療圏については、医師確保計画等が都道府県により作成され、都道府県単位で設置された医療審議会や地域医療対策協議会での協議を経て定められるものであることを踏まえ、運用上は都道府県単位で算出することとする。

(2)　指標の設計

(1)の考え方に基づく算定式は次のとおり。

$$\text{小児医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数（※1）}}{\dfrac{\text{地域の年少人口}}{10\text{万}} \times \text{地域の標準化受療率比（※2）}}$$

$$(※1)\text{標準化小児科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$(※2)\text{地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率（※3）}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$(※3)\text{地域の期待受療率} = \frac{\sum\text{（全国の性年齢階級別調整受療率（※4）} \times \text{地域の性年齢階級別年少人口）}}{\text{地域の年少人口}}$$

(※4)全国の性年齢階級別調整受療率

= 無床診療所医療医師需要度(※5)×全国の無床診療所受療率

＋全国の入院受療率

$$(※5)\text{無床診療所医療医師需要度} = \frac{\dfrac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}^{14}}{\text{全国の無床診療所外来患者数（※6）}}}{\dfrac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}^{15}}{\text{全国の入院患者数}}}$$

(※6)全国の無床診療所外来患者数

= 全国の外来患者数

$$\times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数［無床診療所］}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数［有床診療所・無床診療所］}}$$

---

[14] マクロ需給推計における外来医師需要は、無床診療所における外来医療需要の推計を行っている。

[15] マクロ需給推計における入院医師需要は、病院及び有床診療所における入院医療需要の推計を行っているものであるが、病院及び有床診療所における外来医療需要においては、入院需要の一部として推計されている。

○　さらに、患者の流出入に基づく増減を反映するために（※４）、全国の性年齢階級別調整受療率を、次のように修正を加えて計算を行うこととする。都道府県においては、この無床診療所及び入院年少患者における流入数及び流出数について、年少者の患者流出入のある都道府県間及び都道府県内の二次医療圏間で調整の上、厚生労働省に報告することとする。

性年齢階級別調整受療率(流出入反映)
＝無床診療所医療医師需要度×全国の無床診療所受療率
×無床診療所年少患者流出入調整係数（※７）
＋全国の入院受療率×入院年少患者流出入調整係数（※８）

(※７)無床診療所年少患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{無床診療所年少患者数(患者住所地)} + \text{無床診療所年少患者流入数} - \text{無床診療所年少患者流出数}}{\text{無床診療所年少患者数（患者住所地）}}$$

(※８)入院年少患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{入院年少患者数(患者住所地)} + \text{入院年少患者流入数} - \text{入院年少患者流出数}}{\text{入院年少患者数（患者住所地）}}$$

(3)　小児科医師偏在指標における留意点

小児については、小児科医師に限らず、内科医師や耳鼻咽喉科医師等により医療が提供されることもあるが、小児科医師以外の医師による小児医療の提供割合について、現時点では医療圏間で差があるか否かについて把握することが困難である。そのため、当該割合について医療圏間で差はないと仮定している。

７－２－３．指標の作成手続

○　厚生労働省は、産科及び小児科の医師偏在指標の計算方法に加え、産科医師偏在指標と、小児科については患者数の流出入に基づく増減を反映する前の医療圏ごとの小児科医師偏在指標及び患者数の流出入に基づく増減を一定程度反映した小児科医師偏在指標を公表する。

都道府県においては、都道府県間及び都道府県内における小児科の患者の流出入数を、外来及び入院に関して都道府県間及び都道府県内において協議の上で決定する。

※　協議のプロセスについては、「３．医師偏在指標」の「３－１（２）指標の作成手続」（○頁）と同様とする。

７－３．相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域の設定

○　産科・小児科については都道府県ごと及び周産期医療圏又は小児医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、医師偏在指標が下位一定割合に該当する医療圏を相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域と設定することとし、相対的な医師の多寡を表す分類であることを理解しやすくするため、呼称を「相対的医師少数都道府県」及び「相対的医師少数区域」とする。

