

令和元年度 第2回地域医療構想調整会議医療部会

日時：令和元年11月19日（火）19:00～

会場：雲南市役所 201・202会議室

あいさつ

議題

1. 地域医療構想における再検証が必要な医療機関について
2. 地域医療拠点病院について
3. 医師確保計画について
4. 外来医療計画について
5. その他

令和元年度 第2回地域医療構想調整会議 医療部会 名簿

所 属	職 名	氏 名	備 考
雲南市立病院	院 長	西 英明	随行 事務部長 石原 忍
町立奥出雲病院	病院長	鈴木 賢二	随行 事務長 森長 洋二
飯南町立飯南病院	院 長	角田 耕紀	
平成記念病院	院 長	陶山 紳一郎	随行 事務局長 永井 大介
奥出雲コスモ病院	院 長	今岡 健次	
雲南医師会	会 員	濱本 直治	
看護協会雲南支部	支部長	白石 淳子	
島根県訪問看護ステーション協会雲南支部	支部長	安達 弓恵	
健康保険組合連合会島根連合会	常務理事	乙社 修司	
保険者協議会島根県国保連合会	事務局次長	青木 光男	欠席
松江市立病院	事務局長	吉川 浩二	前半のみ参加
松江市立病院	医事課長	三島 千幸	前半のみ参加
雲南市 健康福祉部	次 長	狩野 明芳	
〃 健康づくり政策課	主 幹	梶 博章	
奥出雲町 健康福祉課	課 長	杠 康彦	
飯南町 保健福祉課	課 長	小玉 千恵	
雲南保健所	所 長	梶浦 靖二	
〃 総務保健部	部 長	黒崎 千賀子	
〃 医事・難病支援課	課 長	杉谷 亮	
〃 医事・難病支援課	嘱託職員	山口 満明	
〃 総務企画スタッフ	企画員	竹下 正宏	
松江保健所	医事・難病支援課	課長	小室 俊子 前半のみ参加

地域医療構想における再検証が必要な医療機関の公表について

【概要】

先般、厚生労働省は、地域医療構想調整会議における地域の現状や将来像を踏まえた議論を活性化させるため、公立・公的医療機関等の役割について、現状で把握可能な診療実績データ等を用いて分析した結果を取りまとめ、具体的対応方針の再検証を求める医療機関を公表した。

今後、この結果を参考としつつ、地域医療構想調整会議において地域の実情に関する知見を補いながら現時点の状況も踏まえ、結論を得るよう求めるもの。

【公表された医療機関】

医療機関名	対象とされた理由	検証の方向性
独立行政法人国立病院機構 松江医療センター	A、B	呼吸器、神経系に特化した医療機関。
独立行政法人地域医療機能 推進機構 玉造病院	A、B	整形に特化した医療機関。
出雲市立総合医療センター	B	圏域全体で役割を整理済み
津和野共存病院	A	H29 年度に休床であった 49 床は既に H30 年度に老健へ転換済み。

A 診療実績が特に少ない

9 領域(がん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、へき地、研修・派遣機能)の診療実績。

B 類似かつ近接

6 領域(がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期)について、医療圏域内に、一定数以上の診療実績を有する医療機関が 2 つ以上有り、かつ、お互いの所在地が近接していること。

【再検証の内容】

- ① 2025 年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割。
- ② 2025 年に持つべき医療機能別の病床数。(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)

【再検証のスケジュール】

○再編統合(ダウンサイジングや機能の分化・連携・集約化、機能転換・連携等を含む)を伴わない場合については 2020 年 3 月末までに結論を得ること。

○それ以外は 2020 年 9 月末までに結論を得ること。

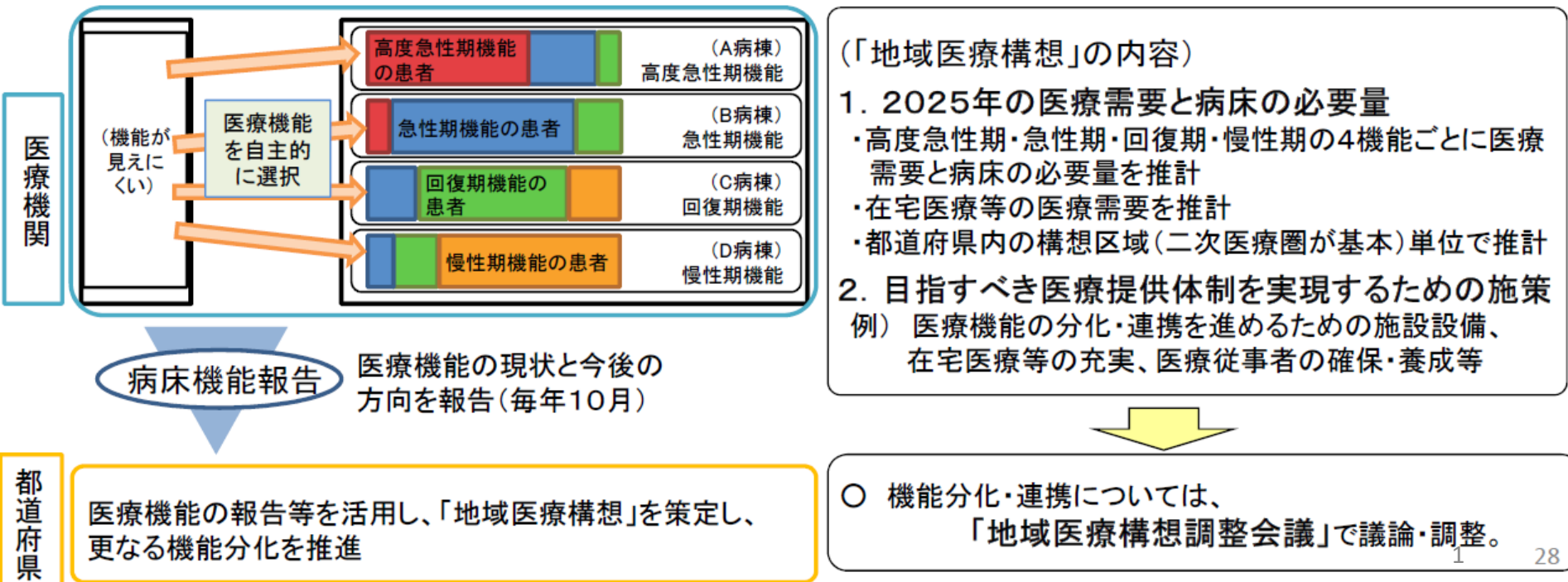
【県の対応】

○今回、国が取りまとめた結果は、一律の基準を基に分析したもので現状を全て反映したものではない。また、趣旨・目的等の十分な説明もなく医療機関名が公表され、地方に不安や混乱を招いたことについて、全国知事会として申し入れを行ったところ。

今後、分析結果は参考としつつ、地域の実情を十分踏まえ、必要な医療提供体制が維持できるよう議論を進めていく。

地域医療構想について

- 「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。
 - 「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。



地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

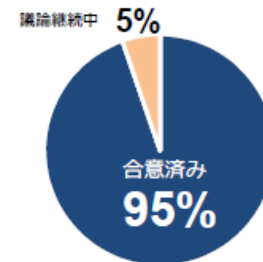
第32回社会保障WG
(令和元年5月23日)
資料1-1

1. これまでの取組み

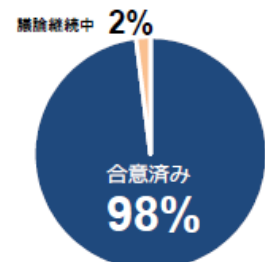
- これまで、2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるように要請した。
- 公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、
 - ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
 - イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
 - ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・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
2019年3月末

新公立病院改革
プラン対象病院



公的医療機関等2025
プラン対象病院

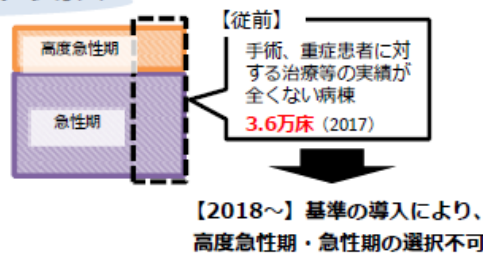


(病床ベース)

地域医療構想の実現のための推進策

病床機能報告における定量的基準の導入

- 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病棟を適正化**



2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命

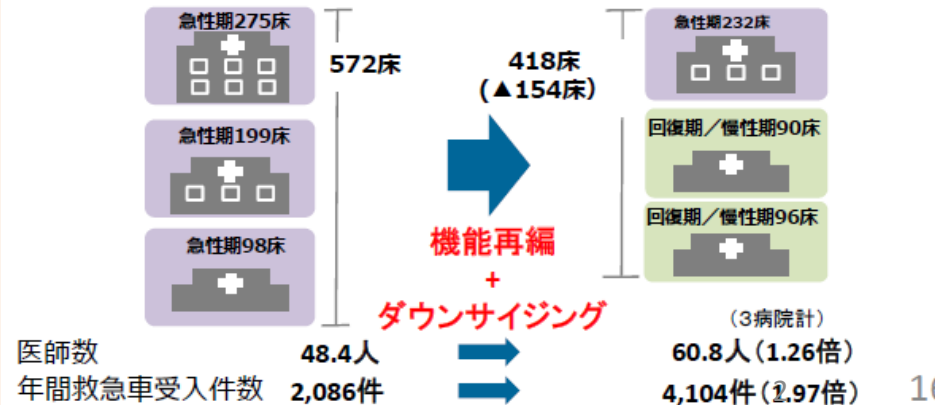
- 調整会議における議論の支援、ファシリテート
- 都道府県が行うデータ分析の支援 等 (36都道府県、79名 (平成31年3月))

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

介護医療院を創設し、介護療養・医療療養病床からの転換を促進

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



公立病院・公的医療機関等の具体的対応方針の集計結果

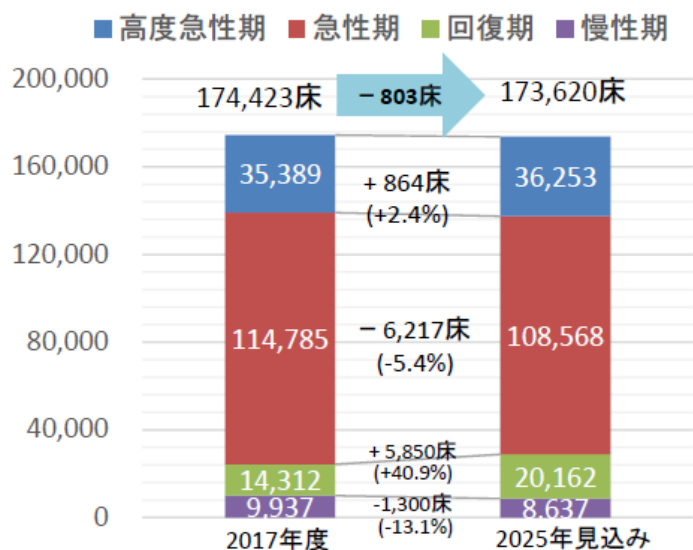
第32回社会保障WG
(令和元年5月23日)
資料1-1

- 高度急性期・急性期病床の削減は数%に留まり、「急性期」からの転換が進んでいない。
- トータルの病床数は横ばい。

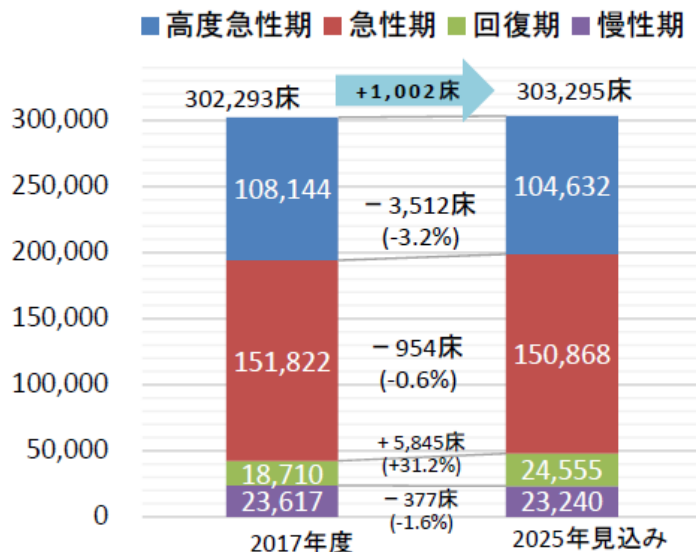
→ 具体的対応方針の合意内容が地域医療構想の実現に沿ったものになっていないのではないか。

2017年度の病床機能報告と具体的対応方針(2025年度見込)の比較

公立病院



公的医療機関等



(参考)構想区域ごとの状況

病床数が減少する合意を行った構想区域数

公立分	113	区域
公的等分	115	区域
民間分	131	区域

※1 具体的対応方針策定前の病床数として、2017年度病床機能報告を用いた。

※2 合意に至っていない公立病院・公的医療機関等の病床数は除いて集計。

医政局地域医療計画課調べ(精査中)

- 2015年度病床数と2025年の病床の必要量を比較すると、「高度急性期+急性期+回復期」の全国の病床数合計は、89.6万床→90.7万床と増加する。
- 公立病院・公的医療機関等の病床のうち、93%※は、高度急性期・急性期・回復期であり、具体的対応方針における2025年のトータルの病床数見込みの評価は慎重に行う必要がある。

※2015年度ベース

- 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、「**診療実績が少ない**」または「**診療実績が類似している**」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

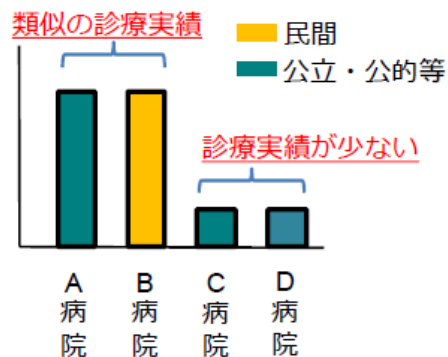
分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

A 各分析項目について、診療実績が特に少ない。

B 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。

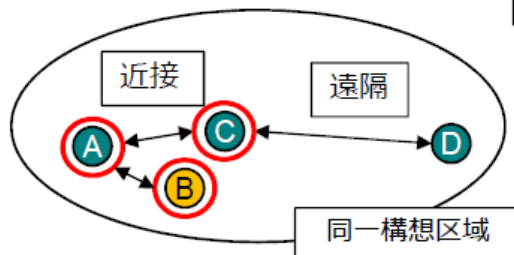
分析のイメージ

- 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



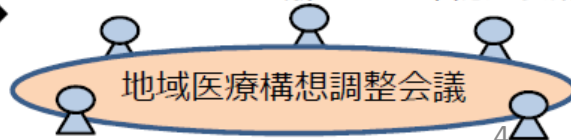
①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- 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



具体的対応方針の検証の対象について

- 厚生労働省は診療実績が少ない医療機関や、他の医療機関と競合している医療機関を明らかにすることを目的として、2019年年央までに、各医療機関の診療実績について、

- A 各分析項目について、診療実績が特に少ない。
- B 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（「類似かつ近接」とする）。

のいずれかの要件を満たす分析項目について「代替可能性がある（注）」とし、その結果を都道府県に提供する。

注： ある分析項目について「A 各分析項目について、診療実績が特に少ない」という要件に該当するが、当該構想区域内に当該診療行為を行っている医療機関が他にない場合、ただちに代替する医療機関があるとは言えないものではあるが、患者の流出入を勘案しながら、隣接する構想区域の医療機関の実績等も踏まえ、代替可能性等を確認することも考えられることから、「代替可能性がある」と評価することとする。

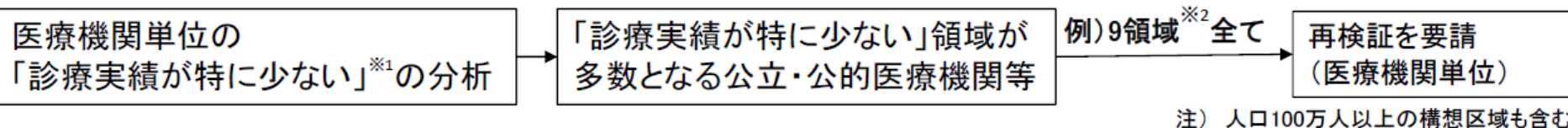
- 特に、今回、具体的対応方針の再検証の対象となる公立・公的医療機関等について、分析の結果から、
 - ・ 1つ以上の分析項目において、「代替可能性がある」とされた医療機関を、「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等」、
 - ・ 「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等」のうち、大半の分析項目について「代替可能性がある」とされた医療機関を、「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」、として位置づけることとする。
- なお、全く診療実績のない分析項目については、「代替可能性がある」とはしていないが、大半の分析項目について、全く診療実績がない場合（注）は、医療機関として公立・公的医療機関等でなければ担えない役割に重点化できていないと考えられることから、そのような場合は、「再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等」として考えることとする。

