



令和4年度第2回川崎地域地域医療構想調整会議 資料6-2

地域医療構想をめぐる国の検討状況等について②

1 第8次医療計画等に関する検討会の開催・検討状況



①、②と分けて
ご報告

2 地域医療構想及び医師確保計画に関するWGの開催・検討状況

3 在宅医療及び医療・介護連携に関するWGの開催・検討状況

4 救急・災害医療提供体制等に関するWGの開催・検討状況

※ 資料の分量が多いことから、本日お示しするものは一部を抜粋したのになります。
詳細は、厚生労働省HPの各検討会(WG)の掲載ページにてご確認ください。

URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/indexshingiother_127238.html

1. 第8次医療計画等に関する検討会の開催・検討状況

開催状況

- これまで、計12回開催（8／31時点）されている。直近の内容は以下のとおり。
本日は、第10～13回の内容について概要を説明。

回数	時期	内容
第1回	R 3 . 7 . 29	・ 本ワーキンググループの今後の進め方について ・ 令和3年度病床機能報告の実施について
⋮		
第10回	R 4 . 7 . 20	・ 5疾病の検討状況報告 ・ 外来医療の提供体制について ・ かかりつけ医機能について
第11回	R 4 . 7 . 27	・ 5事業の検討状況報告
第12回	R4. 8 . 4	・ 在宅医療及び医療・介護連携に関するWGにおける検討状況について ・ 医療の安全の確保について
第13回	R4. 8 . 25	・ 地域医療構想及び医師確保計画に関するWGにおける検討状況について ・ 医師以外の医療従事者の確保について

【第12回】第8次医療計画等に関する検討会

第12回第8次医療計画 等に関する検討会	資料
令和4年8月4日	1

在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキング グループにおける検討状況

ワーキンググループにおける検討状況

第12回 第8次医療計画等に関する検討会
資料1(抜粋)

令和3年10月13日 第1回在宅医療及び介護連携に関するワーキンググループ

- 在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ開催要項
- 本ワーキンググループの今後の進め方について

令和4年3月9日 第2回在宅医療及び介護連携に関するワーキンググループ

- 2040年までの人口動態・患者動態等について
- 在宅医療の現状と課題について

令和4年6月15日 第3回在宅医療及び介護連携に関するワーキンググループ

- 急変時対応等入院医療との連携を含めた、住み慣れた地域における、看取りを含む患者の病状に応じた在宅医療提供体制の整備について
- 新興感染症拡大時及び災害時における医療提供体制の確保や事業継続に係る体制構築について
- 災害時における在宅人工呼吸器・在宅酸素患者の安否確認体制の構築や緊急時の医療機器の確保について

令和4年7月20日 第4回在宅医療及び介護連携に関するワーキンググループ

- 在宅医療の基盤整備について（その1）
 - ・ 訪問診療、訪問看護等に係る基盤整備について
 - ・ 情報通信機器等の活用を含む、効率的な在宅医療提供体制の在り方について

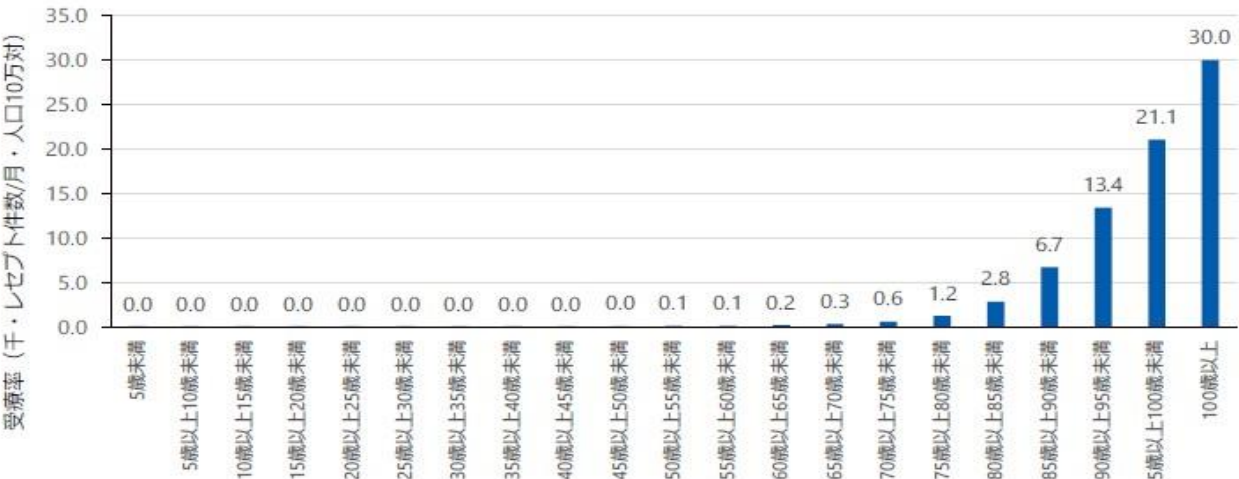
令和4年7月28日 第5回在宅医療及び介護連携に関するワーキンググループ

- 在宅医療の基盤整備について（その2）
 - ・ 訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導を含む多職種連携について
 - ・ 医療的ケア児をはじめとする小児に対する、小児医療や訪問看護等との連携を踏まえた在宅医療の体制整備について

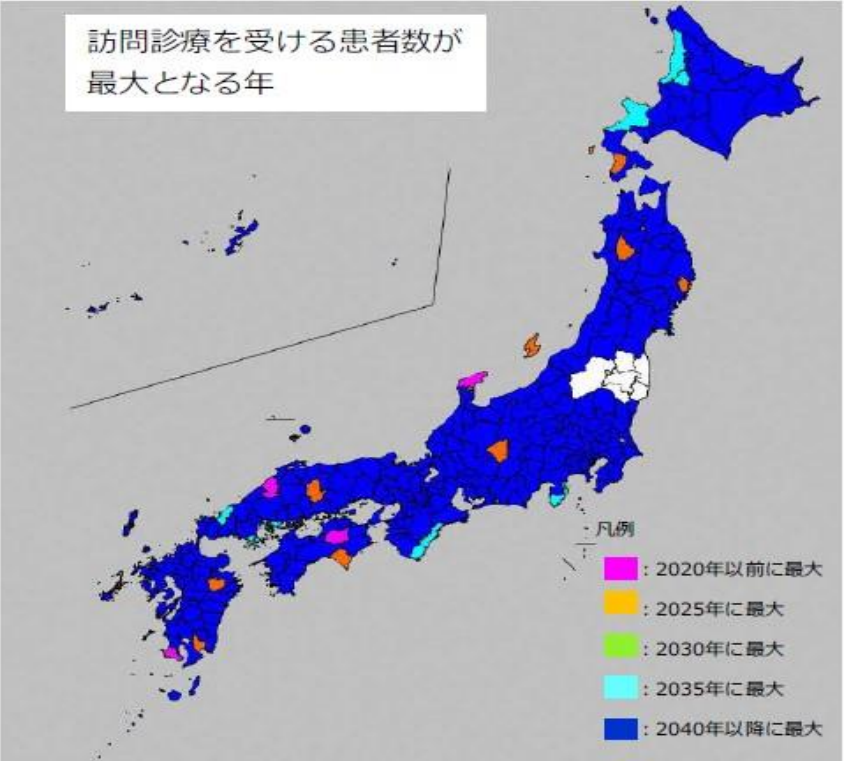
訪問診療の必要量について

- 年齢とともに訪問診療の受療率は増加し、特に85歳以上で顕著となる。
- 訪問診療の利用者数は今後も増加し、2025年以降に後期高齢者の割合が9割以上となることが見込まれる。
- 訪問診療の利用者数は多くの地域で今後も増加し、305の二次医療圏において2040年以降に訪問診療利用者数のピークを迎えることが見込まれる。

年齢階級別の訪問診療受療率（2019年度）



年齢階級別の訪問診療の将来推計



【出典】
受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。
推計方法：NDBデータ（※1）及び住民基本台帳人口（※2）を基に作成した2019年度の性・年齢階級・都道府県別の訪問診療の受療率を、二次医療圏別の将来推計人口（※3）に機械的に適用して推計。なお、福島県については、東日本大震災等の影響により、市町村別人口がないことから推計を行っていない。
※1 2019年度における在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）のレセプトを集計。
※2 2020年1月1日時点の住民基本台帳人口を利用。
※3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（出生中位・死亡中位）を利用。

在宅医療のグループ化に関する事例（長崎市）

第12回 第8次医療計画等に関する検討会
資料1（抜粋）

- 「長崎在宅Dr.ネット」が連携窓口となり、在宅療養を希望する方に、在宅主治医を紹介し在宅療養をサポートする医師ネットワークで、患者が安心して在宅療養を行えるよう、複数医師の連携により、在宅訪問診療や往診の24時間対応を実現。

●主治医・副主治医制による24時間診療体制とグループ診療

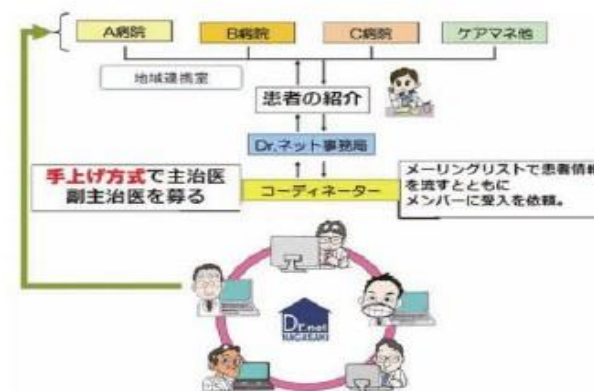


【取組の特色】

- ・主治医を決め、主治医をバックアップする副主治医（近隣医師、専門医）を確保することで、訪問診療の分担、万が一の際の緊急対応に備える仕組みを確立し、在宅医療での24時間対応体制を実現。
- ・かかりつけ医がいる場合はかかりつけ医を優先して在宅主治医となってもらい、Dr.ネットは必要に応じて主治医をサポートする存在であるというスタンスを徹底。
- ・副主治医が主治医に代わって看取りや往診代行を行う件数は、年1～2件程度。実際に副主治医に往診代行を依頼する件数は少ないものの、主治医にとっては、万が一の場合に代行依頼できる副主治医がいるという安心感が在宅医療を行う上での負担感軽減に大きな効果がある。
- ・Dr.ネットの取組は都市部（医師集中地域）における医師ネットワーク方式であり、離島・へき地での運営には適応困難。