○　また、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏等においても、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることに加え、これまでに医療圏を越えた地域間の連携が進められてきた状況に鑑み、仮に産科医師又は小児科医師が多いと認められる医療圏を設定すると当該医療圏は産科医師又は小児科医師の追加的な確保ができない医療圏であるとの誤解を招くおそれがあるため、産科・小児科においては医師多数都道府県や医師多数区域は設けないこととする。

○　相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域を設定するための基準（下位一定割合）は、医師全体の医師偏在指標を参考に、下位 33.3%とする。

○　なお、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域については、画一的に医師の確保を図るべき医療圏と考えるのではなく、当該医療圏内において産科医師又は小児科医師が少ないことを踏まえ、周産期医療又は小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な医療圏として考えるものとする。

７－４．産科・小児科における医師確保計画の策定

７－４－１．産科・小児科における医師確保計画の考え方

○　産科・小児科の医師確保計画については、産科・小児科のそれぞれについて都道府県ごと、周産期医療圏又は小児医療圏ごとに定めることとする。

○　まずは、７－３に記したとおり産科・小児科の医師偏在指標の値を全国一律に比較した上で相対的医師少数区域を設定することで医師の偏在の状況を把握する。さ

らに、医療圏ごとに、産科・小児科における医師偏在指標の大小、将来推計等を踏まえ、７－４－４の施策を基本とし、具体的な取組例（表２）も参考としつつ、医師確保計画と同様に見直しまでの期間（以下「計画期間」という。）においてどのように産科・小児科における医師偏在対策に取り組むかについて方針を定めることとする。また、必要に応じて確保する産科・小児科医師数についても定めることができる。

○　産科・小児科における医師確保計画については、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏（相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏）においても医師が不足している可能性があることから、相対的医師少数区域に限らず、全ての都道府県ごと及び周産期医療圏又は小児医療圏ごとに具体的な対応を盛り込んだ上で作成することとする。

○　産科・小児科における医師確保計画は、３年(2019 年度中に作成される医師確保計画については４年)ごとに見直すこととし、見直しに当たっては産科・小児科における医師確保の方針と施策の妥当性を都道府県において吟味し、課題を抽出した上で次回の産科・小児科における医師確保計画を作成する。

○　産科・小児科における医師確保計画を策定する際は、大学、医師会等との連携が重要である。また、周産期医療及び小児医療に係る課題に対する対応について、適切に産科・小児科における医師確保計画へ反映することができるよう、地域医療対策協議会の意見とともに、周産期医療又は小児医療に係る協議会等の意見も聴取するなど各医療圏における周産期医療又は小児医療の提供体制についての検討の機会に併せて協議を行うことが適当である。

○　なお、産科・小児科の医師偏在指標を用いた一層の取り組みを検討するに当たり、都道府県の参考となる情報として、医療機関の種別ごとの現在の医師の配置状況や分娩数等の実績についても、産科・小児科の医師偏在指標と合わせて厚生労働省から提供するので、参考とされたい。

７－４－２．産科・小児科における医師確保の方針

(1)　考え方

ｉ）相対的医師少数区域等

ア　産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを

踏まえ、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域について相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏からの医師派遣のみにより産科・小児科医師の地域偏在の解消を目指すことは適当ではないと考えられる。また、産科・小児科においては、医療圏の見直し、医療圏を超えた連携、医療機関の再編統合を含む集約化等を行ってきたことから、相対的医師少数区域においては、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、必要に応じて、医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によって、産科・小児科医師の地域偏在の解消を図ることを検討することとする。

イ　アの対応によってもなお相対的医師少数であり、産科・小児科の医師偏在が解消されない場合は、医師を増やす（確保する）ことによって医師の地域偏在の解消を図ることとする。具体的な短期的な施策としては、医師の派遣調整や専攻医の確保等を行う。この際、医師の勤務環境やキャリアパスについて留意が必要である。なお、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることから、このような施策のみでは医師偏在は完全には解消されないことが想定される。したがって、医療機関の再編統合を含む集約化等の医療提供体制を効率化する施策等を適宜組み合わせて実施することとする。

