

# 医療提供体制の現在の状況について

# 医療提供体制の現在の状況

## (基本的な考え方)

- 少子高齢化が進み、地域で求められる医療機能も変化を迎えている。「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の体制構築が必要であり、その受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実させるとともに、地域における医師の確保を進めていく必要がある。

⇒参考資料P 3～5

## (地域医療構想)

- 医療機能（高度急性期／急性期／回復期／慢性期）の分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築することを目的として、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し定めるもの。2016年に全都道府県において策定済み。
- 現在、公立・公的医療機関等の医療機関ごとの具体的対応方針について、各地域の地域医療構想調整会議において合意形成を進めており、今年度中に完了予定。
- 地域医療の確保に配慮しつつ医師の働き方改革を進める観点からは、2025年に地域医療構想を実現し、最大限、医療提供体制の効率化を図っておく必要がある、医師の働き方改革が2024年に実現するという前提で、地域医療構想調整会議における議論を進め、具体的な医療機関の再編に着手していくことが求められる。

⇒参考資料P 6～9

## (医師偏在対策)

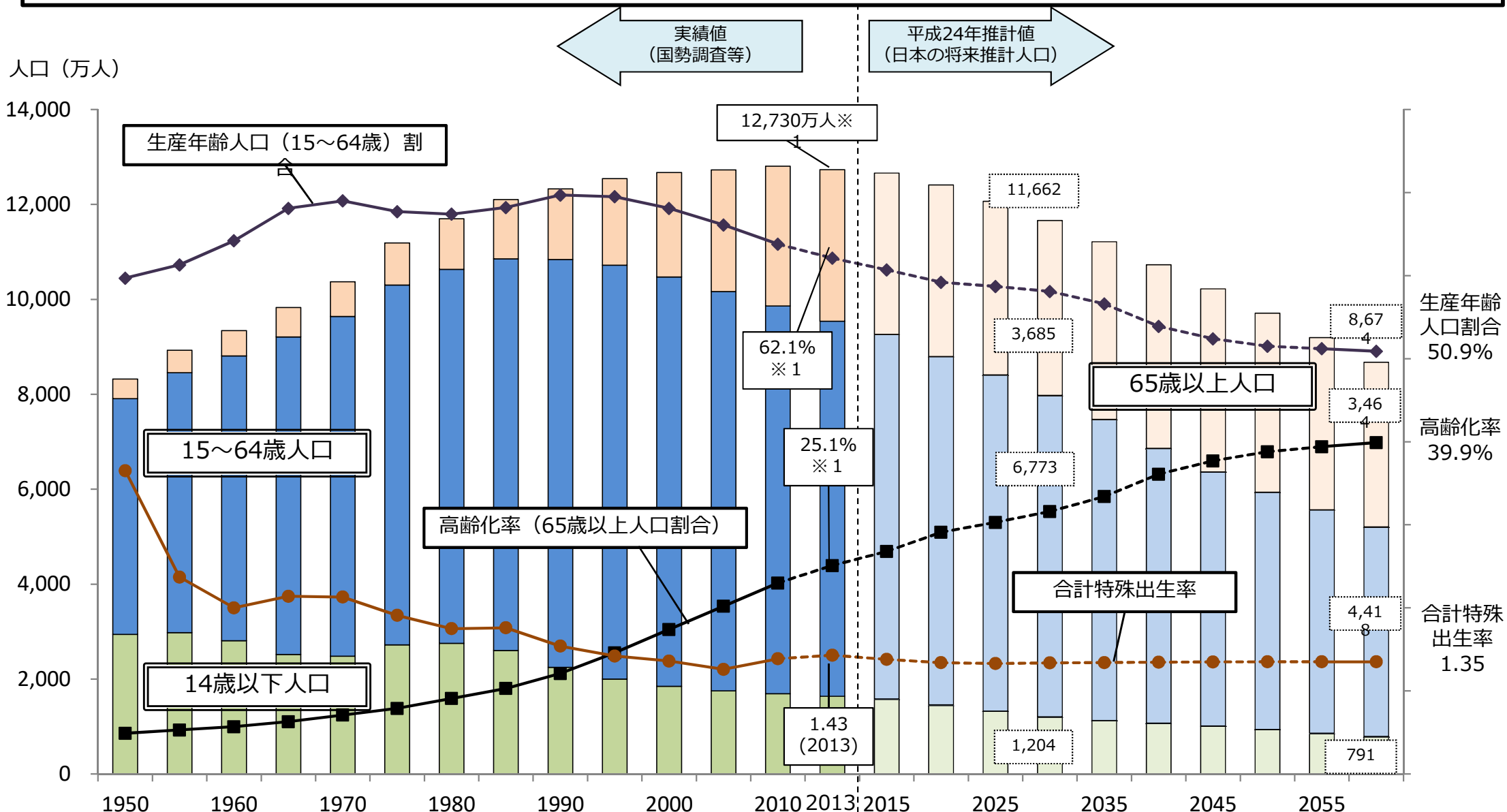
- 我が国の医師数は戦後一貫して増加しているが、地域間や診療科間の医師偏在は、今なお解消に至っていない。
- 地域で求められる医療提供体制を維持していくためには、地域医療構想の実現だけでなく、これと整合する形で、地域ごとに医師を確保する必要がある。
- このため、本年7月に成立した「医療法及び医師法の一部を改正する法律」において、全国ベースで医師の多寡を客観的に評価可能な医師偏在指標を算出し、医師少数区域・多数区域を定め、地域枠増員などの具体的な施策を含む「医師確保計画」を都道府県が主体的に策定するなど、実効的な医師偏在対策を実施できる仕組みを整備した。
- 既に施行したもの、2019年4月施行のもの、2020年4月施行のものに順次着手し、医師の働き方改革の実現に当たり地域で十分な医師が確保できるよう、対応を進めていく。

⇒参考資料P 10～16

(参考資料)

# 日本の人口の推移

○ 日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。



(出所) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (平成24年1月推計) : 出生中位・死亡中位推計」 (各年10月1日現在人口) 厚生労働省「人口動態統計」  
 ※1 出典：平成25年度 総務省「人口推計」 (2010年国勢調査においては、人口12,806万人、生産年齢人口割合63.8%、高齢化率23.0%)

## 子ども・子育て

- すべての子どもの成長を暖かく見守り、支えることのできる社会へ
- 子どもたちへの支援は、社会保障の持続可能性・経済成長を確かなものとし、日本社会の未来につながる。社会保障制度改革の基本。未来への投資。
- 女性の活躍は成長戦略の中核。新制度とワーク・ライフ・バランスを車の両輪に。