注： 全く診療実績がない項目と「代替可能性がある」項目のいずれかが大半となる場合も含む。

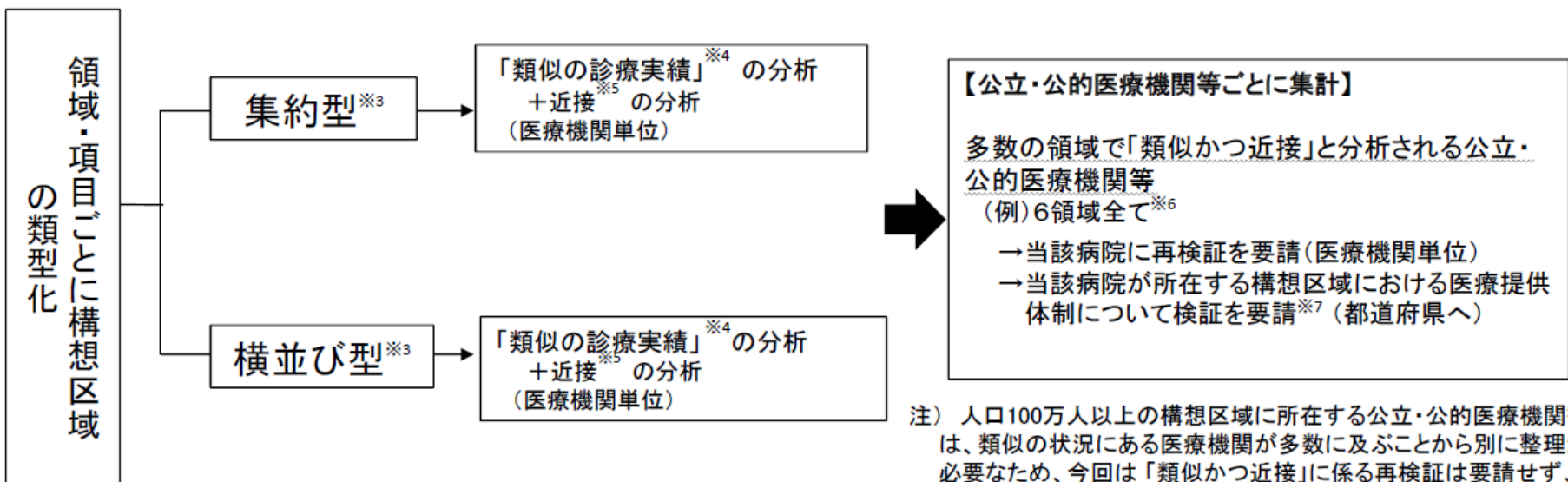
- 地域医療構想の実現に向けては、各地域において住民に必要な医療を、質が高く効率的な形で不足なく提供できているかどうか、という視点の議論が不可欠である。
- また、具体的対応方針の再検証を行うにあたっては、地域医療構想調整会議の活性化が不可欠であり、それにより、地域の実情に応じた医療提供体制の構築が一層推進されると考えられる。
- これらのことから、地域の医療提供体制の現状や将来像を踏まえつつ、個々の医療機関の医療提供内容の見直しを行う際には、
 - ・医療の効率化の観点から、ダウンサイジングや、機能の分化・連携、集約化
 - ・不足ない医療提供の観点から、機能転換・連携
 等を念頭に検討を進めることが重要である。
 （これらの選択肢が全て「再編統合」に含まれると解する。）
- そのため、「**再編統合の必要性について特に議論が必要な公立・公的医療機関等**」（「**再検証対象医療機関**」とする。）とされた医療機関が行う具体的対応については、地域の他の医療機関等と協議・合意の上で行う上記の選択肢全てがとりうる選択肢となる。

※ 一部の公立・公的医療機関等が、地域のその他の医療機関との連携のあり方を考慮することなく医療機関同士を統合することにより、その他の医療機関の医療提供のあり方に不適切な影響を与えることがないよう、将来の医療提供体制について、関係者を含めた十分な協議を行うことが重要である。

A) 「診療実績が特に少ない」の分析(がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能の9領域)



B) 「類似かつ近接」の分析(がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期の6領域)



※1 「診療実績が特に少ない」の分析を実施する方法は別紙において詳述する。

※2 「診療実績が特に少ない」領域には、実績が全く無い領域を含む。

※3 領域・項目ごとに構想区域を「集約型」、「横並び型」に分類する方法は別紙において詳述する。

※4 「集約型」及び「横並び型」ごとに「類似の診療実績」の分析を実施する方法は別紙において詳述する。

※5 医療機関同士の近接について判断する方法は別紙において詳述する

※6 実績が全く無い領域も「類似かつ近接」に準じて合計する。

※7 都道府県に対し、検証を要請する内容については、別紙において詳述する。

- 具体的対応方針の記載事項は、従前から以下の2点としており、今回の具体的対応方針の再検証により、①及び②の見直しの検討が必要となる。

① 2025年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割

② 2025年に持つべき医療機能^{※1}別の病床数 (※1 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4つの医療機能のこと)

- なお、具体的対応方針の再検証に必要とされる公立・公的医療機関等や地域における詳細な検討プロセスに係る論点等は、別途整理し、提示する予定であるが、①及び②の見直しについては、少なくとも当該医療機関における
 - ・分析項目等に係る診療科の増減やそれぞれの診療科で提供する内容(手術を提供するか等)の変更
 - ・前項の検討に伴って、医師や医療専門職等の配置等についての検討が必要になると想定される。
- その際、構想区域の今後の人口構成の変化や、それに伴う医療需要の変化も踏まえる必要がある。
- これらの検討結果を踏まえ、
 - ・①の見直し例として、「周産期医療を他医療機関に移管」、「夜間救急受け入れの中止」等
 - ・②の見直し例として、「一部の病床を減少(ダウンサイジング)」、「(高度)急性期機能からの転換」等の対応^{※2}が考えられる。

※2 例えば、A病院の消化器がん機能の手術機能をB病院に移管とし、A病院は、50床(1病棟)を削減(ダウンサイジング)するとする。
⇒具体的対応方針としては、A病院の病床のうち、急性期病床50床の減少が報告される。

具体的対応方針の再検証の要請について

- 今回実施した診療実績データの分析結果を踏まえて、各公立・公的医療機関等において、各構想区域の人口推計、将来の医療需要の変化などと併せて、地域の実情および必要に応じて、構想区域内での各医療機関の役割を見直すことなどを通して、具体的対応方針の見直し、確認を行うことが適切である。
- 特に、今回、一部の領域においては「診療実績が特に少ない」ことや「類似かつ近接」と分析される公立・公的医療機関等が明らかとなることがあるため、公立・公的医療機関等に対しては、診療実績データの分析の結果、再検証の要請の対象ではないが、これらの「診療実績が特に少ない」ことや「類似かつ近接」と分析された領域について、地域の実情に応じて、具体的対応方針の見直しの必要性を検討するよう求めることとする。
- その上で、対象となる全ての領域(※)で「診療実績が特に少ない」もしくは「類似かつ近接」とされた医療機関に対して具体的対応方針の再検証を要請することとする。
 - ・ この際、上記医療機関に対しては、診療実績の分析結果を踏まえて、原則、具体的対応方針を変更することを前提に、具体的対応方針の再検証を要請することとし、その再検証の結果については、地域医療構想調整会議において協議の上で合意を得ることを求めることとする。
 - ・ ただし、例えば、近隣に医療機関がない場合で、診療実績の分析対象となっていない医療の提供が地域にとって重要である場合や、ダウンサイジング等の一定の対応をとることで既に合意されているような場合など、具体的対応方針の変更を検討する際に特に留意が必要な事項がある場合は、これらの点について、地域医療構想調整会議において、明示的かつ丁寧な議論を行うことが重要である。

※ 「診療実績が特に少ない」の分析の対象：がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能の9領域の全て
「類似かつ近接」の分析の対象：がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期の6領域の全て

公立・公的医療機関等に求める議論について②

- なお、いくつかの領域において「診療実績が特に少ない」又は、「類似かつ近接」に該当しているのにも関わらず、2019年3月末までに策定・合意された具体的対応方針において機能や病床数の変更を行っていない医療機関に対しては、対応が必要と考えられる。
- そのため、2019年3月末までに策定・合意された具体的対応方針が、現状追認(※)となっているような医療機関に対しても具体的対応方針についての議論を求めることとする。
 - ・ ただし、具体的対応方針が現状追認となっている場合であっても、近隣に医療機関がない場合で、診療実績の分析対象となっていない医療の提供が地域にとって重要である場合など、具体的対応方針の変更を検討する際に特に留意が必要な事項がある場合は、これらの点について、地域医療構想調整会議において、明示的かつ丁寧な議論を行うことが重要である。
 - ・ 具体的対応方針の変更を行う場合には、地域医療調整会議で合意を得ることを求めることとする。

※ 2025年時点における機能と病床数、担う役割等(具体的対応方針)が、現在の機能と病床数、担っている役割等について大きな変更がない場合、もしくは具体的対応方針における病床数が現在の病床数よりも多い場合を、「現状追認」とする。

② 構想区域全体に求める検証の内容について

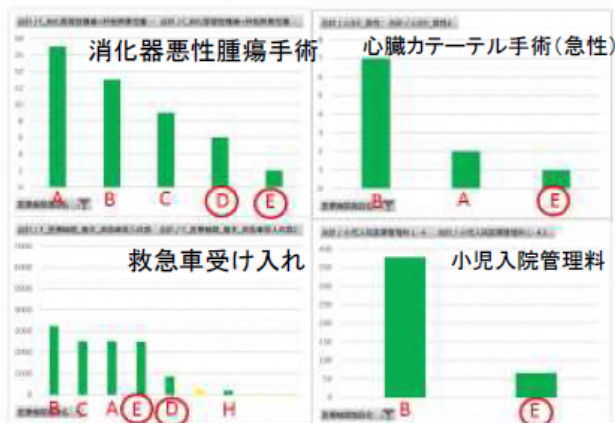
令和元年
9月6日

第23回 地域医療
構想に関するWG

資料2

- 「多数の領域で『類似かつ近接』と分析される医療機関」を有する構想区域については、
 - ・当該医療機関と類似の実績を有する他の医療機関が領域ごとに異なること
 - ・そのため、機能連携や機能再編等の相手方の医療機関が領域ごとに異なることや複数の医療機関にわたること等が予想される。

多数の領域で「類似かつ近接」と分析される医療機関を有する構想区域の例



- 左図の構想区域では、例えば、D及びE医療機関が、「多数の領域で『類似かつ近接』と分析される医療機関」と考えられるが、これらの医療機関以外に実績を有するのは下記の医療機関である。
 - ・消化器悪性腫瘍手術では、A,B,C
 - ・心臓カテーテル手術では、B,A
 - ・救急車受け入れでは、B,C,A
 - ・小児入院管理料では、B
- そのため、領域ごとに、機能連携や機能再編等に関する協議を実施する相手方が異なる。
- また、機能再編等を行う際には、その他の医療機関との連携等についても検討する必要がある。

- そのため、「多数の領域で『類似かつ近接』と分析される医療機関」を有する構想区域において、構想区域全体の2025年の医療提供体制について、目指すべき姿(少なくとも、6領域についての医療機関ごとの役割分担等(「多数の領域で『類似かつ近接』と分析される医療機関」のあり方も含む))を検証することを都道府県に対して要請してはどうか。

公立・公的医療機関等に求める再検証のスケジュールについて

- 具体的対応方針の再検証の要請を受けた際は、再編統合(ダウンサイジングや、機能の分化・連携・集約化、機能転換・連携等を含む)について特に議論が必要な公立・公的医療機関等は、構想区域の他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て、協議し、遅くとも2020年9月末までに結論を得ることとしてはどうか。
- この際、公立病院については当該自治体の議会に、公的医療機関等については、該当する場合はその団体本部に対し、地域医療構想調整会議の協議に諮ることの合意が必要な場合は、予め得ておくこととしてはどうか。(再検証後の具体的対応方針の内容を議会に承認されるには時間を要する可能性があるため、議会等の承認が必要な場合については、当該承認を得ることについて、時期はいつでも良い。)
- 「多数の領域で『類似かつ近接』と分析される医療機関」を有する構想区域において、構想区域全体の2025年の医療提供体制について、目指すべき姿を検証することを都道府県に対して要請する際には、上記に伴って検討を行い、遅くとも2020年9月末までに地域医療構想調整会議の結論を得ることとしてはどうか。
- 一方で、具体的対応方針の再検証において、再編統合(ダウンサイジングや、機能の分化・連携・集約化、機能転換・連携等を含む)を伴わない場合については、2020年3月末までに結論を得ることとしてはどうか。
 - ※ 2019年3月末までに策定・合意された具体的対応方針が、現状追認となっているような医療機関に対しても具体的対応方針についての議論を求める際、上記と同様のスケジュールで進めることとしてはどうか。

具体的対応方針の再検証の要請対象について①

追加配付資料 2

① 具体的対応方針の再検証の要請対象となる医療機関数 (公立病院/公的医療機関等数別)

再検証要請対象医療機関数			
	公立病院数	公的医療機関等病院数	
			民間の地域医療 支援病院数
424	257	167	17

(参考) 分析の対象となった医療機関数

総医療機関数※				
	公立・公的医療機関等病院数			
	公立病院数	公的医療機関等病院数		民間の地域医療 支援病院数
4549	1455	711	744	156

※1 一般病床もしくは療養病床を持つ医療機関であって、平成29年病床機能報告において「高度急性期」もしくは「急性期」病床を持つ医療機関の総数。

※2 平成29年度病床機能報告データに基づく

具体的対応方針の再検証の要請対象について②

② 具体的対応方針の再検証の要請対象となる医療機関数 (下記のA/B該当別)

A : 対象となる全ての領域 (がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修・派遣機能)
で「診療実績が特に少ない」とされた医療機関

B : 対象となる全ての領域 (がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期)
で「類似かつ近接」とされた医療機関

公立・公的医療機関総数※								
	再検証要請対象医療機関							
	Aに該当				Bに該当			
	Aに該当するが Bには該当しない		AにもBにも該 当する		Bに該当するが Aに該当しない		BにもAにも該 当する (再掲)	
1455	424	277	117	160	307	147	160	

※1 一般病床もしくは療養病床を持つ医療機関であって、平成29年病床機能報告において「高度急性期」もしくは「急性期」病床を持つ公立公的医療機関等の総数。

※2 平成29年度病床機能報告データに基づく

プラン作成対象/データ分析対象/再検証要請対象について

・医療機関数

医療機関数	プラン対象	データ分析対象	
			具体的対応方針の再検証要請対象
新公立病院改革プラン対象病医院	823	711	257
公的医療機関等2025プラン対象病院	828	744	167
合計	1,652	1,455	424

・構想区域数

構想区域	プラン対象医療機関がある区域	データ分析対象医療機関がある区域	
			具体的対応方針の再検証要請対象医療機関がある区域
新公立病院改革プラン対象病院がある区域	297	291	147
公的医療機関等2025プラン対象病院がある区域	258	247	111

- ※1 構想区域数は全部で339区域
 ※2 平成29年度病床機能報告データに基づく

第24回地域医療構想に関するWG (2019年)	参考資料 1-2
令和元年9月26日	

※令和元年9月26日付の本表（平成29年度病床機能報告に基づく分析）は、今後、都道府県の確認を経て確定版とする。

都道府県コード	都道府県名	コード	医療機関施設名	設置主体	総合病棟数	高度急性期病棟数	急性期病棟数	回復期病棟数	慢性期病棟数	外科中等病棟数	療養病床数 (高度急性期・急性期病棟)	人口区分	公立・公的医療機関等	A 診療実績が少ない がん		B 類似かつ近接 がん		再検証申請対象医療機関
														研修・派遣機能 へき地医療 災害医療 周産期医療 小児医療 救急医療 臨空中 心臓血管等の心血管疾患	がん	がん	がん	
29	奈良県	2905	南和 12929072 南和広域医療企業団南奈良総合医療センター	9市町村	232	8	188	36	0	0	88%	○	3	●	●	●	●	2
30	和歌山県	3001	和歌山 13029020 海南医療センター	9市町村	150	8	142	0	0	0	72%	○	3	●	●	●	●	6 ●
30	和歌山県	3001	和歌山 13029084 和歌山県立医科大学附属病院	10地方独立行政法人	760	635	125	0	0	0	89%	○	3	○	○	○	○	2
30	和歌山県	3001	和歌山 13029092 独立行政法人労働者健康福祉機構和歌山労災病院	4独立行政法人労働者健康安全機構	303	4	299	0	0	0	97%	○	3	○	○	○	○	5
30	和歌山県	3001	和歌山 13029118 国保野上厚生総合病院	9市町村	154	0	43	57	54	0	66%	○	3	●	●	●	●	6 ●
30	和歌山県	3001	和歌山 13029135 日本赤十字社和歌山医療センター	11日赤	865	614	138	0	0	113	84%	○	3	○	○	○	○	0
30	和歌山県	3001	和歌山 13029157 済生会 和歌山病院	12済生会	200	0	160	40	0	0	96%	○	3	○	○	○	○	6 ●
30	和歌山県	3002	那賀 13029064 公立那賀病院	9市町村	300	0	300	0	0	0	82%	○	4	●	●	●	●	1
30	和歌山県	3003	橋本 13029022 橋本市民病院	9市町村	300	6	244	50	0	0	84%	○	5	○	○	○	○	0
30	和歌山県	3004	有田 13029004 社会福祉法人 恩賜財団 済生会 有田病院	12済生会	184	0	104	80	0	0	82%	○	5	○	○	○	○	4
30	和歌山県	3004	有田 13029070 有田市立病院	9市町村	153	0	54	99	0	0	53%	○	5	○	○	○	○	5
30	和歌山県	3005	御坊 13029007 国保日高総合病院	9市町村	274	8	214	52	0	0	69%	○	5	○	○	○	○	1
30	和歌山県	3005	御坊 13029144 独立行政法人 国立病院機構 和歌山病院	2独立行政法人国立病院機構	295	0	85	0	210	0	62%	○	5	○	○	○	○	5
30	和歌山県	3006	田辺 13029038 独立行政法人国立病院機構南和歌山医療センター	2独立行政法人国立病院機構	316	22	294	0	0	0	92%	○	4	○	○	○	○	3
30	和歌山県	3006	田辺 13029119 紀南病院	9市町村	352	14	338	0	0	0	86%	○	4	○	○	○	○	1
30	和歌山県	3006	田辺 13029082 国保すさみ病院	9市町村	72	0	48	0	24	0	33%	○	4	●	●	●	●	5 ●
30	和歌山県	3007	新宮 13029034 那智勝浦町立温泉病院	9市町村	150	0	45	45	60	0	74%	○	5	●	●	●	●	6 ●
30	和歌山県	3007	新宮 13029089 くしもと町立病院	9市町村	130	0	90	0	40	0	76%	○	5	●	●	●	●	3
30	和歌山県	3007	新宮 13029115 新宮市立医療センター	9市町村	300	0	250	50	0	0	82%	○	5	○	○	○	○	1
31	鳥取県	3101	東部 13129026 鳥取赤十字病院	11日赤	400	64	336	0	0	0	70%	○	3	○	○	○	○	5
31	鳥取県	3101	東部 13129035 鳥取県立中央病院	8都道府県	417	46	371	0	0	0	91%	○	3	○	○	○	○	0
31	鳥取県	3101	東部 13129071 岩美町国民健康保険若美病院	9市町村	110	0	60	0	50	0	92%	○	3	●	●	●	●	6 ●
31	鳥取県	3101	東部 13129032 国民健康保険智頭病院	9市町村	52	0	52	0	0	0	88%	○	3	○	○	○	○	5
31	鳥取県	3102	中部 13129004 鳥取県立厚生病院	8都道府県	300	106	151	43	0	0	79%	○	4	○	○	○	○	0
31	鳥取県	3103	西部 13129017 日南町国民健康保険日南病院	9市町村	99	0	59	0	40	0	57%	○	3	●	●	●	●	5 ●
31	鳥取県	3103	西部 13129019 独立行政法人労働者健康安全機構山陰労災病院	4独立行政法人労働者健康安全機構	377	8	369	0	0	0	79%	○	3	○	○	○	○	2
31	鳥取県	3103	西部 13129040 鳥取県済生会 境港総合病院	12済生会	197	0	107	60	30	0	79%	○	3	○	○	○	○	8
31	鳥取県	3103	西部 13129067 日野病院	9市町村	99	0	99	0	0	0	78%	○	3	●	●	●	●	4
31	鳥取県	3103	西部 13129077 鳥取大学医学部附属病院	3国立大学法人	657	657	0	0	0	0	92%	○	3	○	○	○	○	0
31	鳥取県	3103	西部 13129080 独立行政法人国立病院機構米子医療センター	2独立行政法人国立病院機構	270	0	250	0	20	0	80%	○	3	○	○	○	○	6
31	鳥取県	3103	西部 13129081 南部町国民健康保険西伯病院	9市町村	99	0	49	0	50	0	85%	○	3	●	●	●	●	6 ●
32	島根県	3201	松江 13229046 松江市立病院	9市町村	416	207	209	0	0	0	78%	○	3	○	○	○	○	3
32	島根県	3201	松江 13229075 安来市立病院	9市町村	183	0	100	35	48	0	66%	○	3	○	○	○	○	7
32	島根県	3201	松江 13229085 松江赤十字病院	11日赤	552	260	292	0	0	0	81%	○	3	○	○	○	○	0
32	島根県	3201	松江 13229022 独立行政法人国立病院機構松江医療センター	2独立行政法人国立病院機構	328	0	48	50	230	0	74%	○	3	●	●	●	●	9 ●

