

医療提供体制の「三位一体改革」の行方

2019年10月26日

山形大学大学院医学系研究科

医療政策学講座教授

村上 正泰

地域医療構想

病院機能の集約化

医療提供体制の「三位一体」の改革

地域包括ケアシステムの構築

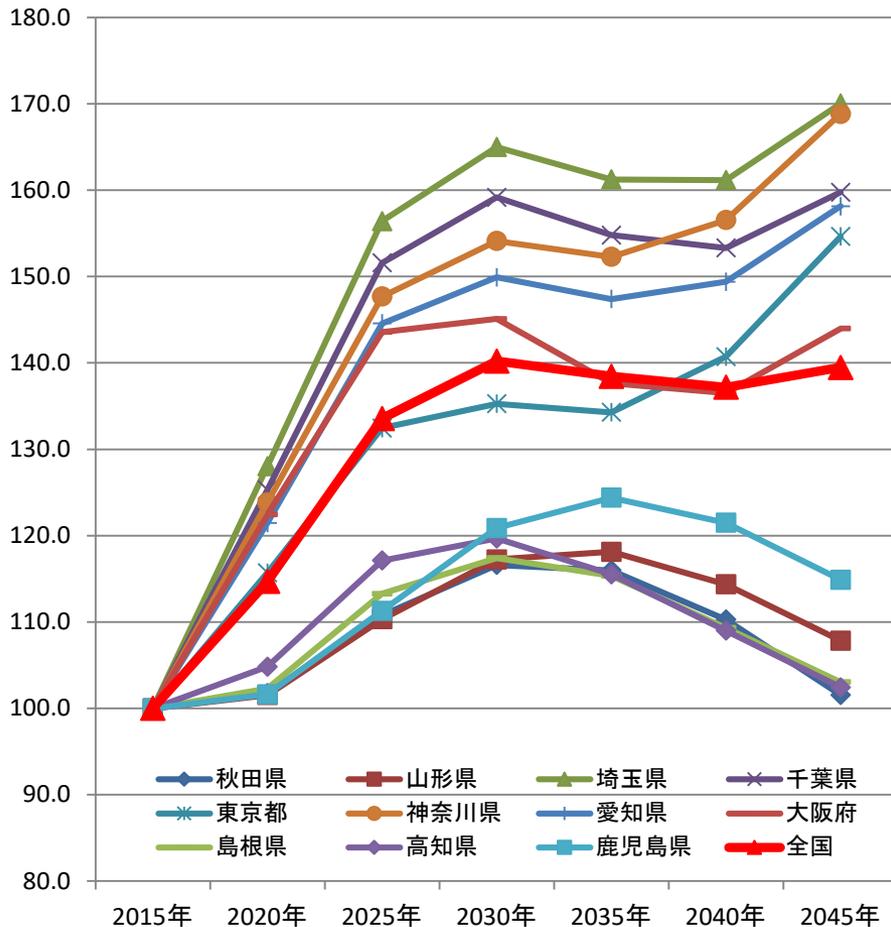
医師確保対策

働き方改革

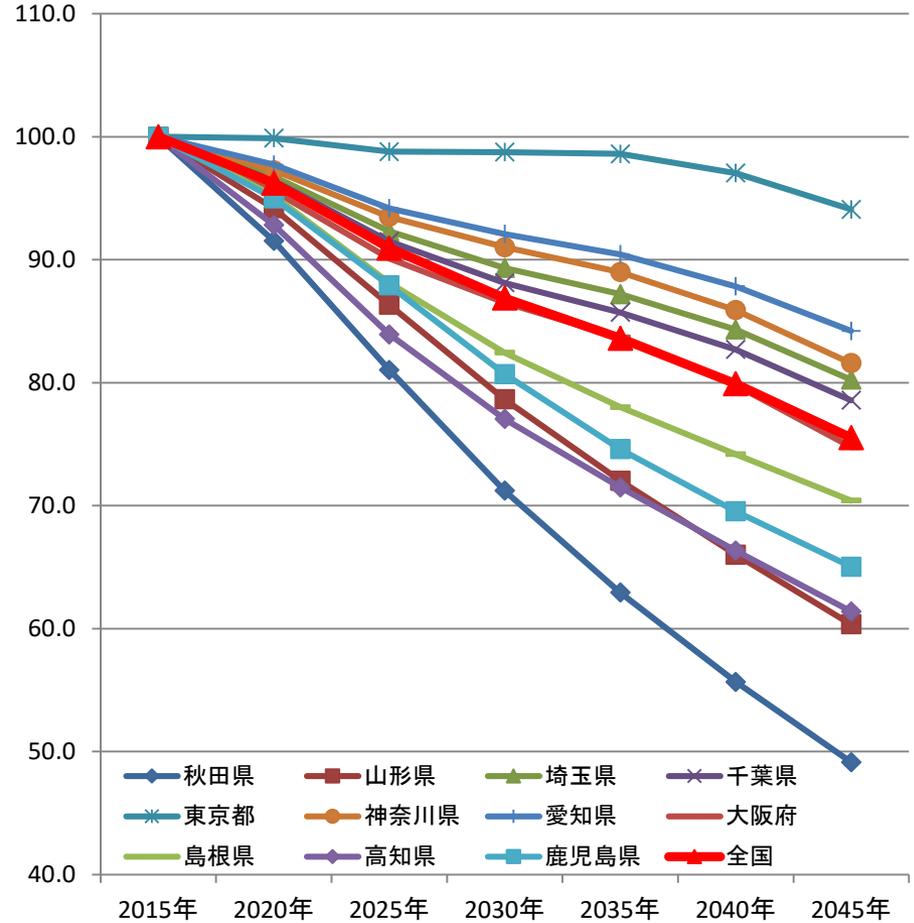
今後の都道府県別人口推移

- 後期高齢者が増加する一方、75歳未満の人口減少が加速し、医療ニーズ(患者像)は大きく変化する。
- 後期高齢者人口が急激に増加する大都市部では、患者数の増加が見込まれる一方、地方では後期高齢者人口の増加幅は緩やかにとどまり、他方で75歳未満人口の減少幅が大きくなるため、患者数(特に急性期患者)は頭打ちの状態から減少局面に入る。

75歳以上人口(2015年=100)



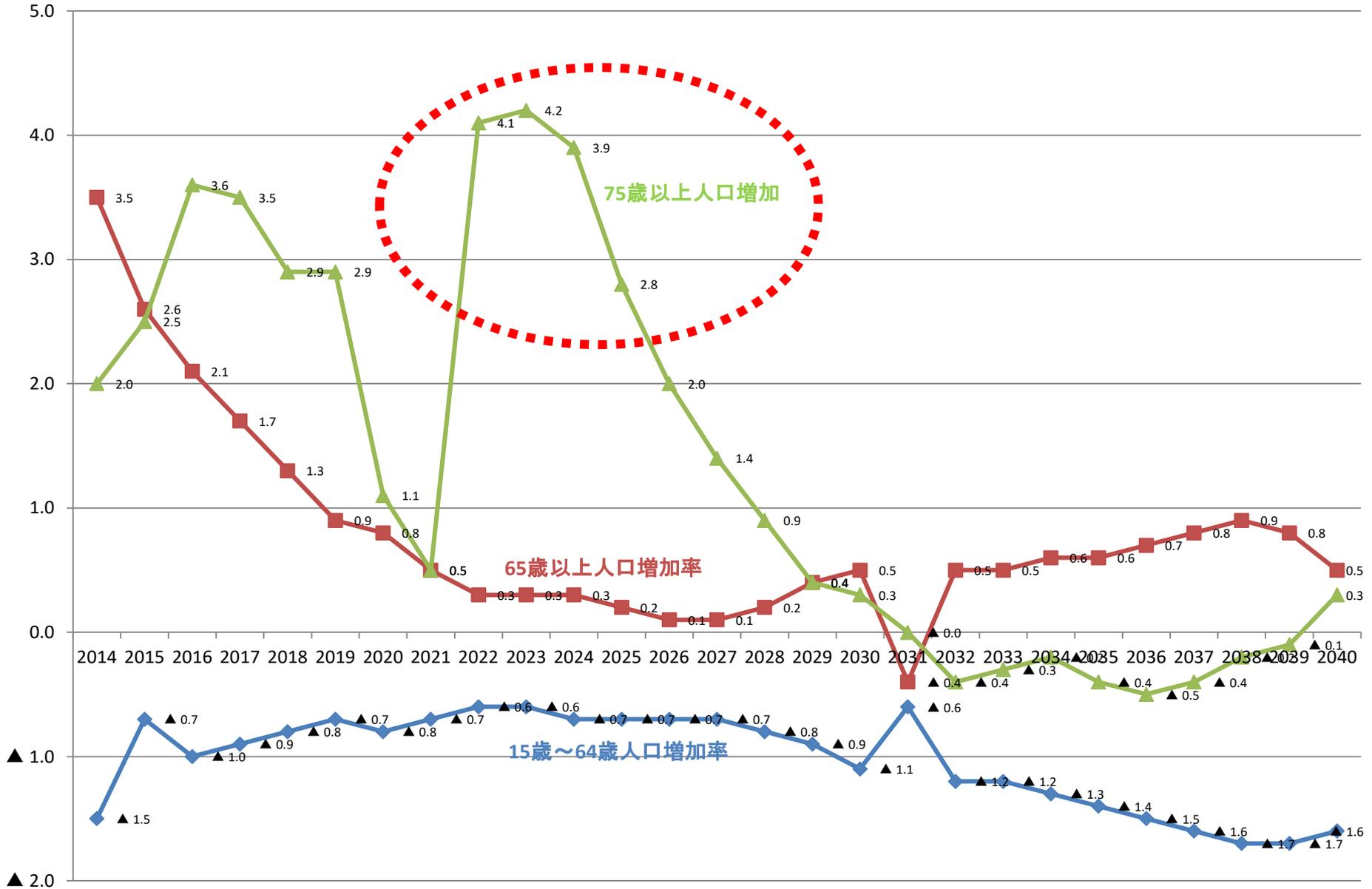
75歳未満人口(2015年=100)



人口動態に伴う患者動向の変化

- 都市部では高齢者を中心に患者数は増加
⇒ 「受け皿」の体制確保の必要性
- 都市部以外では患者数は横ばいから減少局面に突入
⇒ 「マーケット」が縮小する中での（地域の医療ニーズに対応する体制を組みながらの）ある種の「**撤退戦**」
- 年齢構成の「超高齢化」に伴って、患者のニーズとしても、肺炎、骨折、脳血管疾患、心疾患など、高齢者特有の疾患が増加するとともに、医療密度の高い典型的な急性期患者のウェイトは相対的に小さくなり、**必要とされる診療機能も変化**
⇒ 患者のニーズに合致した診療機能の確保

年齢階層別人口増加率



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(出生中位・死亡中位)」に基づき演者作成

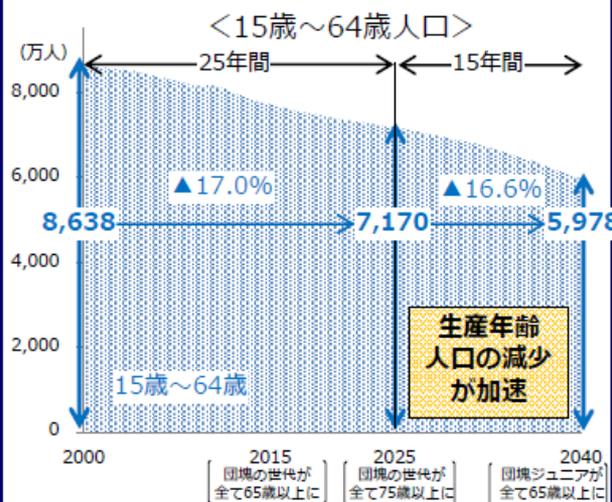
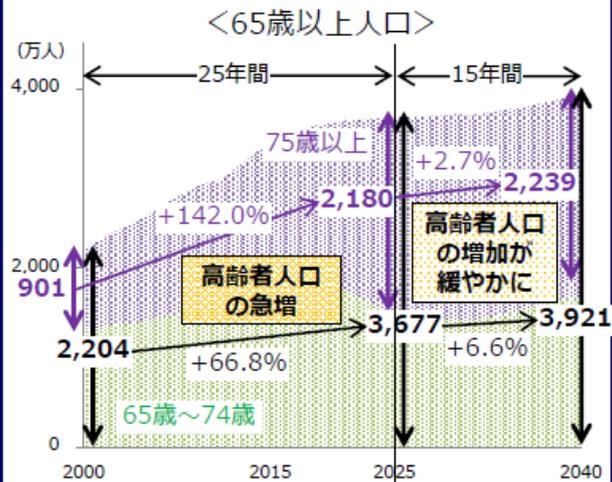
2040年頃を展望した社会保障改革の新たな局面と課題