## 医療・介護

- 「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ
- 受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までのネットワーク化
- 地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク（地域包括ケアシステム）の構築
- 国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要



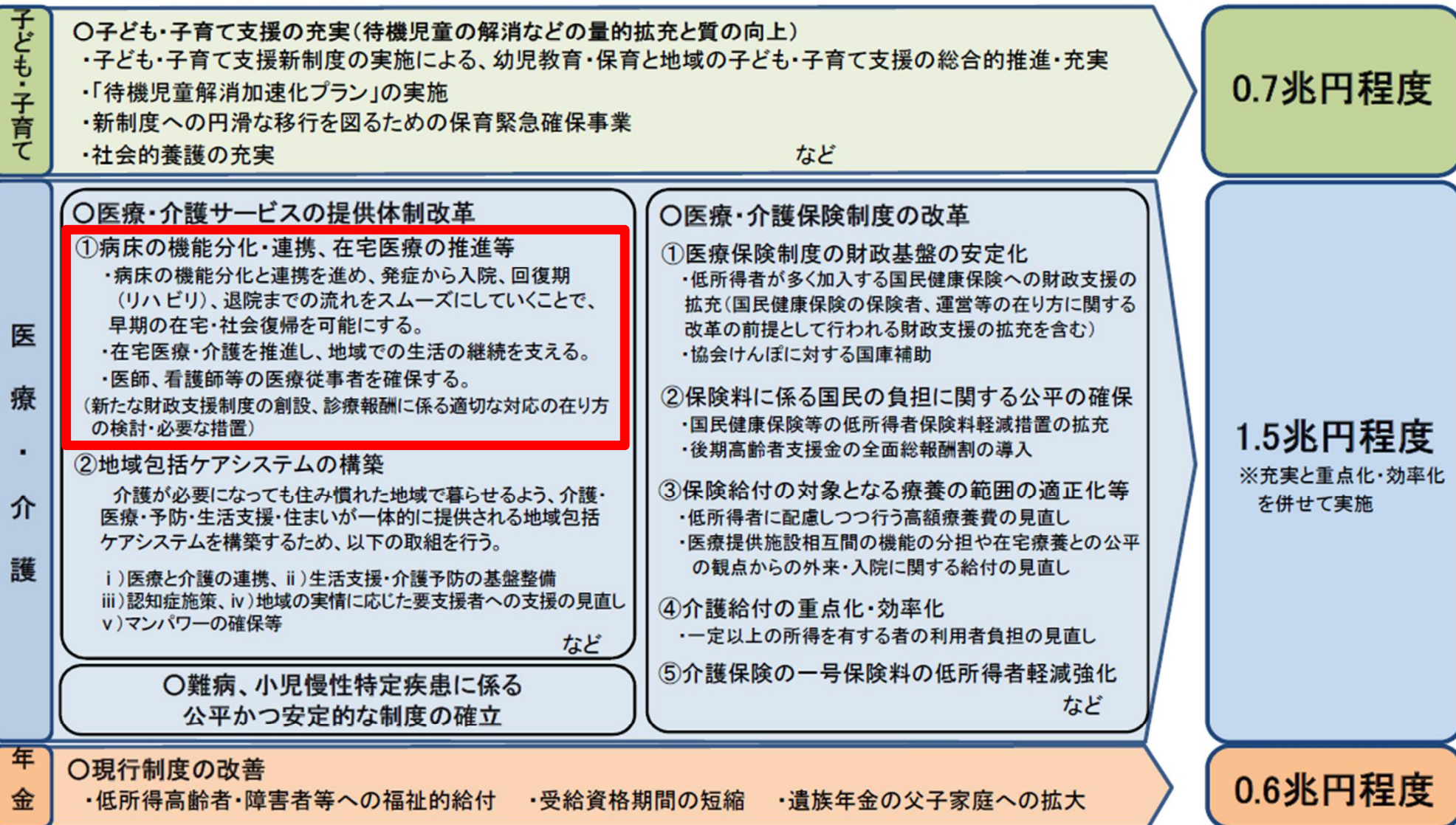
## 公的年金制度

- 2004年改革により対GDP比での年金給付は一定水準。現行の制度は破綻していない
- 社会経済状況の変化に応じた形のセーフティネット機能を強化
- 長期的な持続可能性をより強固なものに



# 社会保障の「充実」の全体像

○ 消費税引上げによる増収分は、全て社会保障の充実・安定化に向けてのこととなっており、基礎年金国庫負担割合の1/2への恒久的引上げ等\*による社会保障の安定化のほか、以下の社会保障の充実を予定している。  
\* 2017年度時点では、3.2兆円程度の見込み。

