

令和3年度地域包括医療・ケア研修会【特別開催】
期間:令和3年9月17日(金)10:00-18:00
《ライブ配信プログラム》

講演Ⅲ

新型コロナ感染症を踏まえた 次世代のための地域医療構想

■講師

千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター長 特任教授

吉村 健佑 氏

■司会

国診協副会長

地域包括医療・ケア研修会特別開催実行委員会委員長

千葉県:国保直営総合病院君津中央病院長

海保 隆

新型コロナウイルス感染症を踏まえた次世代のための地域医療構想

千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター センター長・特任教授
吉村 健佑

厚生労働省のすすめる三位一体改革とは「地域医療構想の実現」、「働き方改革」、「医師の偏在対策」を指す。これは、2040年の医療提供体制を見据え、医療提供のあり方を変えてゆくもので、それに従って予算や制度が作られている。いうまでもなく、医療は強烈な規制産業であり、各医療機関は三位一体改革を重要な経営課題と位置づけられます。そして、上記の「地域医療構想の実現」「医師の働き方改革」「医師の偏在対策」は互いに異なる性質がある。

「地域医療構想」とは「戦略」といえる。現在医療機関の単位で行っている経営・戦略的判断を「地域」である2次医療圏単位で行おうという試みと読み替えられる。「地域医療構想調整会議」は地域全体の経営会議といえ、そこで議論されるべきは、『地域の医療』の生き残りを最優先として、各医療機関の役割分担の明確化と連携をもって対応してゆこうという考え方といえる。具体的には同じような機能を持つ医療機関が近接していればどちらかに機能を集約し、地域に不足した医療機能があればそれを担う医療機関を定める必要がある。この試みは簡単ではないと考えられる。特定の医療機関が不利益を被る可能性がある場合、そのような決定は簡単にはできない。

厳しい状況に陥りがちである中、一部の都道府県の事例を見ると取り組みを工夫しており、着実に前進させている地域もみられる。データ分析、合意形成、都道府県のリーダーシップ発揮などのそれぞれの方策を用いており、その点も紹介したい。これらは、千葉大学病院の当センターの収集した情報などをもとに整理を行っており、その点を紹介する。

その中で、2020年1月頃より新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の蔓延があり、2021年9月現在もその困難は続いている状況である。地域医療構想の目的や考え方は変わらないものの、進め方については一部修正も求められている。

本講演ではコロナ後の状況を見据え、医療提供体制の今後、地域医療構想、そして2024年に迫っている医師の働き方改革などをキーワードに、国の政策動向を確認しながら考察してゆく。医療政策の背景となる考え方を理解し、都道府県、医療現場はどのような行動や対応が求められるか、当センターの研究成果も踏まえて具体的に考えてみたい。