平成30年4月12日
経済財政諮問会議
加藤勝信臨時議員提出資料

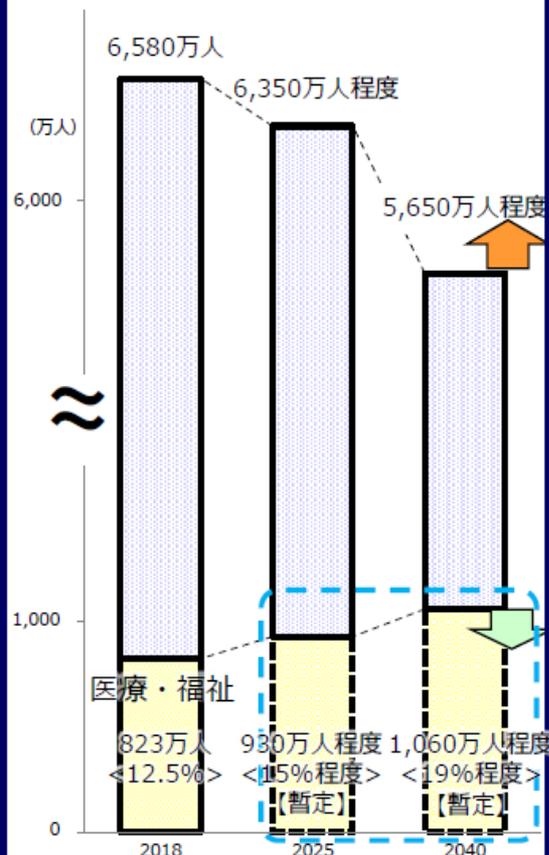
人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。

2025年以降の現役世代の人口の急減という新たな局面における課題への対応が必要。

《2040年までの人口構造の変化》



《就業者数の推移》



(資料) 就業者数については、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計)を用いて機械的に算出。医療・福祉の就業者数は、医療・介護サービスの年齢別の利用状況(2025年)をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計(暫定値)。

国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

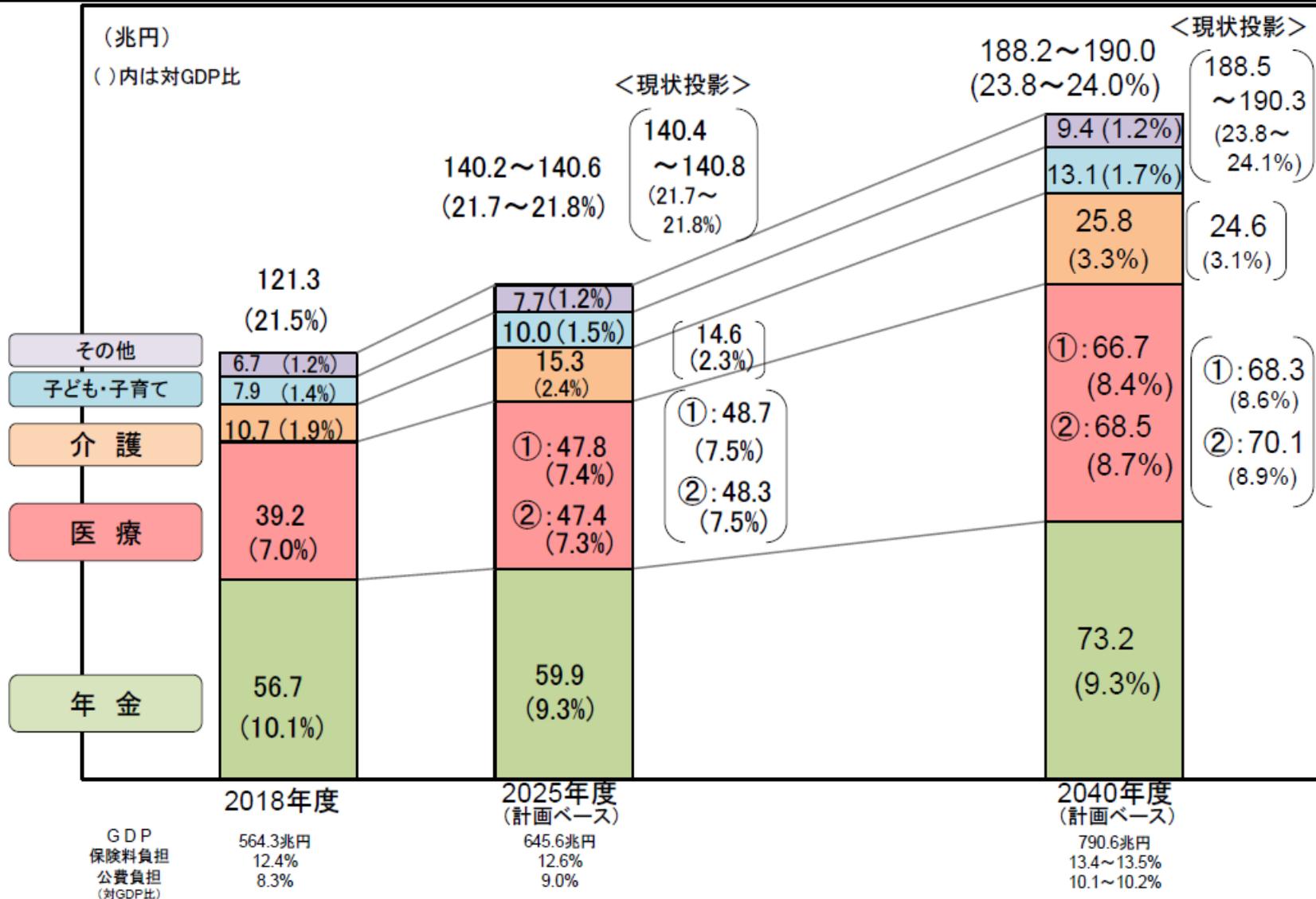
2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性^{*}の向上を目指す。

- ※ サービス産出に要するマンパワー投入量。
- ※ 医療分野: ICT、AI、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度(「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果から抽出)
- ※ 介護分野: 特別養護老人ホームでは、平均では入所者2人に対し介護職員等が1人程度の配置となっているが、ICT等の活用により2.7人に対し1人程度の配置で運営を行っている施設あり。

社会保障給付費の見通し

2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）－概要－（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日）より



(注1) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。

(注2) 「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

※ 平成30年度予算ベースを足元に、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)」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(平成30年1月)」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税一体改革時の試算の仮定を使用。

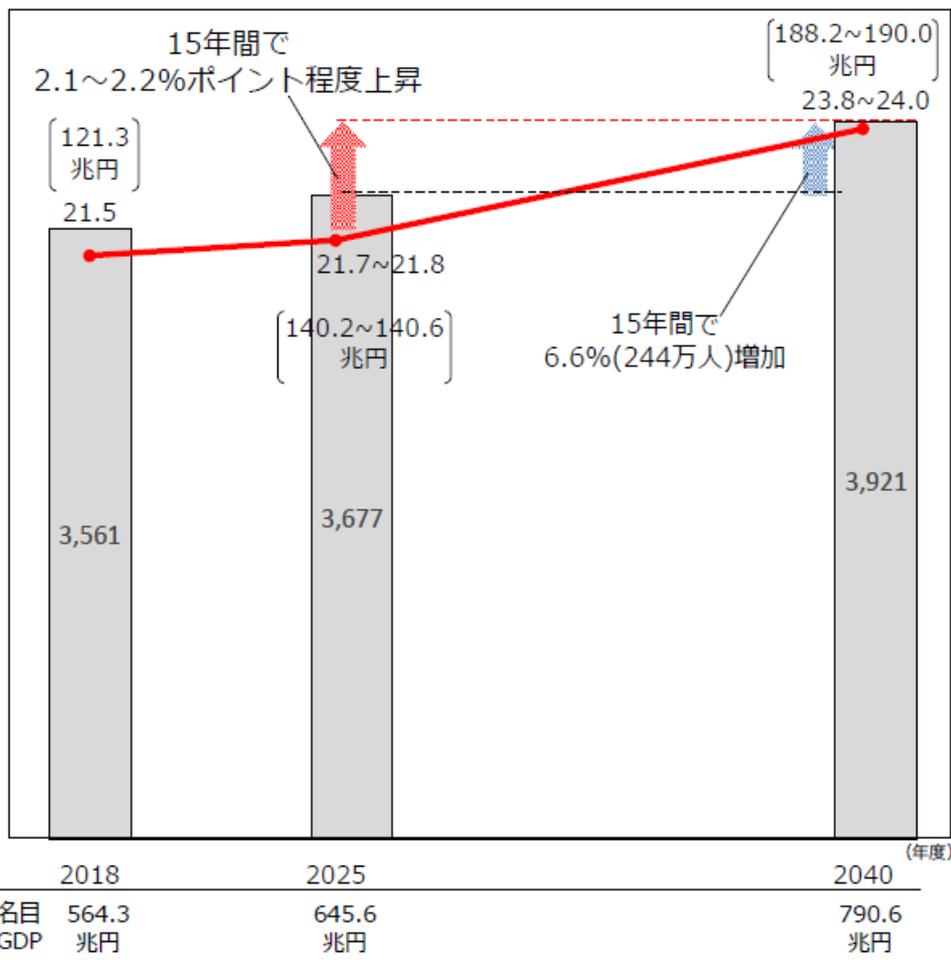
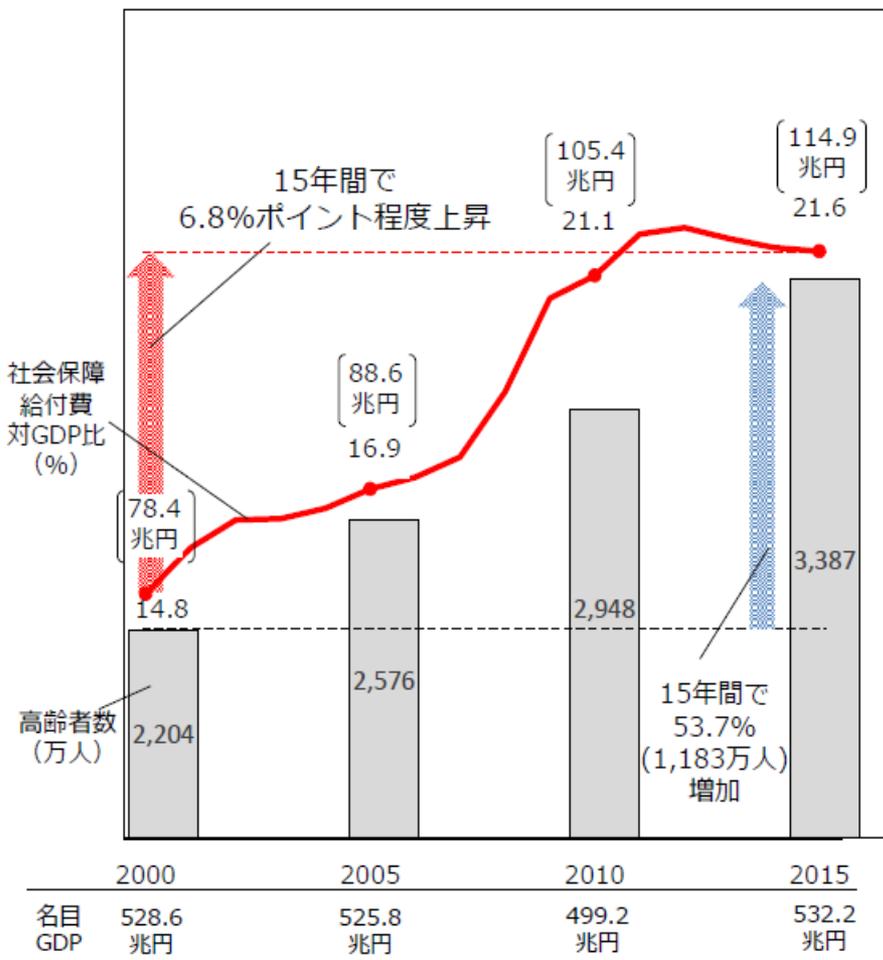
(出所) 厚生労働省「第28回社会保障審議会」資料(平成31年2月1日開催)

2040年に向けた社会保障給付費対GDP比等の推移（実績と将来見通し）

- 高齢者の増加のペースが変わること等から、2000年度から2015年度の15年間では6.8%ポイント程度上昇したのに対し、2025年度から2040年度の15年間では2.1~2.2%ポイント程度の上昇と見込まれている。

＜2000～2015年度の社会保障給付費対GDP比等【実績】＞

＜2018～2040年度の社会保障給付費対GDP比等【将来見通し】＞



(出典) 2000～2015年度は、国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」による実績値。2018年度以降は内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年度を見据えた社会保障のシミュレーション（議論の素材）」による推計値。 5