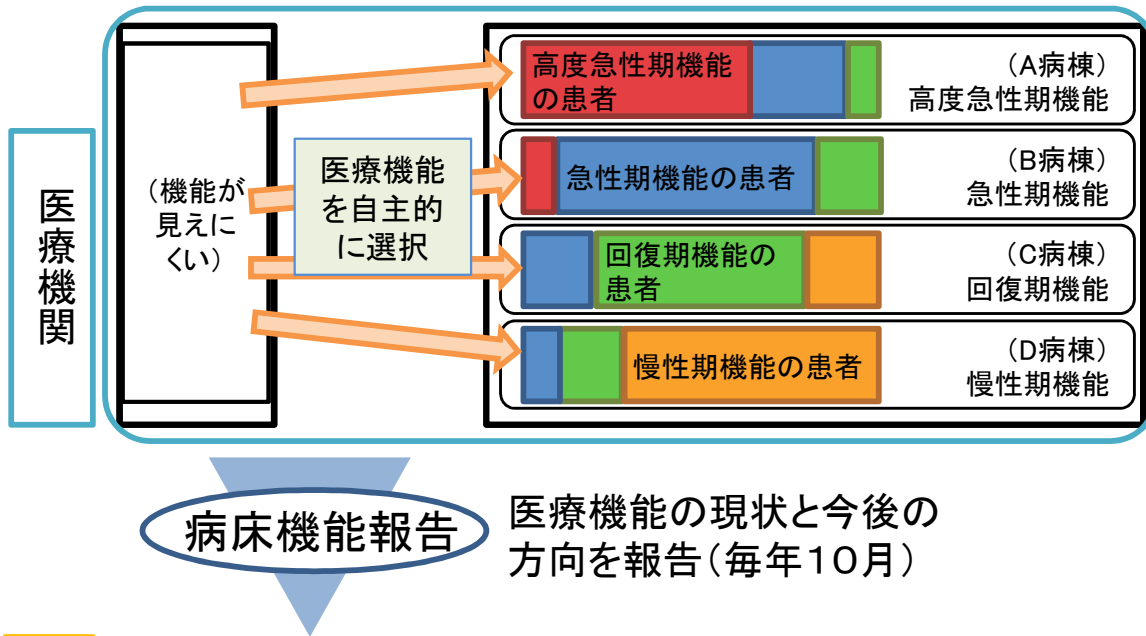


(注)上記の表は、消費税増収分を活用した社会保障の充実について、公費に影響のあるものについて整理したものである。

所要額(公費※)合計 = 2.8兆円程度 ※ 消費税財源(満年度ベース) 17

# 地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。  
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



## （「地域医療構想」の内容）

### 1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

### 2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

都道府県  
医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、  
更なる機能分化を推進

# 「地域医療構想」の実現に向けた一層の取組

経済財政諮問会議(H30.11.20)  
根本臨時議員提出資料

- 2018年度末までの全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成に向け、議論活性化、インセンティブ設定等を実施。
- 2019年度前半に、作成された具体的対応方針を詳細に検証し、着実な実施や地域医療構想実現のために必要な施策を講じる。

2016年度

2017年度

2018年度

2019年度

構想策定完了

2年間程度で集中的な検討を促進

具体的対応方針の速やかな策定に向けた取組

全ての公立・公的医療機関等の  
具体的対応方針の合意形成

具体的対応方針の検証

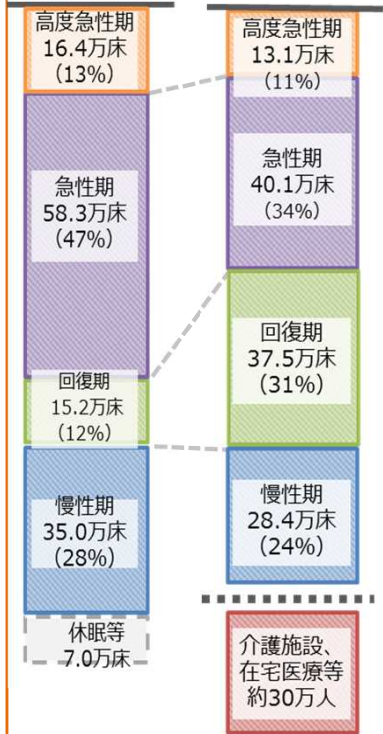
具体的対応方針の実態に応じた推進策を更に充実

PDCAサイクルの着実な実施

地域ごとに、2025年時点での  
病床の必要量を『見える化』

足下の病床機能  
(2017年7月現在) 計131.9万床

2025年の  
病床必要量 計119.1万床



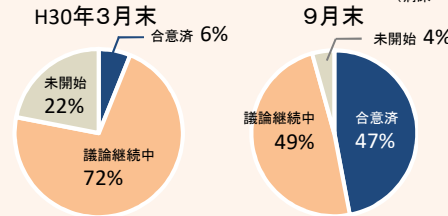
地域のビジョンをもとに  
具体的な医療機関ごとのビジョンへ

具体的対応方針：2025年の医療機能別の病床数の達成に  
向けた医療機関ごとの対応方針

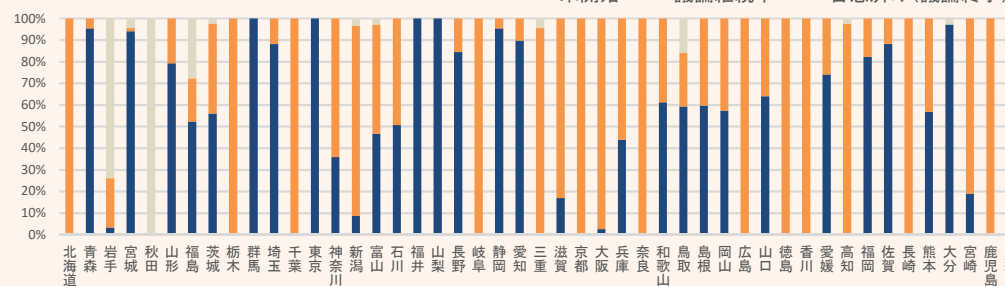
具体的対応方針の議論の状況

- 2018年3月末から9月末までに合意済みの公立・公的医療機関等の病床数が**3.1万床から23.6万床(約半数)まで増加**
- 取組が遅れている都道府県の実態を把握し、2018年度末までに全ての公立・公的医療機関等で合意済みとなるよう取組を推進

公立・公的医療機関等に関する議論の状況 (病床ベース)

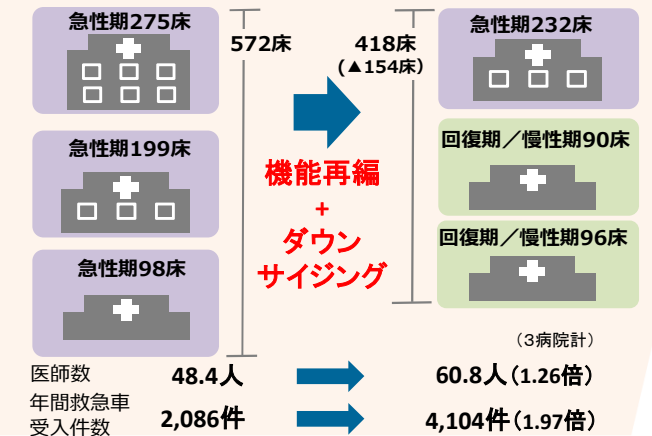


都道府県別の議論の状況



機能分化連携のイメージ (奈良県南和構想区域)

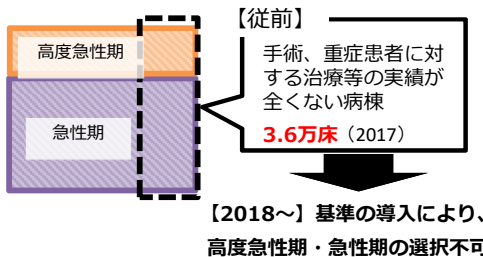
- 医療機能が低下している3つの救急病院を1つの救急病院(急性期)と2つの回復期/慢性期病院に**再編し、ダウンサイジング**
- 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された