2021年9月17日12:30 – 13:30

全国国民健康保険診療施設協議会

地域包括医療・ケア研修会

**新型コロナ感染症を踏まえた
次世代のための地域医療構想**

吉村健佑

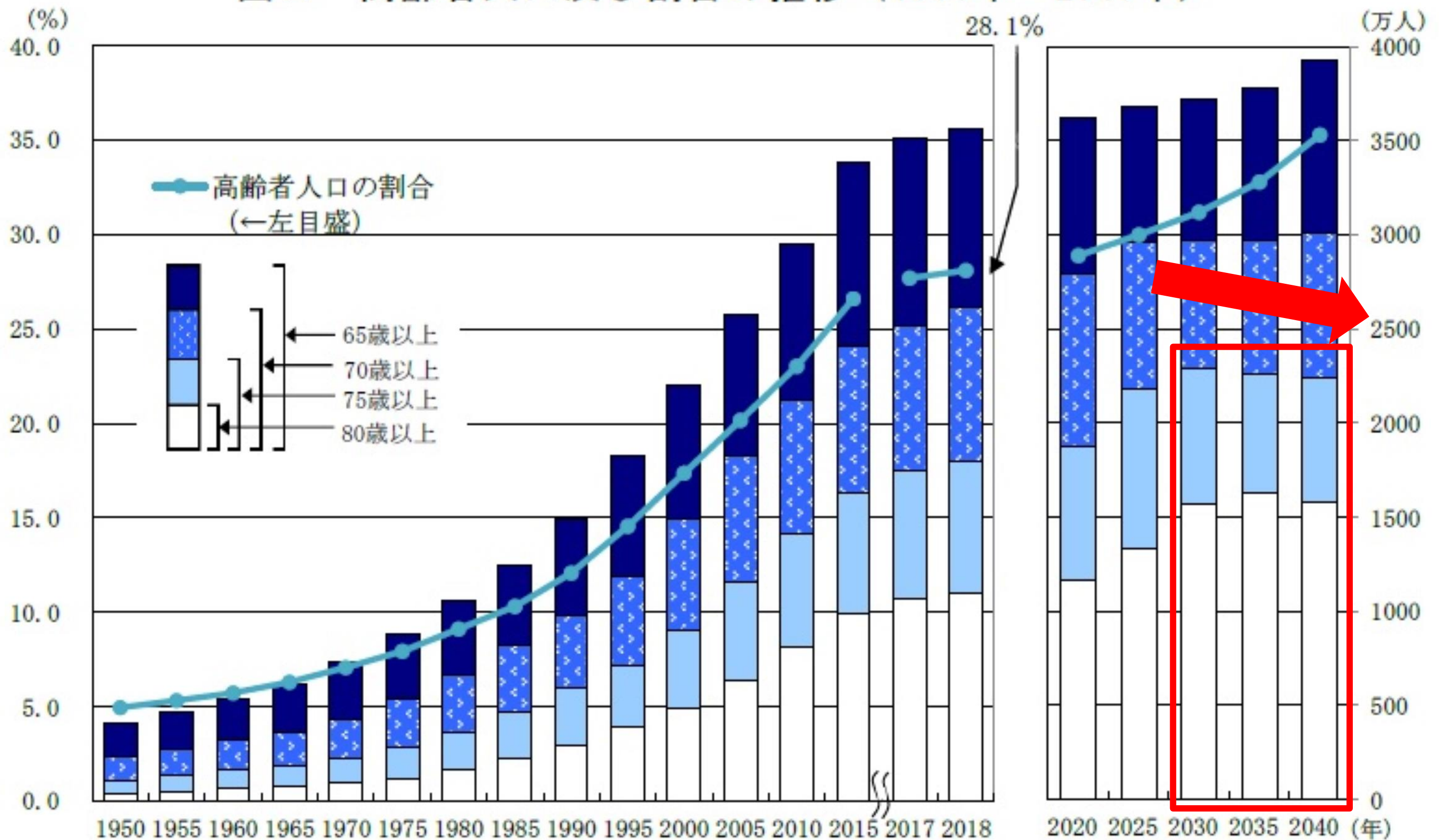
医師・公衆衛生修士・医学博士

千葉大学病院 次世代医療構想センター 特任教授

本日の話

- 1 : 地域医療構想の必要性と課題**
- 2 : 事例から考える具体的な取り組み**
- 3 : 新型コロナ後の方向性**
- 4 : 医師の働き方改革の影響**