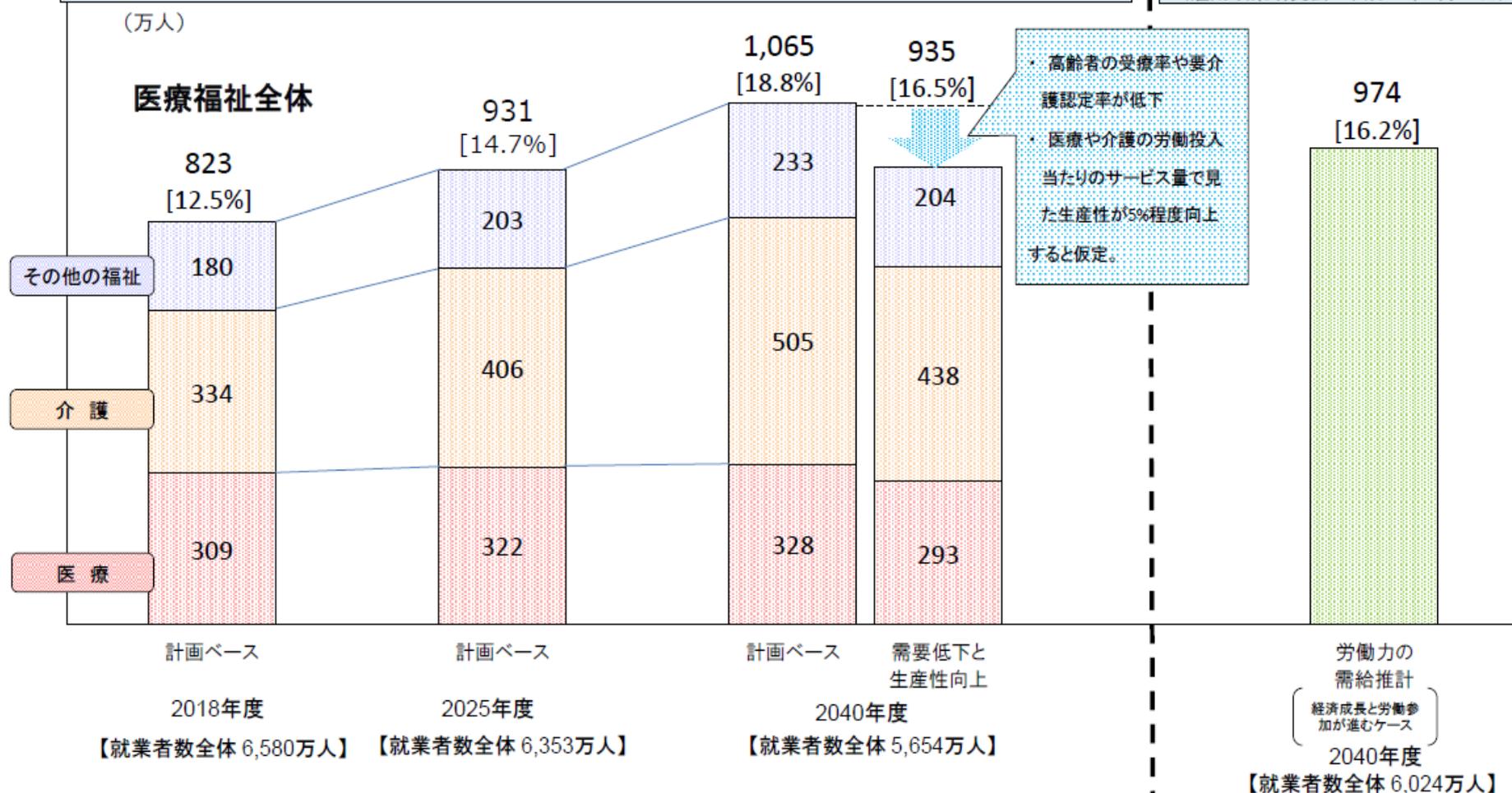
(出所) 厚生労働省「第28回社会保障審議会」資料(平成31年2月1日開催)

医療福祉分野の就業者数の見通し

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数

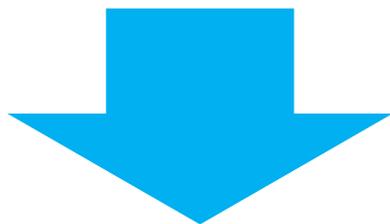
(2040年を見据えた社会保障の将来見通し (議論の素材) (内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日))

労働力需要に加え、労働力供給も
勘案した「医療・福祉」の就業者数
(雇用政策研究会 平成31年1月15日)



(注1)「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療従事者から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。
(注2)医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。
(注3)需要低下と生産性向上については、これまでの受療率等の傾向や今後の寿命の伸び等を考慮し、高齢期において、医療の受療率が2.5歳分程度、介護の認定率が1歳分程度低下した場合、ICT等の活用に関する調査研究や先進事例等を踏まえ、医療・介護の生産性が各5%程度向上するなど、医療福祉分野における就業者数全体で5%程度の効率化が達成された場合の試算。
(注4)労働力の需給推計については、(独)労働政策研究・研修機構が行ったものであり、労働力需要に加え、労働力供給も勘案した「医療・福祉」の就業者数の見通し。
(注5)「需要面から推計した医療福祉分野の就業者数」における就業者数全体については、(独)労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」における性・年齢階級別の人口に対する就業者の割合(就業者割合)を、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)」(出生中位(死亡中位))の推計値に適用して推計。労働力需給の将来の就業者割合については、2020年、2030年の値が示されており、2025年度については、2020年と2030年の値の平均を使用、2040年度については、2030年の値を使用している。従って、2030年以降、性・年齢階級別の就業者割合を固定した計算となっている。
※ []内は就業者数全体に対する割合。

問題は「高齢者の増加」から「人口減少の加速」へ



医療現場における
業務や人員配置の「負荷」をいかに軽減するか？



病院機能の集約化 ←

イノベーションの活用 (ICT、AI、ロボットなど)

それぞれの病院で
医師や看護師などのスタッフの確保困難



個々のスタッフの
過重な業務負担



1病院当たりの
患者数の少なさ



病院の魅力の低下

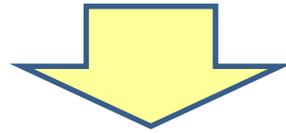


病院機能の分散



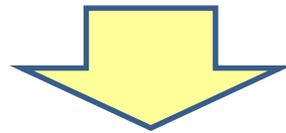
人員不足は医療提供体制と表裏一体の問題

人口(現役世代)の減少



医療資源の集中的投入の必要な
急性期医療の分散配置には限界
(手薄な配置は医療従事者の疲弊の原因)

「医師不足問題」への対応



「働き方改革」への対応

医療密度の高い急性期医療の集約化
病院の役割分担と地域連携
＝医療体制再構築の必要性

患者像に応じた機能分担と確保すべき診療機能の考え方

県全体（三次医療圏）

二次医療圏

一次医療圏
（市町村）

一次医療圏
（市町村）

主治医機能を軸とした
日常的診療機能
医療・介護連携
包括的支援

診療機能に応じた流出入
（高度な専門的医療、「待てる急性期」）

診療機能は患者数などに応じて確保

入院医療の体制整備を図る区域の基本的単位

※二次医療圏の見直し検討対象

「人口規模が20万人未満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場合（特に、流入患者割合が20%未満であり、流出患者割合が20%以上である場合）」

Volume-Outcome Relationship

Original article

Impact of hospital volume on hospital mortality, length of stay and total costs after pancreaticoduodenectomy

R. Yoshioka¹, H. Yasunaga², K. Hasegawa¹, H. Horiguchi³, K. Fushimi⁴, T. Aoki¹, Y. Sakamoto¹, Y. Sugawara¹ and N. Kokudo¹

¹Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery Division, Department of Surgery, Graduate School of Medicine, and ²Department of Health Economics and Epidemiology Research, School of Public Health, University of Tokyo, ³Department of Clinical Data Management and Research, Clinical Research Centre, National Hospital Organization Headquarters, and ⁴Department of Health Care Informatics, Tokyo Medical and Dental University, Tokyo, Japan

Correspondence to: Dr N. Kokudo, Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery Division, Department of Surgery, Graduate School of Medicine, University of Tokyo, 7-3-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8655, Japan (e-mail: kokudo-2su@h.u-tokyo.ac.jp)

Background: High morbidity and mortality rates after pancreaticoduodenectomy (PD) have led to concentration of this surgery in high-volume centres, with improved outcomes. The extent to which better outcomes might be apparent in a healthcare system where the mortality rate is already low is unclear.

Methods: The Japanese Diagnosis Procedure Combination database was used to identify patients undergoing PD between 2007 and 2010. Patient data included age, sex, co-morbidities at admission, type of hospital, type of PD, and the year in which the patient was treated. Hospital volume was defined as the number of PDs performed annually at each hospital, and categorized into quintiles: very low-, low-, medium-, high-

the Internatio-

Results: A to in-hospital me 5.0 per cent fe

Multivariable shorter postop hospital volum

Conclusion: Mortality, sho: PD in this hea

Paper accepted 1

Published online

Introduction

Pancreaticoduodenectomy. Although a mortality rate of 0.8–2 high-volume institutions much higher mortality inverse relationship operative mortality volume–outcome relationship for length of stay term survival after also been related to

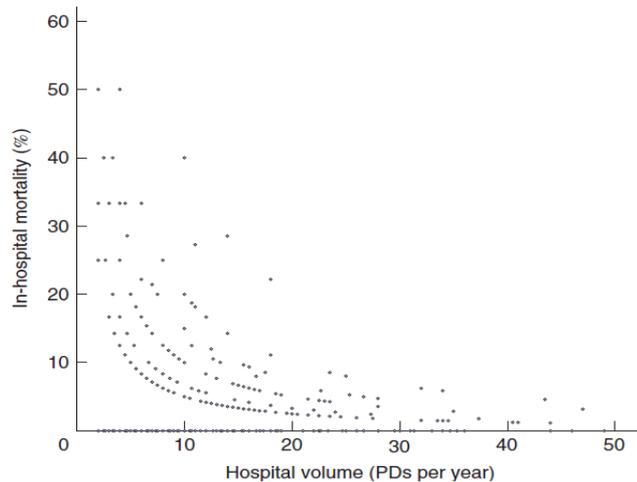
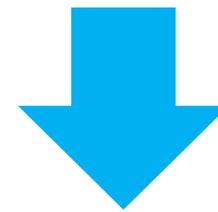


Fig. 2 Scatter plot of hospitals according to annual hospital volume of pancreaticoduodenectomies (PDs) and in-hospital mortality rate

症例数が多い病院ほど

- 在院日数が短い
- 術後合併症などが少ない
- 死亡率が低い など

良好な治療成績を示す研究がさまざまな治療法について国内外で数多く示されている



急性期医療においては
集約化は医療の質の向上につながる
=患者にとってもメリットが大きい

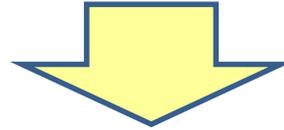
高齢者医療の主な特徴

- ① 慢性疾患の増加
- ② 複数の病気や症状を抱える
- ③ 代謝能力の低下
- ④ 症状の現れ方などが非定型的
- ⑤ 個人差が大きい
- ⑥ 現疾患と関係のない合併症を起こしやすい
- ⑦ 予後が医療のみならず社会的環境に影響される

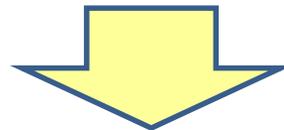
**「治す医療」から「治し、支える医療」へ
「生活」を「支える」ための医療・介護**

高齢化の進展

(高齢者層の中でも一段の「高齢化」)