構想達成のための具体的推進策

2018年10月病床機能報告に定量的基準を導入

- 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**

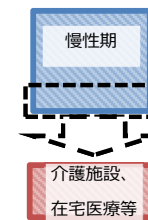


慢性期から介護施設、在宅医療等への移行

- 2017年10月の病床機能報告では、慢性期病棟から**1.8万床**が介護施設等へ**転換予定**と報告。
  - 2018年9月末までに**4.6千床**が介護医療院に**転換済み**
- ➡ 転換支援策により、着実に推進

地域の議論の活性化に向けた方策

- 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 (28都道府県設置済)
  - 2018年6月より**地域医療構想アドバイザー**の任命 (77名) ・地域医療構想調整会議に参加し、議論が活性化するよう参加者に助言
- ➡ **転換事例の分析**や**好事例の横展開**により、着実に推進



2018年度地域医療介護総合確保基金 (934億円)

- 具体的対応方針のとりまとめに応じて、基金を**重点的に配分**
- 病床のダウンサイジングに向けた取組を具体的に推進できるよう、基金事業の対象を拡大

➡ 2019年度は、**更なる基金の重点的配分**を検討



# 奈良県の南和地域の広域医療提供体制の再構築

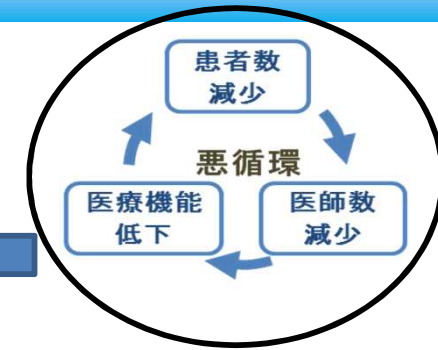
## 発想の契機

- ・町立大淀病院
- ・県立五條病院
- ・国保吉野病院

3つの公立病院(急性期)がそれぞれ医療を提供

## 連携内容

医療機能が低下している3つの公立病院を、1つの救急病院(急性期)と2つの地域医療センター(回復期・療養期)に役割分担し、医療提供体制を再構築



12市町村とともに、県が構成員として参加する全国でも珍しい一部事務組合で3病院の建設、改修、運営を実施

## 南和広域医療企業団

### 回復期・慢性期

吉野病院  
改修 (H28年4月)



**急性期・回復期**  
南奈良総合医療センター  
新設 (H28年4月)

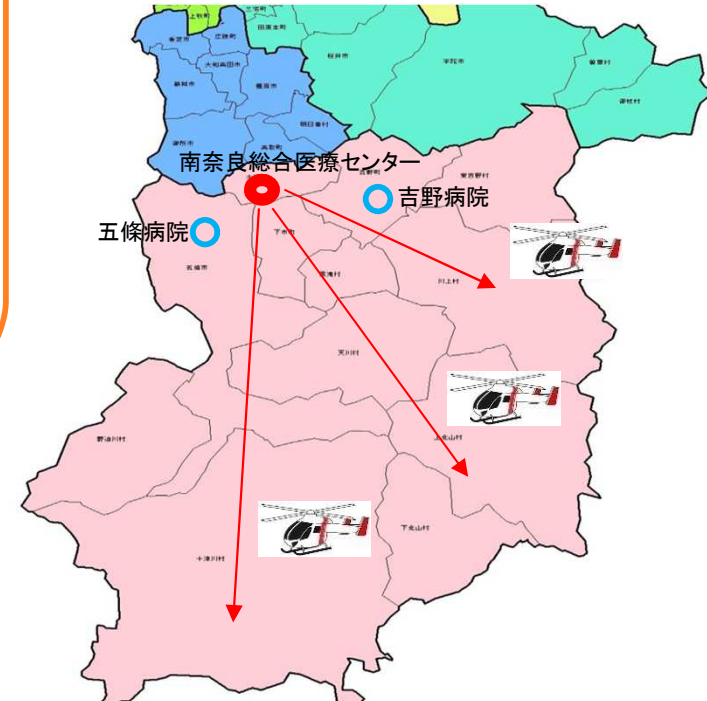
### 回復期・慢性期

五條病院  
改修 (H29年4月)



連携

H29.3ドクターヘリ  
運用開始



## 連携の成果

- ・急性期から慢性期まで**切れ目の無い医療提供体制を構築**
- ・救急搬送受入数 計 5.7件→**11.2件/日**(H28年度実績)
- ・病床利用率 65.0%→**88.8%**(H28年度実績)
- ・**へき地診療所との連携強化**  
(医療情報ネットワークで結び、病院の予約や検査結果の相互利用)

南和地域の医療提供体制の再構築、ドクターヘリの運用により、救急医療、へき地医療、災害医療等が充実

# 奈良県の南和地域の病院再編による医師確保への効果

## 再編前

3病院の医師数  
(常勤換算)  
※全て急性期病院

五條病院 25.7人  
大淀病院 13.0人  
吉野病院 9.7人  
(計 48.4人)

(参考)

南和医療圏  
人口 78,116人  
(2015年)  
医師数 107人  
(2014年)  
人口10万人あたり医師数  
137人  
(2014年)



## 再編後

### 集約化のメリット

#### 集約化による急性期機能の向上

3病院の医師数計  
48.4人 ⇒ 60.8人 (H28.4月時点)  
(1.26倍)  
に対し

救急搬送受け入れ件数  
2,086件 ⇒ 4,104件 (H28実績)  
(1.97倍)

#### 症例集積や研修機能の向上による若手医師への魅力向上

- ✓ 専門研修基幹施設(1領域)  
総合診療科
- ✓ 専門研修連携施設(12領域)  
内科、外科、小児科、整形外科、  
救急科、脳神経外科、麻酔科、  
皮膚科、病理、形成外科  
放射線科、総合診療科
- ✓ 基幹型臨床研修指定病院の指定申請(H31年度の受入を目指す)

#### 病院の役割の明確化による医局からの協力

- ✓ 医大医師配置センターから  
3病院への派遣人数 (H28.4派遣)
- 要請人数 52人(25診療科)
- 派遣人数 51人(25診療科)

24時間365日の救急体制のために必要な医師数

#### スケールメリットによる診療科の増加・強化

- ✓ 再編後に開始した診療科
  - 産婦人科
  - 歯科口腔外科
  - 精神科
  - 救急科
- ✓ 小児科の機能強化
  - 南奈良総合医療センターに機能集約
  - 小児科救急輪番の充実  
輪番日以外にも宿直対応、
  - 夕診、午後診も実施