ウ　また、産科医師又は小児科医師の養成数を増加させること等の長期的な施策についても適宜組み合わせて実施することとする。

ⅱ）相対的医師少数区域等以外

産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境に鑑みれば、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを踏まえ、当該医療圏における医療提供体制の状況を鑑みた上で、医師を増やす方針を定めることも可能とする。その際は、併せてⅰ）のイ、ウと同様の対応を行うこととする。

(2)　その他個別に検討すべき事項

○　患者の重症度、新生児医療について

・　周産期母子医療センター、小児中核病院、小児地域医療センター、特定機能病院等は、より高度又は専門的な医療の提供を担っており、そのような医療機関が存在する医療圏は、産科・小児科における医師偏在指標による医師数よりも実際に必要な医師数が多い可能性がある。

・　なお、総合周産期母子医療センター等において、産婦人科医師は産科医師

偏在指標の需要には含まれていない分娩以外の産婦人科医療にも従事していることに留意する必要がある。さらに、それらの産婦人科医療を受ける患者の重症度は概ね高いことにも留意する必要がある。

・　また、新生児に対する医療については、主に小児科医師が担っているが、小児医療提供体制の観点だけではなく、周産期医療提供体制の観点からも機能することが期待されている。新生児に対して高度・専門的な医療を提供する体制については、地域の実情に応じて重点化・機能分化が進められており、三次医療圏（都道府県）単位で整備されている場合があるため、小児医療圏又は周産期医療圏ごとの小児科医師偏在指標のみに基づく施策を実施していては必ずしも新生児医療を担う医師の確保ができない。

・　このため、医師派遣等の医師偏在対策を実施するに当たり、個々の周産期母子医療センター、小児中核病院、小児地域医療センター、特定機能病院等における医師の配置状況等を踏まえた検討を行うとともに、新生児医療を担う医師の配置の方向性等について、各都道府県における周産期医療又は小児医療に係る協議会等の意見を聴取した上で検討することとする。

(3)　将来推計について

周産期医療・小児科医療ともに、少子高齢化が進む中で急速に医療需要の変化が予想される分野であり、将来の見通しについて検討することも必要である。ただし、今回定めることとする産科・小児科医師偏在指標は暫定的な指標として取り扱うことを踏まえ、比較的短期間の推計として、第７次医療計画における医師確保計画の計画終了時点である、2023 年の医療需要の推計も参考としながら、産科・小児科における医師偏在対策を講じることとする。

ｉ）産科

産科については、現時点で医療圏ごとの分娩数の将来推計は存在しない。そのため、代替指標として、医療圏ごとの０－４歳人口の将来推計と現在時点の０－４歳人口との比を用いて、2023 年における医療圏ごとの分娩数の推計を行うこととする。

ⅱ）小児科

小児科については、医療圏ごとの将来人口推計から、2023 年の年少人口を算出し、性・年齢階級別の受療率を用いて調整した上で、医療圏ごとの医療需要の推計を行うこととする。

７－４－３．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する。

○　ただし、これまで医療圏を越えた地域間の連携や医療圏の見直し等が進められている中で、医療圏間の患者等の流出入が発生している現状を踏まえた産科・小児科における偏在対策基準医師数を設定することとする。産科医師については、医療需要として「里帰り出産」等の流出入の実態を踏まえた「分娩数」を用いているため、妊婦の流出入に基づく増減の調整は不要である。小児科医師については、７－２－３の記載の通り、都道府県間及び都道府県内における小児科の患者の流出入に基づく増減を調整する。

○　なお、産科・小児科における偏在対策基準医師数は、医療需要に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師数の目標ではないことに留意が必要である。

７－４－４．産科・小児科における偏在対策基準医師数を踏まえた施策

(1)　基本的考え方

○　産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境に鑑みれば、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることや産科・小児科における医師確保の方針を踏まえて、産科・小児科における医師確保のための施策を定めることとする。具体的には、周産期医療・小児医療の提供体制の見直しに関する施策、産科医師・小児科医師を増やすための施策等を組み合わせて定めることとする。また、各都道府県における地域医療構想に係る協議の際には、周産期医療提供体制及び小児医療提供体制に関する議論も行われることが適当である。