【多職種との情報共有】

・在宅療養に移行した患者の情報共有ツールとしては、担当主治医による「症例別のメーリングリスト」を用い、訪問看護師・ケアマネージャー・薬剤師・病院医師・地域連携室担当者など、多職種との情報共有を行っている。



【長崎在宅Dr.ネットの取組実績】

- ・長崎市内の3つの拠点病院から退院し、訪問診療を導入した患者は、平成15年の活動開始当初は2名/年であったが、平成23年には、約300名/年に増加し、その後は減少。
- ・在宅看取り（自宅死）の件数は、7～8%（H15）から11.8%（H27）に増加。
- ・在宅医の紹介実績は、平成15年の開始以来、累計で850症例以上。（年間40症例前後で推移。）

【出典】平成29年度在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書
（厚生労働省医政局）

- 在宅医療を受ける患者数は、今後も高齢者の増加等により多くの地域で増加が見込まれる。
- 2040年に向けて、生産年齢人口の減少に伴うマンパワーの確保も求められる中、在宅医療の提供体制の整備がより一層必要となる。
- 在宅医療の提供体制を確保するため、訪問診療を提供する医療機関においてグループ化、ICTの活用等を通じ、診療体制の強化や業務の効率化等、様々な取組が行われている。

訪問看護ステーションの大規模化による教育機能の充実と休み方改革

訪問看護の大規模化事例

公益財団法人日本訪問看護財団立あすか山訪問看護ステーション（東京都北区）

- 大規模化により経営が安定し、スタッフの育成に力を入れ、休み方改革にチャレンジしている事例。
- 利用者の想定以上の看護ケアを提供することにより利用者数が増加し、管理職のポリシーを共有した上での職場文化・風土作りにより看護師に選ばれるステーションとなっている。

1. 背景

2006年に看護師数約2.5名、利用者数32名、累積赤字が発生している状況で所長として引き継いだ。安定した経営を目指すにはスタッフの増員による利用者の増加が必要であった。2022年には**看護師18名**、リハスタッフ5名、事務職員5名、ケアマネジャー1名、相談支援員3名となった。

2. 取組内容

利用者数増加のポイント

- ◆ **職場文化・風土づくりからケアの質が向上、口コミで利用者が増加**
 - ・ 初めは**組織文化づくりに注力**。所長がスタッフと同行訪問することで直接考え方を共有。
 - ・ 初回訪問当日に、患者の全身状態について主治医へレポートを送付する取組等が好評で、**主治医やケアマネジャーから選ばれるステーションへ**。
 - ・ 在宅看取り後の家族にも丁寧に関わる等、家族が期待する以上のケアを提供することで、**利用者・家族からの口コミで新規利用者が増加**。
- ◆ **スタッフの自律**
 - ・ 所長の就学を契機に、所長が不在であってもスタッフが自律して看護ケアが継続できる組織へと変化。スタッフの能力向上により、利用者数も増加。

看護職員増加のポイント

- ◆ **管理職のポリシーのPR**
 - ・ 1～2年目は看護師がなかなか集まらなかったが、ブログ等を開始したところ、所長のポリシーに共感した看護師が集まるようになった。

3. 効果

- ◆ 所長交代 **3年目には利用者数も150名を超え、経営も黒字に転換**。

	看護師数	利用者数	経営状態
2006年当初	約2.5名	32名	累積赤字あり
2007年	5名	約50名	黒字に転換
2008年	8名	約100名	黒字
2009年	11名	約140名	黒字

3年で4倍に！

看護師数を増やし新規利用者を受け入れるため、人材育成に先行投資を行った。そのため、一時的に累積赤字が増加した。

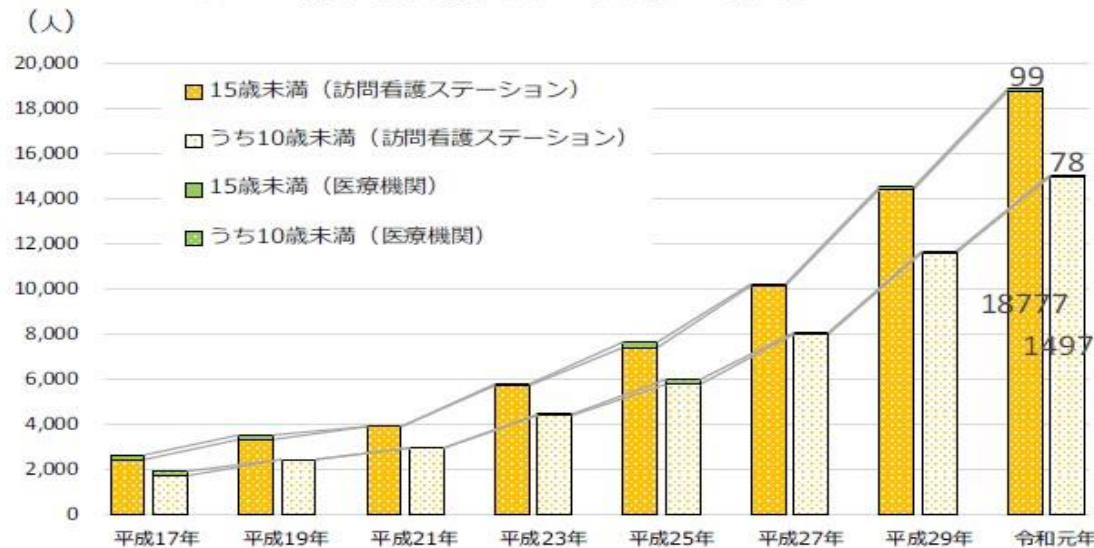
- ◆ 経営が安定したことで、下記が実施できている。
 - ・ 将来、起業するために勉強することを目的としたスタッフも採用。
 - ・ 週1回スタッフがステーションに集まる時間を設け、勉強会、部門会議、委員会活動等を行っており、**スタッフが一体となったステーション運営を実現**。
 - ・ 土日祝日の待機者には平日に休みを設け、**土日祝日の待機日を除いた週2日休みを目指している**。
 - ・ スタッフの教育、研修が充実したことでスタッフの能力が向上し、どのスタッフが訪問に来てくれても大丈夫という**利用者の安心感・信頼につながっている**。
- ◆ 東京都の訪問看護教育ステーションの指定を受け、自施設内だけでなく、**地域の訪問看護師への研修等も実施**。
- ◆ ステーションの規模が大きくなるにつれて管理者の力量を要するようになり、休み方改革にも取り組むため、ステーションの適正規模を模索している。地域の訪問看護ニーズはあるため、サテライトの活用等を検討している。

小児の訪問看護利用者状況

第12回 第8次医療計画等に関する検討会
資料1(抜粋)

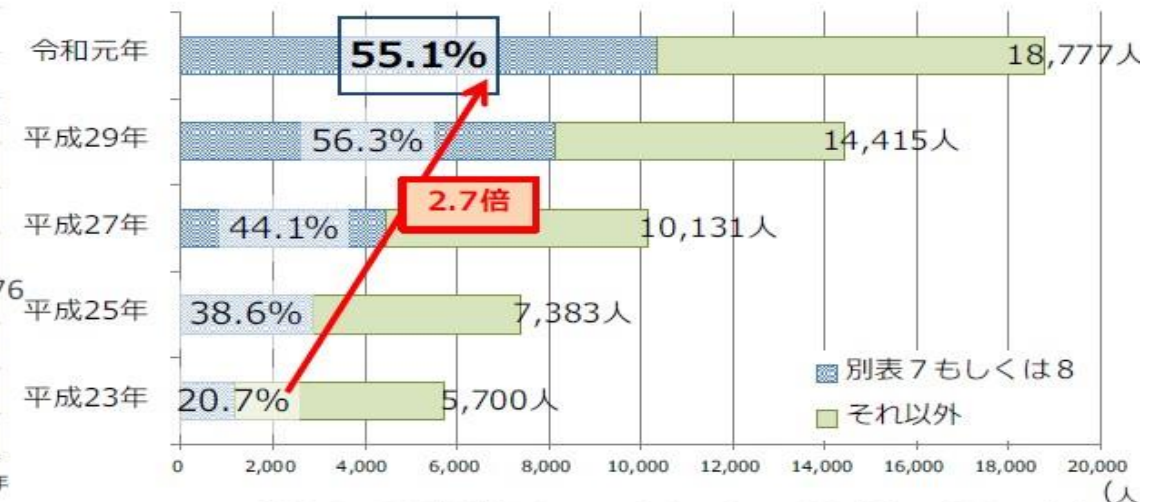
- 訪問看護を受ける小児(15歳未満)の利用者数は増加しており、近年増加傾向が著しい。
- 小児の訪問看護利用者数のうち、難病等や医療的ケア(基準告示第2の1)に該当する者の割合は、平成23年に比べて令和元年は約2.7倍である。

■小児の訪問看護利用者数の推移



【出典】訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成 (各年6月審査分より推計)
社会医療診療行為別統計(調査)(各年6月審査分)

■小児の訪問看護利用者数のうち、基準告示第2の1に該当する者※1,2の割合(訪問看護ステーションのみ)



【出典】訪問看護療養費実態調査をもとに保険局医療課にて作成 (各年6月審査分より推計)