3病院の医師数  
(H29.4.1現在)

(急性期中心)  
南奈良総合医療センター  
\_\_\_\_\_ 58.2人

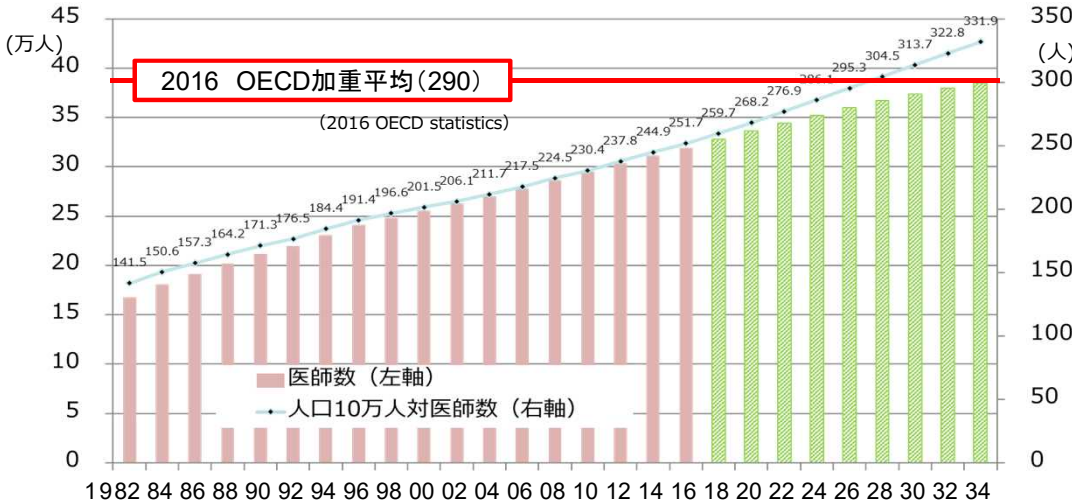
(回復期・慢性期中心)  
吉野病院  
\_\_\_\_\_ 5.8人

五條病院  
\_\_\_\_\_ 3.0人

(計 67.0人)

# 人口10万人対医師数の推移・将来推計（全国）

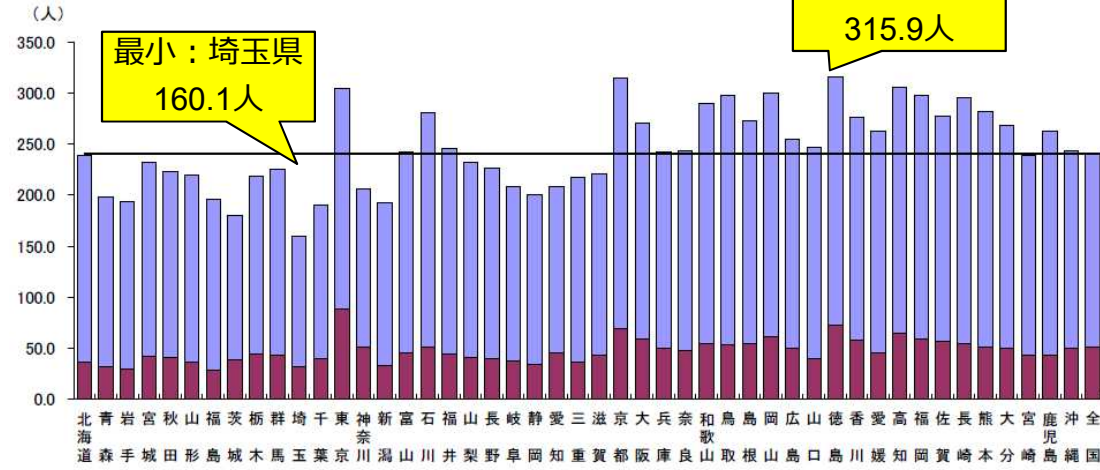
現在の医学部定員数が維持された場合、平成37年（2025年）頃に人口10万人対医師数がOECD加重平均に達する見込み。



※ 2018年（平成30年）以降は、平成14年～平成24年の三師調査及び医籍登録データによる登録後年数別の生残率に基づき、全国医学部定員が平成29年度と同程度を維持する等の仮定において、平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査による医師数を発射台として将来の医師数を推計  
 ※ 将来人口については、日本の将来推計人口（平成29年推計）（国立社会保障・人口問題研究所）

# 人口10万人対医師数（都道府県別）

平成28年度の医療施設に従事する人口10万対医師数を都道府県（従業地）別にみると、徳島県が315.9人と最も多く、次いで京都府314.9人、高知県306.0人となっており、埼玉県が160.1人と最も少なく、次いで、茨城県180.4人、千葉県189.9人となっている