○　周産期医療・小児医療の提供体制の見直しに関する施策として、医療圏の見直し、医療圏を超えた地域間の連携の推進、医療機関の集約化・重点化について検討することが望ましい。

○　産科医師及び小児科医師を増やすための施策として、産科医師及び小児科医師の派遣調整、産科医師及び小児科医師の養成数の増加、産科医師及び小児科医師の勤務環境改善等について検討することが望ましい。

○　なお、産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その

労働環境を鑑みれば産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを踏まえ、相対的医師少数都道府県や相対的医師少数区域ではない医療圏においても、産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策に地域医療介護総合確保基金を活用することは引き続き可能とする。

(2) 施策の内容

① 周産期医療・小児医療の提供体制等の見直しのための施策

ア 医療圏の統合を含む周産期医療圏又は小児医療圏の見直し

産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを踏まえ、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域について相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏からの医師派遣のみで医師の地域偏在の解消を目指すことは適当ではない。

したがって、都道府県（特に相対的医師少数都道府県である都道府県）においては、まずは、医療圏の見直しや医療圏を越えた地域間の連携により産科・小児科における医師の地域偏在の解消を図ることを検討することとする。検討に当たっては、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意する。

イ 集約化・重点化

○ 産科・小児科については、これまで「公立病院を中心とし、地域の実情に応じて他の公的な病院等も対象」として、「医療資源の集約化・重点化を推進することが、住民への適切な医療の提供を確保するためには、当面の最も有効な方策と考えられる」[16]とされているように、医療資源の集約化・重点化を推進してきた。特に相対的医師少数区域においては、今後も、周産期医療・小児医療の提供体制を効率化するための再編統合を含む集約化・重点化について、関係者の協力の下で実施していくことが望ましい。なお、集約化にあたって、廃止される医療機関に対しても必要に応じて支援を行うべきである。

○ 医療資源の集約化・重点化にともない、各医療機関における機能分化・連携が重要となる。病診連携や、重点化された医療機関等から居住地に近い医療機関への外来患者の逆紹介等による適切な役割分担を推進し、産科医師及

[16] 「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」（平成17年12月22日付け医政発第1222007号・雇児発第1222007号・総財経第422号・17文科高第642号厚生労働省医政局長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、総務省自治財政局長及び文部科学省高等教育局長連名通知）

び小児科医師の負担を軽減することとする。例えば、小児在宅医療等に係る連携の推進や診療所の活用を一層進めるための逆紹介の推進等が挙げられる。

○　また、集約化・重点化を検討するに当たっては、「医師の働き方改革に関する検討会　報告書」を踏まえ、医師の時間外労働の短縮を見据えたものとし、特に重点化の対象となった医療機関においては、勤務環境の改善に一層取り組むことが求められる。

ウ　医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への支援

○　医療機関の集約化・重点化等に伴い、医療機関までのアクセス時間が増大する住民に対しては、受診可能な医療機関の案内及び地域の実情に関する適切な周知を行うとともに、その他必要な支援を検討するべきである。その際、容態の急変等に備えて医療機関間の情報共有を推進する必要がある。

②　産科・小児科における医師の派遣調整

○　①に掲げる対策を行った上で、なお十分な医療提供がなされない場合には、産科・小児科における医師の派遣調整を行う。産科・小児科における医師の派遣調整に当たっては、「(1)基本的な考え方」を踏まえて実施するとともに、地域医療対策協議会において、都道府県と大学、医師会等が連携することが重要である。

○　派遣先の医療機関の選定に当たっては、当該医療機関における分娩数の実績や当該医療機関の医療圏における年少人口を踏まえて、分娩数と見合った数の産科医師数及び年少人口と見合った数の小児科医師数が確保されるように派遣を行うこと。また、少人数で昼夜問わず分娩の取扱いや小児医療の提供を行うような過酷な労働環境とならないよう、派遣先の医療機関は重点化するとともに、産科・小児科における医師の派遣を重点的に行うこととされた医療機関においては、特に産科・小児科における医師の時間外労働の短縮のための対策を行うこと。