※1: 別表第7

末期の悪性腫瘍
多発性硬化症
重症筋無力症
スモン
筋萎縮性側索硬化症
脊髄小脳変性症
ハンチントン病
進行性筋ジストロフィー症
パーキンソン病関連疾患
多系統萎縮症

プリオン病
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
後天性免疫不全症候群
頸髄損傷
人工呼吸器を使用している状態

※2: 別表第8

1 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

2 以下のいずれかを受けている状態にある者

在宅自己腹膜灌流指導管理
在宅血液透析指導管理
在宅酸素療法指導管理
在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅自己導尿指導管理

在宅人工呼吸指導管理
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
在宅自己疼痛管理指導管理
在宅肺高血圧症患者指導管理

3 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

4 真皮を超える褥瘡の状態にある者

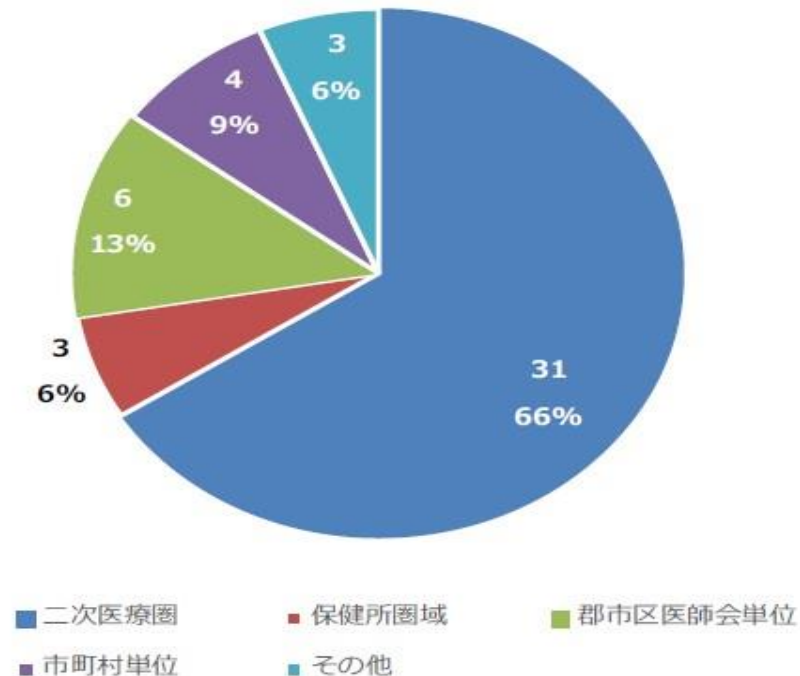
5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

- 訪問看護の利用者数は、今後も高齢者の増加等により多くの地域で増加が見込まれる。
- 在宅医療の提供体制を確保するため、訪問看護事業所において、大規模化やグループ化、ICTの活用等の様々な取組が行われている。
- 小児の訪問診療利用者は約3,200人、訪問看護を利用している小児は約20,000人であり、そのうち半数程度が難病等や医療的ケア（基準告示第2の1）に該当する児である。
- 小児在宅医療については利用者数や提供機関数を把握できていない都道府県が多く、小児在宅医療の実態が必ずしも明確ではない。
- 厚生労働省による在宅医療関連講師人材養成事業、日中一時支援事業、地域医療介護総合確保基金を活用して、都道府県において小児在宅医療に関する基盤整備も進められている。

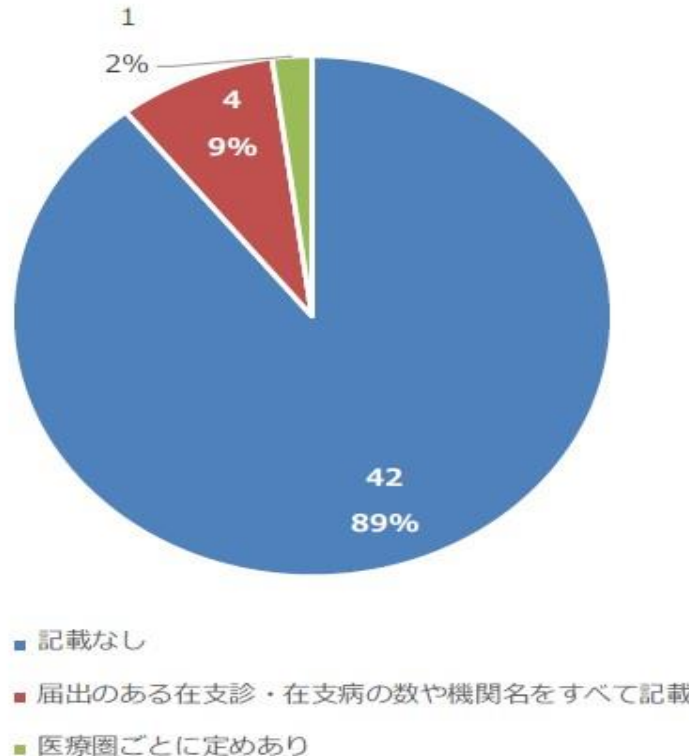
第7次医療計画における在宅医療に係る圏域等の記載内容について

- 在宅医療体制を構築するに当たっての圏域の設定単位は、二次医療圏としている都道府県が66%であった。
- 都道府県の医療計画において、「在宅医療を積極的に担う医療機関」に関する記載内容については、記載なし又は、目標や対策に指針の内容を記載しているのみとしている都道府県が90%であった。
- 都道府県の医療計画において、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に関する記載内容については、記載なし又は、目標や対策に指針の内容を記載しているのみとしている都道府県が81%であった。

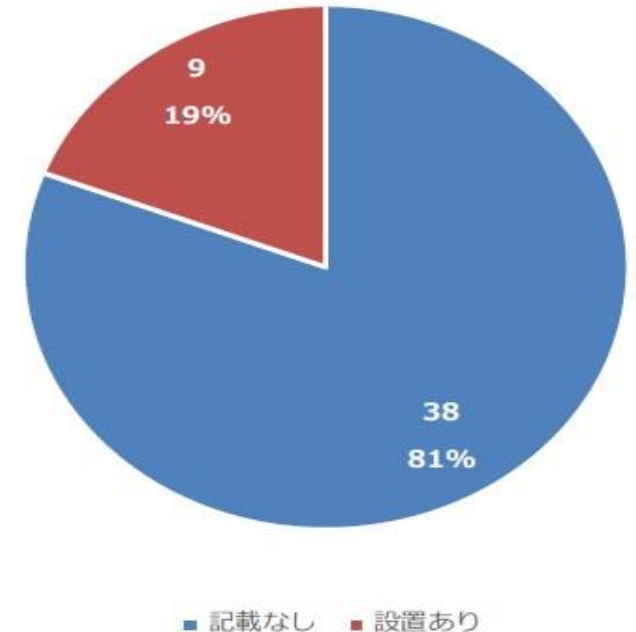
1. 在宅医療体制を構築するに当たっての圏域の設定状況について (N=47)



2. 在宅医療を積極的に担う医療機関に関する記載内容について (N=47)



3. 在宅医療に必要な連携を担う拠点に関する記載内容について (N=47)

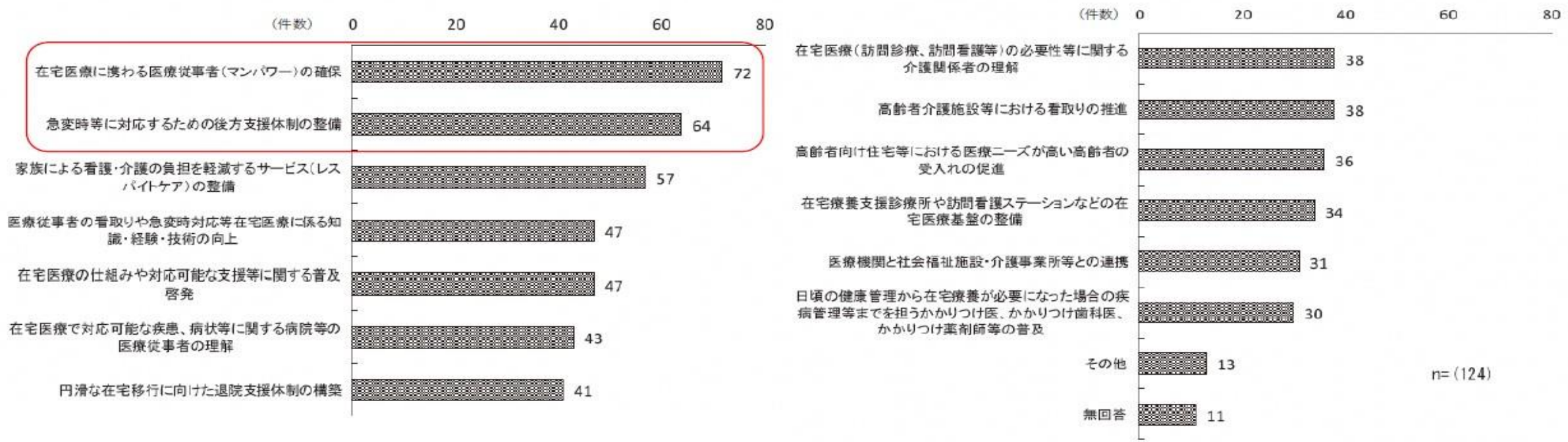


小括③

- 在宅医療の提供体制を整備していくに当たっては、現在の地域の在宅医療に係る体制の整備状況、介護サービス等との連携状況を踏まえ、適切な医療圏を設定することが必要である。
- 「在宅医療の提供体制構築に係る指針」において、記載が望ましいとされている「在宅医療を積極的に担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に関して、多くの都道府県において具体的な記載がない。