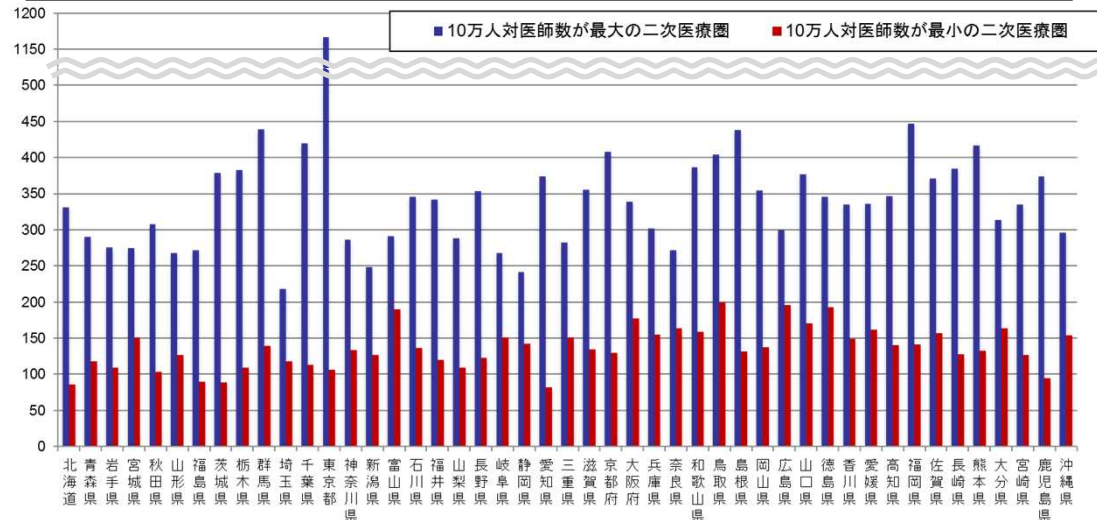


（出典）平成28年（2016年）医師・歯科医師・薬剤師調査

全国 240.1人  
 男性 189.4人  
 女性 50.7人

# 人口10万人対医師数が最大・最小の二次医療圏の比較

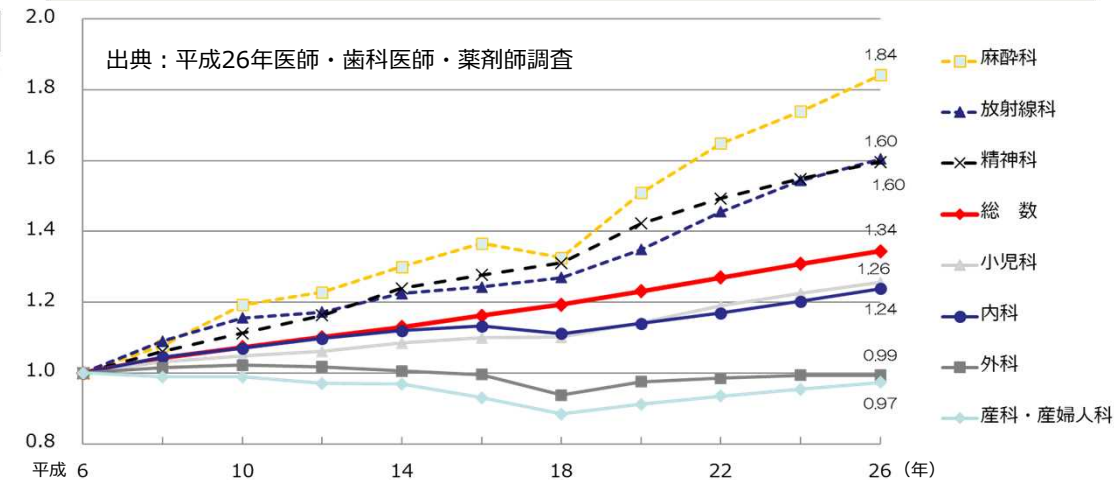
都道府県内で人口10万対医師数が最大・最小の二次医療圏を比較した場合、医師が比較的多い西日本を含め、全国的に地域間の偏在がある。



出典：「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）〔平成28年12月31日現在〕  
 備考：医師数は、医療施設に従事している医師数  
 市町村別の人口は、便宜上、「平成29年1月1日住民基本台帳」を用いた。

# 診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）

多くの診療科で医師は増加傾向にあるが、診療科によってばらつきが存在する。



出典：平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査  
 ※内科・・・（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科、（平成20～26年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科、腎臓科、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科  
 ※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こころ科、小児外科、（平成20～26年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門科、小児外科  
 ※平成18年調査から「研修医」という項目が新設された

## 医師の需給推計について(案)

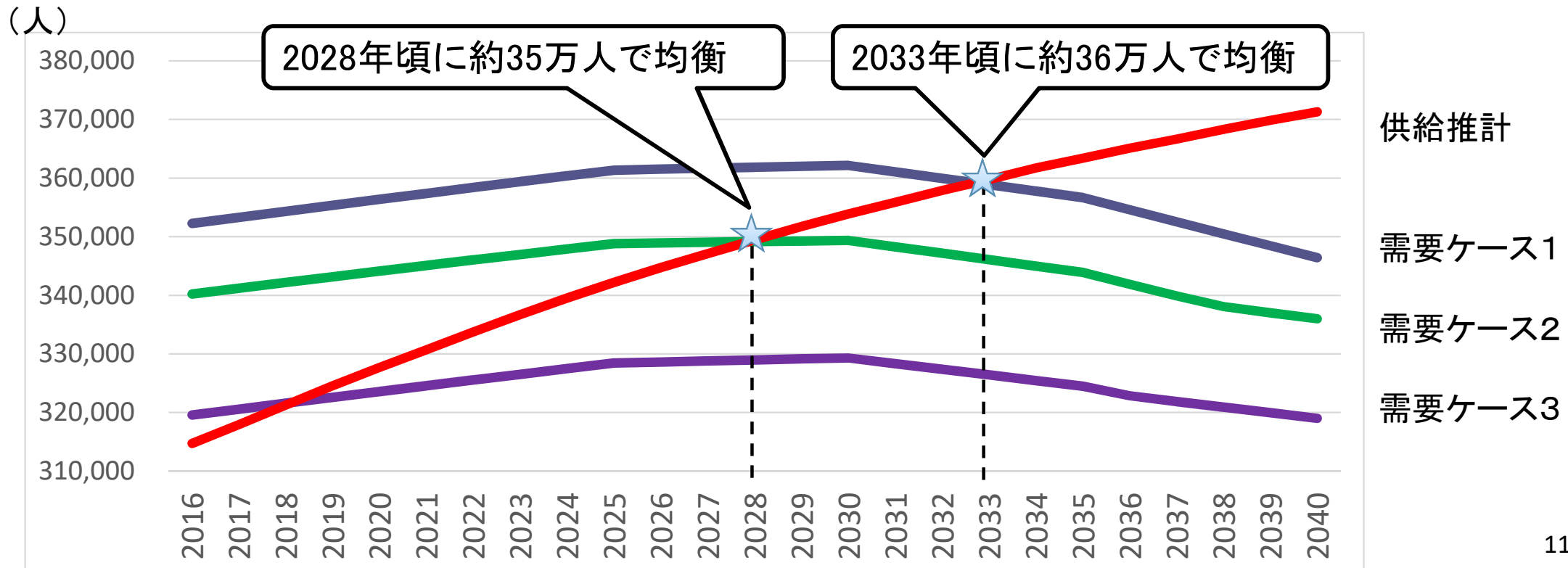
医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく需要ケース2において、平成32年度(2020年度)医学部入学者が臨床研修を修了すると想定される2028年(平成40年)頃に、労働時間を週55時間程度に制限する等の仮定をおく需要ケース1において、2033年(平成45年)頃に均衡すると推計される。