慢性疾患を抱えて
療養生活を継続する高齢者の増加

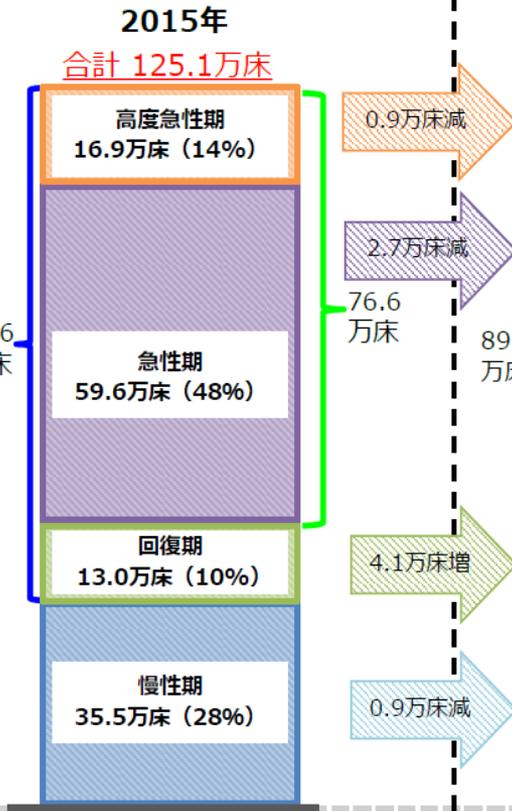


住み慣れた地域での
その人らしい生活を支える
「**地域包括ケアシステム**」の構築

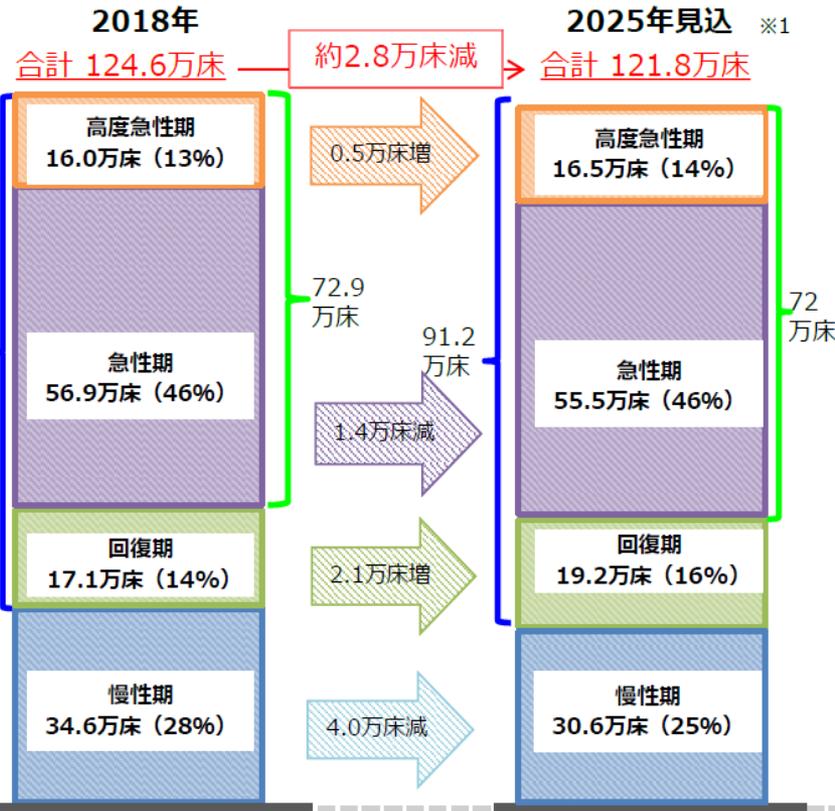
病床機能ごとの病床数の推移

- 2025年見込の病床数※¹は**121.8万床**となっており、2015年に比べ、**3.3万床減少する見込み**だが、地域医療構想における2025年の病床の必要量と比べ未だ**2.7万床開き**がある。（同期間に、高度急性期+急性期は**4.6万床減少**、慢性期は**4.9万床減少**の見込み）
- 2025年見込の高度急性期及び急性期の病床数※¹の合計は**72万床**であり、地域医療構想における2025年の病床の必要量と比べ**18.8万床開き**がある。一方で回復期については**18.3万床不足**しており、「急性期」からの転換を進める必要がある。

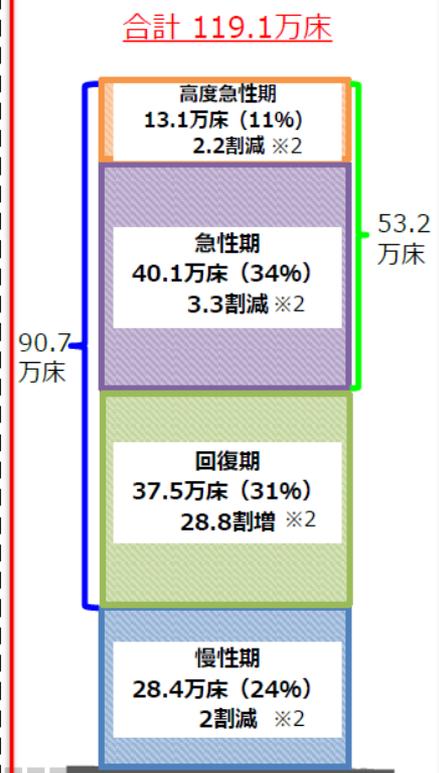
【2015年度病床機能報告】



【2018年度病床機能報告 (2019年5月時点暫定値)】



【地域医療構想における2025年の病床の必要量】



※¹：2018年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※²：2015年の病床数との比較

※³：対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

地域医療構想における必要病床数の 全国共通の傾向

- 必要病床数は、首都圏などを除き、現状の許可病床数、稼働病床数よりも少ない。
 - ※ 一般病床の医療資源投入量175点未満＋療養病床の医療区分1の70%の「在宅医療等」への移行
 - ※ 病床稼働率の前提 比較的甘めの前提

 - (高度急性期:75%、急性期:78%、回復期:90%、慢性期:92%)
- 病床機能報告で高度急性期・急性期と報告されている病床数は、将来の必要病床数よりも多い一方で、回復期と報告されている病床数は少ない。
 - ※ 回復期の医療需要を医療資源投入量が175～600点で推計
→ 軽度な急性期が「回復期」に分類されれば需要が増えるのは当然
- 「在宅医療等」の医療需要が増加する。
 - ※ 訪問診療の増加と老健定員増の見込み
 - ※ 上述の「在宅医療等」への移行分

地域医療構想の協議で感じる課題(1)

【制度的問題】

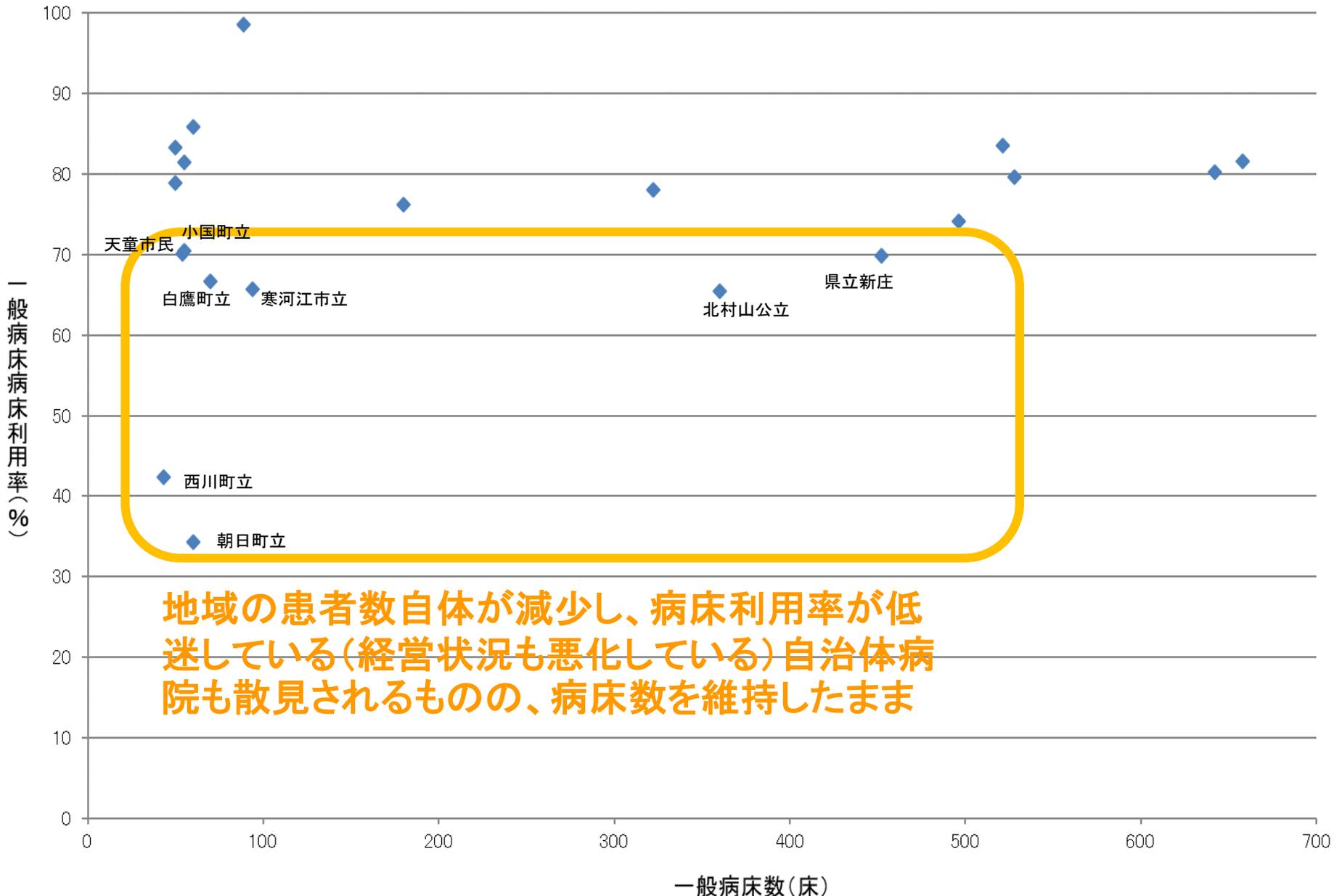
- **必要病床数の解釈**
 - 病棟単位の報告と病床数(患者数)単位の必要量
 - 患者像の幅の見込み
 - **病床機能の考え方**
 - 特に実態として軽度急性期を含む「回復期」の捉え方
 - **必要病床数だけでは捉えられない経営体制**
 - 診療密度の高い急性期医療は一定程度の集約化が不可欠だが、「それぞれが等しくダウンサイジングや機能の転換に取り組む」ので良いのか、それとも「急性期機能をどこかの病院に集約化する」とか「複数の病院を再編・統合する」ことが必要かの議論などが欠落
- 「誤解」を解くための解説の繰り返しで時間を消費

地域医療構想の協議で感じる課題(2)

【公立病院における政治的影響】

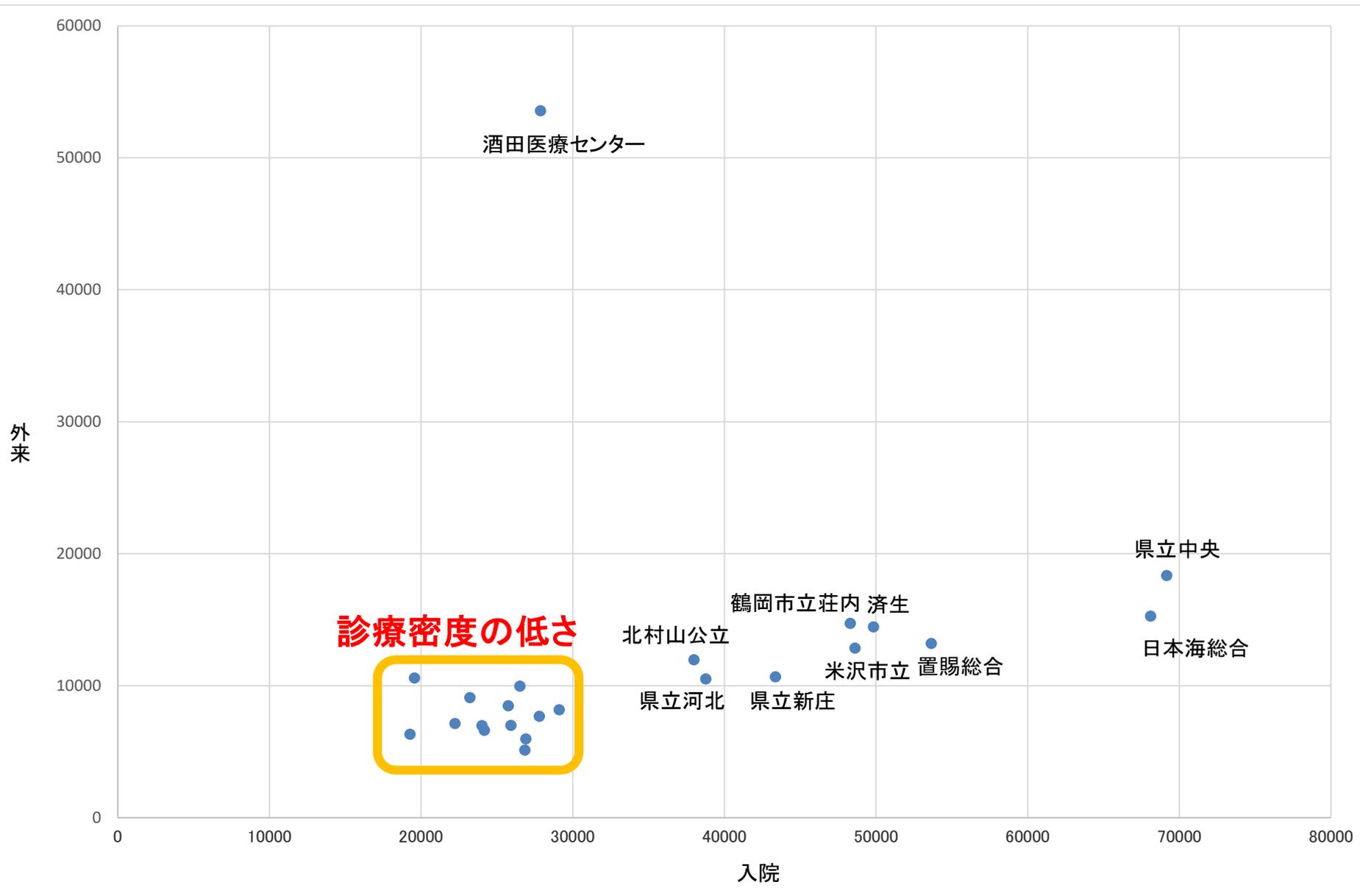
- **首長などの意向に左右される判断**
 - 調整会議における協議の限界
 - 病床利用率が低下しても、少ない人口の範囲内でそれぞれが病院の体裁の維持に固執し、ダウンサイジングや再編・統合には消極的(依然として「拡大路線」)
 - 臨床現場の実態、医師・看護師などの人材育成やキャリアパスの在り方への認識不足
- **都道府県の「利益相反」**
 - 医療政策担当部局と病院事業担当部局
 - 都道府県のちぐはぐな対応への他の病院の不信感