地域の診療所における在宅医療を維持・推進する上での課題

○「在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書」（平成29年度）によると、地域の診療所で在宅医療を維持・推進する上での課題として、「在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保」が最も多く、次いで「急変時等に対応するための後方支援体制の整備」等が挙げられていた。



出典：H29年度医政局委託事業 在宅医療連携モデル構築のための実態調査報告書
調査対象：岩手県、山形県、栃木県、東京都、千葉県、神奈川県、新潟県、福井県、長野県、静岡県、福岡県、長崎県、大分県の郡市区医師会等へ所属し、特に在宅医療を中心に行っている124の診療所

小括④

- 地域の診療所で在宅医療を維持・推進する上での課題として、「在宅医療に携わる医療従事者（マンパワー）の確保」、「急変時等に対応するための後方支援体制の整備」等が挙げられている。
- 心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動について、心肺蘇生を中止、救急不搬送、かかりつけ医への連絡がとれた事案の割合の増加がみられたが、依然として、心肺蘇生の継続や搬送となった割合等も相対的に高い状況である。
- 在宅医療のバックアップ体制や夜間輪番制等の在宅医療を担う医師による相互協力や多職種連携を含む水平連携と、急変時に入院を要する在宅療養患者のための垂直連携の仕組みをICT等を活用している都道府県もある。
- 「在宅医療の提供体制構築に係る指針」において、在宅医療における積極的役割を担う医療機関に求められる事項として、災害時等にも適切な医療を提供するための計画を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うことが記載されている。
- 令和2年1月以前に、BCPを策定している在宅療養支援病院が32%、在宅療養支援診療所が11%であり、策定率は低い状況にある。

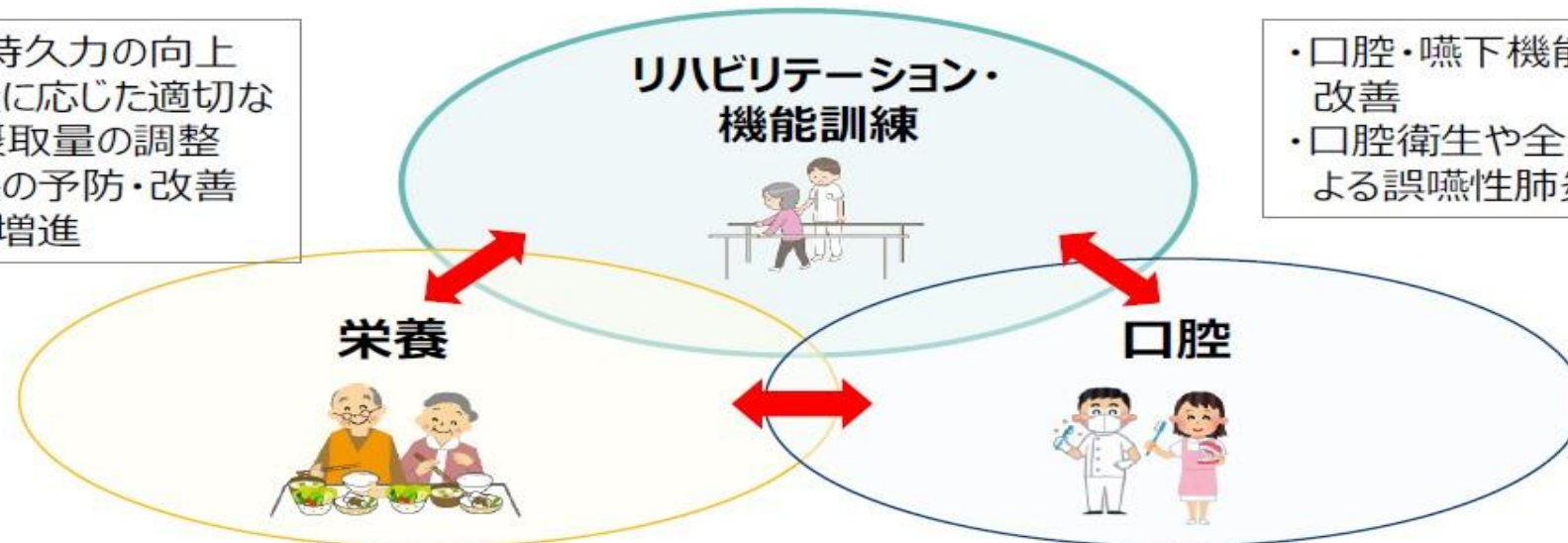
自立支援・重度化防止を効果的に行うための取組の連携

リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることが期待される。

※歯科訪問診療を実施している医療機関数を、当該都道府県の医療機関数で割算

医師、歯科医師、リハ専門職、管理栄養士、歯科衛生士等の
多職種による総合的なリハ、機能訓練、口腔・栄養管理

- ・筋力・持久力の向上
- ・活動量に応じた適切な栄養摂取量の調整
- ・低栄養の予防・改善
- ・食欲の増進



- ・口腔・嚥下機能の維持・改善
- ・口腔衛生や全身管理による誤嚥性肺炎の予防

・適切な食事形態・摂取方法の提供 ・食事摂取量の維持・改善 ・経口摂取の維持

- ・ リハビリの負荷又は活動量に応じて、必要なエネルギー量や栄養素を調整することが、筋力・持久力の向上及びADL維持・改善に重要である。
- ・ 誤嚥性肺炎の予防及び口腔・嚥下障害の改善には、医科歯科連携を含む多職種連携が有効である。
- ・ 口腔・嚥下機能を適切に評価することで、食事形態・摂取方法の提供及び経口摂取の維持が可能となる。

小括⑤

- リハビリ、栄養、口腔の取組は一体となって運用されることで、より効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待される。
- 訪問歯科診療においては、①地域の訪問歯科診療のニーズに対応すること、②病診連携、多職種連携に着目した体制構築を図ることは重要である。
- 薬物療法の有効性及び安全性の確保の観点から、令和元年の薬機法改正により導入された地域連携薬局を始め、在宅医療における薬局の更なる役割が期待される。
- 在宅医療を受ける患者へのリハビリテーションや管理栄養士による栄養食事指導を受ける患者数や事業所数等も年々増加している。

【第13回】第8次医療計画等に関する検討会

第13回第8次医療計画等に関する検討会

令和4年8月25日

資料1

地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキング
グループにおける検討状況について（医師確保計画）

医師偏在指標検討小委員会 とりまとめ（抜粋）

具体的な医師偏在指標の改善に向けた提案

（診療科の取扱）

- 診療科別偏在指標については、産科・小児科以外に拡張するのは現時点では難しいのではないかと。
- 検討に際しては、「診療科別医師数の将来推計」との整合も必要となる。

（地理的条件の取扱）

- 医師偏在指標という一つの指標で表現することは、技術的に難しく、複数の次元を一つの指標に盛り込むと、かえって指標の解釈が難しくなる側面もある。
- 地理的な医師の状況は往診に係る時間など局所では必要な情報であるが、大局的に行う場合には人口だけ加味していればよいのではないかと。

（流出入・受療率の考え方）

- 流出入の補正は現状通り反映する方針でいいのではないかと。
- 受療率は、「医療の提供を均していく」という思想を踏まえると、全国受療率が適しているのではないかと。

（医療需要の時点の考え方）

- 令和2年度は、入院・入院外ともに医療需要の減少が大きい。また、月によっても減少幅にばらつきがある。令和2年以前の方がバイアスは少ないのではないかと。
- 現時点では、評価が定まっていない令和2年度ではなく、平成29年度医療需要の方が妥当ではないかと。

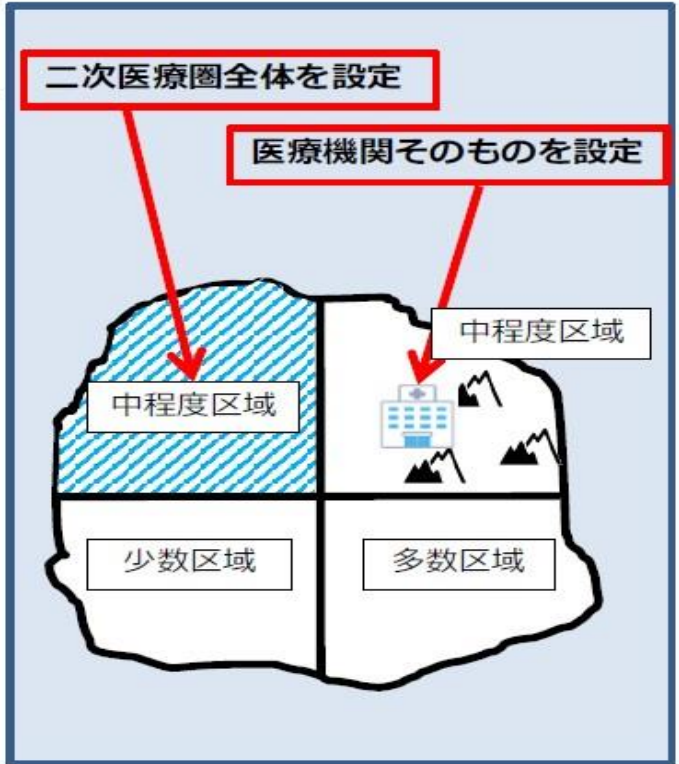
厚生労働科学研究による医師少数スポットの実態（課題①）

R4.6.16 第5回地域医療構想及び
医師確保計画に関するWG 資料1

- 医師少数スポットにおいて、最も多く設定された地域の単位は市町村全域であった（103地域、33%）
- 医師少数スポットの中には、二次医療圏を構成する市町村をすべて医師少数スポットに設定している例や、医療機関そのものを医師少数スポットとして設定している例があった。