※非公開

島根県地域医療拠点病院取扱要領

1 目的

へき地診療所等への代診医等の派遣、医療機関従事者に対する研修、遠隔診療支援等の診療支援事業が実施可能な病院を、概ね二次医療圏単位で地域医療拠点病院として指定し、地域医療支援機構の指導・調整のもとに各種事業を行い、地域における住民の医療を確保することを目的とする。

2 事業の実施主体

この事業の実施主体は、知事の指定を受けた病院の開設者とする。

3 地域医療拠点病院の指定

①知事の指定

知事は、原則として医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として概ね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区（以下「無医地区」という。）及び無医地区ではないが、これに準じて医療の確保が必要と知事が判断し、厚生労働大臣に協議し適当と認められた地区（以下「無医地区に準じる地区」という。）等を対象として、地域医療支援機構の指導・調整の下に巡回診療、へき地診療所等への医師派遣、へき地診療所の医師等の休暇時等における代替医師等の派遣等の4に掲げる事業（4（1）、（2）又は（5）のいずれかの事業は必須）を実施した実績を有する又はこれらの事業を当該年度に実施できると認められる病院を地域医療拠点病院として指定するものとする。

②指定の手続

ア 地域医療拠点病院の指定を受けようとする者は、原則として様式1により各保健所を経由して、知事に申請を行う。

イ 各保健所は、アの申請書を受理した場合には、地域医療対策会議（地域医療検討会議）の意見書を付して、医療政策課あて送付する。

ウ 医療政策課は、アの申請書及びイの意見書を受理した場合には、これを地域医療支援会議に諮り、地域医療支援会議は、地域医療対策会議（地域医療検討会議）の意見を踏まえて、知事に対して当該指定の可否について意見を述べる。

エ 知事は、ウの意見を踏まえて、当該指定の可否を決定する。

4 事業の内容

地域医療拠点病院は、地域医療支援機構の指導・調整の下に次に掲げる事業の全部又は一部を行うものとする。

（1）巡回診療等による地域住民の医療確保に関すること。

（2）へき地診療所等への医師及び看護師等の派遣（へき地診療所の医師等の休暇時等における代替医師等の派遣（継続的な医師派遣も含む）を含む。）並びに技術指導、援

助に関すること。

- (3) 派遣医師等の確保に関すること。
- (4) 地域の医療従事者に対する研修及び研究施設の提供に関すること。
- (5) 遠隔医療等の各種診療支援に関すること。
- (6) 地域の医療機関との連携による「ブロック制（拠点となる病院と近隣の診療所等との間において、週1～2日診療所等の医師が病院で勤務し、替わりに診療所では病院医師が専門診療を行い、学会や研修会出席時等における代診を相互に行う医師の相互交流システム）」等の推進に関すること。
- (7) その他市町村が地域における医療確保のために実施する事業に対する協力に関すること。

5 整備基準

(1) 施設

地域医療拠点病院の診療機能を高めるとともに、地域からの入院患者の受入に応じるための病棟、検査、放射線、手術部門及び医師住宅を設けるものとする。

(2) 設備

地域医療拠点病院として必要な医療機器及び歯科医療機器を整えるものとする。

6 事業計画及び事業実績報告

(1) 事業計画

地域医療拠点病院は、毎年度3月末日までに、翌年度の事業計画書を様式2により作成して、各保健所を経由して、知事に提出するものとする。

(2) 事業実績報告

地域医療拠点病院は、毎年度4月末日までに、前年度の事業実績報告書を様式3により作成して、各保健所を経由して、知事に提出するものとする。

7 活動評価

地域医療拠点病院の活動については、毎年度、地域医療支援会議において評価を行うものとする。

8 指定の取り消し

知事は、地域医療拠点病院が上記3の①に掲げる指定条件を満たしていないと判断した場合には、地域医療支援会議の意見を踏まえて、当該病院に係る指定の取り消しを行うことができるものとする。

附則

この要領は平成17年4月1日から適用する。

附則

この要領は平成22年4月1日から適用する。

医師確保計画の検討状況について

【計画の概要】

- ・保健医療計画の一部として、全県及び二次医療圏ごとに策定
- ・医師全体の計画と、産科・小児科の計画を策定
- ・計画期間は、初回 2020 年から 2023 年までの 4 年間、以降 3 年ごとに策定

【国のガイドラインの概要】

○医師の偏在の状況把握

- ・国は、統一的・客観的に医師の多寡を表す「医師偏在指標」を算出
- ・医師偏在指標の値を一律に比較し、三次医療圏は医師多数都道府県及び医師少数都道府県、二次医療圏は医師多数区域及び医師少数区域を設定

区域	三次医療圏（都道府県）	二次医療圏
医師多数 〔全国の上位 1/3〕	<ul style="list-style-type: none"> ・他の都道府県からの医師の確保は行わない ・医師数を増やすことを目標としない 	<ul style="list-style-type: none"> ・他の二次医療圏からの医師の確保は行わない ・医師数を増やすことを目標としない
医師少数 〔全国の下位 1/3〕	<ul style="list-style-type: none"> ・下位 1/3 を脱するため、医師の増加を医師確保の基本とする ・医師多数都道府県からの医師の確保ができる ・上位 1/3 の下限までの範囲で医師を増やす目標を設定 	<ul style="list-style-type: none"> ・下位 1/3 を脱するため、医師の増加を医師確保の基本とする ・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 ・上位 1/3 の下限までの範囲で医師を増やす目標を設定
その他 〔医師多数及び医師少数のどちらにも該当しない〕	<ul style="list-style-type: none"> ・医師少数区域が存在する場合は、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 ・医師数を増やすことを目標としない 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて医師多数の水準に至るまでは医師多数区域からの医師の確保ができる ・上位 1/3 の下限までの範囲で医師を増やす目標を設定

○「医師少数スポット」の設定

- ・より細かい地域の医療ニーズに応じた対策のため、二次医療圏よりも小さい単位の地域で、局地的に医師が少ない地域を設定し、医師少数区域と同様に医師の確保ができる。

○医師確保計画に記載すべき内容（以下 1～2 は三次医療圏及び二次医療圏ごとに策定）

- 1 医師確保の方針〔考え方は上記の表のとおり〕
- 2 確保すべき医師の数の目標（目標医師数）〔考え方は上記の表のとおり〕
- 3 目標医師数を達成するための施策〔医師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〕

【県の対応】

○H31. 4. 1 に国が暫定値として示した医師偏在指標では、地理的な条件など島根県の実情が十分考慮されていないことから、指標の見直しや国の支援充実等を要望（中国知事会、全国知事会）

【計画の内容に関する検討状況】

◎県の医師確保計画 … 地域の実情に応じた医療機能の維持・確保を推進する計画とする

区域 ※暫定	医師少数スポットの設定	圏域等	医師確保の方針（案）
その他		島根県	県内の医師の地域偏在や診療科偏在への対応、高齢医師の世代交代や後継者不足に備え、病院の体制を強化するなど、地域に必要なとされる医師を確保する。
医師多数	設定	松江・出雲	機能分化と相互連携により、効率的な医療提供体制を構築するとともに、不足する診療科の勤務医師を確保する。
その他	設定	浜田	医師の地域偏在や診療科偏在、高齢化等の課題が顕著であることから、これに対応するため必要な医師を確保する。
医師少数		雲南・大田・益田・隠岐	

※2024 年からの医師の働き方改革により必要な体制が明確となった際には、その実現に向けて必要な見直しを行う。

○少数スポットの設定の考え方（案）

過疎地域、特定農山村地域、辺地地域等のうち、以下に該当する公民館等の地区

- ・公立・民間診療所が少数の地区
- ・特定地域医療機関*のある地区

*過疎地域（松江市・出雲市以外）に所在し、へき地勤務の扱いとなる病院等

○目標医師数を達成するための施策（案）

- ・島根大学等と連携し、特に松江・出雲圏域以外の地域病院への派遣促進
- ・医師不足地域等への医師配置に向けた、キャリア形成プログラムと医師への支援策の充実、及びしまね地域医療支援センターの機能強化
- ・総合診療医の育成のための体制強化と学生への PR 強化
- ・診療応援等の連携体制強化（特に圏域内での連携法人の活用等を推進）
- ・子育て中の医師が少数区域等に赴任しやすい環境整備やサポートの充実

【産科・小児科の医師確保計画】

○国は、産科・小児科における医師偏在指標の値を一律に比較し、下位 1 / 3 を相対的医師少数区域に設定（相対的多数区域は設定しない）

○相対的医師少数区域（暫定）：〔産科〕益田圏域、〔小児科〕雲南圏域

○県の検討状況

・各圏域で確保する医師数については、圏域の機能を維持することを前提に、将来の分娩体制や診療体制について大学や関係者と検討中

※非公開

雲南圏域医師確保計画について

1 はじめに

- ・平成30年度、雲南圏域では病院事務長会議や市町の首長や病院長及び医師会長から地域医療検討会議を開催し、国からの情報をもとに、医師確保計画についての勉強会や意見交換を実施
- ・令和元年度に入り、国から発出された「医師確保計画策定ガイドライン」を踏まえるとともに、昨年度の当圏域での各種会議の意見交換を参考に骨子案を作成
- ・今後、県から示される素案等に基づき、骨子案の構成等の変更や文章化をしていくが、雲南圏域では雲南地域医療対策会議医療部会で検討

2 医師確保計画を通じた医師偏在対策の必要性と方向性

- ・医師の偏在は長きにわたり課題として認識され、地域枠の創設等医師数の増加を図ってきたが、依然、地域や診療科といったマイクロ領域で医師不足の状況
- ・早急に実効的な医師偏在対策を講ずるため、2018年医療法及び医師法が改正
- ・今後、医師数の多寡状況を統一的・客観的に把握するための「ものさし」として「医師偏在指標」を導入し、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ける医師確保を集中的に検討
- ・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、2036年までに医師偏在是正を図ることを長期目標に策定

3 医師確保計画の留意事項

- ・2次医療圏における病床の機能分化・連携の方針である地域医療構想に留意
- ・医師の労働時間の短縮等医師の働き方改革の推進のためには、雲南圏域の医療提供体制全体として医師確保を行うことが重要
- ・地域における医療提供体制整備にあたっては、大学との連携体制が不可欠

4 医師確保、医師不足の現状と課題

(1) 医師確保

- ・雲南圏域は医師少数区域に該当しており、慢性的に医師不足が課題となっている。
- ・また、医師の高齢化、後継者不足の課題があり、今後、さらに医師不足が顕著になることが危惧されている。
- ・市町、医療機関が連携して島大地域枠入学者の確保、医学生の研修等を実施している。
- ・地域の医療ニーズに対応できる総合的な診療能力を有し、プライマリ・ケアを実践できる医師の養成が求められている。

(2)産科

- ・圏域内に分娩施設は2施設あり、年間120件程度の分娩を取り扱っている。
- ・各施設に所属する医師は1名ずつの体制であり、医師に多くの負担がかかっている。
- ・分娩を取り扱う病院において、医師2名以上の体制を確保できるよう、分娩体制のあり方を検討する必要がある。

(3)小児科

- ・雲南圏域で勤務する小児科医は病院医師2名、診療所医師1名の計3名であり、国が示した小児科医師偏在指標では少数区域に該当している。今後、少数区域解消のためには医師の増員が必要である。
- ・小児科医が不足している状況もあり、小児科のある二次救急医療機関への休日・夜間の受診が増加し、入院を要する救急患者の対応に支障をきたしている状況もある。

5 医師偏在指標

別添

6 医師確保の方針

- ・医師少数区域である雲南圏域は、医師の地域偏在や診療科偏在、高齢化等の課題が顕著であることから、これに対応するために必要な意思を確保していく。

7 目標医師数

別添

8 目標医師数を達成するための施策

(1)キャリア形成プログラムの運用

ア キャリア形成プログラム受入の体制整備

- ・基幹型臨床研修病院の指定や総合診療医等専門医取得のための指導体制等、キャリア形成プログラムを雲南圏域で実施できるような体制整備

イ 雲南圏域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保

- ・指導医の確保
- ・雲南圏域に根ざしたコース設定と魅力あるプログラムの実施
- ・各病院共同の技術習得のための研修の実施
- ・対象者が希望する研修の受講支援
- ・多職種連携や地域マネジメント、保健指導等についてのスキルを身につける機会の確保

ウ キャリア形成プログラム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

- ・ 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、適切なコースやプログラムの選択支援
- ・ 対象者からのキャリア形成相談窓口の設置
- ・ 対象者個々人のニーズに応じたオーダーメイドのプログラムの実施
- ・ 他圏域から雲南圏域に通勤する医師が働きやすいような勤務体系への配慮
- ・ 地域住民との交流等地域の環境に適応できるような配慮の実施

(2) 医師派遣調整に向けての体制整備

- ・ 医師多数区域の医療機関は医師少数区域へキャリア形成プログラム適用外医師派遣等についても努力し、派遣先医療機関はキャリア形成プログラムと整合性をとることとされていることから、指導医クラス医師の受入環境の整備が必要
- ・ 病床機能の分化と連携を一層進め、派遣が必要な診療科と医師数の絞り込み
- ・ 一方で高度急性期・急性期患者紹介率の向上等も側面的な体制整備として必要
- ・ 非常勤医師による病院の巡回診療等効率的な活用の体制整備

(3) 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

- ・ 特定行為に係わる看護師の確保や医療事務作業補助者の確保
- ・ 初療時の予診、検査手順の説明や入院の説明、薬の説明や服薬の指導、静脈採血・静脈注射、尿道カテーテル等の留置、診断書等の代行入力等タスクシフティングの推進
- ・ 医師から看護師へタスクシフティングが推進できるよう、看護師からタスクシフティングを促すための看護助手の確保
- ・ 短時間勤務等の多様な働き方の推進、宿日直・時間外勤務の調整、宿日直業務のための環境整備、出産・育児期の弾力的な勤務、出産・育児期の自己研鑽のためのe-ラーニングの推進、キャリアパスの可視化、病児保育等保育サービスの充実等女性医師等に対する支援
- ・ 宿日直業務への応援態勢を確保し、当直明けの勤務負担の緩和
- ・ 複数主治医制の導入
- ・ 勤務医師の休養や研修等参加の際の代務医師の確保の連携体制の構築と費用負担のルール化
- ・ 医師が健康を確保しながら働くことができるよう福利厚生の実施

(4) 地域医療介護総合確保基金の活用

- ・ 必要に応じ地域医療介護総合確保基金を活用

(5) その他

- ・ 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
- ・ 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受入
- ・ 地域卒医学生、雲南圏域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の整備

- ・ 広く医師を確保するための若手医師向けのイベントや研修プログラム等を実施
- ・ 全国に向けてソーシャル・ネットワーク・サービス（SNS）等を活用して発信
- ・ 個別医師のキャリア等が可視化された全国データベースの活用

※長期的施策(地域枠・地元出身者枠の設定や選抜方式等)は県全体で記載予定

(6)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)周産期医療・小児医療の提供体制等の見直し

- ・ 周産期医療・小児医療の提供体制を効率化するための集約化・重点化
- ・ 妊産婦健診や長期療養児等フォロー等集約された病院から他病院への支援
- ・ 病院の集約化・重点化により医療機関までのアクセス時間が増大する住民への支援
- ・ 容態の急変等に備えて病院間の情報共有の推進と救急搬送体制の整備
- ・ 小児科以外の医師による小児のプライマリケアや休日・夜間診療への参画支援
- ・ 小児の在宅医療に係る多職種連携の推進

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の県による産科・小児科における医師派遣調整

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

- ・ 女性医師にも対応した勤務環境改善等の支援
- ・ 予防接種等のタスクシェアと院内助産等のタスクシフトの推進
- ・ 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
- ・ チーム医療の推進、交代勤務制（日夜勤制）の導入、連続勤務の制限等勤務環境の改善
- ・ 時短勤務・時差出勤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。