山形県内の自治体病院における一般病床病床利用率(2017年度)



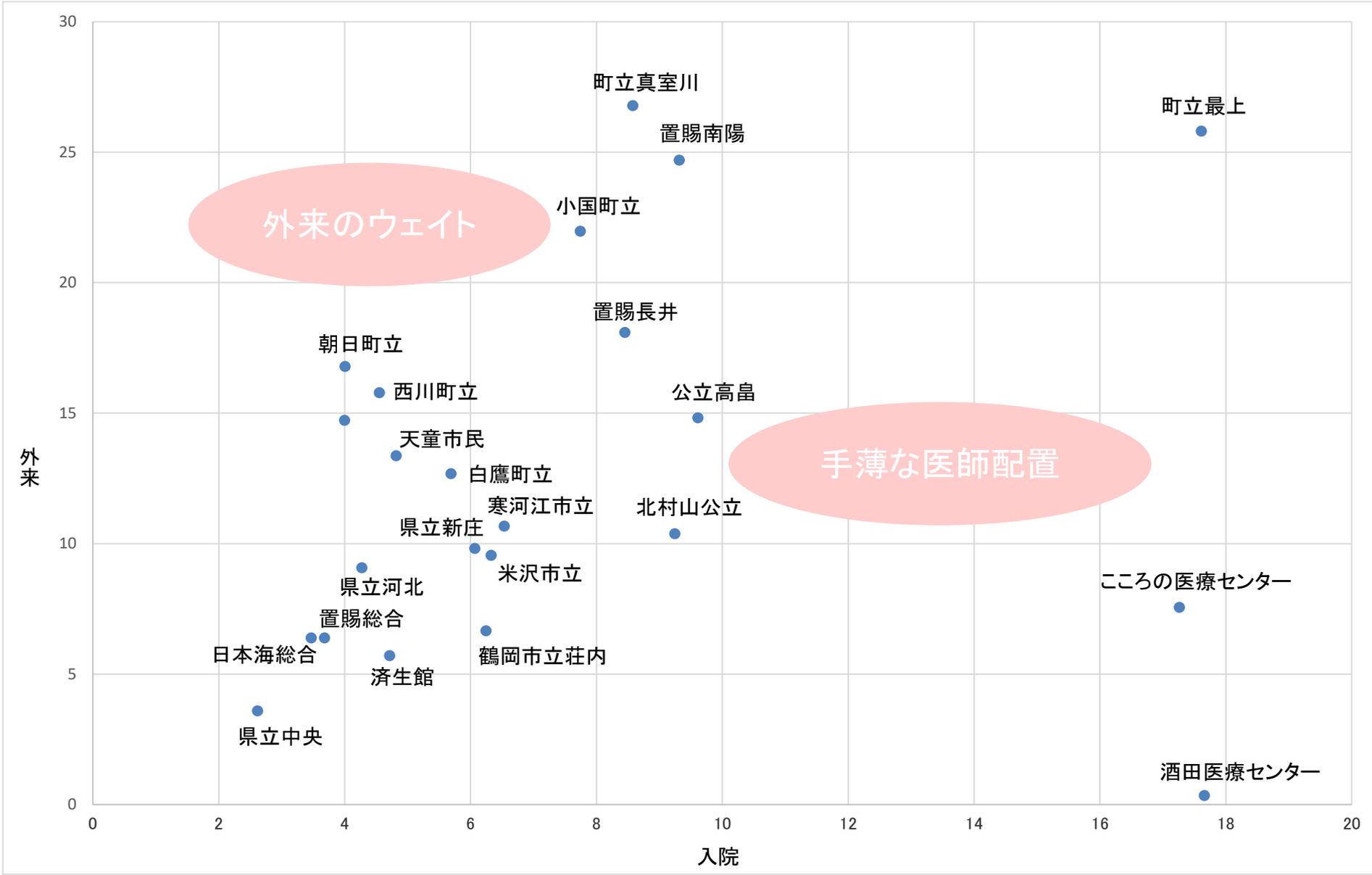
地域の患者数自体が減少し、病床利用率が低迷している(経営状況も悪化している)自治体病院も散見されるものの、病床数を維持したまま

山形県内自治体病院の患者1人当たり診療収入



(出所) 山形県自治体病院決算統計集計に基づき演者作成

山形県内自治体病院の医師1人当たり患者数



(出所)山形県自治体病院決算統計集計に基づき演者作成

地域医療構想の協議で感じる課題(3)

【調整会議の機能】

● 練られていない協議の進め方

- 議題が病床機能報告の結果報告や、病床の削減や機能転換の方針を決めた病院からの報告に終始してしまい、中身のある「調整」ではなく、単なる「報告会」になりがち(⇒地域全体での整合的な検討にならず)

● 「分かってはいても、当面は様子見」の構図

- 「再編・統合は必要だが、いつ誰が旗を振るのか」
- 「病院の機能は医師の配置次第」(人数だけでなく個々の医師の能力なども含めて)
- 「地域包括ケア病棟にしても梯子外しに遭うのでは」
などの声

- 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

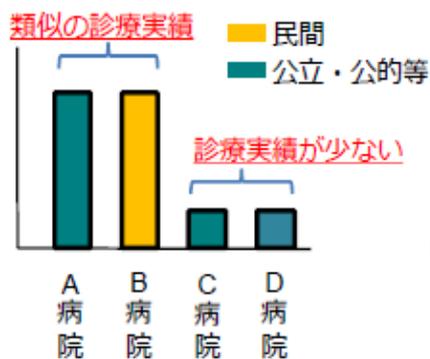
分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

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。

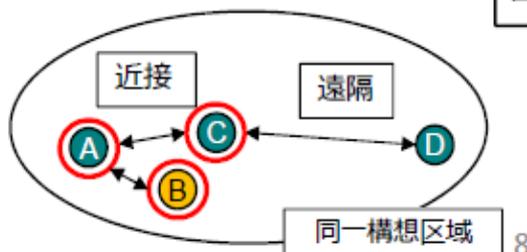
分析のイメージ

- ①診療実績の**データ分析**
(領域等(例:がん、救急等)ごと)



- ②地理的条件的**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



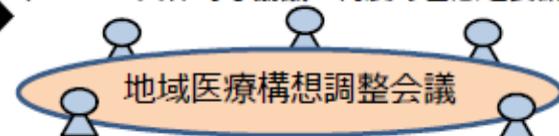
①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- 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



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）

医療機関単位の
「診療実績が特に少ない」^{※1}の分析

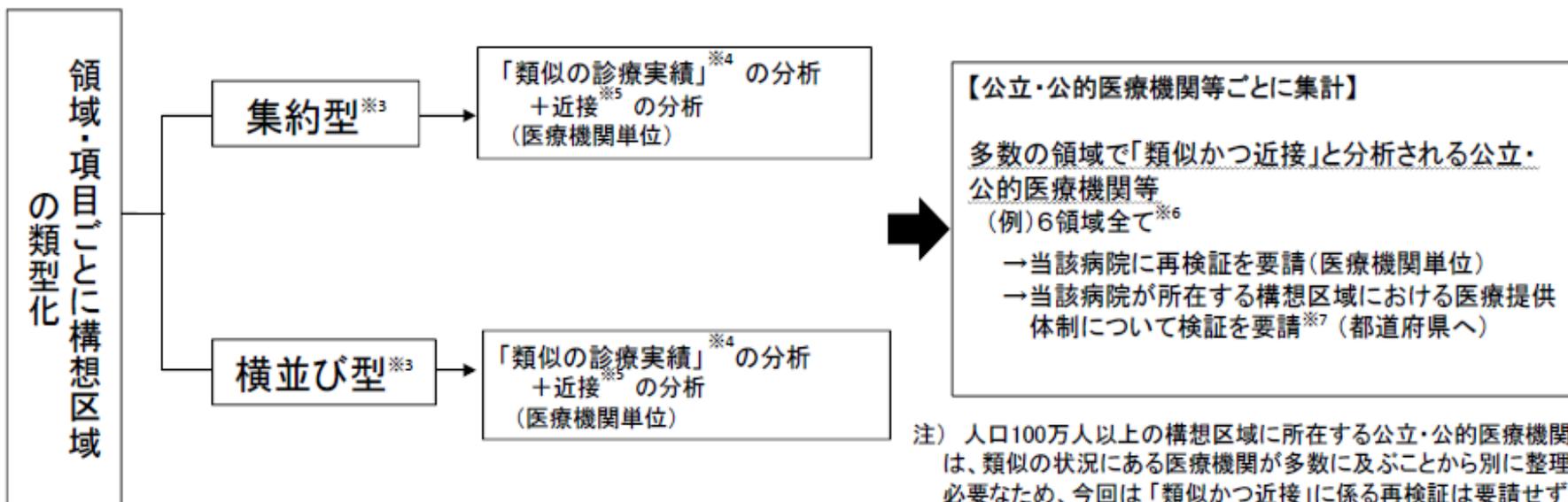
「診療実績が特に少ない」領域が
多数となる公立・公的医療機関等

例) 9領域^{※2} 全て

再検証を要請
(医療機関単位)

注) 人口100万人以上の構想区域も含む。

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）



注) 人口100万人以上の構想区域に所在する公立・公的医療機関等は、類似の状況にある医療機関が多数に及ぶことから別に整理が必要なため、今回は「類似かつ近接」に係る再検証は要請せず、今後、必要な検討を行うこととする。ただし、分析結果は公表する。