医師少数スポットに設定された地域の区分（n=313）

令和2年	医師少数スポット数 n (%)
市町村全域 (うち、二次医療圏全体の市区町村を設定している地域は2カ所)	103 (32.9)
旧市町村単位	25 (8.0)
地区単位	30 (9.6)
医療機関を中心とした地域 (うち、医療機関そのものを設定している地域は14カ所)	43 (13.7)
島全域	24 (7.7)
市全体から一部地域を除いた地域	2 (0.6)
公民館地区（※1）	45 (14.4)
日常生活圏域（※2）	25 (8.0)
辺地地域の中心から半径8.7kmの範囲	14 (4.5)
2次医療圏の一部地域	2 (0.6)



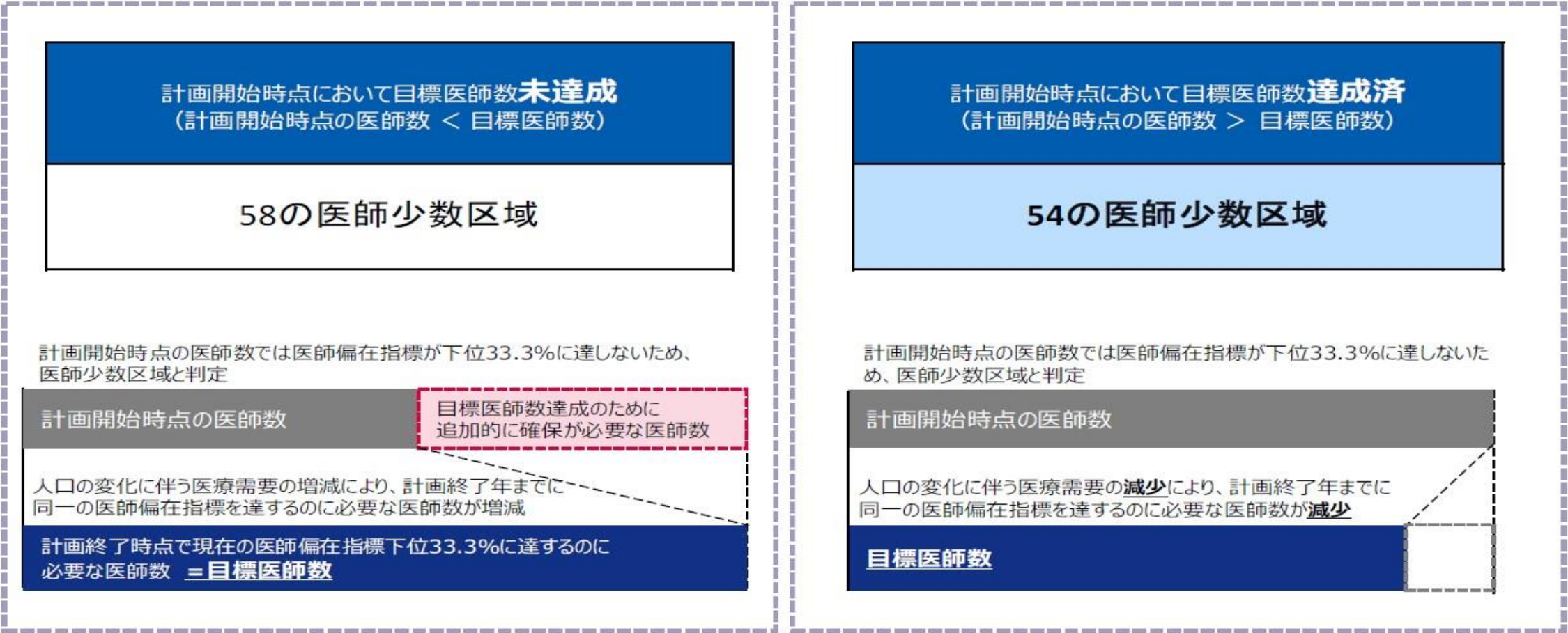
※1 公民館の設置及び運営に関する基準（平成15年6月6日 文部科学省告示第112号）
※2 介護保険法 第117条第2項第1号

医師少数区域の目標医師指数に関する状況（課題②）

R4.6.16 第5回地域医療構想及び
医師確保計画に関するWG 資料1

- 医師少数区域（112区域）のうち、54区域において、人口減少に伴う医療需要の減少により、**目標医師数※1**が**計画開始時点の医師数※2**を下回っていた。

※1 2023年の計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数。
※2 都道府県が医師確保計画の策定にあたり参考とした医師数（2016年の医師・歯科医師・薬剤師調査）。

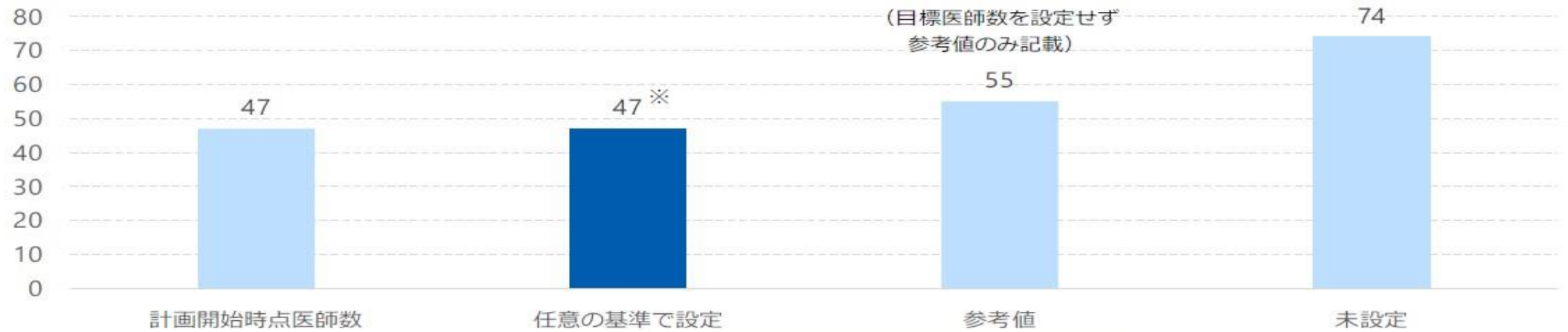


医師少数区域の目標医師指数に関する状況（課題③）

R4.6.16 第5回地域医療構想及び
医師確保計画に関するWG 資料1

- 医師多数区域と中程度区域の目標医師数は、**都道府県において独自に設定**することになっている。
- 医師多数区域・中程度区域においては、未設定の区域や任意の基準で設定している区域が多く、任意の基準で設定している区域では、**計画開始時点の医師数より多い目標設定を行っている区域が多かった。**

都道府県の医師確保計画に記載されている医師多数区域と中程度区域における目標医師数の設定（n=223）



※計画開始時点の医師数より多く設定 42区域
計画開始時点の医師数より少なく設定 5区域

厚生労働省医政局地域医療計画課調べ

都道府県が目標医師数の設定に用いた任意の基準

- 医師中程度区域において、医師多数区域の基準に達する医師数
- 医師偏在指標の全国中央値に達するための医師数
- 医師偏在指標の全国平均値に達するための医師数 ※ 2
- 都道府県の目標医師数を超えない範囲で調整した医師数 等

※ 2 厚生労働省が目標医師数の参考値として提示する、各二次医療圏の医師偏在指標が計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の平均値に達する値である医師数。

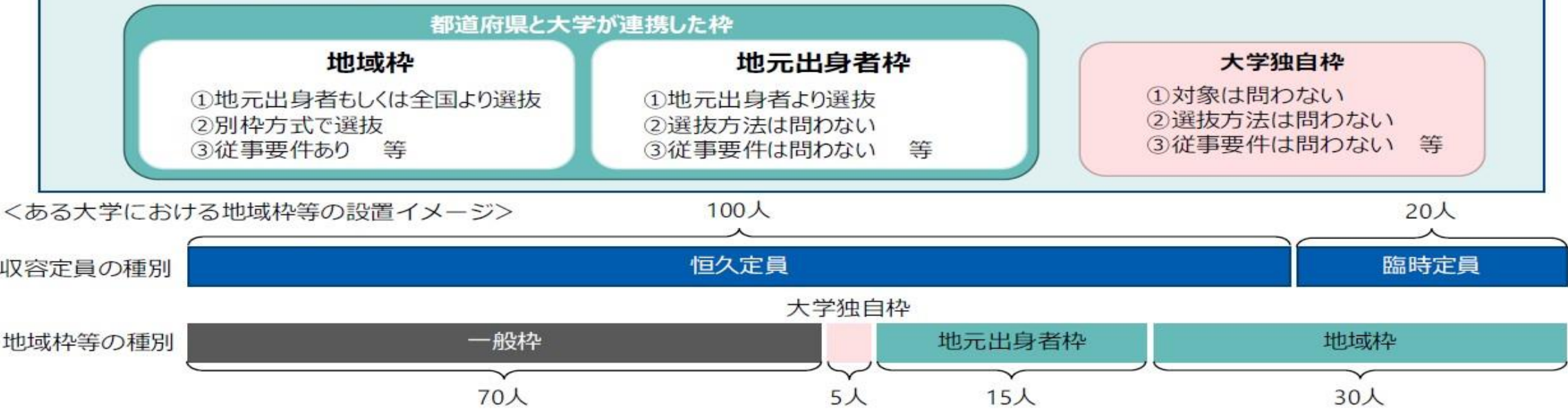
地域枠及び地元出身者枠の概要

(1) 地域枠及び地元出身者枠の概要

- 大学が、卒後に特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、他の入学者と区別して選抜を行う仕組み。(一般入学者から募集する等の方法も一部あり)
- 平成20年度以降、地域枠等を中心に医学部定員数を暫定的に増加し、令和元年度には9,420人に達した。令和2年度以降については、全体として令和元年の医学部総定員を超えない範囲で、臨時定員増員の申請を認めている。

現在の枠組みの概要(令和4年～)

※臨時定員の設置にあたっては、地域枠の定義を満たしている必要がある



(2) 地域枠及び地元出身者枠の要請権限

- 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)により、都道府県知事から大学に対する地域枠及び地元出身者枠の設定・拡充の要請権限が創設された。