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



## 臨床に従事する医師の需要推計において勘案する事項

○ 次の項目について幅を持って推計を行った。

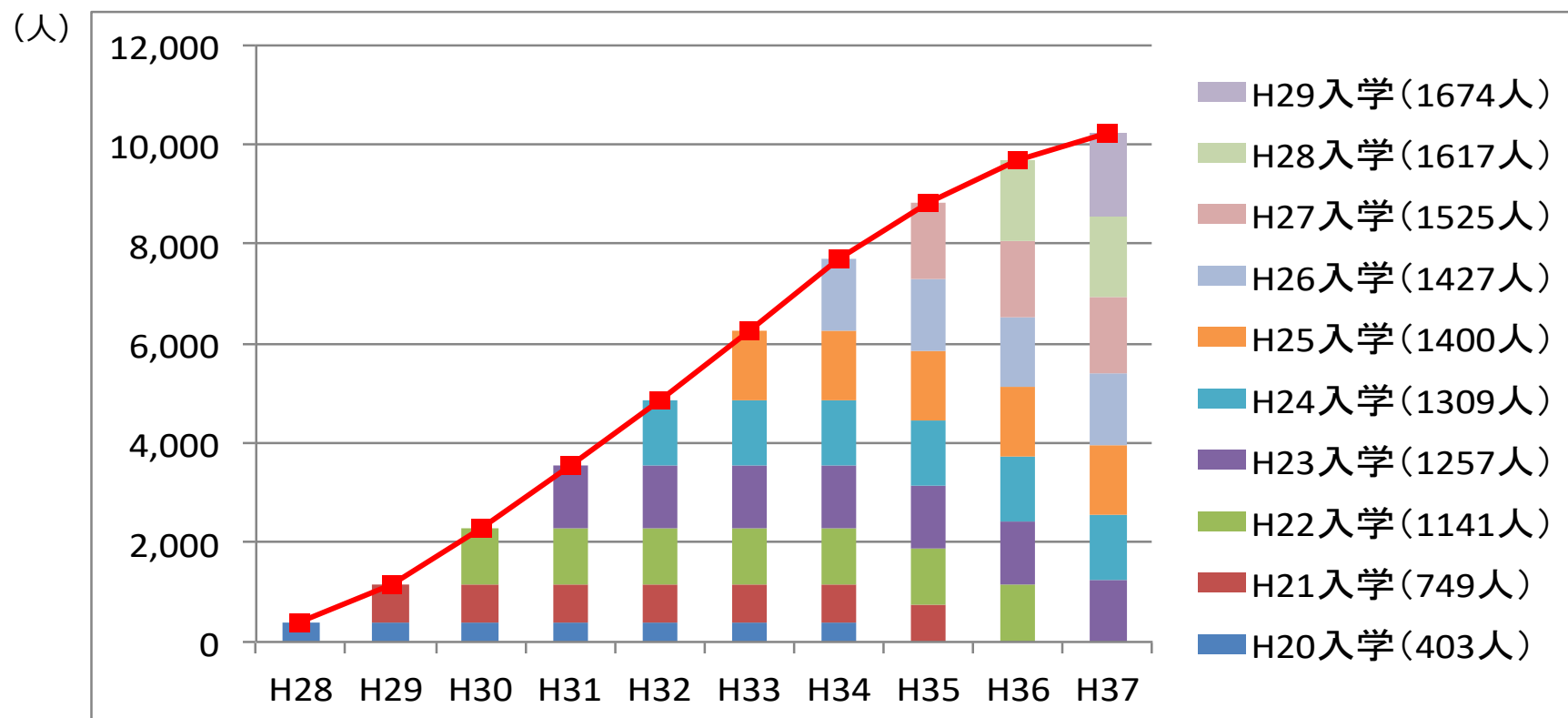
	考え方	ケース1	ケース2	ケース3
①労働時間上限制限の見込み方	「医師の働き方改革に関する検討会」の「中間的な論点整理」における意見等における具体的な労働時間上限制限の時間数等が、仮に規制として適用された仮定を行う	週55時間制限	週60時間制限	週80時間制限
②労働時間の適正化の見込み方	AI・ICT、IoT等を活用した効率化、医師から他の職種へのタスク・シフティング等について複数のケースについて仮定を行う	2016年～2040年で7%の業務削減を見込む※	ケース1の達成を2.5年程度(10%)前倒し	ケース1の達成を5年程度(20%)前倒し
③精神病床の入院需要の年次推移	「患者調査」や「社会医療診療行為別調査」に基づき、近年の受療動向の推移(変化率)を踏まえて推計	近年の入院受療率の推移(変化率)の幅を、0.9～1.1倍にして延伸(ケース2は、1.0倍)		
④外来需要の年次推移	「患者調査」や「社会医療診療行為別調査」に基づき、近年の受療動向の推移(変化率)を踏まえて推計	近年の外来受療率の推移((変化率)の幅を0.9～1.1倍にして延伸(ケース2は、1.0倍)		

※ 「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果等を踏まえ、医師の業務の7%が、タスク・シフティング等によって削減されるものと仮定

## 臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み

- 平成20年度以降の医学部の臨時定員増等による地域枠での入学者が順次卒業し、臨床研修を終え、地域医療に従事し始めている。
- 今後、こうした地域枠医師が順次臨床研修を終え、地域医療に従事する医師が増加することに伴い、地域医療支援センターの派遣調整の対象となる医師の増加が見込まれる。

### 臨床研修を修了した地域枠医師数の見込み



今後、地域医療に従事する医師が順次増加

※ 地域枠（地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠であり、奨学金の有無を問わない。）の人数については、文部科学省医学教育課調べ。

全体の数には様々な条件による地域枠の医師数が含まれているが、ここでは一律に、卒業後9年目まで地域医療に従事する義務があると仮定し、義務年限終了以後は累積人数から除外して、単純に累積医師数を見込んだ。また、留年・中途離脱等は考慮していない。

# 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）の概要

## 改正の趣旨

地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等の措置を講ずる。

## 改正の概要

### 1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設【医療法】

医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設や、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設

### 2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化【医療法】

都道府県においてPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」の策定、都道府県と大学、医師会等が必ず連携すること等を目的とした「地域医療対策協議会」の機能強化、効果的な医師の配置調整等のための地域医療支援事務の見直し 等

### 3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実【医師法、医療法】

医師確保計画との整合性の確保の観点から医師養成過程を次のとおり見直し、各過程における医師確保対策を充実

- ・ 医学部：都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設
- ・ 臨床研修：臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限の国から都道府県への移譲
- ・ 専門研修：国から日本専門医機構等に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設

都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設 等

### 4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応【医療法】

外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏を基本とする区域ごとに外来医療関係者による協議の場を設け、夜間救急体制の連携構築など地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて協議・公表する仕組みの創設