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により関係構築し、診療科選択への動機付け
- ・ 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なキャリア形成プログラムの設定
- ・ 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

令和元年11月6日
島根県医療政策課

島根県医師確保計画【産科】骨子（たたき台）

1 基本的考え方

- ・国の指標作成データの医師数は2016年12月31日現在の医師・歯科医師・薬剤師調査を根拠としているが、より現状に沿った計画とするため、県計画の勤務医師数は2019年4月1日現在の勤務医師調査（医療政策課）、診療所医師数は2019年4月1日現在の島根県周産期医療に関する調査（健康推進課）を根拠とする。
- ・国の指標作成データの医師数は分娩を取り扱わない医療機関の医師数も含まれているが、分娩件数から偏在対策基準医師数^{*}を算出しているため、県計画で確保する産科医師は、分娩を取り扱う病院及び診療所の医師とする。
- ・計画期間は、2020年から2023年の4年間。

^{*}偏在対策基準医師数とは、計画終了時点の医師偏在指標が、計画開始時点の「相対的医師少数三次医療圏」、「相対的医師少数区域」の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数。

2 現状

- ・「総合周産期母子医療センター」である県立中央病院、及び「地域周産期母子医療センター（特定機能病院）」である島根大学医学部附属病院は、県全域のリスクの高い妊娠に対し、高度な医療を提供している。
- ・「地域周産期母子医療センター」である松江赤十字病院、益田赤十字病院は、それぞれ県東部、県西部地域において比較的高度な周産期医療を提供している。
- ・松江圏域及び出雲圏域は、診療所が一定の分娩を取り扱い、病院との連携や役割分担により分娩機能が提供されている。
- ・雲南圏域、大田圏域、浜田圏域、益田圏域及び隠岐圏域は、分娩を取り扱う診療所がなく、分娩は病院が担っている。
- ・中山間地の分娩を取り扱う病院では、医師が1人体制である。
- ・国の医師偏在指標による医師少数区域は、益田圏域となっている。

3 県の医師（分娩を取り扱う病院の医師）確保の方針

- ・各圏域において分娩・健診ができる機能を確保する。
- ・県全体の周産期医療体制を支えるため県立中央病院と島根大学医学部附属病院の役割分担を進める。
- ・医師と助産師の連携や、院内助産、助産師外来の体制づくりを進める。
- ・将来的に、分娩を取り扱う病院は医師2名以上の体制を確保できるよう、分娩体制のあり方検討を進める。
- ・2024年からの医師の働き方改革により必要な体制が明確となった際には、その実現に向けて見直しを行う。

※参考：分娩を取り扱う施設では、1施設あたり5名以上の医師が必要（日本産科婦人科学会試算）

4 各圏域の医師（分娩を取り扱う病院の医師）確保の方針

圏域	内 容
松江圏域	現行の体制を維持するため医師を確保する
雲南圏域	現行体制の維持を基本とするが、奥出雲病院の分娩体制が維持できなくなることを想定した圏域の分娩体制を検討し、方向性をまとめる
出雲圏域	ハイリスク分娩など高度な医療の提供や教育研究機関の役割を担うため医師を配置する
大田圏域	現行体制の維持を基本とするが、邑智病院の分娩体制が維持できなくなることを想定した圏域の分娩体制を検討し、方向性をまとめる
浜田圏域	現行体制の維持を基本とするが、済生会江津病院の分娩体制が維持できなくなることを想定した圏域の分娩体制を検討し、方向性をまとめる
益田圏域	医師少数区域解消のため3名から4名体制とする
隠岐圏域	離島という特殊性を考慮し分娩体制を維持するため、現行の2名体制を維持する

5 配置医師数（別添のとおり）

- ① 各圏域毎に偏在対策基準医師数を満たすため、108.8 分娩に 1 人以上の医師を配置する。
- ② 各圏域毎に少なくとも 2019 年 4 月 1 日現在の実医師数を維持し、①を達成するため医師を配置する。

6 医師確保のための施策

- ・大学からの医師の派遣により、退職する医師の補充を行うとともに、ローテーションの仕組みを確立するなど、県内の周産期医療体制を確保する。
- ・資質の向上を考慮したキャリア形成プログラムの充実。
- ・研修医研修支援資金により、産婦人科医へ進む動機付けを行い、県内病院への定着を図る。
- ・助産師等へのタスクシフトやタスクシェアにより医師の負担軽減を図る
- ・子育て中の医師が少数区域等の病院へ赴任しやすい環境整備やサポートの充実

【産科】各圏域の配置医師数

(ウ)

圏域	病院名	a 2019.4.1現在 実産科医師数	b aの2023年 推計標準化医師数	c 2023年偏在対策基準 医師数 (108.8分娩/医師)	d (b-c) 2023年推計標準化医師数と偏在対 策基準医師数の目安との差	e 2023年配置 医師数(案)
松江	松江市立病院	17	15.91	16.59	-0.68	18
	松江赤十字病院					
	松江圏域診療所※ 圏域計					
雲南	雲南市立病院	2	0.87	0.76	0.11	2
	町立奥出雲病院					
	圏域計					
出雲	県立中央病院	25	23.20	16.75	6.45	25
	島根大学医学部附属病院					
	出雲圏域診療所 圏域計					
大田	大田市立病院	3	2.70	2.33	0.37	3
	公立邑智病院					
	圏域計					
浜田	浜田医療センター	5	4.98	4.99	-0.01	5
	済生会江津総合病院					
	圏域計					
益田	益田赤十字病院	3	2.95	3.48	-0.53	4
	圏域計					
	隠岐広域連立隠岐病院 圏域計					
隠岐	隠岐広域連立隠岐病院	2	1.96	0.80	1.16	2
	圏域計					

・国の医師偏在指標による医師少数区域は益田圏域

※松江圏域診療所には助産所を含む

圏域	a 2019.4.1現在 実産科医師数	b aの2023年 推計標準化医師数	c 2023年偏在対策基準 医師数 (88.2分娩/医師)	d (b-c) 2023年推計標準化医師数と偏在対 策基準医師数の目安との差	e 2023年配置 医師数(案)
島根県	57	52.58	56.38	-3.80	59

・分娩取扱い病院以外の病院に、2019.4.1現在で5名の産婦人科医が在籍している

島根県分娩数推移・将来推計

圏域	病院名	年(1/1～12/31)										a*c/b 2023年 分娩数推計	
		2014	2015	2016	2017	2018	b 2017年 0～4歳人口	c 2023年 0～4歳人口					
松江	松江市立病院	478	401	345	307	240							
	松江赤十字病院	465	466	413	393	437							
	松江圏域診療所※ 圏域計	1,302	1,448	1,409	1,371	1,322	10,182.00	8,878.00				1,805.77	
雲南	雲南市立病院	39	39	48	37	64							
	町立典出雲病院	86	85	81	59	56							
	圏域計	125	124	129	96	120	1,781.86	1,528.80				82.37	
出雲	県立中央病院	1,025	919	855	854	785							
	島根大学医学部附属病院	246	370	422	451	517							
	出雲圏域診療所 圏域計	684	737	681	654	563	7,723.00	7,187.00				1,823.04	
大田	大田市立病院	274	281	255	273	228							
	公立邑智病院	37	28	37	34	30							
	圏域計	311	309	292	307	258	1,816.16	1,497.00				253.05	
浜田	浜田医療センター	524	534	476	500	482							
	済生会江津総合病院	137	149	105	116	106							
	圏域計	661	683	581	616	588	2,854.00	2,517.40				543.35	
益田	益田赤十字病院	350	387	461	430	392							
	圏域計	350	387	461	430	392	2,121.47	1,869.60				378.95	
	隠岐広域連合立隠岐病院 圏域計	100	121	96	101	95	752.13	649.00				87.15	
	島根県計	5,747	5,965	5,684	5,580	5,317	27,230.62	24,126.80				4,973.67	

※松江圏域診療所には助産所を含む

令和元年11月6日
島根県医療政策課

島根県医師確保計画【小児科】骨子（たたき台）

1 基本的考え方

- ・国の指標作成データの医師数は2016年12月31日時点の医師・歯科医師・薬剤師調査を根拠としているが、より現状に沿った計画とするため、県計画の勤務医師数は2019年4月1日時点の勤務医師調査（医療政策課）を根拠とし、診療所医師数は公益社団法人日本小児科学会の専門医名簿から把握したものを根拠とする。
- ・計画期間は、2020年から2023年の4年間。

2 現状

- ・「総合周産期母子医療センター」である県立中央病院、及び「地域周産期母子医療センター（特定機能病院）」である島根大学医学部附属病院は、高度な新生児医療を提供している。
- ・「地域周産期母子医療センター」である松江赤十字病院、益田赤十字病院は、それぞれ県東部、県西部地域において比較的高度な新生児医療を提供している。
- ・障がい児への医療は、主として松江医療センター、東部島根医療福祉センター及び西部島根医療福祉センターが提供している。
- ・国の医師偏在指標による医師少数区域は、雲南圏域となっている。

3 県の医師確保の方針

- ・各圏域において小児診療・健診・予防接種・在宅療養ができる体制を維持する。
- ・県の周産期医療ネットワーク体制に必要なNICU体制を強化するため、県立中央病院と島根大学医学部附属病院の役割分担を進める。
- ・障がい児の医療に必要な体制を維持する。
- ・2024年からの医師の働き方改革により必要な体制が明確となった際には、その実現に向けて見直しを行う。

4 各圏域の医師確保の方針

圏域	内容
松江圏域	病院のNICU体制を強化するため医師を増やす
雲南圏域	医師少数区域解消のため医師を増やす
出雲圏域	高度な新生児医療の提供や教育研究機関の役割を担うために医師を配置する
大田圏域	現行の体制を維持する
浜田圏域	現行の体制を維持する
益田圏域	病院の体制を強化するため医師を増やす
隠岐圏域	現行の体制を維持する

5 配置医師数（別添のとおり）

- ① 各圏域毎に偏在対策基準医師数*を満たすため、小児 1,169.6 人に 1 人以上の医師を配置する。
- ② 各圏域毎に少なくとも 2019 年 4 月 1 日現在の実医師数を維持し、体制強化のため、また①を達成するため医師を配置する。

*偏在対策基準医師数とは、計画終了時点の医師偏在指標が、計画開始時点の「相対的医師少数三次医療圏」、「相対的医師少数区域」の基準値（下位 33.3%）に達することとなる医師数

6 医師確保のための施策

- ・大学からの医師の派遣により、退職する医師の補充を行うとともに、ローテーションの仕組みを確立するなど、県内の周産期医療体制を確保する。
- ・資質の向上を考慮したキャリア形成プログラムの充実。
- ・小児科医師以外が担うことのできる業務についてタスクシフトやタスクシェアにより医師の負担軽減を図る。
- ・子育て中の医師が少数区域等の病院へ赴任しやすい環境整備やサポートの充実。

【小児科】各圏域の配置医師数

(人)

圏域	2017年 0～14歳 人口	2023年 0～14歳 人口	2019. 4. 1現在実小児科医師数		b aの2023年 推計標準化医師数 (小児1169.6人/医師)	d (b-c) 2023年推計標準化医 師数と偏在対策基準 医師数の目安との差	2023年配置医師数 (案)		
			a 勤務医師	診療所 医師			勤務医師	診療所 医師	
松江	31,949	28,760	33	18	15	23.79	36	22	14
雲南	6,126	5,364	3	2	1	3.88	5	4	1
出雲	23,970	22,679	36	28	8	24.29	36	28	8
大田	5,962	5,088	6	3	3	3.52	6	3	3
浜田	9,027	8,149	9	4	5	6.94	9	4	5
益田	7,046	6,227	6	3	3	5.43	7	4	3
隠岐	2,220	2,050	3	1	2	1.63	3	1	2

・国の医師偏在指標による医師少数区域は雲南圏域

・雲南圏域は、偏在対策基準医師数を超えるためには2名の追加配置が必要であるが、松江圏域及び出雲圏域と医療機能の役割分担や連携をしながら配置を検討していく。

圏域	2017年 0～14歳 人口	2023年 0～14歳 人口	2019. 4. 1現在実小児科医師数		b aの2023年 推計標準化医師数 (小児1012人/医師)	d (b-c) 2023年推計標準化医 師数と偏在対策基準 医師数の目安との差	2023年配置医師数 (案)		
			a 勤務医師	診療所 医師			勤務医師	診療所 医師	
島根県	86,300	78,317	96	59	37	76.46	102	66	36

※非公開

外来医療に係わる医療提供体制の確保に関する事項(外来医療計画)について

1 はじめに

- ・外来医療については、
 - －外来医療を担う無床診療所の開設状況は都市部に集中、さらに診療科の専門分化
 - －圏域内の無床診療所医師は高齢化や継承者不足
- ・新たに開業する医療関係者等が自主的な経営判断に当たって有益な情報を可視化することで、個々の医師の行動変容を促し、偏在是正につなげる
- ・医療機器の効率的な利用を促し、無床診療所におけるプライマリケアの定着化
- ・在宅医療の後方支援体制を構築し、地域包括ケアシステムへの参画促進

2 外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定*

- ・雲南圏域は外来医師多数区区域からはずれる見込み

※今後、新規開業が多数区域に集中しないよう設定されるもので、外来医師多数区域で新規開業にあたって該当地域の不足する機能を担わせるような仕組み等を本計画に盛り込むこととされている

3 外来医療提供体制の確保の取組

- ・各種 HP の活用等外来医療提供体制の広い情報発信
- ・市町の地方創生の取組と連携した取組の推進
- ・新規開業に間接的に関わる機会がある金融機関、医薬品・医療機器卸売業者等へ外来医療提供体制の情報提供
- ・新規開業者への休日診療への協力、在宅医療の提供、産業医・学校医・予防接種等公衆衛生活動への協力の働きかけ
- ・病院による在宅医療への支援体制の構築
- ・在宅医療も含めた病院の外来機能の維持・充実

4 医療機器の効率的な活用

- ・医療機器の配置状況に関する情報提供
- ・共同利用方針の策定

雲南圏域外来医療機能（案）

	現状・課題	必要とする医療機能								
全体の方向性	<ul style="list-style-type: none"> ・圏域内の診療所医師は高齢化や継承者不足の課題がある。また、医師が不足している診療科（産婦人科、小児科、耳鼻科、皮膚科等）もある。 ・雲南圏域は、外来医師少数区域にはなっていないが、これは病院医師が外来機能の多くの部分を担っているためである。今後、この傾向がより強まって行くことが想定されるとともに、無医地区の拡大が懸念される。 	<ul style="list-style-type: none"> ・新規開業希望者が自主的な経営判断をするにあたり有益な情報を可視化することで、圏域内での新規開業を促進することが必要である。 ・在宅医療も含めた病院の外来機能を維持・充実することが不可欠である。 ・病院による在宅医療の後方支援体制拡充が必要である。 								
初期救急	<ul style="list-style-type: none"> ○初期救急については、かかりつけ医、雲南市休日診療（@雲南市立病院）、雲南医師会による休日在宅当番医制度及び救急告示病院の救急外来など、地域事情に応じた体制が取られている。 ※雲南市休日診療、雲南医師会休日在宅当番医制度の受診者数推移 <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">○雲南市休日診療（雲南市）</td> <td style="width: 50%;">○雲南医師会休日在宅当番医制度（奥出雲町）</td> </tr> <tr> <td>H28年度：123人（H29.1～3月のみ）</td> <td>H28年度：593人（うち小児155人）</td> </tr> <tr> <td>H29年度：279人</td> <td>H29年度：603人（うち小児160人）</td> </tr> <tr> <td>H30年度：225人</td> <td>H30年度：544人（うち小児133人）</td> </tr> </table> ○雲南医師会に所属する開業医（雲南市：13人、奥出雲町：7人）及び奥出雲病院医師が当番制で診療を行っているが、今後、医師の高齢化等、医師会の支援体制を維持するための課題がある。 ○開業医の高齢化等に伴う診療所数の減少の影響により、救急告示病院の救急外来を受診する患者も多い。 	○雲南市休日診療（雲南市）	○雲南医師会休日在宅当番医制度（奥出雲町）	H28年度：123人（H29.1～3月のみ）	H28年度：593人（うち小児155人）	H29年度：279人	H29年度：603人（うち小児160人）	H30年度：225人	H30年度：544人（うち小児133人）	<ul style="list-style-type: none"> ○休日診療・在宅当番医制度に協力できる医師数を維持する必要がある。 ○救急告示病院（雲南市立病院、平成記念病院、町立奥出雲病院、町立飯南病院）の救急外来での初期救急体制の維持・充実。
○雲南市休日診療（雲南市）	○雲南医師会休日在宅当番医制度（奥出雲町）									
H28年度：123人（H29.1～3月のみ）	H28年度：593人（うち小児155人）									
H29年度：279人	H29年度：603人（うち小児160人）									
H30年度：225人	H30年度：544人（うち小児133人）									
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> ○2025年に在宅医療が必要となる患者は、2017年と比べて228人増加すると見込まれるが、医師の高齢化等により、在宅医療の提供が可能な患者数は2017年と比べて312人減少することが見込まれ、体制整備が課題である。 ○当圏域において、24時間体制で在宅患者に対応している「在宅療養支援診療所」は6か所（平成29年8月現在）。また、在宅療養支援診療所ではないが、往診等を実施している診療所もある。 ○雲南市では、開業医が年4回程度集まり、在宅医療に係る諸課題を話し合う場として「在宅医療意見交換会」が開催されている。薬剤師、ケアマネジャー等との話し合いも行われるなど、多職種連携にも繋がりがつつある。 ○雲南市立病院では、患者・家族の安心や診療所医師の負担軽減のため、平成27年度より「在宅療養後方支援病院」の取り組みをしている。また、平成28年度より在宅医療を推進する診療科として「地域ケア科」を新設し、まめネット等も活用しながら地域のネットワークを拡げている。 ○当圏域においては、開業医数が少ないため、チーム制による24時間診療体制の構築には困難が伴う。 ○訪問看護師も人材不足ではあるが、Uターン看護師が増加するなどの動きも見られつつある。 	<ul style="list-style-type: none"> ○診療所医師を含む多職種によるネットワーク化の推進（まめネット等の活用）。 ○病院による在宅医療へのバックアップ体制の充実。 ○病院による在宅医療の実施。 ○訪問看護ステーションの体制強化。 								
産業医・学校医	<ul style="list-style-type: none"> ○産業医 認定産業医20人 内16人が現在産業医として活動中。現状の課題としては、産業医が不足しており、一部、病院医師が担っている事業所もある。 ○学校医 雲南医師会所属医師（約70名：病院所属医師含む）のうち、内科23人、眼科1人、耳鼻科1人が学校医業務を行っている。学校医の調整は、各市町教育委員会と各医療機関が直接行っている。現在は、複数の学校を担当している医師、他圏域医療機関所属の医師はいるものの、何とか調整することはできている。しかし、今後、医師の高齢化等の影響により調整が困難になる可能性もある。 【雲南市】小・中学校22校の校医を16名の医師（うち2名は病院所属医師）が担当。眼科、耳鼻科健診等については、他圏域医療機関に所属する医師も含めた開業医・病院所属医師が担っている。 【奥出雲町】小・中学校12校の校医を5名の医師（いずれも開業医）が担当。眼科、耳鼻科健診等については、他圏域医療機関に所属する医師も含めた開業医・病院所属医師が担っている。 【飯南町】小・中学校6校の校医を4名の医師（いずれも病院所属医師）が担当。 	<ul style="list-style-type: none"> ○病院所属医師による産業医、学校医業務の実施。 								
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○老健医師2名、特養嘱託医12名（うち病院所属医師4名）であるが、今後、医師の高齢化等に伴い、確保が困難になることが予想される。 ○平成31年4月、掛合診療所を雲南市立病院の附属診療所化した。 ○雲南市温泉地区、田井地区への診療体制について、雲南市立病院、雲南市で検討中。 	<ul style="list-style-type: none"> ○介護保険施設等における医師の確保。 ○病院医師による施設嘱託医業務の実施。 ○（公立）病院による診療所体制のバックアップ。 								