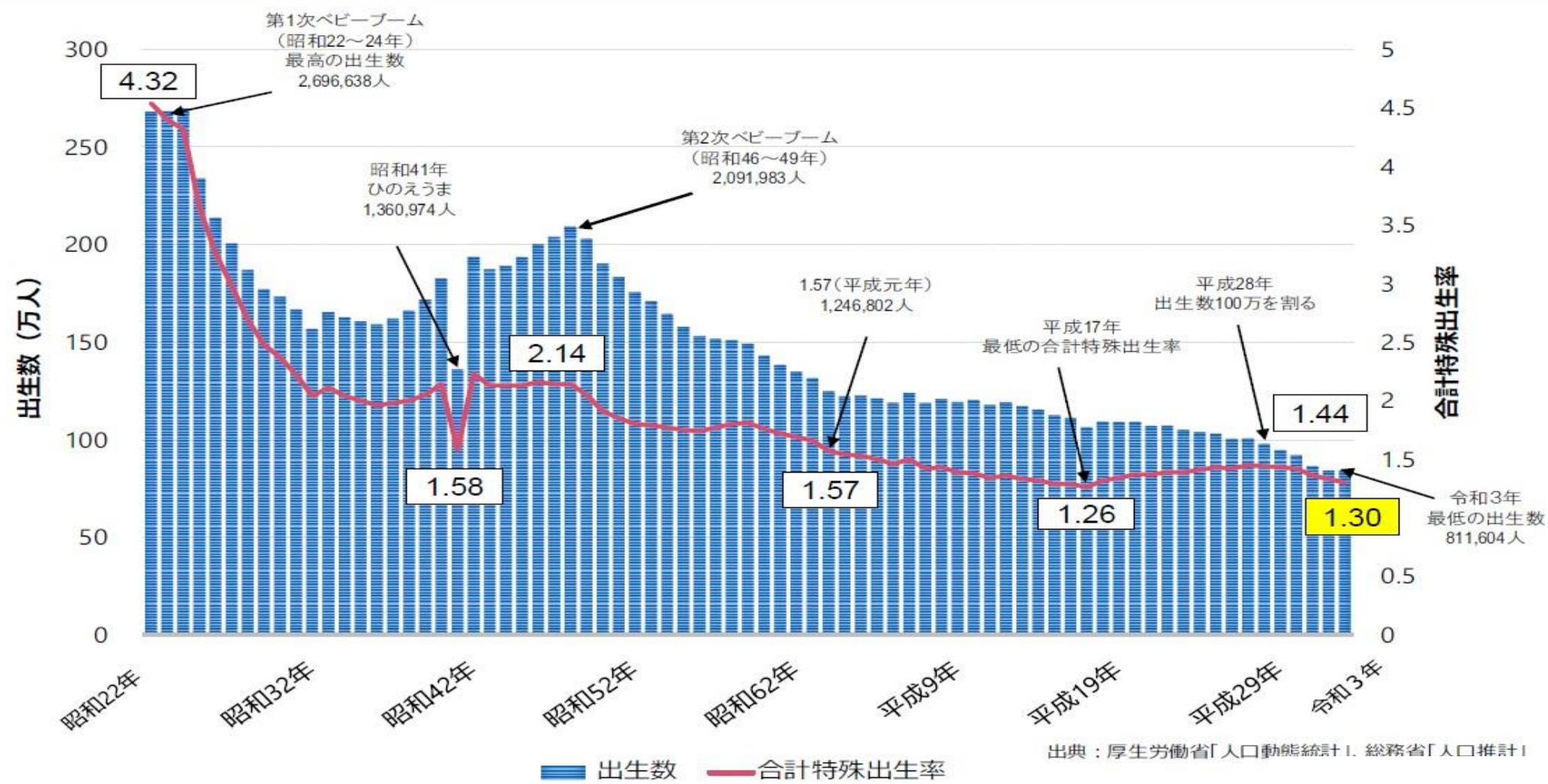
Ka



医師確保計画ガイドラインにおいて、地域枠及び地元出身者枠設定の考え方等について具体的に記載

合計特殊出生率の年次推移

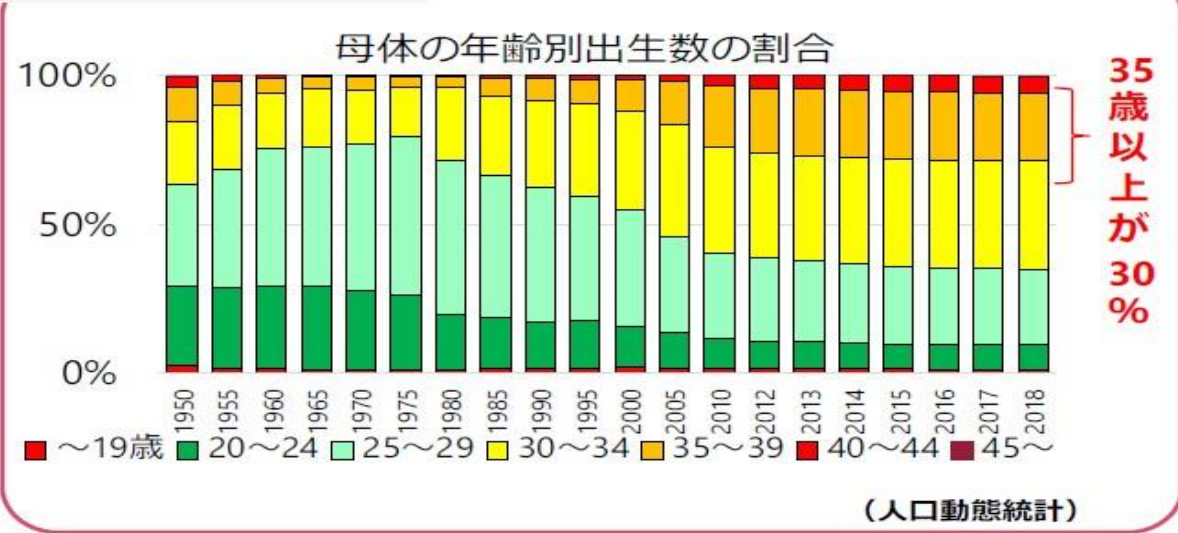
- 出生数は、平成28年に100万人を下回り、令和3年には過去最少の811,604人であった。
- 合計特殊出生率は平成17年に1.26を底としてやや持ち直し、平成27年には1.45まで回復したが、その後再度減少傾向となり令和3年は1.30まで低下した。



周産期医療の現状

令和4年7月27日 改変

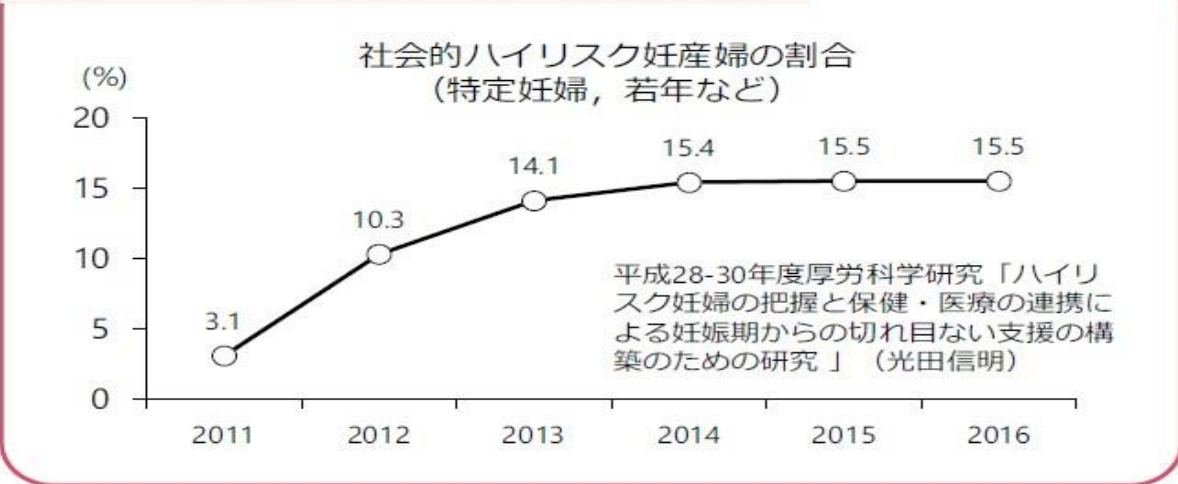
①高齢出産の増加



②妊娠における偶発合併症の増加



③社会的ハイリスク妊産婦※の増加



※社会的ハイリスク妊産婦とは、特定妊婦等の妊娠中から家庭環境におけるハイリスク要因を有する妊婦のこと。具体的には不安定な就労等収入基盤が安定しないことや、家族構成が複雑であること等。

新生児医療に関わる医師数と労働時間

NICU勤務医師の実態

当直医1名を置くためには、最低8名の医師が必要
総合周産期NICUであれば16名以上※、
地域周産期NICUであれば8名以上
※NICUの病床が16床以上である場合には、24時間
体制で新生児医療を担当する複数の医師が勤務し
ていることが望ましい。(周産期医療の体制構築
に係る指針より)

日本の新生児医療は3600名の医師が
支えている
総合周産期母子医療センター 1057名
地域周産期母子医療センター 1431名
総合 平均 8.24人 地域 平均 5.96人
新生児医療提供体制・医師勤務状況調査結果報告
日本新生児成育医学会雑誌 33(3): 60-78, 2021