図2 高齢者人口及び割合の推移（1950年～2040年）



2035年：75歳以上も減り始める

日本の医療制度：特徴と影響

① 国民皆保険

フリーアクセス

② 開業・標榜の自由

③ 民間医療機関が中心

医療の過剰提供？

医師の地域・診療科偏在
特定分野の過重労働

過剰・過少な投資？

参考) 厚生指標：第63巻第7号.2016年7月

医療政策 = ①②③全てを制限する方向

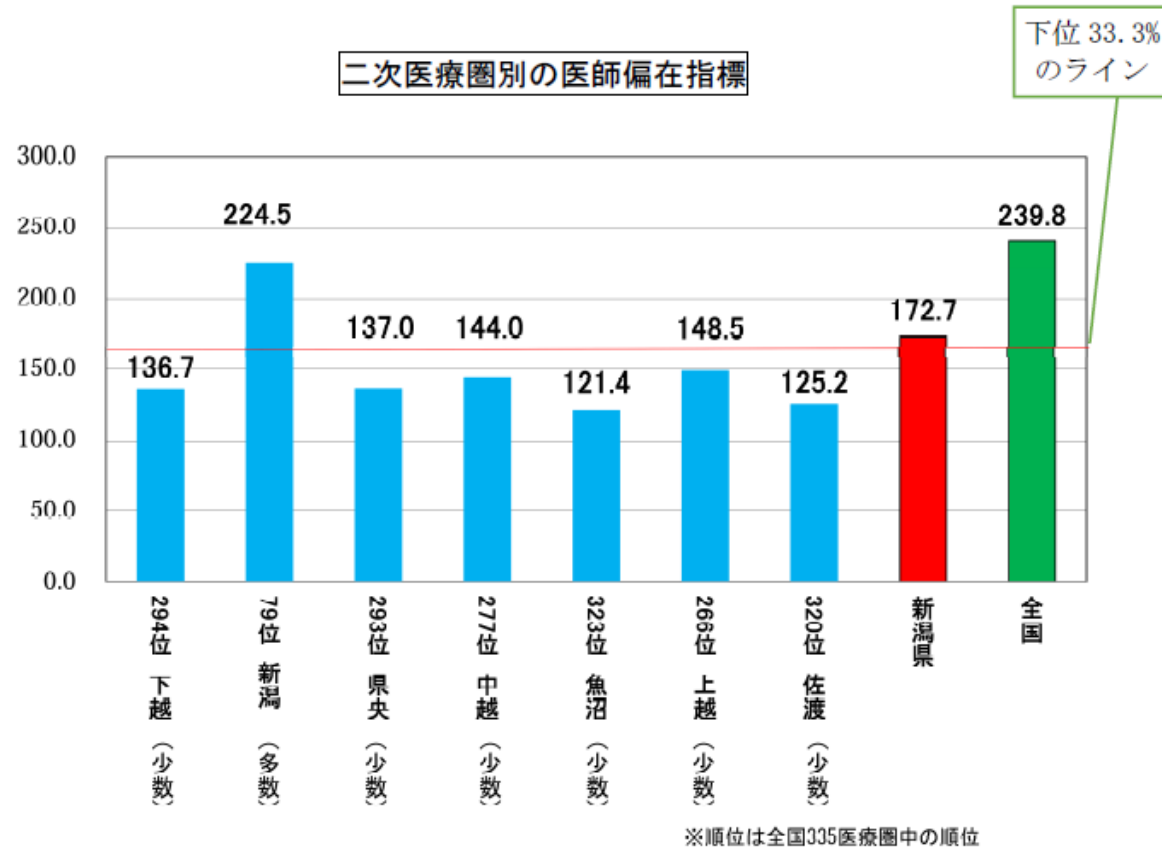
(参考) 医療分野についての国際比較(2015年)

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口千人当たり 総病床数	2.8 ^{※4}	2.6	8.1	6.1	2.4	13.2
人口千人当たり 急性期医療病床数	2.5 ^{※4}	2.3 ^{※4}	6.1	4.1	2.3	7.9
人口千人当たり臨床医師数	2.6 ^{※4}	2.8	4.1	3.3 [#]	4.2 ^{※4}	2.4 ^{※4}
病床百床当たり臨床医師数	90.9 ^{※4}	106.9	50.9	50.9	165.2 ^{※4}	17.9 ^{※4}
人口千人当たり 臨床看護職員数	11.3 [#]	7.9	13.3	9.9 [#]	11.1 ^{※4}	11.0 ^{※4}
病床百床当たり 臨床看護職員数	394.5 ^{※4#}	302.7	164.1	161.8 [#]	438.9 ^{※4}	83.0 ^{※4}
平均在院日数 ^{※4}	6.1 ^{※4}	7.0	9.0	10.1 ^{※4}	5.9	29.9 ^{※4}
平均在院日数(急性期) ^{※4}	5.4 ^{※2}	6.8	10.2	5.9	4.3	16.9 ^{※4}
人口一人当たり 外来診察回数	4.0 ^{※3}	5.0 ^{※1}	10.0	6.3 ^{※4}	2.9	12.7 ^{※4}
女性医師割合(%)	34.6 ^{※4}	45.9	45.7	44.3	47.6 ^{※4}	20.3 ^{※4}
一人当たり医療費(米ドル)	9,507	4,125	5,353	4,530	5,266	4,436
総医療費の対GDP比(%)	16.9	9.9	11.2	11.1	11.0	10.9
(OECD加盟諸国間での順位)	1	13	3	4	5	6
平均寿命(男)(歳)	76.3	79.2	78.3	79.2	80.4	80.8
平均寿命(女)(歳)	81.2	82.8	83.1	85.5	84.1	87.1