医療機器の効率的な活用に係る計画

	共同利用の方針
CT	<p>圏域内の病院、診療所に配置されている。</p> <p>共同利用については、現在も診療所から病院に紹介する形で実施されており、今後もより効果的に利用できるよう、連携を図っていく。</p>
MRI	<p>圏域内の病院、診療所に配置されている。</p> <p>共同利用については、現在も診療所から病院に紹介する形で実施されており、今後もより効果的に利用できるよう、連携を図っていく。</p>
PET	<p>圏域内の病院には配置されていない。</p> <p>現在も圏域外の病院において共同利用されており、今後もより効果的に利用できるよう連携を図っていく。</p>
放射線治療	<p>圏域内の病院には配置されていない。</p> <p>共同利用については、現在も圏域外の病院において患者紹介の形で実施されており、今後もより効果的に利用できるよう、連携を図っていく。</p>
マンモグラフィ	<p>圏域内の病院に配置されている。</p> <p>共同利用については、現在も患者紹介の形で実施されており、今後もより効果的に利用できるよう、連携を図っていく。</p>

第24回地域医療構想に関するWG	資料 1
令和元年9月26日 (2019年)	

具体的対応方針の再検証の要請に 係る診療実績の分析方法等について

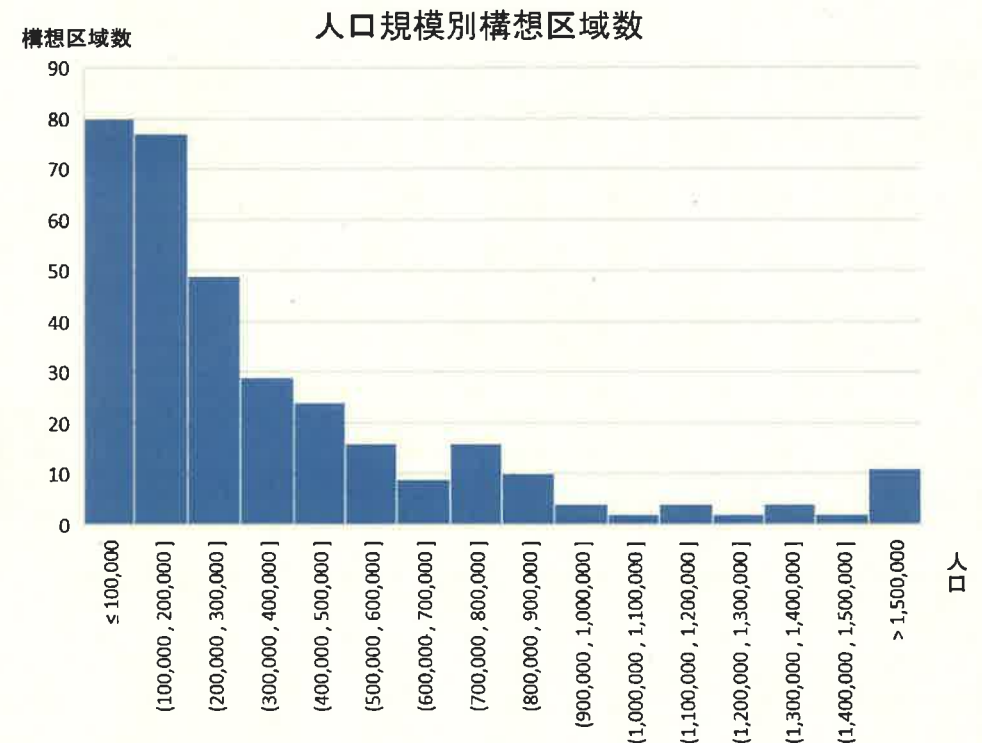
A) 「診療実績が特に少ない場合」に係る診療実績データ分析及びそれに基づく具体的対応方針の再検証の要請について

診療実績データの分析における人口規模の考慮の必要性について

- 各医療機関が所在する構想区域の人口規模によって、診療実績が影響を受ける。
- そのため、人口規模が近い構想区域に所在する医療機関を一つのグループとして捉え、そのなかで診療実績の比較を行うこととする。（構想区域を人口規模によって数個のグループに区分して検討する。）
- 人口規模の分類に当たっては、政令市（50万人以上）や中核市（20万人以上）の基準などを参考にしつつ、人口規模ごとの診療実績のデータも加味し、
 - ・ 人口100万人以上の構想区域
 - ・ 人口50万人以上100万人未満の構想区域
 - ・ 人口20万人以上50万人未満の構想区域
 - ・ 人口10万人以上20万人未満の構想区域
 - ・ 人口10万人未満の構想区域

の5つに分類してはどうか。

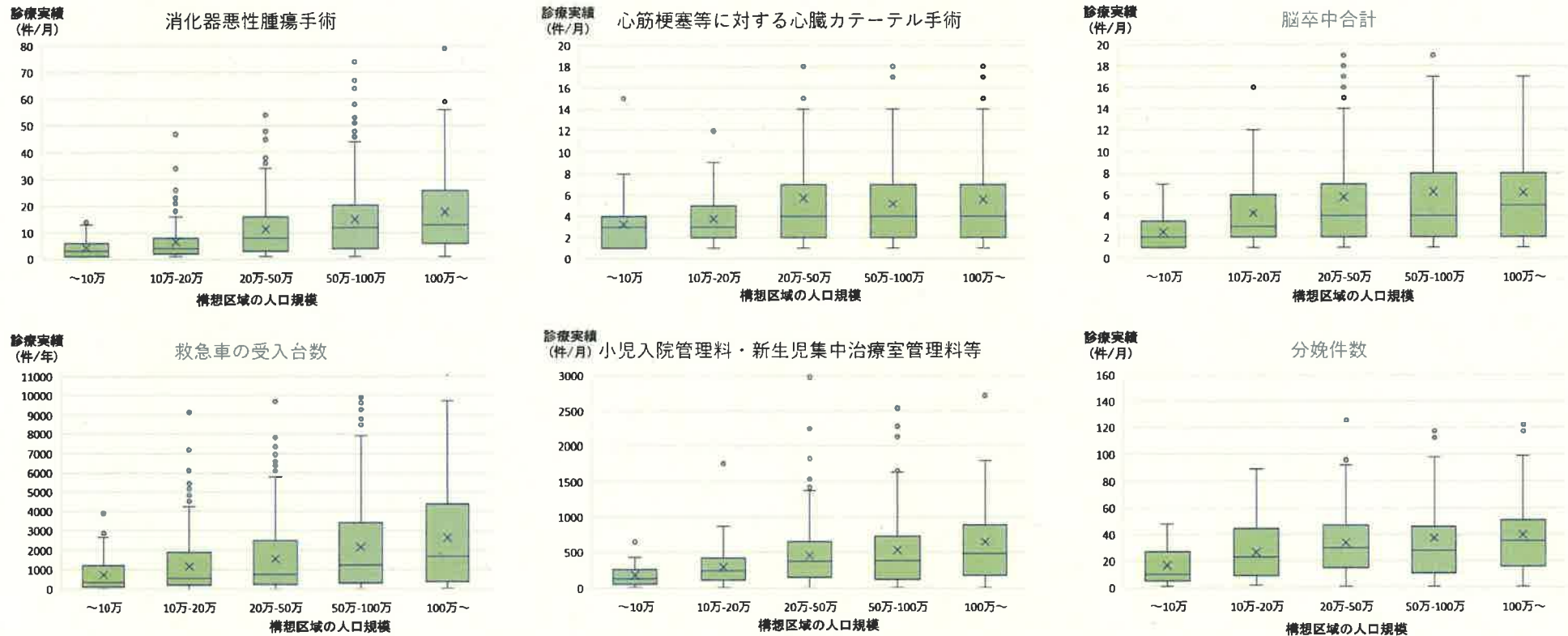
	10万人未満	10万人以上 20万人未満	20万人以上 50万人未満	50万人以上 100万人未満	100万人 以上
構想区域 数	80	77	102	55	25



(参考) 構想区域の人口規模と医療機関の診療実績との関係

- 所在する構想区域の人口規模が大きいほど、公立・公的医療機関等の診療実績が多い傾向がある。

構想区域の人口規模と医療機関の診療実績との関係



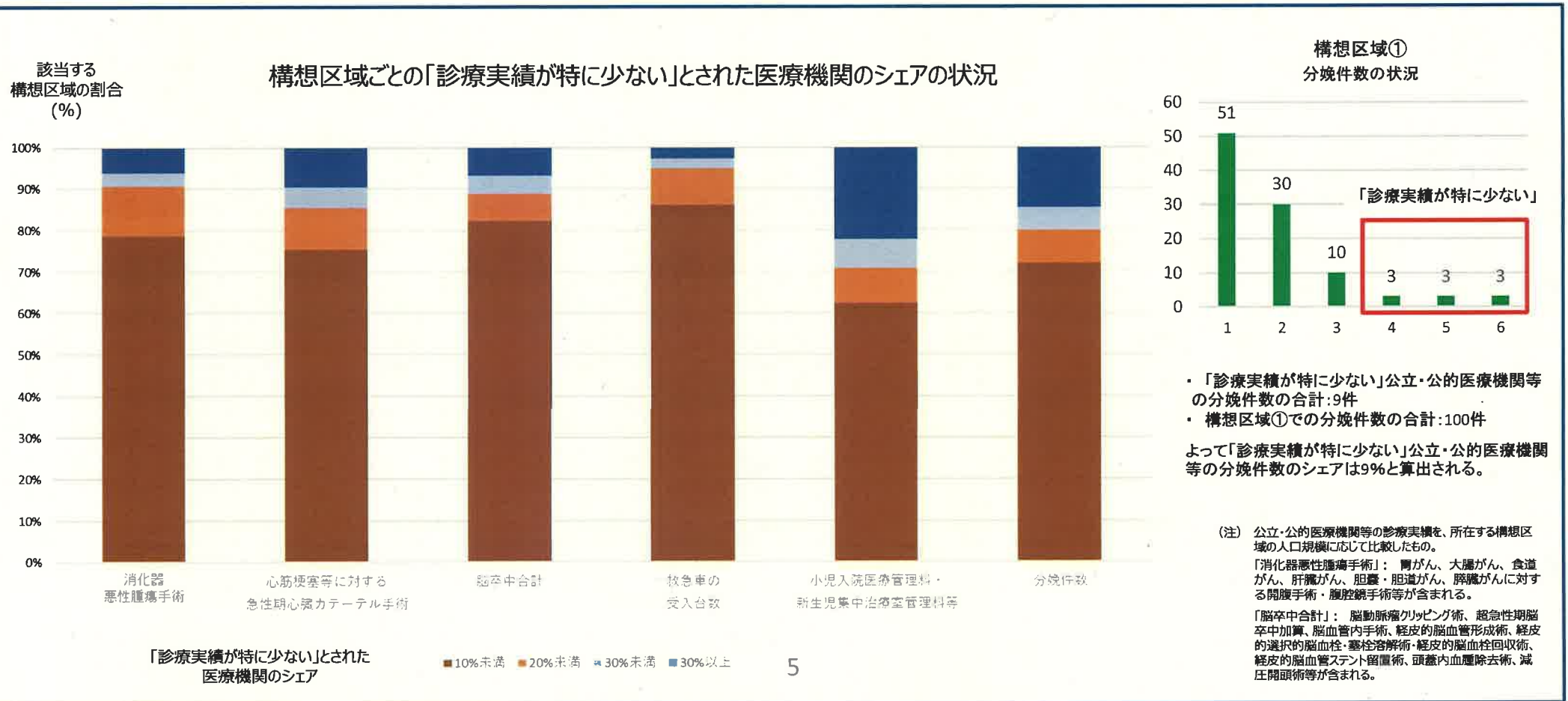
(注) 公立・公的医療機関等の診療実績を、所在する構想区域の人口規模に応じて比較したもの。
 「消化器悪性腫瘍手術」： 胃がん、大腸がん、食道がん、肝臓がん、胆嚢・胆道がん、膵臓がんに対する開腹手術・腹腔鏡手術等が含まれる。
 「脳卒中合計」： 脳動脈瘤クリッピング術、超急性期脳卒中加算、脳血管内手術、経皮的脳血管形成術、経皮的選択的脳血栓・血栓溶解術、経皮的脳血栓回収術、経皮的脳血管ステント留置術、頭蓋内血腫除去術、減圧開頭術等が含まれる。

A 「各分析項目について、診療実績が特に少ない。」についての設定

- 人口区分ごとに、各項目の診療実績について、一定の水準を設け、その水準に満たない項目について、「特に診療実績が少ない」こととする。
- その基準については、横断的に相対的な基準を設定することとし、当該基準については、各項目の診療実績の分布等を踏まえ、人口区分によらず、下位33.3パーセンタイル値とする。

(参考) 構想区域ごとの「診療実績が特に少ない」とされた医療機関のシェアの状況

- 各構想区域において、分析項目ごとに「診療実績が特に少ない」とされた公立・公的医療機関等が占める診療実績のシェアを算出しそれが全国規模でどのような分布をとっているかを項目ごとに分析。
- 「診療実績が特に少ない」とされた公立・公的医療機関等の、構想区域内でのシェアの合計が10%未満である構想区域が多数を占めていた。



人口区分別 領域・項目ごと/医療機関ごと の診療実績の分布について

(その1:ヒストグラム※で表したものの)

※縦軸に度数(該当する医療機関数)
横軸に診療実績を取ったグラフ

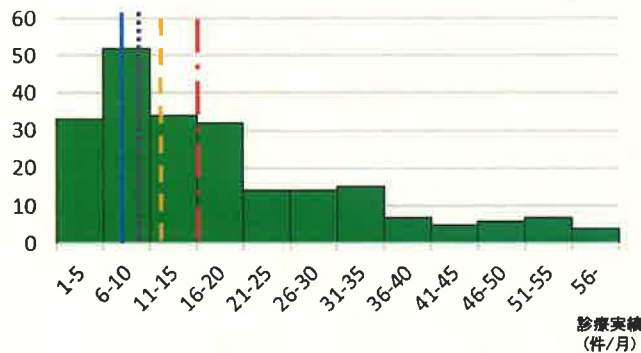
人口区分別の診療実績の分布①

○ 各診療項目ごとの医療機関の実績の分布を参考に下記の通り示す
 (人口100万人以上の構想区域における医療機関ごとの実績の分布)

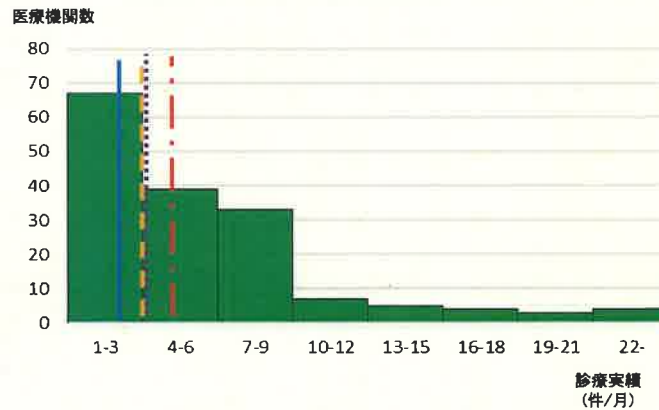
人口100万人以上の構想区域における診療実績に関するヒストグラム

凡例	
— (青実線)	下位20パーセンタイル
⋯ (紫丸点線)	下位30パーセンタイル
- - (橙破線)	下位40パーセンタイル
— (赤長鎖線)	下位50パーセンタイル