### 5. その他【医療法等】

- ・ 地域医療構想の達成を図るための、医療機関の開設や増床に係る都道府県知事の権限の追加
- ・ 健康保険法等について所要の規定の整備 等

## 施行期日

2019年4月1日。（ただし、2のうち地域医療対策協議会及び地域医療支援事務に係る事項、3のうち専門研修に係る事項並びに5の事項は公布日、1の事項及び3のうち臨床研修に係る事項は2020年4月1日から施行。）

# 医師確保計画を通じた医師偏在対策について

医療従事者の需給に関する検討会  
第23回 医師需給分科会 (H30.10.24)  
資料1 (抜粋)

## 背景

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

## 医師の偏在の状況把握

### 医師偏在指標の算出

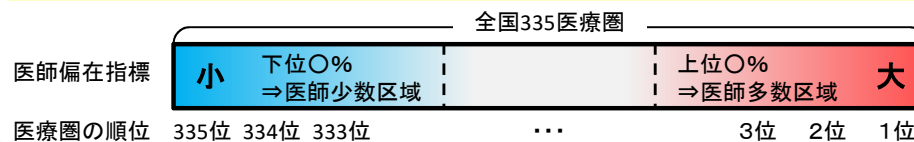
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

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

### 医師多数区域・医師少数区域の設定

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



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

## 『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

### 医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

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

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

### 確保すべき医師の数の目標

（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

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

### 目標医師数を達成するための施策

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

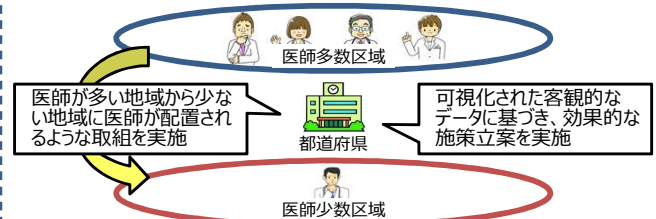
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
  - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等

## 3年\*ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)

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

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

### 都道府県による医師の配置調整のイメージ

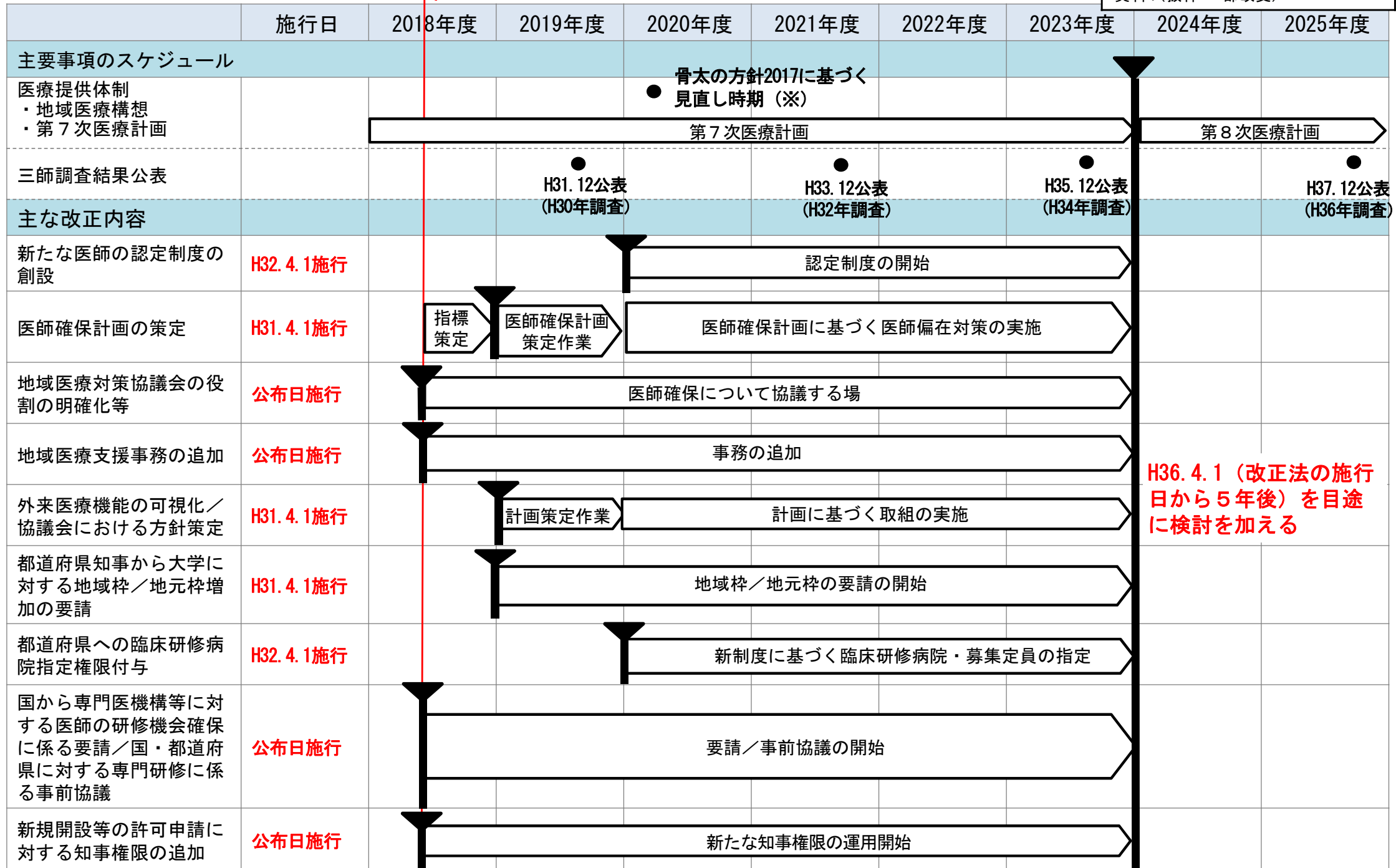




# 医療法及び医師法の一部を改正する法律の施行スケジュール

医療従事者の需給に関する検討会  
第23回 医師需給分科会 (H30.10.24)  
資料1 (抜粋・一部改変)

公布



H36. 4. 1 (改正法の施行日から5年後) を目途に検討を加える

※経済・財政再生計画改革工程表 2017改定版(抄) 都道府県の体制・権限の在り方について、地域医療構想調整会議の議論の進捗、2014年の法律改正で新たに設けた権限の行使状況等を勘案した上で、関係審議会等において検討し、結論。検討の結果に基づいて2020年央までに必要な措置を講ずる。