③　産科医師及び小児科医師の勤務環境を改善するための施策

○　産科医師及び小児科医師が研修やリフレッシュ等のために十分な休暇を取ることができるよう、代診医の確保や女性医師にも対応した勤務環境改善等の支援を行う。

○　産科医師又は小児科医師でなくても担うことのできる業務については、タスクシェアやタスクシフトを一層進める。例えば、院内助産等、他の医療従事者を活用することが挙げられる。タスクシェアやタスクシフトを進めるために、タスクシェアやタスクシフトを受けることができる医療従事者の確保、医療従事者に対する研修の充実等に努める。

④　産科医師及び小児科医師の養成数を増やすための施策

ア　専攻医等の確保

○　専攻医の確保や離職防止を含む産科医師及び小児科医師の確保・保持のための施策を行う。特に、医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換等を行うとともに、専攻医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備等を行う。

○　また、小児科医師の中でもその確保に留意を要する新生児医療を担う医師については、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科（NICU）研修等の必修化を検討する。

イ　産科医師及び小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化

○　地域で勤務する産科医師及び小児科医師が専門的な技術・知識を獲得し、適切な臨床経験を積むことができるよう、キャリア形成プログラムの充実化を行う。その際、専らへき地等の診療が求められるなどの偏ったローテーションが行われないように配慮する等、キャリア形成と地域における診療従事のバランスが考慮されるべきである。また、キャリア形成のために必要なその他の支援を行う。

(3)　産科・小児科における医師偏在対策の具体的な取組例

具体的な取組例を表２に示しているので、産科・小児科における医師確保計画を作成する際の参考とされたい。

また、今後、厚生労働省は、都道府県担当者、各大学における産科・小児科の責任者等を対象とする研修会等において、全国の先進事例を整理し、有効な事例の共有等を行う機会を提供する。

表２．産科・小児科における医師偏在対策の具体的な取組例

① 医療提供体制等の見直しのための施策	○ 集約化・重点化等によって、施設又は設備の整備、改修、解体等を要する医療機関に対する配慮。（例えば、重点化された医療機関における、新たな設備の拡充に伴う費用負担の軽減や、分娩の取扱いを中止し、セミオープンシステム等により妊婦健康診査や産後ケアを提供する施設に変更する際の、建物の改修や病床のダウンサイジングの支援等。） ○ 集約化・重点化等によって、医療機関までのアクセスに課題が生じた場合の移動手段の確保、滞在等についての支援。 ○ 医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への配慮。（例えば、小児への巡回診療などを医師全体のへき地保健医療対策とともに実施。また、ICT や IoT の活用、遠隔診療の活用等も併せて実施。） ○ 小児科医師以外の小児の休日・夜間診療への参画に対する支援。（例えば、地域の救急科医師、内科医師、総合診療科医師等を対象とした、家族への配慮を含む小児の診療に関する研修による、小児科以外の医師の小児の休日・夜間診療への参画の支援等。） ○ 小児の在宅医療に係る病診連携体制の運営支援。（例えば、医師に対する研修、患者の退院前調整や急変時の入院調整等を含む医療機関間の連携体制（会議等）の運営支援、小児を対象とする訪問看護ステーションと医療機関の医師との連携構築等に対する支援等。）
② 医師の派遣調整	○ 相対的医師少数区域へ勤務することに対するインセンティブ等の付与。（派遣元医療機関へ復帰後の職位等の保証、待遇改善等を含む。） ○ 地域での短期間勤務（例えば、１年程度。）による頻繁な移動や転居等に対する配慮。（宿舎整備や移動に対する支援等。） ○ 寄付講座の設置。 ○ 医師を派遣する側の医療機関に対する支援。（医師が少なくなることに対する配慮。） ○ 専攻医が相対的医師少数区域をローテーションすることに対する支援。（なお、全ての診療科において、医師少数区域での勤務を求めていくことも重要である。）