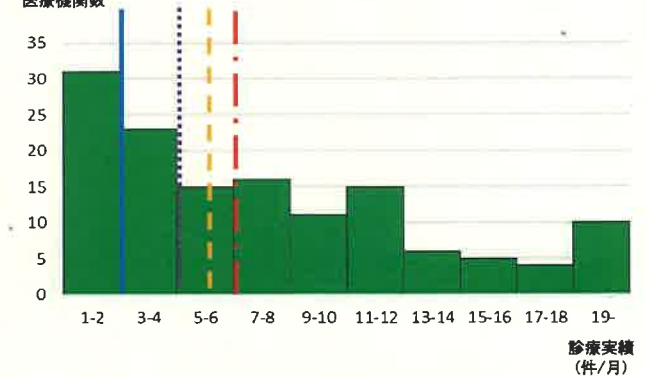
医療機関数 消化器悪性腫瘍手術



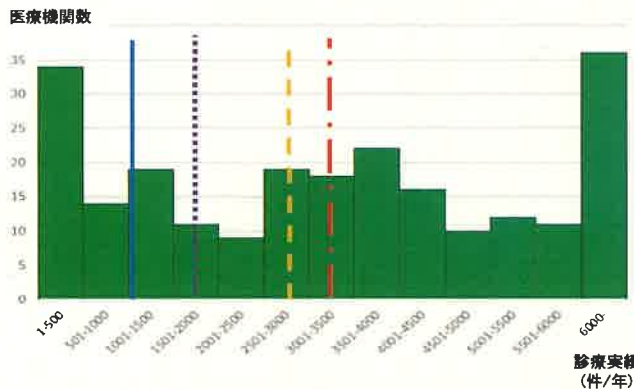
医療機関数 心筋梗塞等に対する急性期心臓カテーテル手術



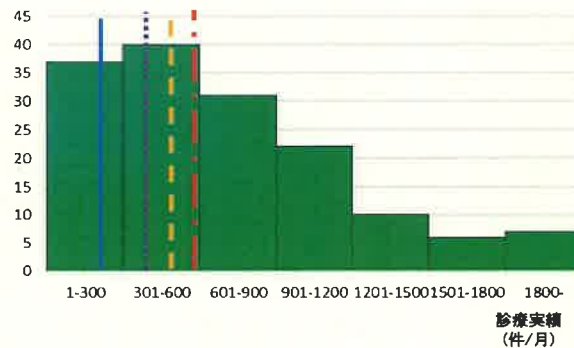
医療機関数 脳卒中合計



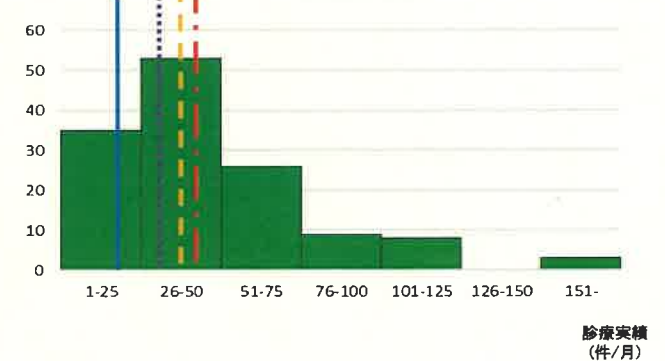
救急車の受入台数



医療機関数 小児入院管理料・新生児集中治療室管理料等



医療機関数 分娩件数



※ 診療実績がある医療機関のみのパーセンタイル値で判断する。

※ 「消化器悪性腫瘍手術」： 胃がん、大腸がん、食道がん、肝臓がん、胆嚢・胆道がん、膵臓がんに対する開腹手術・腹腔鏡手術等が含まれる。

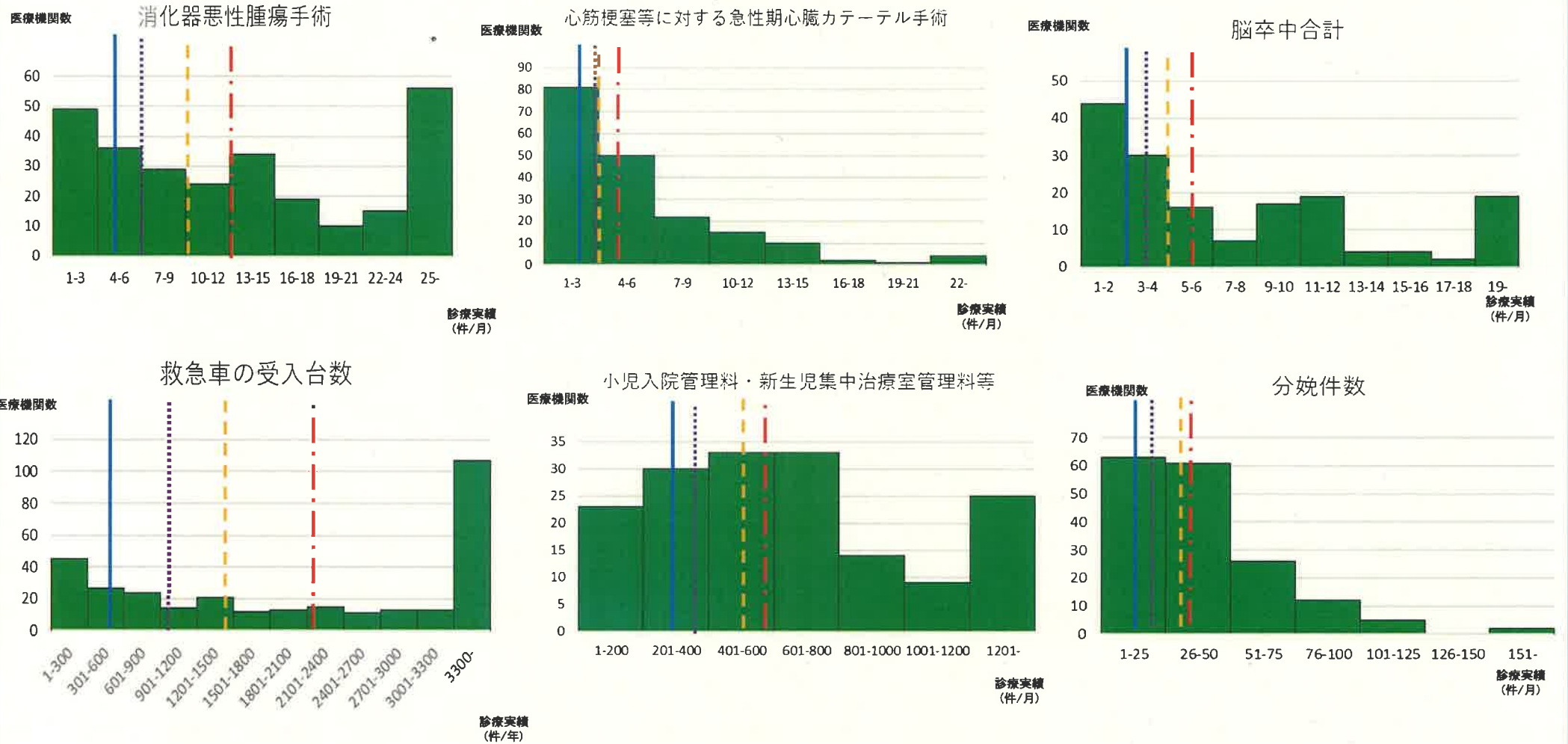
※ 「脳卒中合計」： 脳動脈瘤クリッピング術、超急性期脳卒中加算、脳血管内手術、経皮的脳血管形成術、経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術・経皮的脳血栓回収術、経皮的脳血管ステント留置術、頭蓋内血腫除去術、減圧開頭術等が含まれる。

※ 各領域 (例：小児医療) の項目に対応する病床機能報告の項目 (小児入院管理料のうち、一般小児医療に関連するもの等) は、厚生労働省が分析を進める上で、地域医療構想に関するWGの構成員等の有識者と協議をしながら決定するものとする。

※ パーセンタイルは公立・公的医療機関等のうち、診療実績が「1」以上の医療機関で算出した。

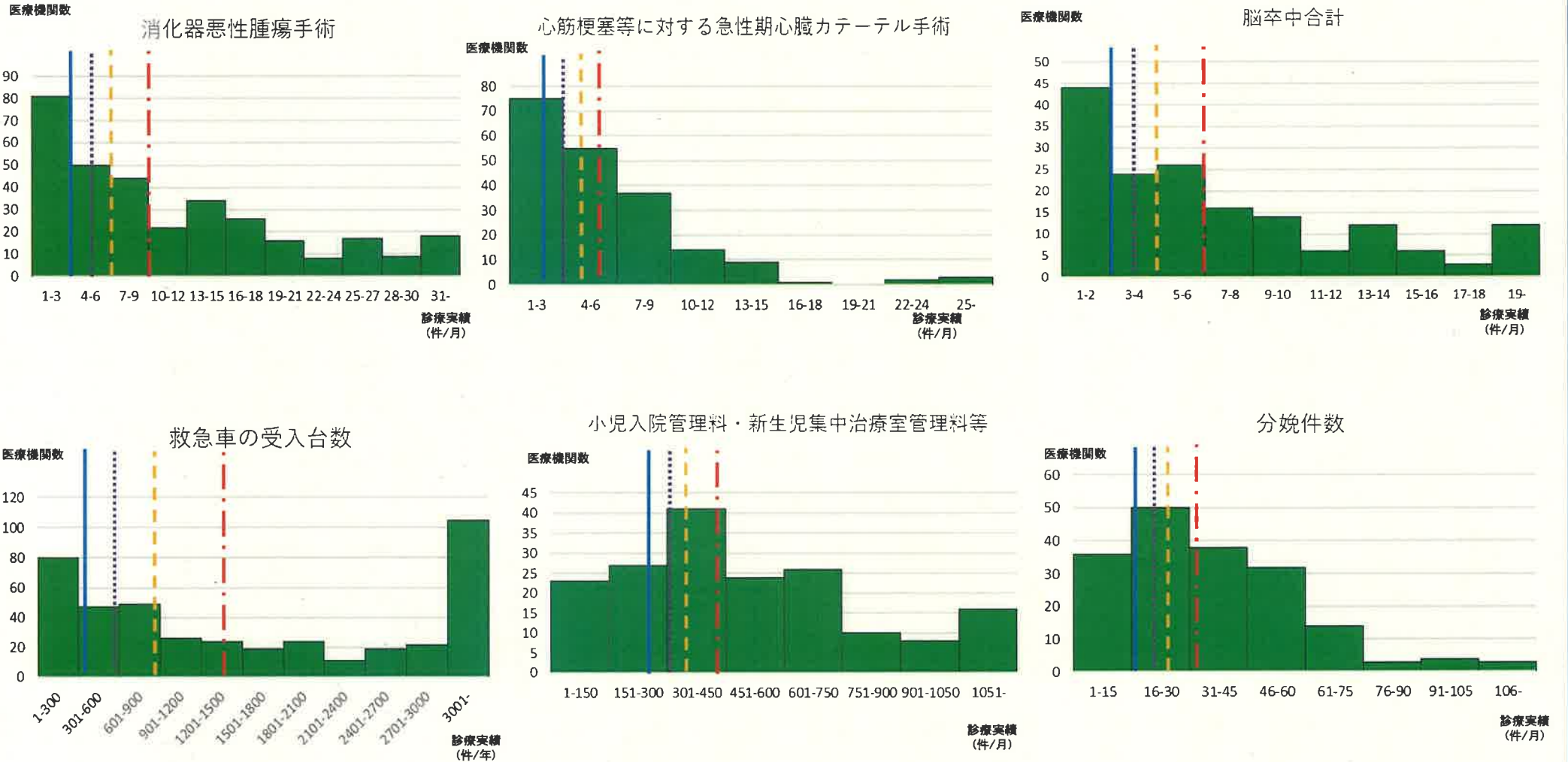
人口区分別の診療実績の分布②

人口50万人以上100万人未満の構想区域における診療実績に関するヒストグラム



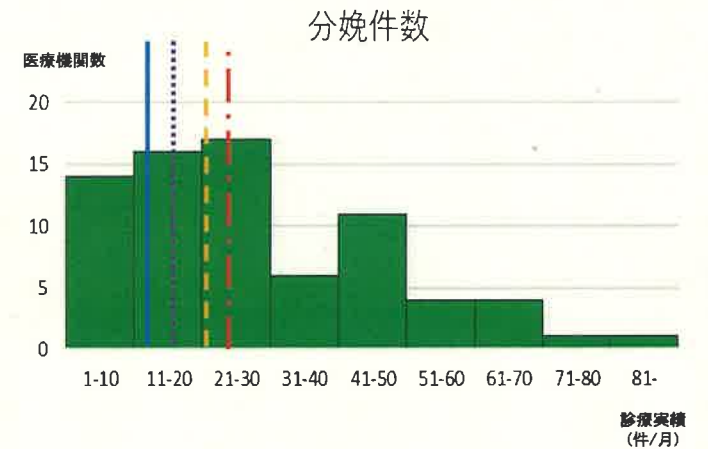
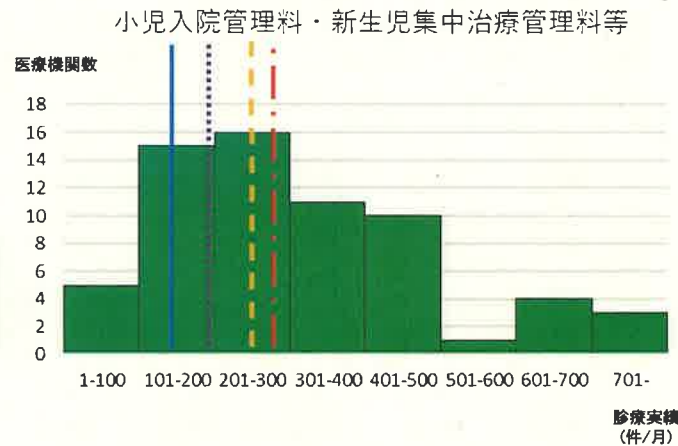
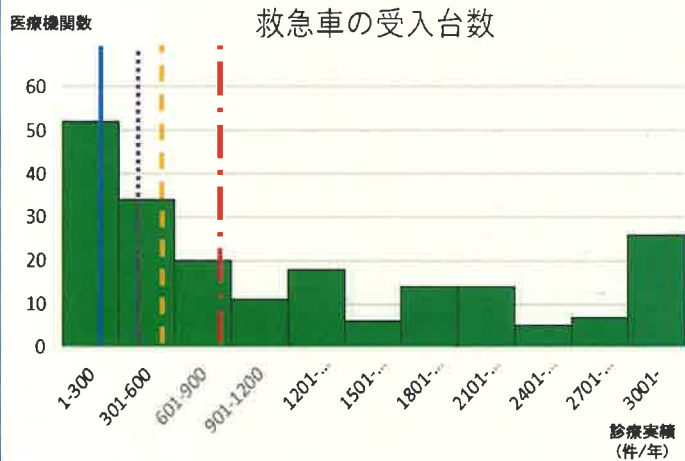
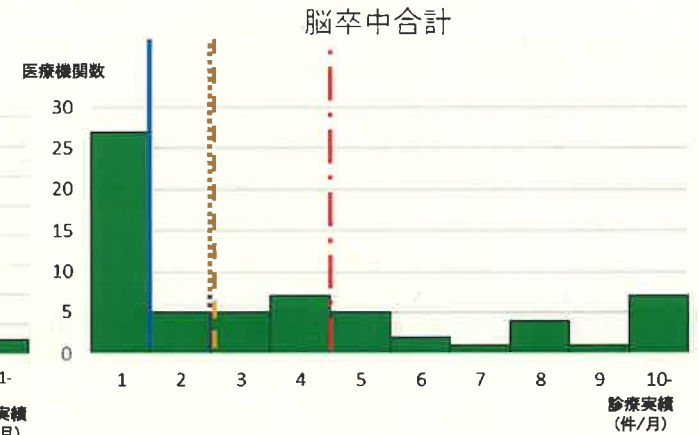
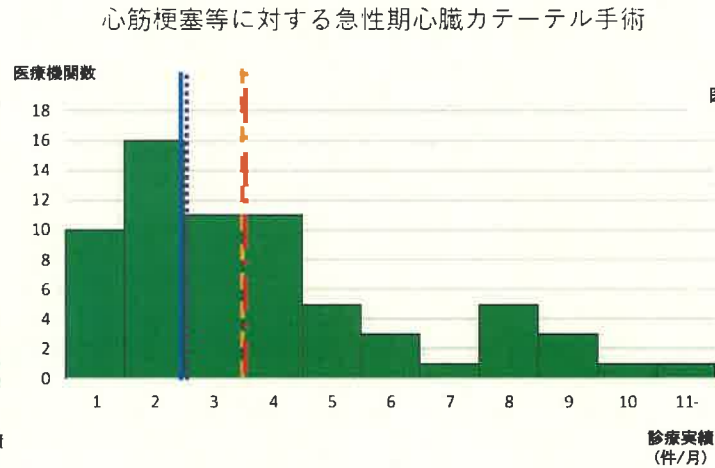
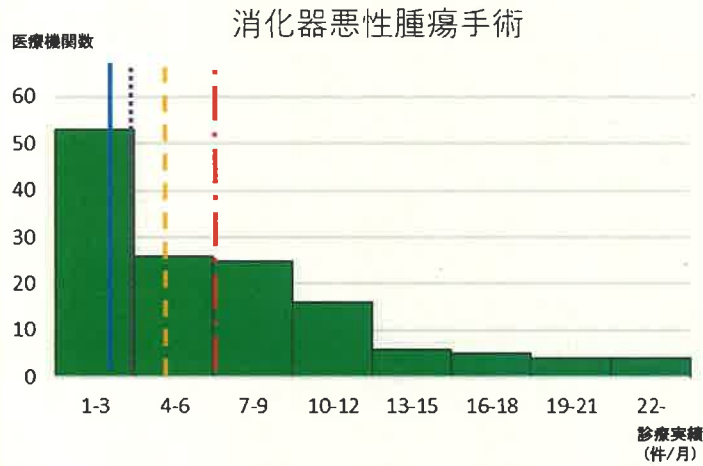
人口区分別の診療実績の分布③