令和4年7月27日 改定

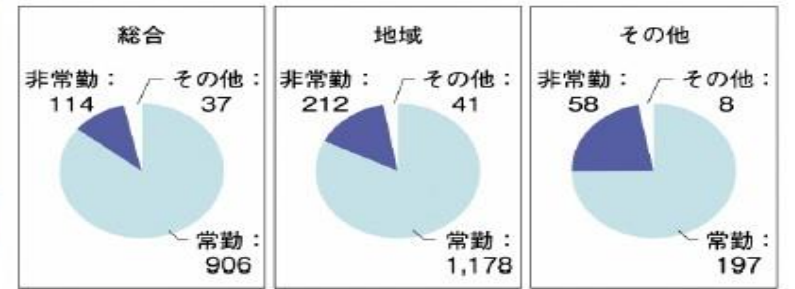


図16 総合・地域・その他別の回答施設の医師数合計

周産期母子医療センターの常勤医師の職種 (総合周産期母子医療センターの76%、地域周産期母子医療センターの44%が回答)

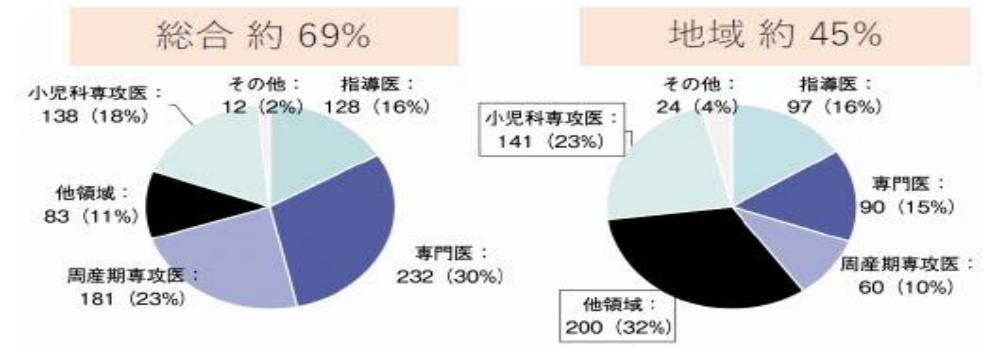


図21 回答常勤医の医師職種割合

総合周産期の医師の7割は新生児専門医関連、
小児科専攻医や他領域の医師も多い
地域周産期では医師の4割が新生児専門医関連、
小児科専攻医や他領域の医師が多くを占める
新生児医療は新生児専門の医師だけでは提供できない

新生児医療を担当する医師の勤務時間

新生児医療に従事する医師の65%が週50時間以上働いている

全医師の週あたりの総労働時間



全医師の4週あたりの総時間外労働時間

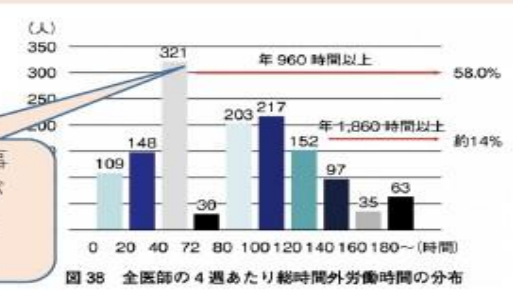


図38 全医師の4週あたり総時間外労働時間の分布

新生児医療に従事する医師の58%が年間960時間以上働いている

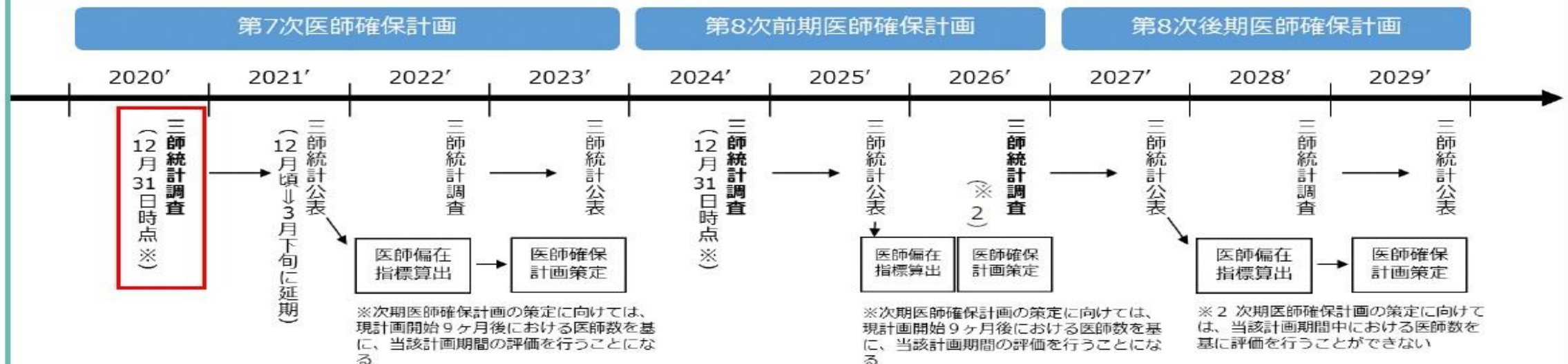
医師確保計画の効果の測定・評価の課題1

課題

R4.8.10 第6回地域医療構想及び
医師確保計画に関するWG 資料

- 医師確保計画の効果の測定に用いる「活用可能な最新データ」が、医師確保計画開始9ヶ月後である2020年（令和2年）12月末時点の医師数のデータとなるため、今期の都道府県の医師確保の施策の効果を十分に測定しているとはいえない。
- ※ 医師偏在指標の医師数に用いる三師統計は2年毎に12月末時点の医師数を調査し、翌年12月頃に公表となるため、都道府県が第8次前期医師確保計画を策定する2023年度（令和5年度）までに直近のデータである2022年三師統計に基づく医師偏在指標は提示ができない（以下の図参照）。
- 目標医師数を設定していなかった都道府県、二次医療圏は、最新データによる医師偏在指標との比較により医師の確保の進捗状況を判定することができない。
- 効果の測定・評価にあたっては、計画終了時の医師偏在指標の見込みを算出する必要があるが、二次医療圏毎の精緻な医師偏在指標の算出が困難である。

医師確保計画と三師統計のスケジュール



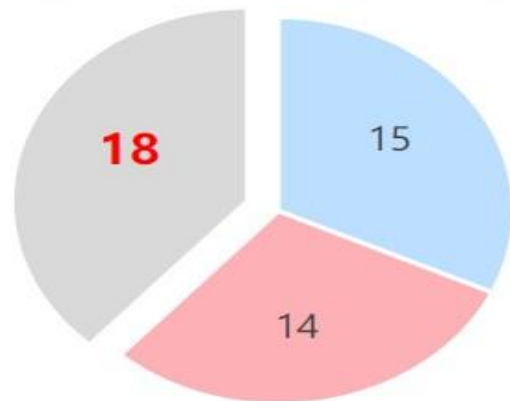
医師確保計画の効果の測定・評価の課題 2

R4.8.10 第6回地域医療構想及び
医師確保計画に関するWG 資料1

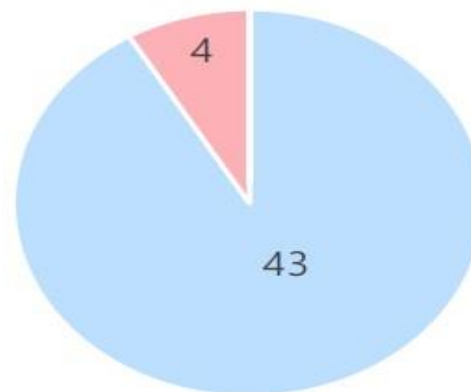
課題

- 県外からの医師の受入及び県外への医師の派遣、非常勤医師の派遣等に関する医療機関等からの聞き取りによる把握は、「把握する予定なし」が最も多かった。（それぞれ 18県（38%）、20県（43%））