③　産科医師及び小児科医師の勤務環境を改善するための施策	○　余裕のあるシフト等を確保するための１医療機関につき複数医師の配置、チーム医療の推進、交代勤務制（日夜勤制）の導入、連続勤務の制限等。 ○　産科及び小児科において比較的多い女性医師への支援。（例えば、時短勤務等の柔軟な勤務体制の整備、院内保育・病児保育施設・学童施設やベビーシッターの充実等。なお、女性医師に限らず、子育てや介護を行う医師へも同様の配慮が必要である。） ○　院内助産の推進。（院内助産を活用し、助産師へのタスクシフトを推進することで、分娩取り扱い医療機関における産科医師の負担を軽減することができるものと考えられる。） ○　医師の業務のタスクシフトを進めるために必要な、看護師、助産師、臨床心理士、事務補助等の人員の確保に対する支援。
④　産科医師及び小児科医師の養成数を増やすための施策	○　医学生に対する積極的な情報提供、関係構築を実施し、診療科選択への動機付けを実施。 ○　新生児医療については、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科（NICU）研修等の必修化の検討。 ○　研修実施に対するインセンティブ、診療科枠の制限をかけた医学生に対する修学資金貸与、指導医に対する支援、勤務環境改善等。

8．医師確保計画の効果の測定・評価

○　医師確保計画のサイクルの中で、次期の医師確保計画に定める目標医師数は、医師確保計画の計画期間終了時における医師偏在指標の値を基に設定されるものである。このため、医師確保計画の効果については、計画終了時点で活用可能な最新データから医師偏在指標の値の見込みを算出し、これに基づいて測定・評価することとする。

○　医師確保計画の見直しは、医師確保計画の計画期間中に着手することが必要となるが、その際は、活用可能な最新データを用いて見直し時における医師偏在指標を算出した上で、計画期間開始時の医師偏在指標と、目標医師数から算出される医師偏在指標上の目標値とを比較して、特に医師少数区域における医師の確保の進捗状況を判定すること。

○　医師確保計画の効果測定・評価の結果については、地域医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させるとともに、評価結果を次期医師確保計画に記載することとする。このため次期医師確保計画の策定・見直しを行う前に、活用可能な最新データを用いて計画期間終了時における医師偏在指標の値の見込みを算出しておく必要がある。

○　都道府県は、非常勤医師の派遣等の取組に関して医療機関等から聞き取り調査を行う等、既存の統計調査では把握が困難な事項について可能な限り把握を行い、医師少数区域等における医師の確保の状況をできるだけ正確に評価できる体制を整備すること。

○　都道府県は計画終了時に、都道府県外からの医師の受入状況及び都道府県外への医師の派遣状況も把握を行い、計画作成時点と計画見直し時点での状況の変化を把握すること。

○　都道府県は計画終了時に、地域枠医師の定着率及び派遣先を把握し、義務履行率、定着率の改善が見られるか否か、医師少数区域等に定められた期間勤務しているか否か等について把握を行うこと。

○　医師確保計画の効果の測定結果を踏まえ、三次医療圏ごと、二次医療圏ごとに医師確保の状況等について比較を行い、課題を抽出すること。その上で、他の都道府県の取組等を参考にしながら適切な対策を行うこと。

○　医師確保計画が医療計画の一部であることを鑑み、次期医療計画の見直しの際には医療計画の指標として上記の項目を使用することを厚生労働省として今後検討する。

○　医療計画においては、その実効性を上げるために、その評価を行い、評価結果に基づき計画の内容を見直すことが重要であるとしている。特に、産科及び小児科における医師確保計画の内容については、医師全体における医師確保計画と同様に、その評価を行い、評価結果に基づき医療計画における周産期医療及び小児医療の確保に必要な事業に関する事項等と一体的に見直すことが望ましい。

○　なお、本ガイドラインにおいて示した医師偏在指標等については、現時点で入手可能なデータに基づき検討することとなったが、今後、医師偏在対策に資するデータの整備状況等を踏まえて、厚生労働省は、医師偏在指標や医師偏在対策の指針の見直しを行う。