人口20万人以上50万人未満の構想区域における診療実績に関するヒストグラム



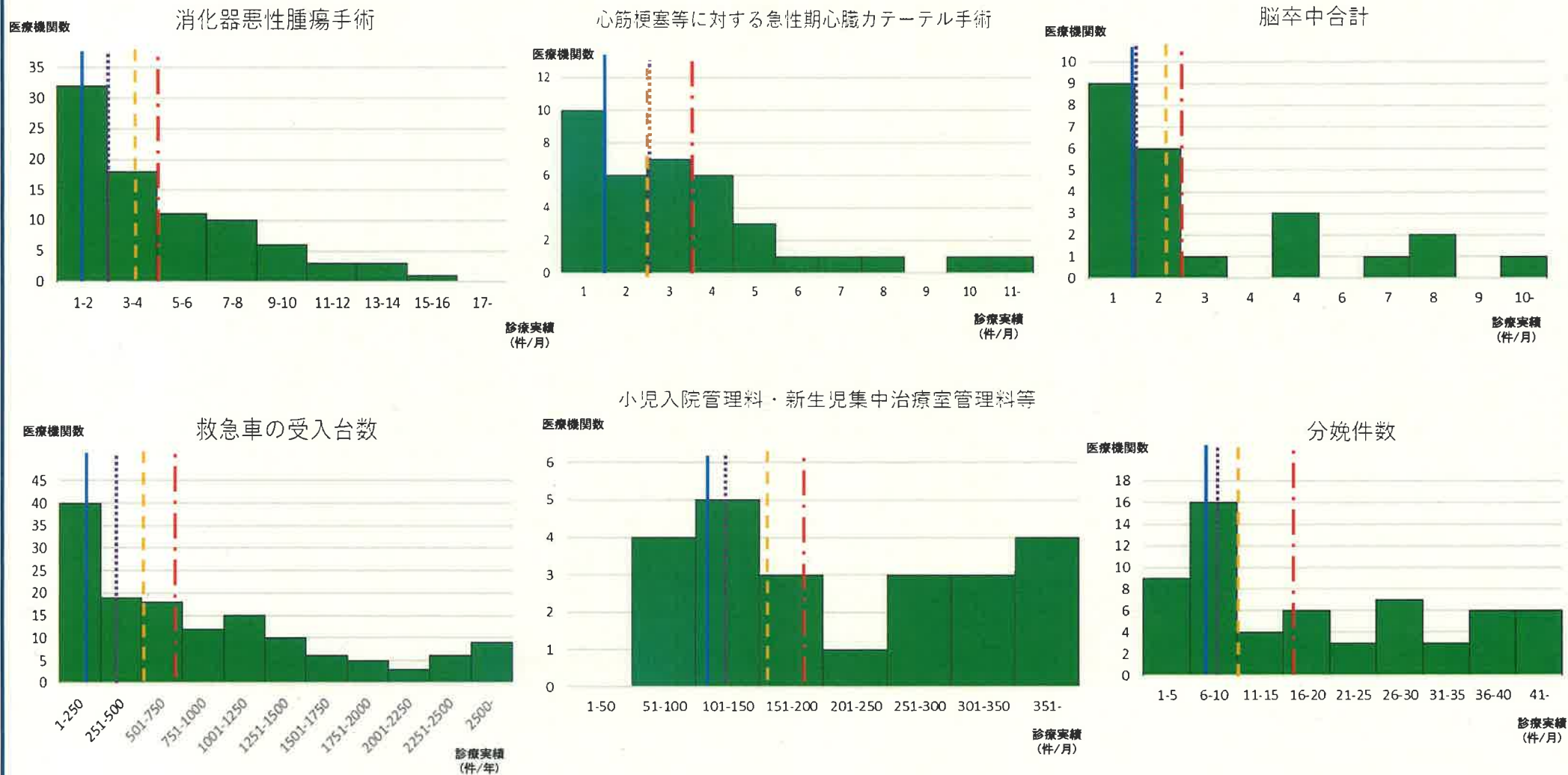
人口区分別の診療実績の分布④

人口10万人以上20万人未満の構想区域における診療実績に関するヒストグラム



人口区分別の診療実績の分布⑤

人口10万人未満の構想区域における診療実績に関するヒストグラム



B) 「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」に係る分析及びそれに基づく具体的対応方針の再検証等の要請について

「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」についての分析

B 「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」について

- ① 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つ以上ある
(=「類似の診療実績をもつ」とする)
- ② 「お互いの所在地が近接している」

のそれぞれについて、分析方法を次ページ以降の通り整理する。

「類似の実績」の考え方について②

〔構想区域の類型化の手順〕

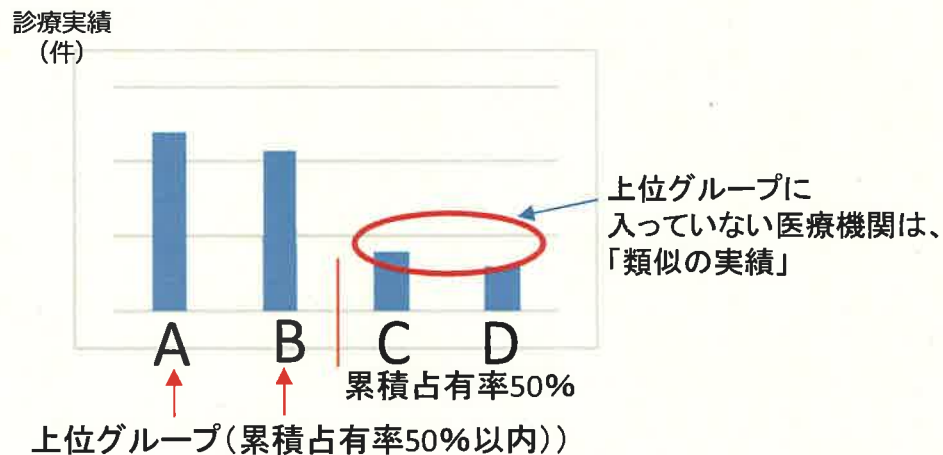
- ① 診療実績が上位50% (累積占有率50%) 以内に入っている医療機関を上位グループとする。
- ② 上位グループの中で占有率が最低位の医療機関の実績と、下位グループのうち占有率が最高位である医療機関の実績とを比較し、上位グループと下位グループで明らかに差がある場合を「集約型」、一定の差がない場合を「横並び型」とする。

集約型における「類似の実績」の基本的考え方:

- ① 実績上位グループに入っていない医療機関(C,D)については、「類似の実績」と考える。
- ② 上位グループと下位グループで明らかな差がある。

集約型

単独もしくは少数の医療機関が当該構想区域の診療実績の大部分を担っている場合

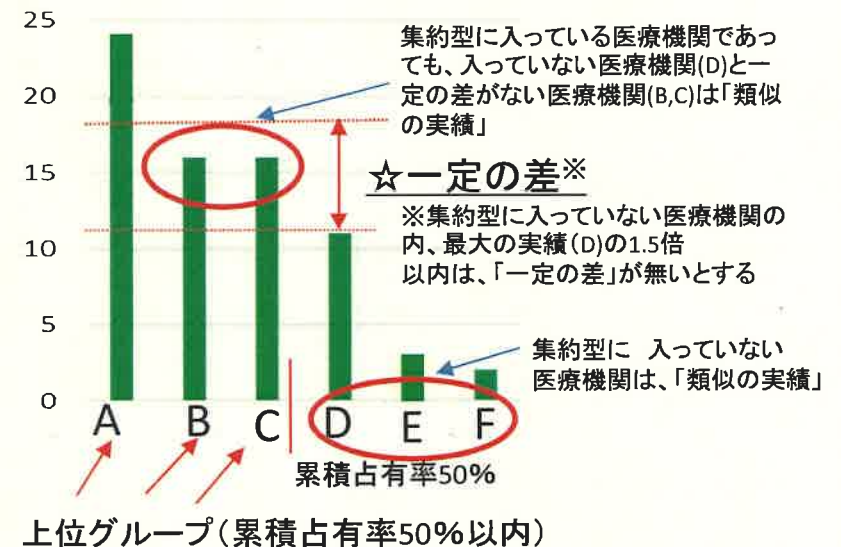


横並び型における「類似の実績」の基本的考え方:

- ① 上位グループに入っていない医療機関(D,E,F)については、「類似の実績」と考える。
- ② 上位グループに入っている医療機関であっても、入っていない医療機関と「一定の差」がない医療機関(B,C)は「類似の実績」とする。
この場合の「一定の差」については、集約型に入っていない医療機関のうち、最大の実績(D)の1.5倍以内であるか否かによって判断する。

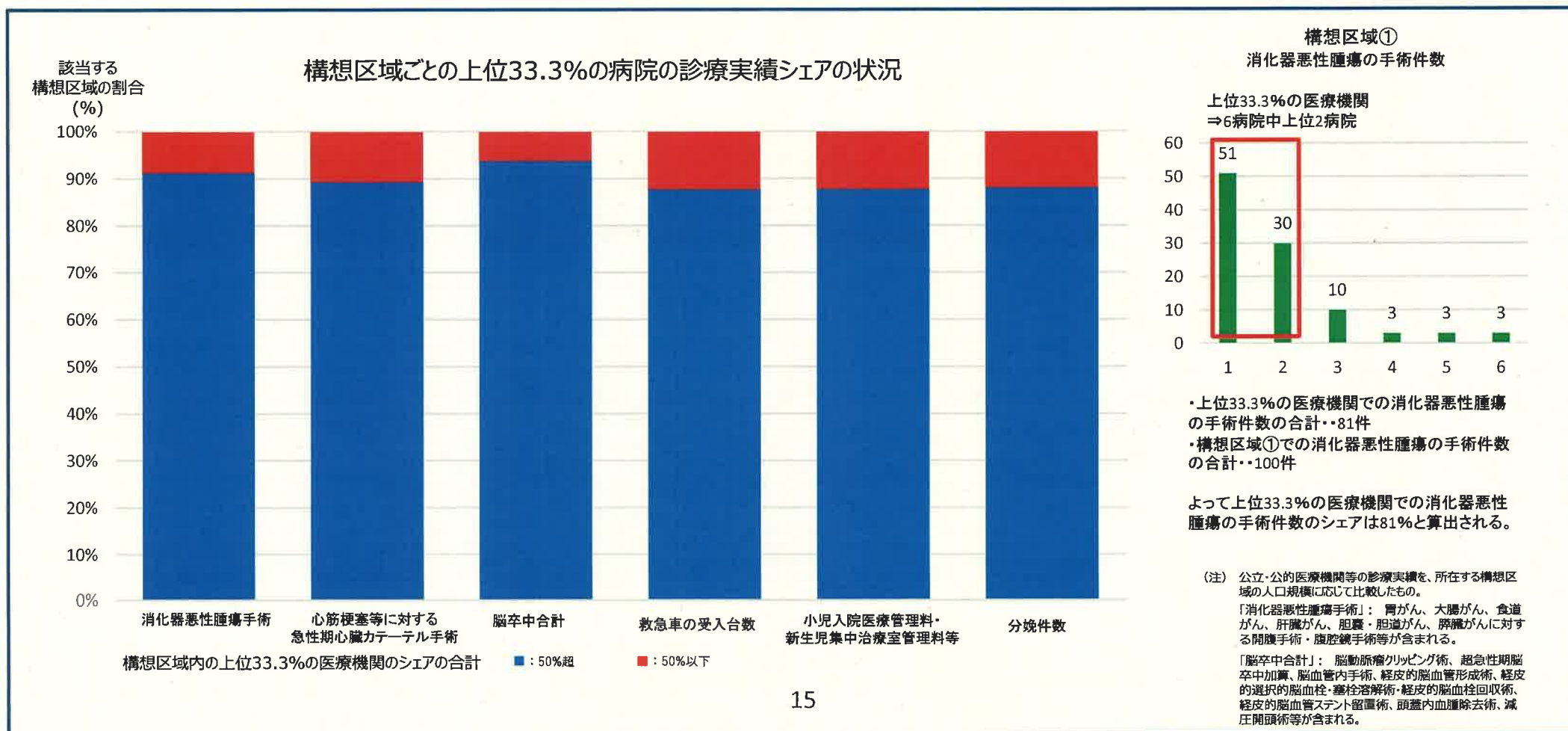
横並び型

上位グループの中に
下位と差がない医療機関がある場合



各構想区域の診療実績の上位33.3パーセント以上の医療機関のシェアの状況

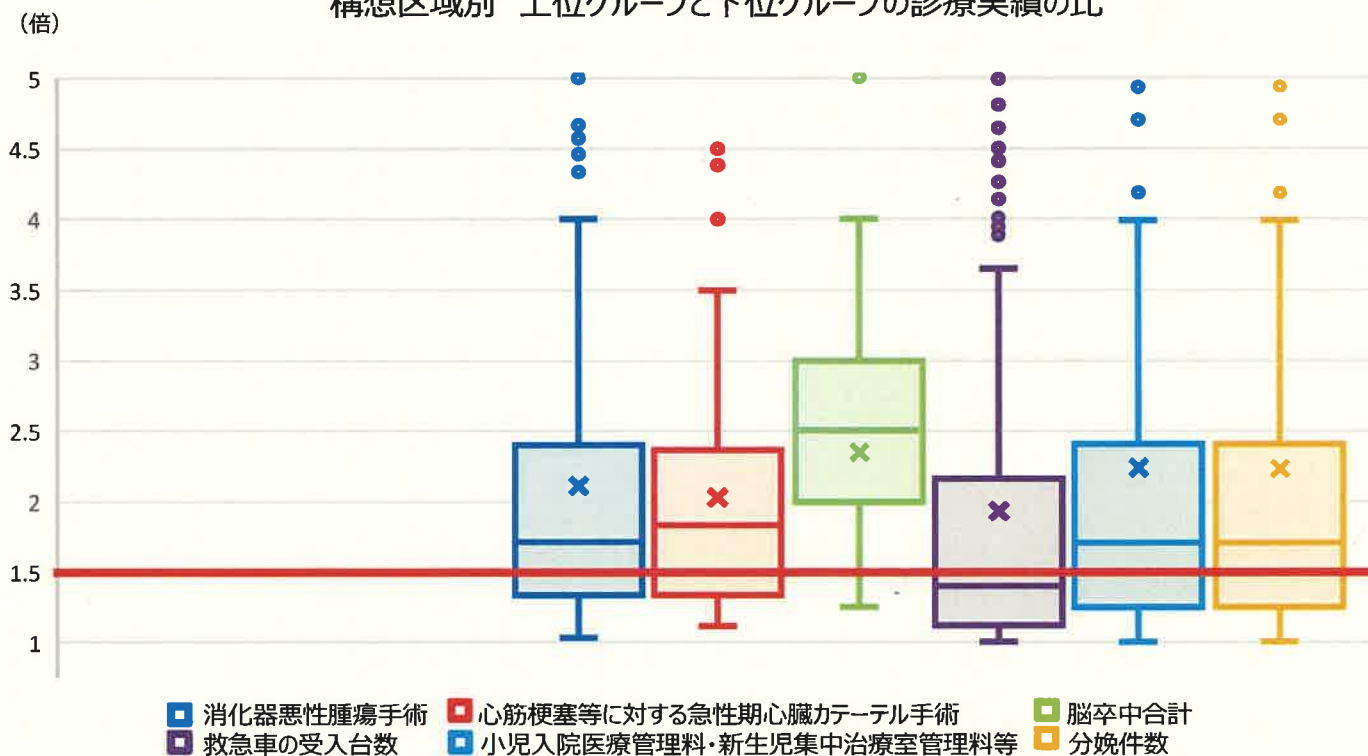
- 各構想区域において上位33.3%の医療機関による診療実績のシェアを項目ごとに算出し、それが全国規模でどの様な分布をとっているのかを項目ごとに分析。
- 上位33.3%の医療機関による、構想区域内の診療実績のシェアが50%より大きい構想区域が大半を占めた。



実績上位グループと実績下位グループに属する医療機関の診療実績の差について

- 各構想区域において、累積占有率50%を基準として医療機関を上位グループ、下位グループの2群に分ける。
- 「下位グループの中で診療実績が最も多い医療機関」1の診療実績と、「上位グループに属する医療機関」の診療実績を比較した。
- 多くの構想区域・分析項目において、「下位グループの中で診療実績が最も多い医療機関」(p.23右図 D病院) の診療実績と、「上位グループに属する医療機関」(p.23右図 C病院) の診療実績との間に、2倍以上の差が存在する。
- 2倍の差がついているものに関しては、上位グループと下位グループの間に「一定の差」があるものと考えられる。それに対して、1倍（差がない）の場合は、完全に「横並び」となっていることから、1倍と2倍の間で「一定の差」についての基準を設定することとし、当該基準については1.5倍を基準とする。

構想区域別 上位グループと下位グループの診療実績の比



・ 多くの構想区域・分析項目において、「下位グループの中で診療実績が最も多い医療機関」の診療実績と、「上位グループに属する医療機関」の診療実績との間に、2倍以上の差が存在する。

(注) 公立・公的医療機関等の診療実績を、所在する構想区域の人口規模に応じて比較したもの。

「消化器悪性腫瘍手術」： 胃がん、大腸がん、食道がん、肝臓がん、胆嚢・胆道がん、膵臓がんに対する開腹手術・腹腔鏡手術等が含まれる。

「脳卒中合計」： 脳動脈瘤クリッピング術、超急性期脳卒中加算、脳血管内手術、経皮的脳血管形成術、経皮的選択的脳血栓・血栓溶解術・経皮的脳血栓回収術、経皮的脳血管ステント留置術、頭蓋内血腫除去術、減圧開頭術等が含まれる。

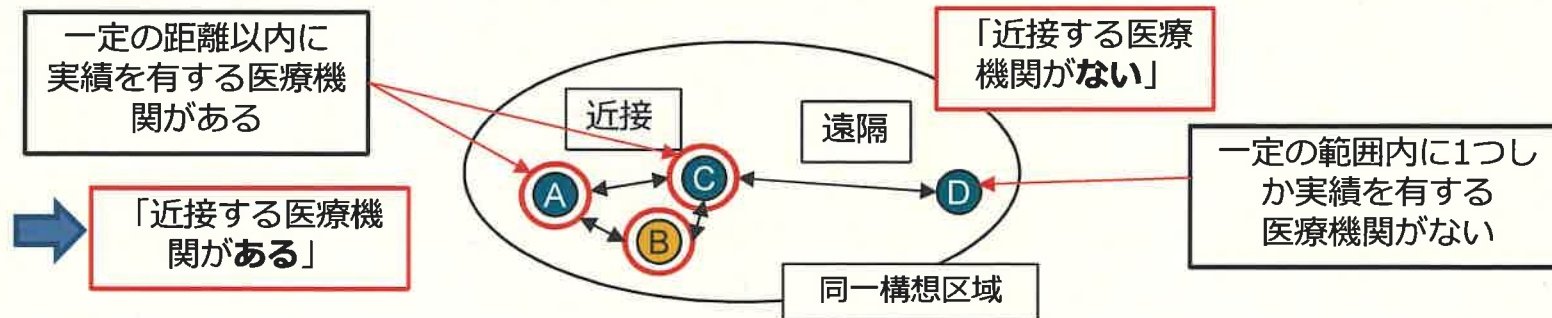
※1 上の箱ひげ図は各診療項目での診療実績の比の分布を示したものの、ひげの両端は外れ値を除いた最小値と、最大値を表している。箱は25パーセント値、中央値、75パーセント値を表している。