病床数が多い・外来受診回数が多い！

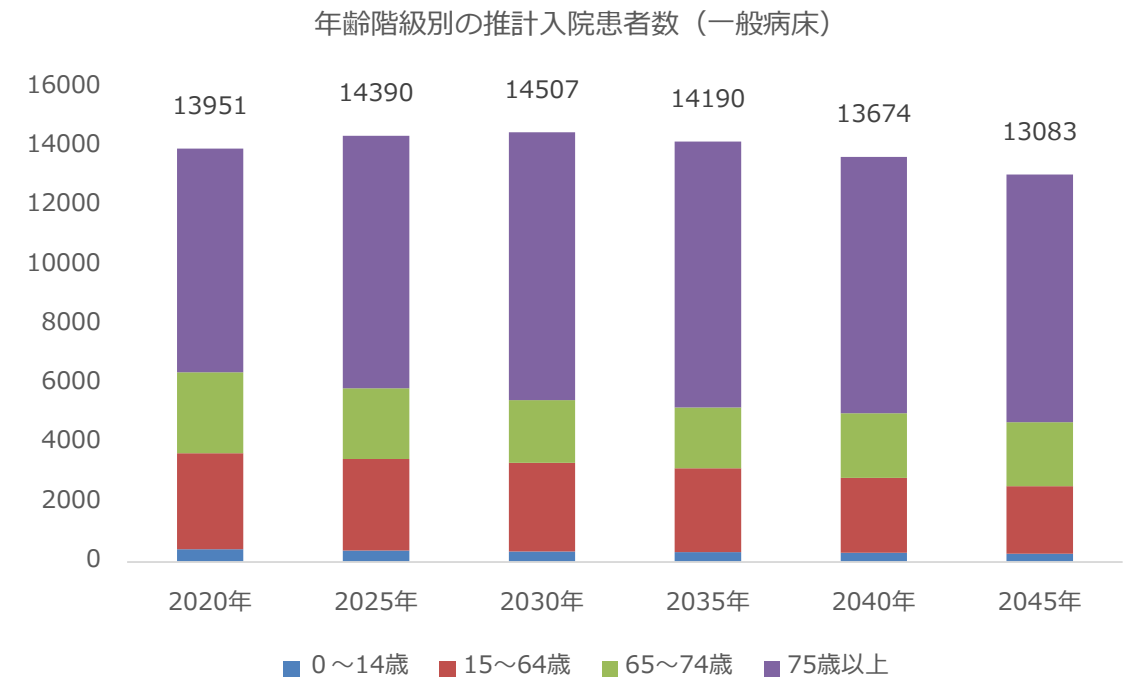
<背景・問題意識 「その1」>

- 医師の確保と偏在解消、**働き方改革への対応**は喫緊の課題



<背景・問題意識 「その2」>

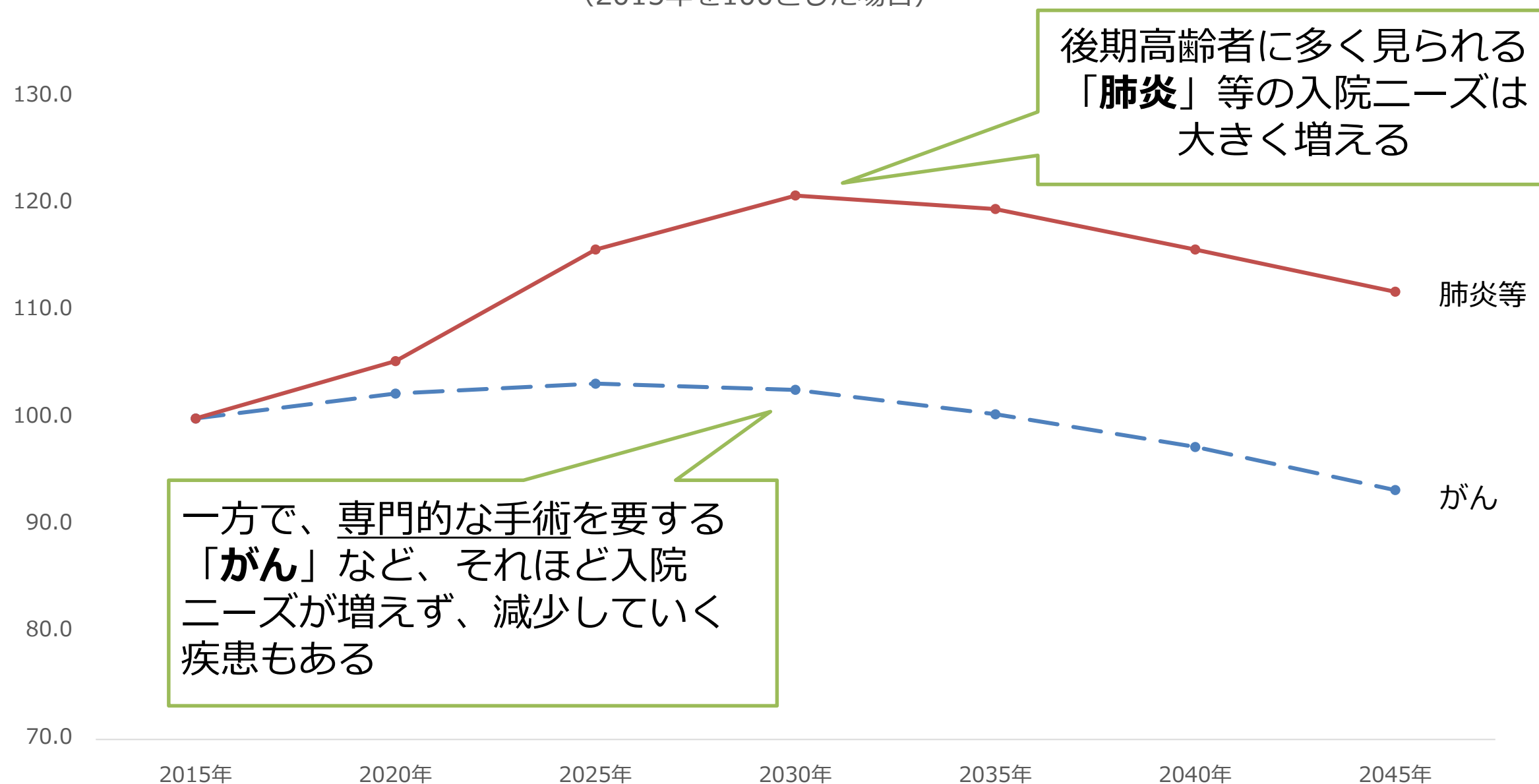
- 今後の「人口減少」「後期高齢者の増加」は避けられない
- (1) **症例数（入院需要）の減少**
- (2) 2025年以降、一般病床入院患者の6割以上は75歳以上の後期高齢者に



- **医療の質を確保・向上**し、県民が必要な時に必要な医療サービスを受けられる体制を堅持するため、**環境変化への対応**が必要
- **医師の働き方改革に対応**し、医療従事者に選んでもらえるような体制づくりが必要（研修の充実、労働環境の改善等）