※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

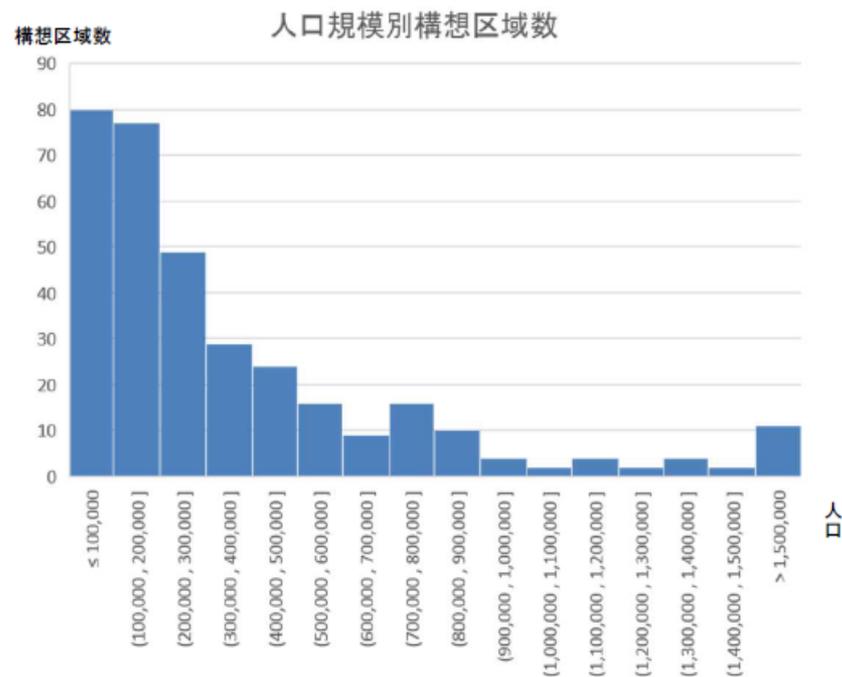
※6 実績が全く無い領域も「類似かつ近接」に準じて合計する。

※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。

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



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

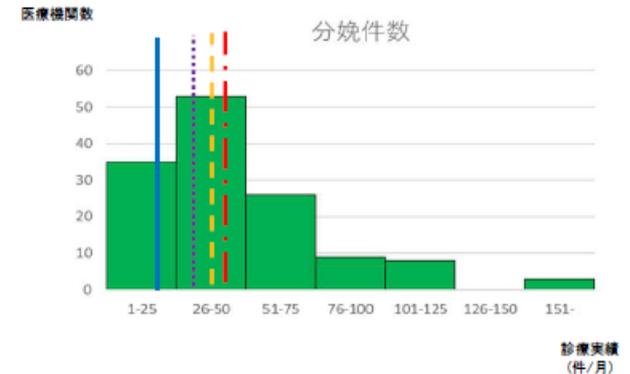
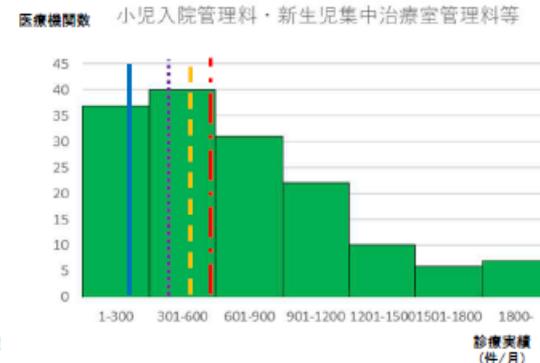
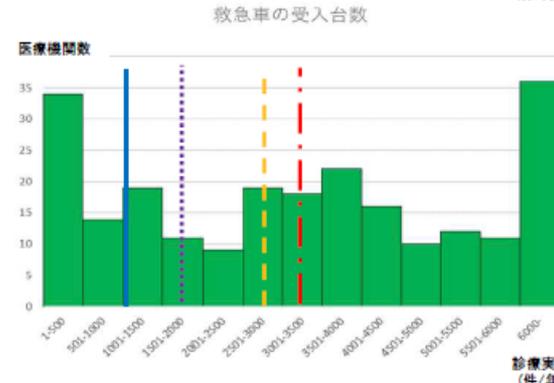
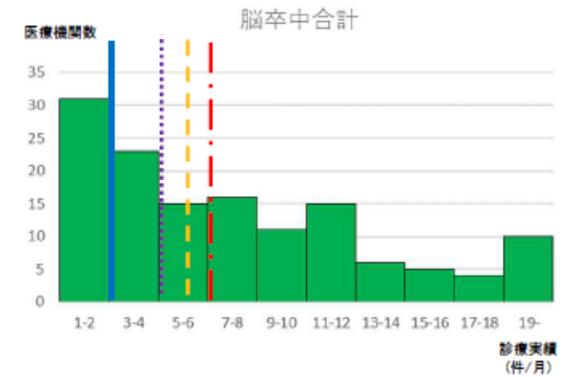
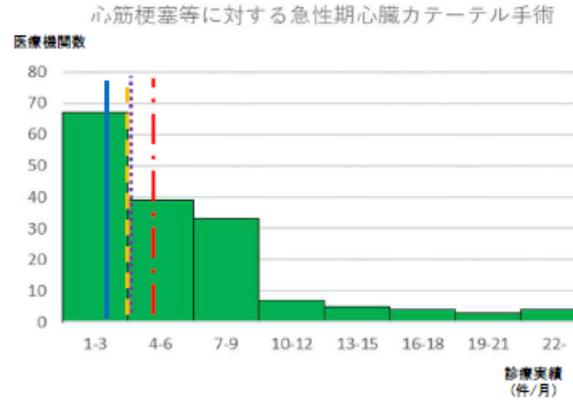
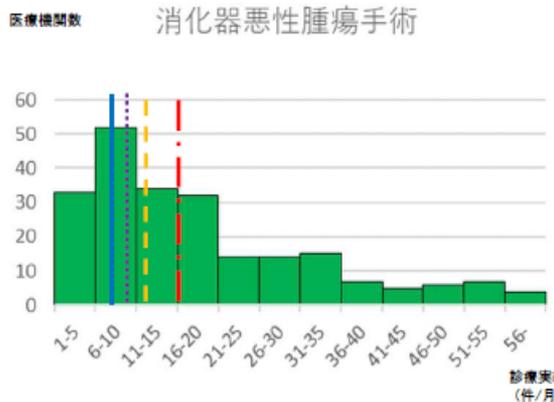
- 人口区分ごとに、各項目の診療実績について、一定の水準を設け、その水準に満たない項目について、「特に診療実績が少ない」こととする。
- その基準については、横断的に相対的な基準を設定することとし、当該基準については、各項目の診療実績の分布等を踏まえ、人口区分によらず、下位33.3パーセンタイル値とする。

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
— (赤長線)	下位50パーセンタイル



- ※ 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。

「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〕

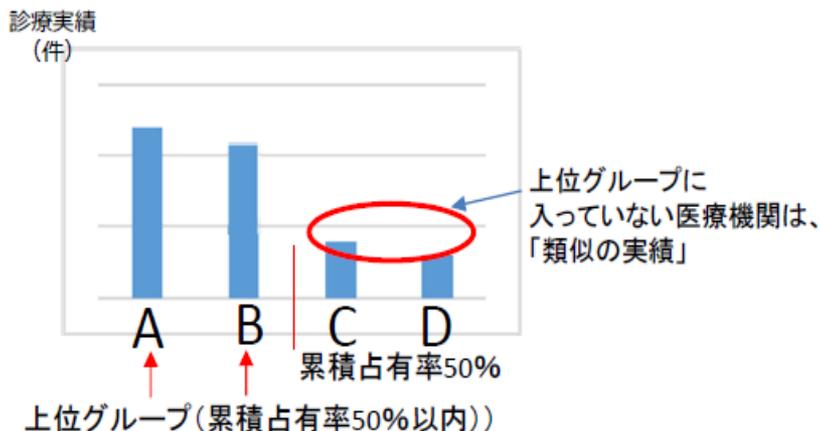
- ① 診療実績が上位50% (累積占有率50%) 以内に入っている医療機関を上位グループとする。
- ② 上位グループの中で占有率が最低位の医療機関の実績と、下位グループのうち占有率が最高位である医療機関の実績とを比較し、上位グループと下位グループで明らかに差がある場合を「集約型」、一定の差がない場合を「横並び型」とする。

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

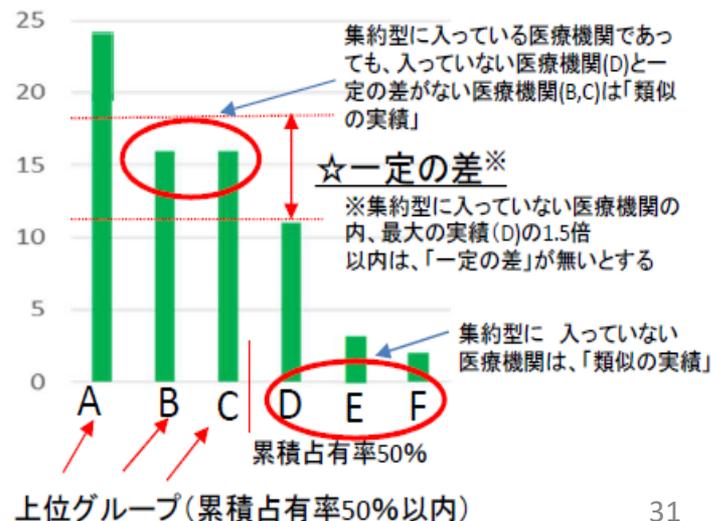


横並び型における「類似の実績」の基本的考え方:

- 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



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。

留意点(1)

○今回は、民間病院にはない財政上・税制上の措置を受けていることを念頭に、公立・公的病院が当該病院でしか担えない機能に重点化されているかという視点で分析が行われたが、地域医療提供体制を検討する上では、**公立・公的病院だけではなく民間病院も含めたあり方の検討**が不可欠である。

○今回は**平成29年度**病床機能報告で「高度急性期」「急性期」と報告した病棟がある病院が対象となっているが、同じような診療機能でも「回復期」と報告している病院は含まれていない。

○少ない実績の機能を他病院に集約するとしても、他病院の設備や体制などの面から困難な場合もあり、現実的な対応策を検討する必要がある。

留意点(2)

○厚生労働省の言う「再編統合」については、

・「統廃合」だけではなく、「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」も含まれていること

・ただし、それらのどれでもやりさえすれば良いということではなく、持続可能な医療提供体制を構築するために必要な方策を検討する必要があること

・対象となったからと言って、再検証の結果、必ず「再編統合」をしなければならないという訳ではないことに留意する必要がある。

○他方で、今回対象として名前が挙がらなかった病院も、検討が不要という訳ではない(地域医療構想に関するWG)での指摘)。

○今回の診療実績データ分析の基本的な考え方や前提条件なども踏まえ、地域全体の診療機能の再編成に向けた対応を検討すべき。

◎住民の不安拭えず

山形大の村上正泰(むらかみ・まさやす)教授(医療政策学)の話

厚生労働省が地域病院の競合状況を具体的な数値で示したのは意味あることだ。だが、国が「診療実績が少ないから」と指摘するだけでは、病院の再編・統合に対する住民の不安や不満は拭えず、検討は進まない。複数の病院に医師や設備が中途半端に分散しているよりも、どこかに機能を集約した方が良い場合がある。例えば、住民からの距離が多少遠くなっても、がん治療などで質の高い安全な医療を提供できる病院があった方がメリットだ。そうした点をデータで示しながら、都道府県だけでなく、地域の大学や医師会とも連携して議論を進める必要がある。

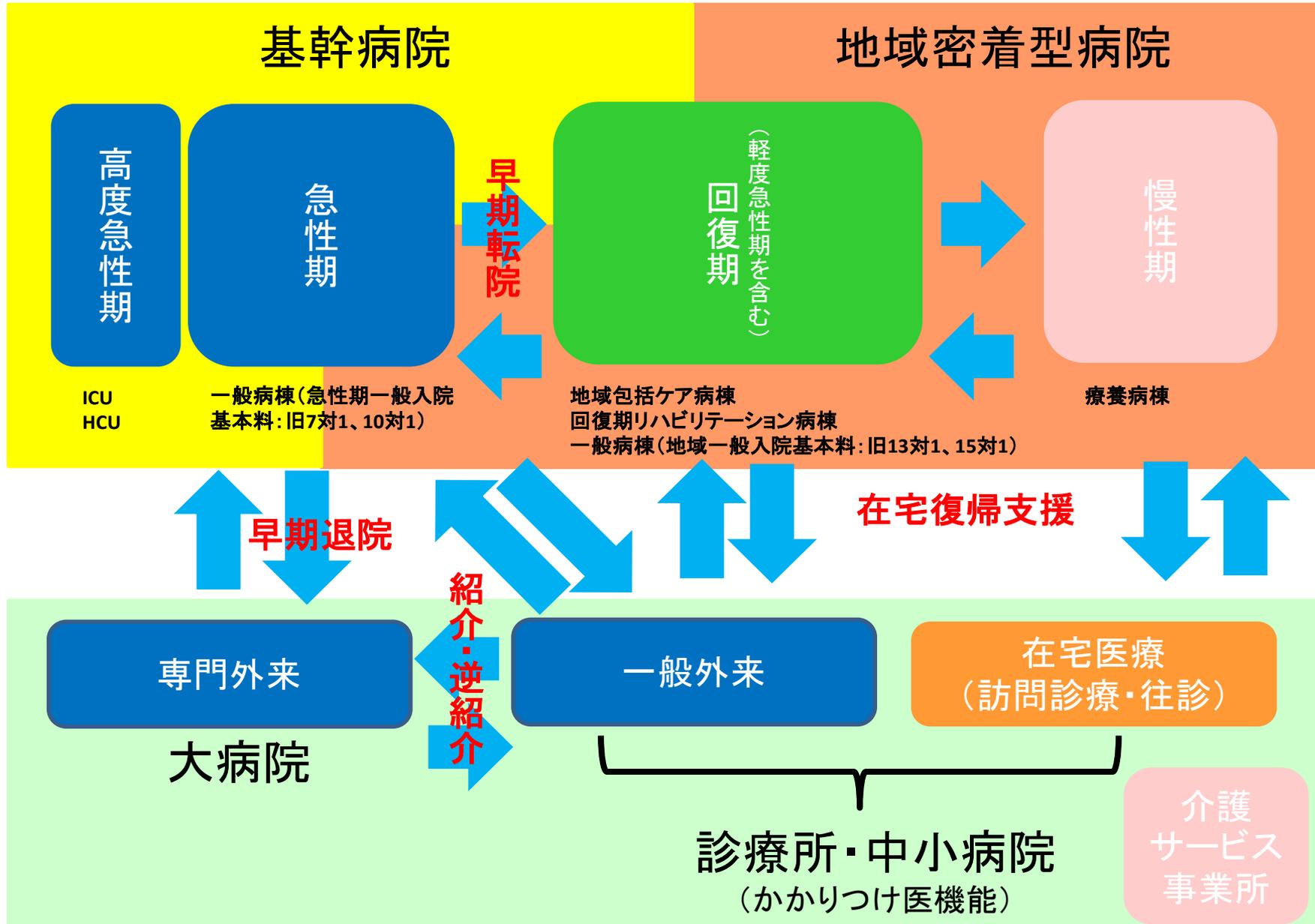
(共同通信)

**中途半端な機能では住民のためにならず
患者像に応じた機能の明確化と機能に応じた体制構築を**

医療機関の機能分化の構造

入院医療

外来・在宅医療



病院の機能分化の基本的な考え方

○ 高度で専門的な診療密度の高い医療【集約型】

- ・ 患者はアクセスの利便性よりも機能を重視して選択
- ・ 機能を発揮するためには一定以上の症例数の確保が必要(医療の高度化)
- ・ 患者数減少の中での医療従事者や設備の分散配置は不可能
- ・ 医療従事者の手薄な配置は過重労働や質の低下につながる
- ・ 高額医療機器などの重複投資は経営の非効率を生む

○ 日常的な医療ニーズに対応するための医療【地域密着型】

- ・ 高齢者医療では治療だけでなく、全体の病態や患者の生活などを総合的に考慮した、生活支援も含めた役割が必要
- ・ 日常的で頻度の高い医療ニーズは、軽度の急性期の患者の対応を含めて比較的近隣の医療機関が中心
- ・ 患者数を踏まえた病床規模の適正化(病床削減、有床診療所化)や機能の(回復期などへの)見直し、他の医療機関との経営統合(→人員配置上の負荷も軽減)の検討も必要

行政の役割として交通アクセスの確保や「住まい」の整備も重要

地域医療連携推進法人制度について(概要)

医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人の認定制度を創設する。これにより競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保。

地域医療連携推進法人

※ 一般社団法人のうち医療法上の非営利性の確保等の基準を満たすものを認定

社員総会

意見具申

地域医療連携推進評議会

(社員総会はその意見を尊重)