※2 図中の「x」は平均値を表す。

所在地が近接していることについての分析

② 「お互いの所在地が近接している」の分析について

- 各領域・分析項目について、ある医療機関から見た際に、一定の距離内に診療実績を有する※¹他の医療機関がない場合は、「近接している医療機関がない」と考えることとする。（逆の場合を「近接する医療機関がある」とする。）
- この際、距離の検討にあたっては、公共交通機関の状況が各構想区域で異なることや、夜間や救急搬送の所要時間を考慮する観点から、自動車での移動時間※²を用いてはどうか。



※¹ 「診療実績が特に少ない」医療機関の場合を除く

所在地が近接していることについての分析

- 消防庁の発表（※1）によると、
 - ・ 救急要請から病院収容までの平均時間は約40分
 - ・ 現場出発から、病院到着までの平均時間は約12分である。

- 仮に、具体的対応方針の再検証の結果、最も近い病院まで20分以上の距離がある医療機関（ア病院）の1つの機能を廃止することを決定した場合、ア病院から20分以内の距離にある地域の一部では、当該地点で発生した患者に対しては、対応可能な医療機関まで40分以上かけて搬送することとなり、上記平均時間を超過する。

- この様な状況も踏まえて、「近接」については、「自動車での移動時間が20分以内の距離（※2）」と定義することとする。

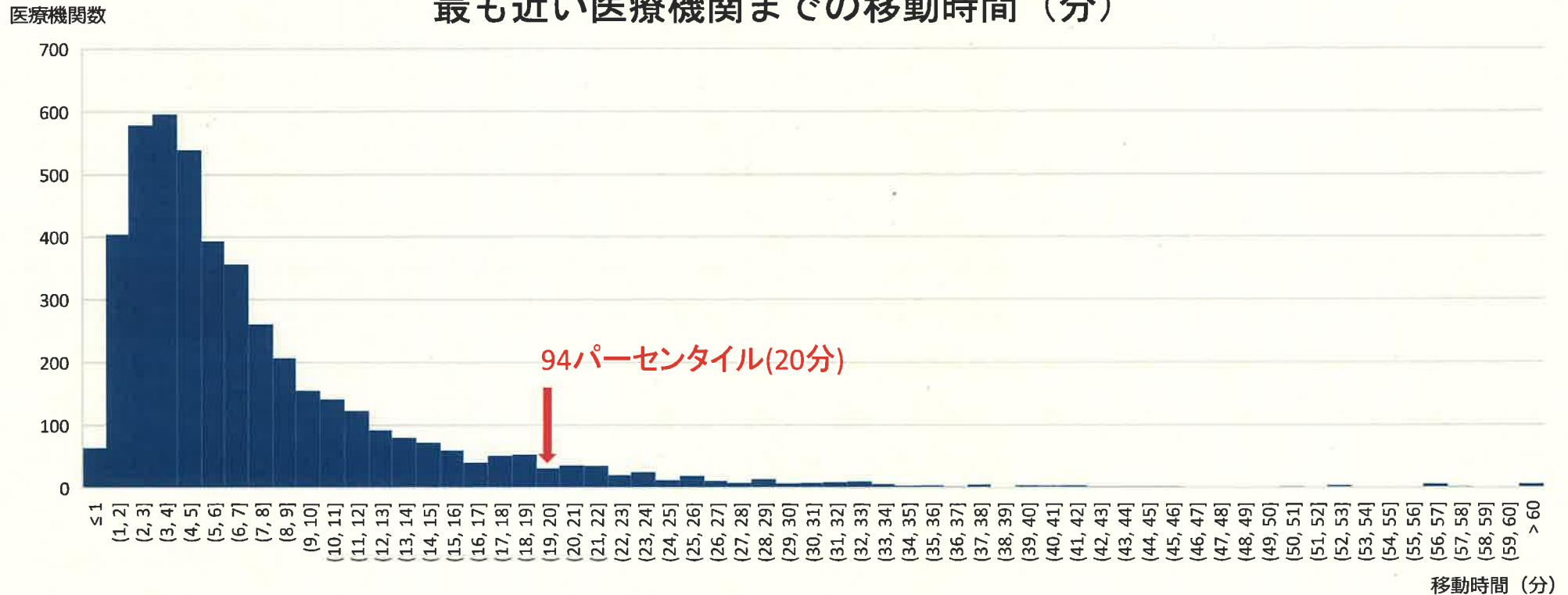
※1 「平成30年版 救急救助の現況」より

※2 移動時間は、国土交通省総合交通分析システム（NITAS）の最新版（ver.2.5（2019年3月版））を用いて集計している。道路の整備状況は、2016年3月時点の道路ネットワーク情報を使用している。計算は「道路モード」（有料道路が存在する場合は、有料道路を利用）で行い、自動車の速度は法定速度としている。

(参考) 医療機関間の移動時間

医療機関ごとに、最も近い医療機関までの移動時間を比較したところ、94%の医療機関が、20分以内に別の医療機関が存在していた。

最も近い医療機関までの移動時間（分）



- 最も近い医療機関までの移動時間集計
- ・病院の組み合わせの度数分布を表す
- ・組み合わせは、同一病院で最短時間に絞り込んでいる
- ・設置主体や診療実績での絞り込みは行っていない

※非公開

医師の働き方改革に関する検討会 報告書の概要

- 医師の働き方改革に関する検討会（座長：岩村正彦東京大学大学院法学政治学研究科教授）において、医師の時間外労働規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等についてとりまとめを行った（平成31年3月28日）。

1. 医師の働き方改革に当たっての基本的な考え方

医師の働き方改革を進める基本認識

- 我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており危機的な状況。昼夜を問わず患者への対応を求められる仕事で、他職種と比較しても抜きん出た長時間労働の実態。
- 健康への影響や過労死の懸念、仕事と生活の調和への関心の高まり、女性医師割合の上昇等も踏まえ、改革を進める必要。
- 医師の長時間労働の背景には、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題のみならず、医師の需給や偏在、医師の養成のあり方、地域医療提供体制における機能分化・連携が不十分な地域の存在、国民の医療のかかり方等の様々な課題が存在。これらに関連する各施策と医師の働き方改革が総合的に進められるべきであり、規制内容を遵守できる条件整備の観点からも推進する必要。

医師の診療業務の特殊性

（応召義務について）

- 医療機関としては労働基準法等の関係法令を遵守した上で医師等が適切に業務遂行できる体制・環境整備を行う必要。応召義務を理由に、違法な診療指示等に従うなど、際限のない長時間労働を求められていると解することは正当ではない。

（医師の診療業務の特殊性）

- 公共性（国民の生命を守るものであり、国民の求める日常的なアクセス、質等の確保が必要）
- 不確実性（疾病発生が予見不可能である等）
- 高度の専門性（業務独占、養成に約10年要する）
- 技術革新と水準向上（新しい診断・治療法の追求と活用・普及の両方が必要）

2. 働き方改革の議論を契機とした、今後目指していく医療提供の姿

- 労働時間管理の適正化が必要。その際、宿日直許可基準における夜間に従事する業務の例示等の現代化、医師の研鑽の労働時間の取扱いについての考え方等を示す必要。
- 医師の労働時間短縮のために、医療機関のマネジメント改革（意識改革、チーム医療の推進（特定行為研修制度のパッケージ化等）、ICT等による効率化）、地域医療提供体制における機能分化・連携や医師偏在対策の推進、上手な医療のかかり方の周知を全体として徹底して取り組んでいく必要。また、働き方と保育環境等の面から、医師が働きやすい勤務環境の整備が重要。
- 個々の医療機関に対するノウハウ提供も含めた実効的な支援策、第三者の立場からの助言等が重要。
- 上手な医療のかかり方を広めるための懇談会でとりまとめた方策を国が速やかに具体的施策として実行。 1

3. 医師の働き方に関する制度上の論点

時間外労働の上限規制の構成 ※具体的な内容はP 4・5

診療従事勤務医の時間外労働の上限水準として、脳・心臓疾患の労災認定基準を考慮した(A)水準を設定。このほかに、2つの水準を設定。

- 地域医療提供体制の確保の観点（①2024年時点ではまだ約1万人の需給ギャップが存在し、さらに医師偏在解消の目標は2036年、②医療計画に基づき改革に取り組む必要性、③医療ニーズへの影響に配慮した段階的改革の必要性）から、やむを得ず(A)水準を超えざるを得ない場合を想定し、地域医療確保暫定特例水準((B)水準)を設定。
※「臨時的な必要がある場合」の1年あたり延長することができる時間数の上限(1,860時間)については、過重労働を懸念する声があがっており、本検討会においても、医師の健康確保や労働時間短縮を求める立場から賛同できないとの意見があった。
- 地域医療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として、その機能については具体的に以下のとおり。

- ◆「救急医療提供体制及び在宅医療提供体制のうち、特に予見不可能で緊急性の高い医療ニーズに対応するために整備しているもの」・「政策的に医療の確保が必要であるとして都道府県医療計画において計画的な確保を図っている「5疾病・5事業」」双方の観点から、
 - i 三次救急医療機関
 - ii 二次救急医療機関 かつ 「年間救急車受入台数1,000台以上又は年間での夜間・休日・時間外入院件数500件以上」 かつ 「医療計画において5疾病5事業の確保のために必要な役割を担うと位置付けられた医療機関」
 - iii 在宅医療において特に積極的な役割を担う医療機関
 - iv 公共性と不確実性が強く働くものとして、都道府県知事が地域医療の確保のために必要と認める医療機関
(例)精神科救急に対応する医療機関(特に患者が集中するもの)、小児救急のみを提供する医療機関、へき地において中核的な役割を果たす医療機関

以上について、時間外労働の実態も踏まえると、あわせて約1,500程度と見込まれる。

- ◆特に専門的な知識・技術や高度かつ継続的な疾病治療・管理が求められ、代替することが困難な医療を提供する医療機関
(例)高度のがん治療、移植医療等極めて高度な手術・病棟管理、児童精神科等

- ①臨床研修医・専門研修中の医師の研鑽意欲に応えて一定期間集中的に知識・手技を身につけられるようにすること、②高度な技能を有する医師を育成する必要がある分野において新しい診断・治療法の活用・普及等が図られるようにすること、が必要であり、集中的技能向上水準((C)-1水準(①に対応)、(C)-2水準(②に対応))を設定。

B・C水準の適用の対象、手順等

(B) 水準

医療機関機能、労働時間短縮の取組等の国が定める客観的要件を踏まえ都道府県が対象医療機関を特定⇒特定された機能にかかる業務につき(A)水準超での36協定が可能に。新たに設ける「評価機能」が医療機関ごとの長時間労働の実態や取組状況の分析・評価を実施。結果を医療機関・都道府県に通知・住民に公表し、当該医療機関と地域医療提供体制の双方から労働時間短縮に向けて取り組む。

(C) - 1
水準
(研修医)

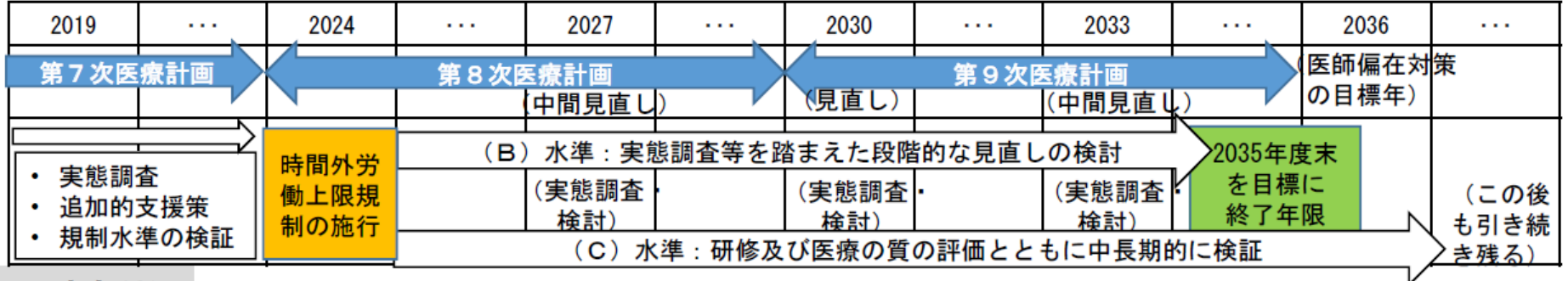
臨床研修・専門研修プログラムにおいて想定最大時間外労働(実績)を明示。これが(A)水準を超える医療機関を都道府県が特定(※超えない場合は(A)水準の適用)⇒「臨床研修・専門研修に係る業務」につき(A)水準超での36協定が可能に。医師は明示時間数を踏まえ自らプログラムを選択・応募。

(C) - 2
水準
(高度特定技能)

高度技能育成を要する分野を審査組織(※高度な医学的見地からの審査を行う)が特定。必要な設備・体制を整備している医療機関を都道府県が特定⇒「高度特定技能育成に係る業務」につき(A)水準超での36協定が可能に。医師が自由な意欲により計画を作成し、審査組織の個別承認を経たのちに実際の適用となる。

※現在、一般労働者の副業・兼業に係る労働時間管理の取扱いについては「副業・兼業の場合の労働時間管理の在り方に関する検討会」において検討されている。このため、兼業(複数勤務)を行う医師に対する労働時間管理等の在り方については、改めて検討。

B・C水準の将来のあり方



4. おわりに

- とりまとめ内容の制度化・実施の際には、追加的健康確保措置が実効性をもって運用され、医師の健康を確実に担保するとともに、(B)水準の解消等に向けて労働時間短縮を着実に推進することが最重要。
- 個々の医療機関が労働時間短縮・医師の健康確保を進めた上で、労使で十分に話し合い、時間外労働について36協定を締結することが重要。さらに、地域医療確保のためにも、医療機関に対する実効的な支援等について確実に実行に移していけるよう、厚生労働省を始めとした行政の速やかな具体的対応を強く求める。
- 医師と国民が受ける医療の双方を社会全体で守っていくと強く決意する。

医師の時間外労働規制について①

一般則

- 【時間外労働の上限】
- (例外)
- ・年720時間
 - ・複数月平均80時間 (休日労働含む)
 - ・月100時間未満 (休日労働含む)
- 年間6か月まで

(原則)

1か月45時間
1年360時間

※この(原則)については医師も同様。

2024年4月～

年1,860時間／
月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

年1,860時間／月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む
⇒将来に向けて縮減方向

年960時間／
月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A：診療従事勤務
医に2024年度以降
適用される水準

特例水準
(医療機関を特定)

C-1 C-2
集中的技能向上水準
(医療機関を特定)

C-1：初期・後期研修医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用
※本人がプログラムを選択
C-2：医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、特定の医療機関で診療に従事する際に適用
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

将来
(暫定特例水準の解消
(=2035年度末)後)

将来に向けて
縮減方向

年960時間／
月100時間 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置 (いわゆるドクターストップ)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※初期研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底 (代償休息不要)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的取組を講ずる。

医師の時間外労働規制について②

		(A) 水準	(B) 水準	(C) 水準
縮36協定の締結でき る時間数 の上限	①通常の時間外労働（休日労働を含まない）	月45時間以下・年360時間以下		
	②「臨時的な必要がある場合」 （休日労働を含む）	月100時間未満（ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり）		
		年960時間以下	年1,860時間以下	
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間（休日労働を含む）		月100時間未満（例外につき同上）		
		年960時間以下	年1,860時間以下	
適正な労務管理（労働時間管理等）		一般労働者と同様の義務（労働基準法、労働安全衛生法）		
医師労働時間短縮計画の作成によるPDCAの実施		現行どおり （勤務環境改善の努力義務）	義務	
追加的健康確保 措置	連続勤務時間制限28時間※1（宿日直許可なしの場合）※2	努力義務 （②が年720時間等を超える場合のみ）	義務	
	勤務間インターバル9時間			
	面接指導（睡眠・疲労の状況の確認を含む）・必要に応じ就業上の措置（就業制限、配慮、禁止）	時間外労働が月100時間以上となる場合は義務 （月100時間以上となる前に実施※3）		

※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

- 追加的健康確保措置については医事法制・医療政策における義務付け、実施状況確認等を行う方向で検討（36協定にも記載）。面接指導については労働安全衛生法上の義務付けがある面接指導としても位置づける方向で検討。

※1 (C) - 1水準が適用される初期研修医の連続勤務時間制限については、28時間ではなく1日ごとに確実に疲労回復させるため15時間（その後の勤務間インターバル9時間）又は24時間（同24時間）とする。

※2 長時間の手術や急患の対応等のやむを得ない事情によって例外的に実施できなかった場合には、代償休息によることも可能（(C) - 1水準が適用される初期研修医を除く）。

※3 時間外労働実績が月80時間超となった段階で睡眠及び疲労の状況についての確認を行い、(A)水準適用対象者の場合は疲労の蓄積が確認された者について、(B)・(C)水準適用対象者の場合は全ての者について、時間外労働が月100時間以上となる前に面接指導を実施。

2019年3月以降の動き

2019年3月

厚労省「医師の働き方改革に関する検討会」報告書

6月

文科省 大学病院の雇用実態調査の結果公表

6～7月

厚労省 医師からの業務移管（タスクシフト）に関するヒアリング

7月

- ・厚労省 宿日直許可基準、医師の研鑽の通知発出
- ・厚労省 「医師の働き方改革の推進に関する検討会」開始
- ・社会保障審議会・医療部会
 応召義務の解釈に関する厚労科研の結果報告
- ・厚労省
 「副業・兼業の場合の労働時間管理の在り方に関する検討会」報告書

10月

厚労省 「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」開始