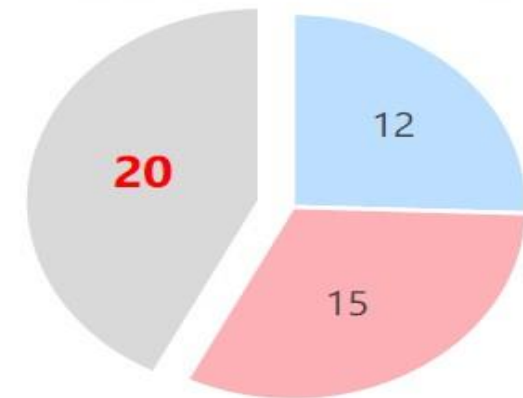
① 県外からの医師の受入及び
県外への医師の派遣の把握



② 地域枠医師の義務履行率
定着率及び派遣先等の把握



③ 非常勤医師の派遣等に関する
医療機関等から聞き取り調査



把握している

令和5年度に把握する予定

把握する予定なし

①についての把握する予定なしの主な理由

- ・把握方法がわからない
- ・一部は把握しているが、全体のデータがない
- ・各病院に聞かなければならない

③についての把握する予定なしの主な理由

- ・把握が難しい
- ・一部は把握しているが、全体のデータがない
- ・聞く時期のポイントによっても違うと思われる

医師派遣の実績について

○ 地域医療対策協議会における医師派遣実績

※ 令和2年4月1日～令和3年3月31日までの期間における実績

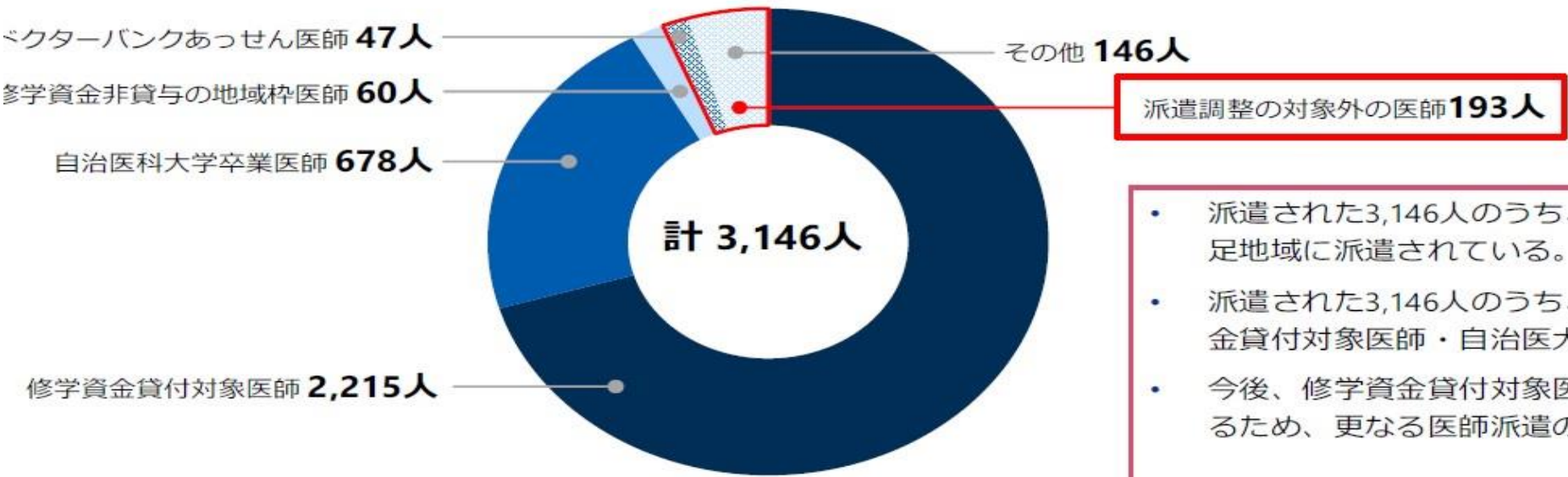
地域医療対策協議会における医師派遣実績

	医師不足地域への派遣	その他の地域への派遣	小計
常勤医師の派遣	1,475	1,582	3,057
非常勤医師の派遣	50	39	89
小計	1,525	1,621	3,146

修学資金貸付対象医師や自治医大卒業医師などのキャリア形成プログラム適用医師は、地域での従事期間である9年間のうち4年間は医師少数区域等で勤務することとされている

「医師不足地域」とは、医師少数区域等の都道府県において医師が不足していると認識している地域を指す

派遣された医師の類型



- 派遣された3,146人のうち、1,525人(48%)が医師不足地域に派遣されている。
- 派遣された3,146人のうち、2,893人(92%)が修学資金貸付対象医師・自治医大卒業医師となっている。
- 今後、修学資金貸付対象医師等の増加が見込まれるため、更なる医師派遣の増加が見込まれる。

WGにおける主な論点

○医師偏在指標

- ・ 非常勤医師等で派遣されている実態について
- ・ 算出に用いる受療率について
- ・ 算出に用いる患者調査の調査年について

○医師少数スポット

- ・ 設定区域（設定単位、理由、見直し）について

○目標医師数

- ・ すでに目標医師数を達成している医師少数区域について
- ・ 医師少数区域以外の目標医師数について

○将来の医師の多寡による医師の確保の方針及び地域枠

- ・ 医学部恒久定員内の地域枠について
- ・ 地元出身者枠の活用等について

○産科・小児科における医師確保計画

- ・ 産科医師偏在指標算出に用いる医師について
- ・ 出生率が低下する中での産科・小児科医師養成について

○医師確保計画の効果の測定・評価

- ・ 次期医師確保計画の効果の測定・評価について（病床機能報告等の利用）

○その他

- ・ その他の医師確保の取組（医師の派遣調整、寄附講座等）
- ・ 子育て医師等への支援

【第13回】第8次医療計画等に関する検討会

第13回第8次医療計画 等に関する検討会	資料 2
令和4年8月25日	

医師以外の医療従事者の確保について

【歯科】課題

課題

- 歯科医師数は増加傾向にあるが、ニーズの変化等にもなう医科歯科連携等について、さらなる充実が期待されている。
- 歯科医師の大部分は歯科診療所に勤務しており、病院に勤務する歯科医師数は少ない。病院に勤務する歯科医師数は地域によって様々である。
- 周術期等の口腔機能管理など、口腔と全身の関連が明らかになってきており、医科歯科連携のさらなる推進が重要であるが、周術期等口腔機能管理の実施状況は地域によって様々である。
- 社会構造の変化、少子高齢化の進展により、訪問歯科診療のニーズが高まっているが、訪問歯科診療の実施状況は地域によって様々である。
- 地域によって無歯科医地区の数は様々であり、無歯科医地区人口も地域によって様々である。

【歯科】論点

論点

- 口腔の管理等による効果を鑑みれば、地域において歯科医療が果たす役割はますます重要になっている。歯科医療資源や病院における歯科医師の配置状況も踏まえ、地域の歯科医療提供体制を確保するための方策について、どのように考えるか。
- 無歯科医地区等に適切に歯科医療を提供するため、無歯科医地区等に対する巡回診療などの方策を推進することに対して、どのように考えるか。

【薬剤】現状と課題

現状と課題

- 薬剤師の業務・役割は、調剤だけでなく病棟薬剤業務やチーム医療、在宅医療への参加など多岐にわたり、これらの業務・役割の充実が求められている。
- 「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会」において、薬剤師の総数は年々増加しているが、薬剤師の従事先には業態の偏在や地域偏在があり、特に病院薬剤師の確保は喫緊の課題と指摘されている。
- 都道府県等と都道府県薬剤師会・病院薬剤師会の間で、薬剤師不足の把握状況や認識にギャップがみられている。
(薬剤師の不足状況を把握していない割合：都道府県約40%)
- 病院、薬局ともに薬剤師の就業先は人口の多い都市部に集中し、無薬局町村が34都道府県で136町村あり解消する必要がある。また、薬剤師数が1人又は2人の小規模な薬局が全体の半数を占める。
- 病院における常勤薬剤師定数に対する充足率は、全ての病院種別において100%を下回っている。また、病院において病棟薬剤業務を実施するためには、薬剤師を十分に確保する必要がある。
- 薬剤師が不足する病院・薬局において、病棟薬剤業務やチーム医療、在宅医療への参加などに支障が生じている。
- 薬学生が就職先を決める一番大きな要因は「業務内容・やりがい」で33%を占めるが、次いで「勤務予定地」(13%)、「給与水準」(12%)を重視している。また、薬局薬剤師の23.4%は新卒で病院に就職した者である。
- 平成18年に薬学教育6年制が導入され、病院、薬局での実務実習が大幅に拡充されたが、薬剤師の従事先の業態は薬局に偏在したままである。
- 病院への就職を希望する薬学生の7割は、出身都道府県の病院での就職を希望している。
- 偏在を解消するための薬剤師確保の取組を進めるため、医療計画における医療従事者の確保の取組等を含め、地域の実情に応じた効果的な取組を検討する必要がある。
- 第7次医療計画の「医療計画作成指針」において、薬剤師の資質向上について記載があるが、薬剤師確保に関して明確な記載がない。

【薬剤】論点

論点

- 次期「医療計画作成指針」では、薬剤師の資質向上だけでなく、薬剤師確保に関して明確に記載してはどうか。
- 病院薬剤師の不足や無薬局町村等を解消する必要があること、さらに、病棟薬剤業務やチーム医療、在宅医療等を推進するためにも、病院及び薬局それぞれにおいて、薬剤師の就労状況を把握した上で薬剤師確保策の策定を都道府県に促してはどうか。
- 地域医療介護総合確保基金の支援対象である、薬剤師修学資金貸与や都道府県が指定する病院への薬剤師派遣の積極的な活用、都道府県と連携した薬学生を対象とした就職活動に係る情報発信等を促してはどうか。

【看護職員】課題・論点

課題

- 看護職員の需給の状況は、地域（都道府県、二次医療圏）ごとに差異があるため、地域の課題に応じた看護職員確保対策を講じることが必要。
- 領域別に見ると、訪問看護については、今後の看護職員の需要の高まりが大きく、かつ、総数が充足されると推計された地域（都道府県、二次医療圏）においても需要が高まっていくと見込まれる一方、有効求人倍率が高く人材確保が困難な状況となっており、訪問看護に従事する看護職員の確保を推進していくことが重要。
- 訪問看護を含む在宅医療は、身近な地域で患者の生活を支える医療であるとともに、高齢者介護や障害福祉（医療的ケア児等）とも密接に関連するため、都道府県との連携の下、市町村において整備方策を考えていくことが重要。
- 新型コロナウイルス感染症等の感染症の拡大に迅速・的確に対応するとともに、医師の働き方改革（令和6年4月から医師の時間外労働の上限規制が適用）に伴うタスクシフト／シェアを推進するため、地域のニーズに応じて、特定行為研修修了者など、専門性の高い看護師の養成を推進することが重要。

論点

- 都道府県・都道府県ナースセンター等の関係者の連携の下、看護職員確保に係る地域（都道府県、二次医療圏）の課題を把握し、こうした課題に応じた看護職員確保対策を講じることについて、どう考えるか。
- ニーズの高まりに応じて訪問看護に従事する看護職員の確保を推進していくため、都道府県において、今後の都道府県・二次医療圏ごとの事業所数・看護職員数を見込み、必要なサービス・看護職員を確保するための方策を定めることを必須とすることについて、どう考えるか。
- 今後、ニーズが増大していく訪問看護を含む在宅医療の整備を推進するため、都道府県との連携の下、市町村における整備を推進していくために、どのような方策が考えられるか。
- 新型コロナなどの感染症拡大時に迅速・的確な対応を行える体制の整備やタスクシフト／シェアの推進のため、都道府県において、特定行為研修に係る研修体制整備に向けた具体的な計画の策定を必須とするとともに、都道府県・二次医療圏ごとに、特定行為研修修了者等の専門性の高い看護師の養成数の目標を設定することについて、どう考えるか。

説明は以上です。