- 統一的な医療連携推進方針(病院等の連携推進の方針)の決定
- 医療連携推進業務等の実施
 - 診療科(病床)再編(病床特例の適用)、医師等の共同研修、医薬品等の共同購入、資金貸付(基金造成含む)、関連事業者への出資等
 - 医師の配置換え、救急患者受入ルールの設定、訪問看護等による在宅生活支援等
- 参加法人の統括(予算・事業計画等へ意見を述べる)

※ 社員は各一個の議決権。ただし、不当に差別的な取扱いをしないこと等を条件に、定款で別段の定めをすることが可能。

- ⇒
- ・グループ病院の特長を活かして、地域医療・地域包括ケアを推進
 - ・グループ病院の一体的経営により、経営効率を向上

認可・監督

都道府県知事

意見具申

都道府県医療審議会

参画(社員)

参画(社員)

参画(社員)

参画(社員)

参加法人(非営利法人に限る)

医療法人A

病院

医療法人B

病院

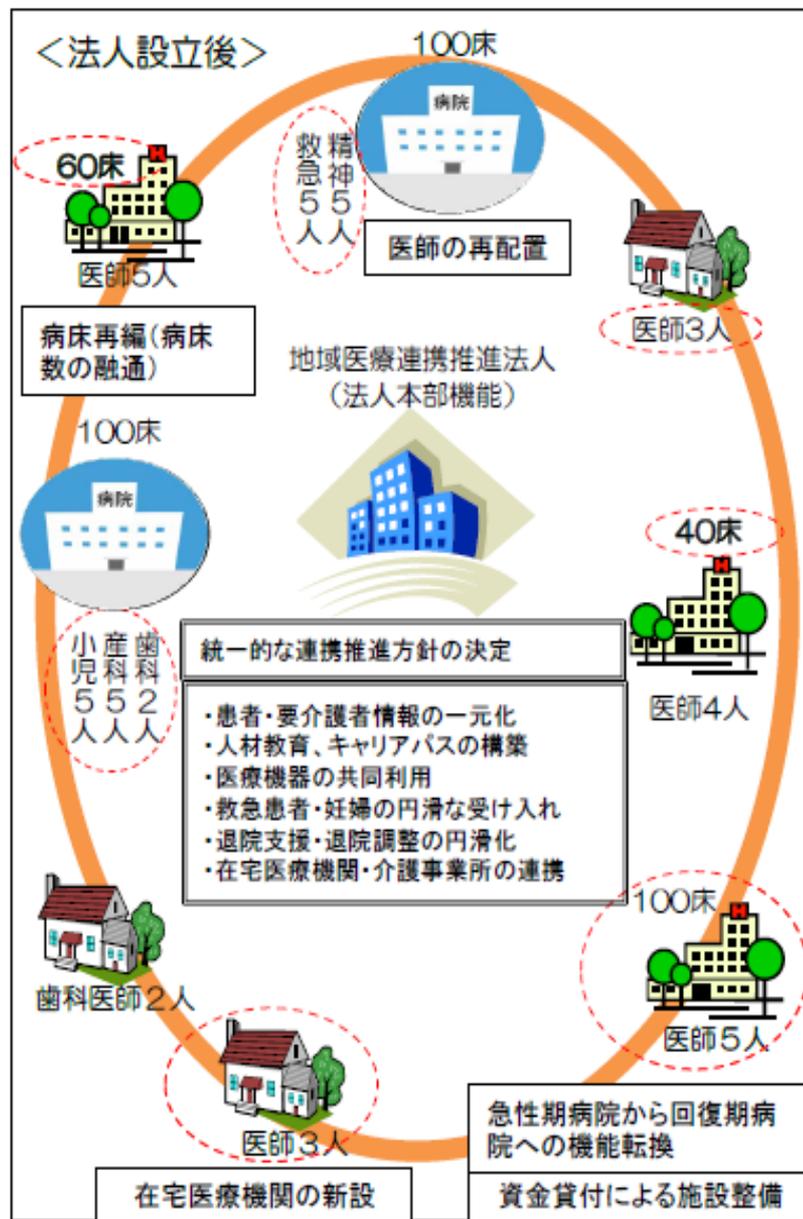
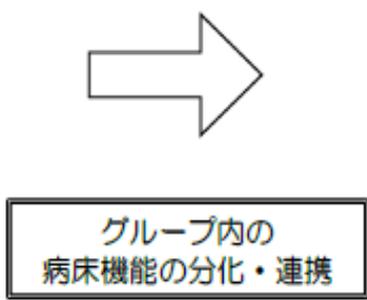
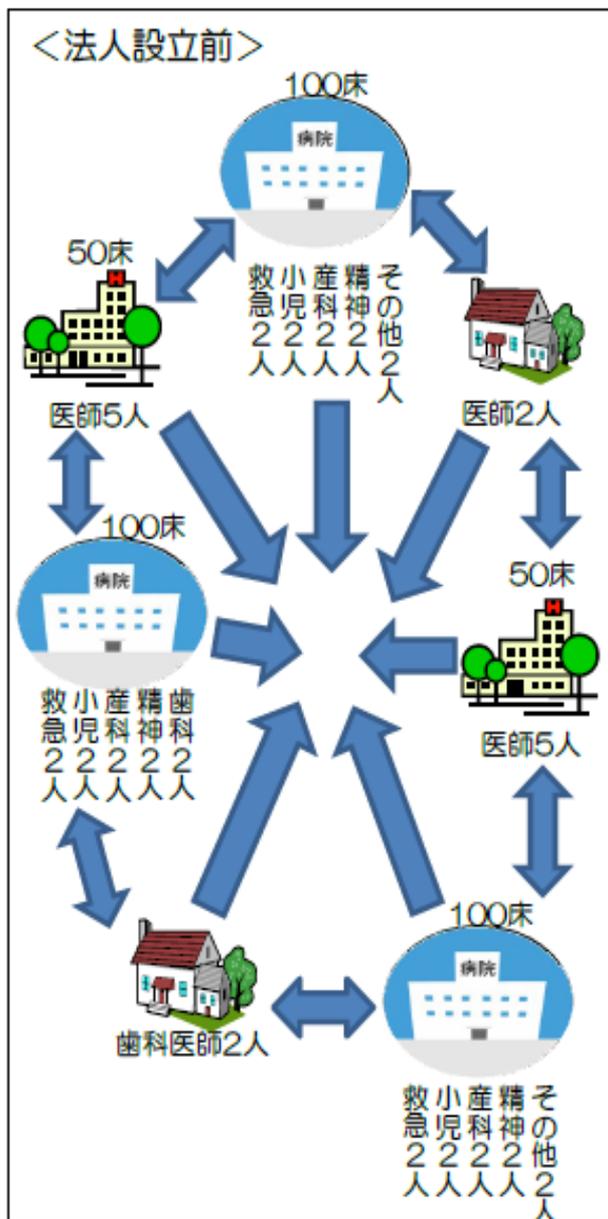
医療法人C

診療所

その他の
非営利法人D

介護事業等

地域医療連携推進法人設立の効果・メリット（イメージ）



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(平成30年10月24日)
資料1(抜粋・一部改変)

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）

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。

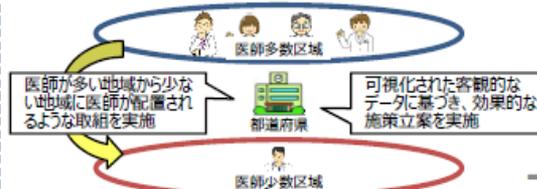
- (例)・大学医学部の地域枠を15人増員する
- ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等

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

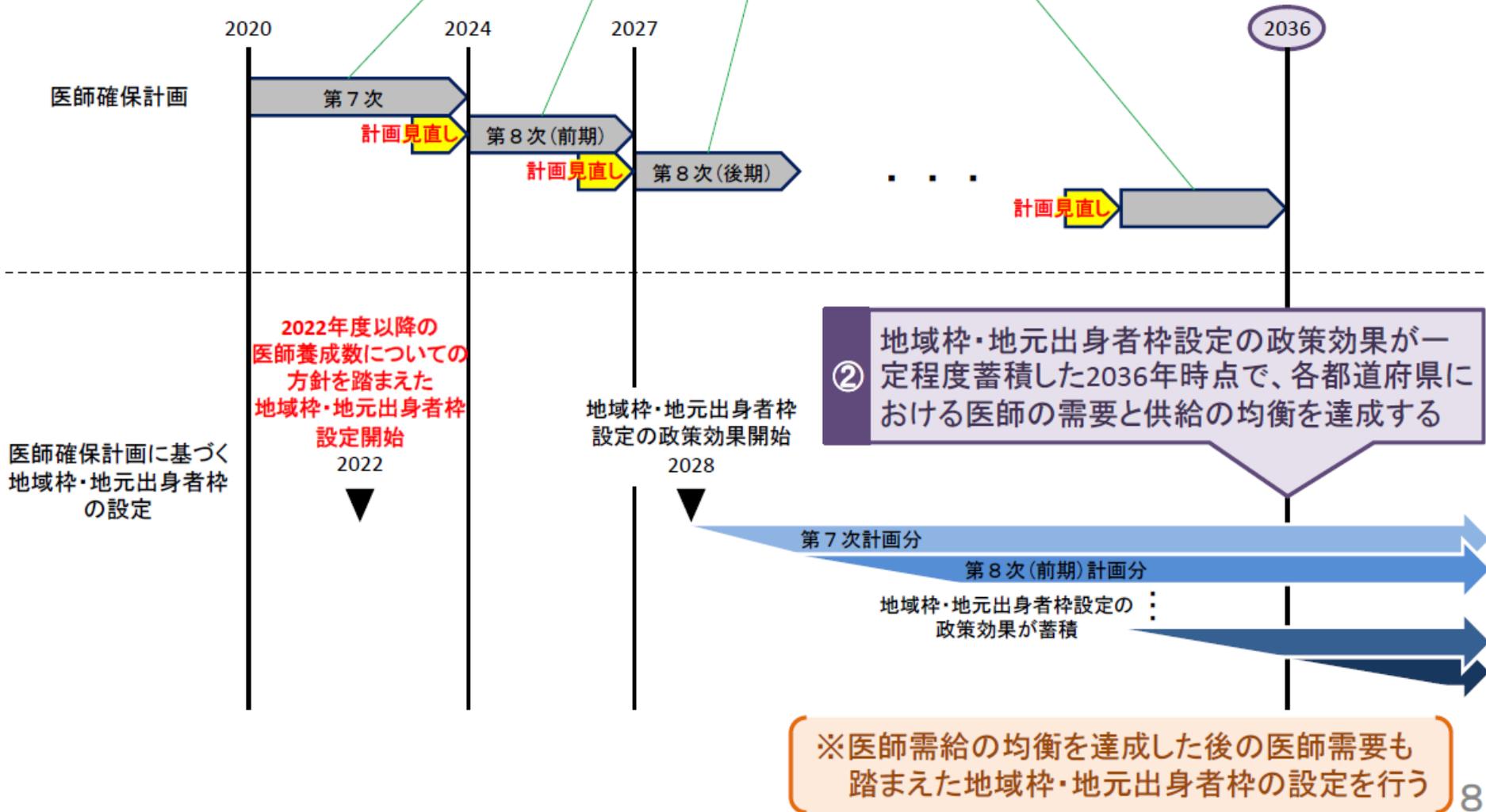


医師確保計画を通じた医師偏在の解消

医療従事者の需給に関する検討会
第23回 医師需給分科会(平成30年10月24日)
資料3-1(抜粋・一部改変)

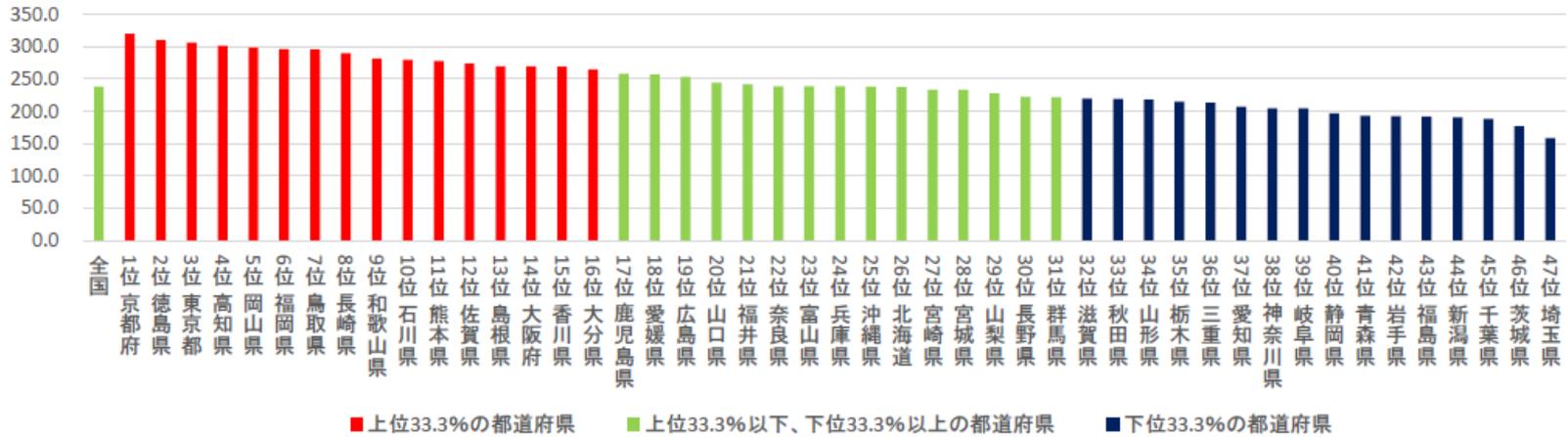
①

三次医療圏間、二次医療圏間の医師偏在の喫緊の課題について、
医師確保計画の各計画期間ごとに効果検証・課題把握と対応策の立案を行い、
早期に効果を発揮する医師偏在対策(短期的な対策)により偏在を是正

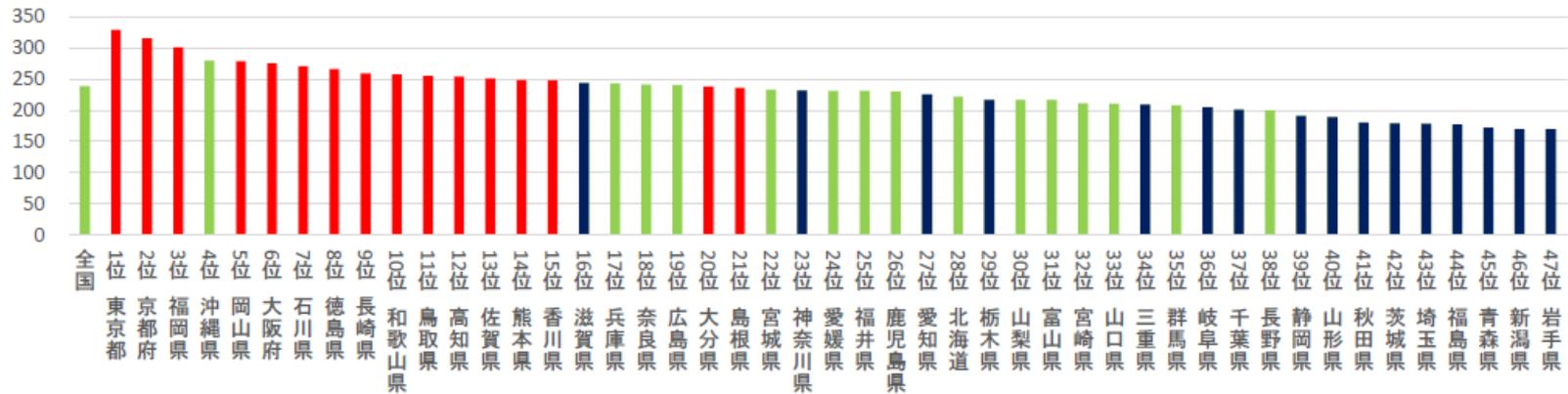


流出入を考慮した三次医療圏ごとの医師偏在指標

人口10万人対医師数



医師偏在指標



参照) ・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査 ・平成26年患者調査 ・「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)
 ・平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査 ・平成27年国勢調査

「医師確保対策」について(1)

今回の「医師偏在指標」は、単純な人口当たり医師数よりは工夫されているものの、医師個人間や二次医療圏間の均一性を前提とし過ぎており、

(1) 性年齢階級別医師数を「性年齢階級別平均労働時間／全医師の平均労働時間」で重み付けしているが、それぞれの医師の専門性や能力など、提供する診療内容の違いが十分に考慮されていない。

(2) 医師の労働時間や年齢階級別受療率は全国の平均値を用いており、それぞれの地域の実態を正確に反映していない。

(3) 都道府県間や二次医療圏間の患者の流出入について調整を検討することにはなっているが、流出入のある疾患や診療機能によって、患者数と医師の業務量との関係は大きく異なる(診療密度の高い急性期医療では、より多くのマンパワーを必要とする)という実態が反映できていない。

(4) 「医師偏在指標」には、大学などから派遣されている非常勤医師が反映されていない。なお、「医師確保計画策定ガイドライン」でも、医師偏在指標自体の修正を行う必要はないが、追加で確保すべき医師数から相当分を調整した上で、医師確保対策の検討を行うこととされており、実態を踏まえた調整が必要である。

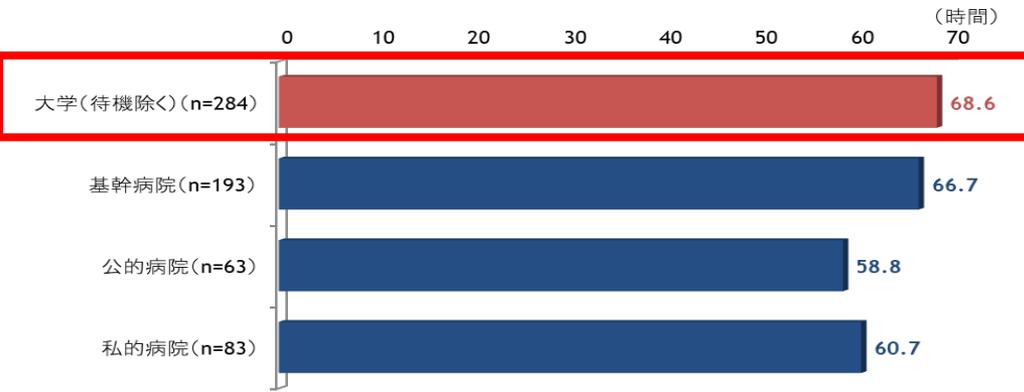
などの問題を抱えており、現実の医師配置にそのまま当てはめるには限界がある。指標を示す上で一定の割り切りは避けられないものの、医師偏在指標を杓子定規に用いるのではなく、指標に内在する限界を踏まえた検討を行う必要がある。

「医師確保対策」について(2)

今回の「医師確保計画」の基本的な方針は、医師少数三次医療圏や医師少数区域(二次医療圏)は医師多数三次医療圏や医師多数区域から医師の確保を行い、医師多数三次医療圏や医師多数区域は他からの確保を行わないというものである。しかし、医師はそれぞれのキャリアパスの中で、さまざまな経験を積み、自らの臨床能力を高めるために大学や地域の医療機関を循環しており、医療圏を超えて動くことも少なくない。そうした医師育成の観点を十分に考慮せず、多数地域から少数地域へと医師配置を行うことは現実的には不可能である。無理に進めても、**実際に働く医師のモチベーション**を確保できなくなる危険性も高い。今後の調整においては、単に指標上の人数合わせの議論をするのではなく、それぞれの**医師の人材育成やキャリアパス**を適切に考慮すべきである。

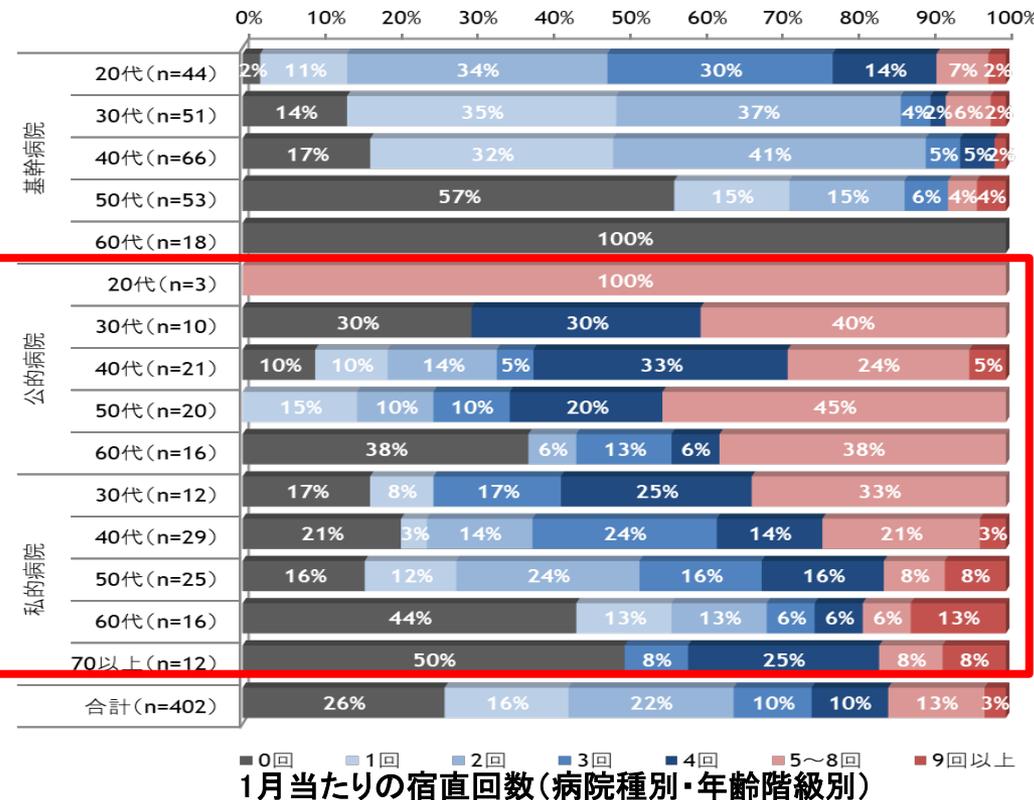
(出所)全国医学部長病院長会議「今後の「医師確保対策」の進め方について」(令和元年5月31日記者会見)より抜粋

山形県内病院勤務医勤務実態調査(2012年)

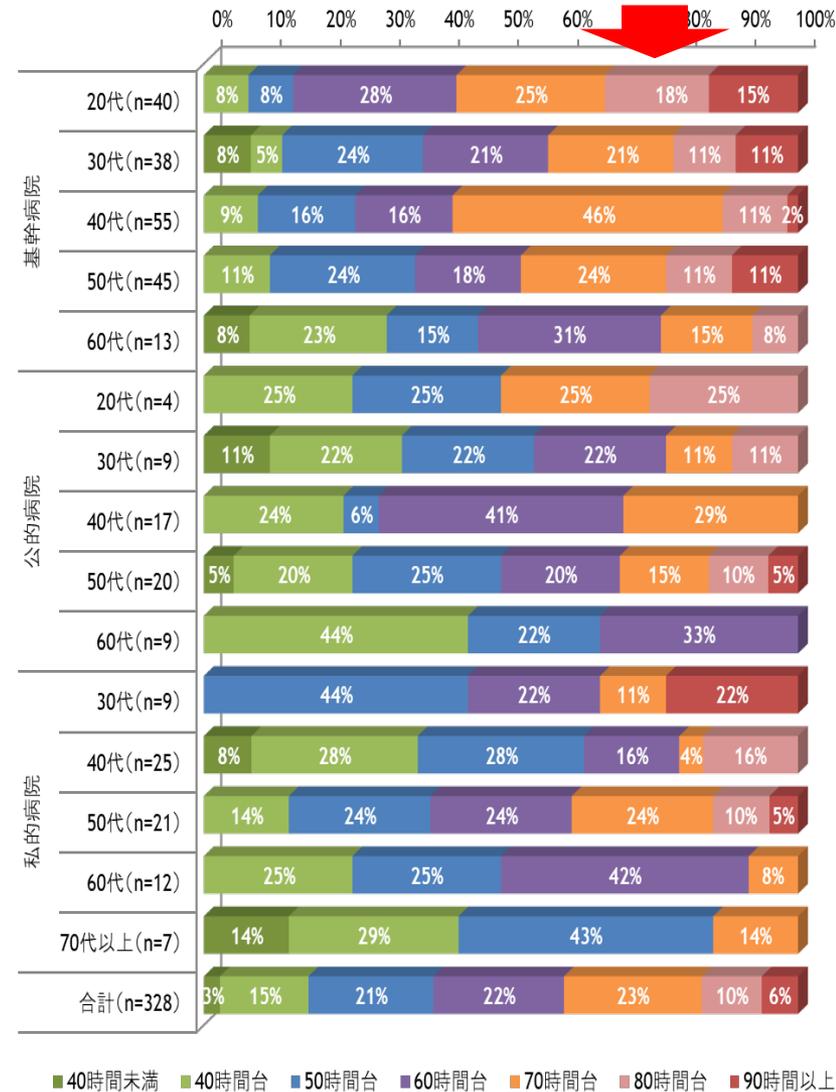


勤務時間(1週間)の病院種別ごとの比較

※大学病院は宿日直時以外の休憩・待機時間が含まれていない



長時間勤務で成り立つ医療現場



1週間当たりの勤務時間数の分布
(常勤医、週40時間以上非常勤医)

今後の医療提供体制改革のカギ

- 専門的な急性期医療の集約化
 - ⇒ 地方自治体や住民の理解が必要
- 地域包括ケアシステムを支える中小病院の機能(回復期・慢性期の入院医療と在宅療養支援病院の機能、介護施設等の併設、一般外来の確保)と診療体制の明確化
 - ⇒ 地域における「軽い急性期」の位置付け
 - ⇒ 「分散」と「集約」の間のバランス
 - ⇒ 基幹病院との経営のネットワーク化