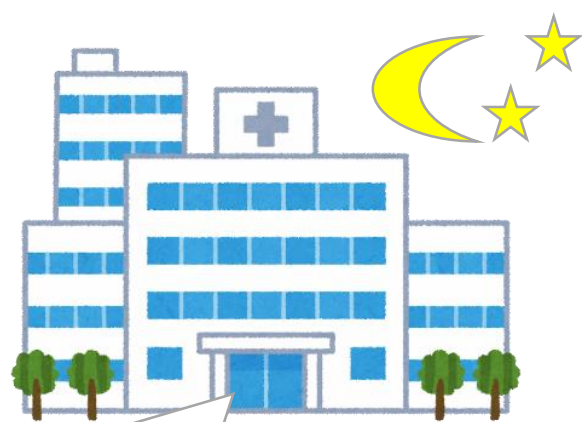
- 後期高齢者の増加に伴い、大きく増える疾患（肺炎、骨折等）
- 75歳未満の減少に伴い、増えない疾患
- それぞれ2つの「入院医療ニーズの変化」に対応する必要

疾患別の一般病床推計入院患者の増減率
(2015年を100とした場合)

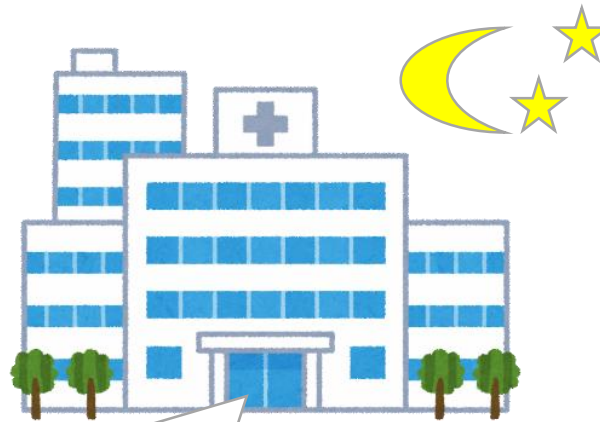


○ 人的資源（医師等）が分散し、救急車の受け入れ縮小・困難となるおそれ

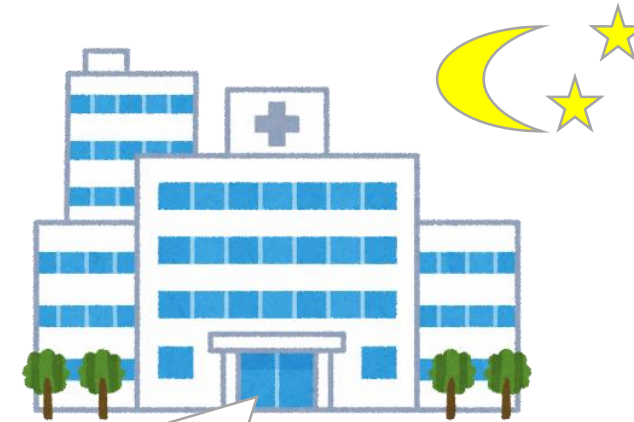
(※病院や病床が近くにたくさんあっても、それが機能していなければ意味がありません)



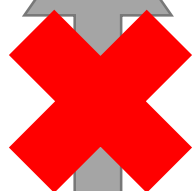
別の患者に対応中で、
受け入れできません…



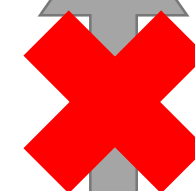
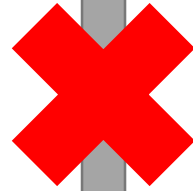
休日・夜間は受け入れ
できません…



休日・夜間は受け入れ
できません…



病院はあるけど、受入
先が決まらない…
隣の圏域まで行かな
いと…



いずれの病院でも必要十分な医療提供（特に救急医療）ができなくなるおそれ…

<基本的な考え方>

2025年を目処に、各構想区域において、以下の体制を構築することを目指します

- 「医師の働き方改革」にも対応しながら、7つの構想区域に必要な「救急」と「手術」の機能が確保され、入院医療をある程度完結できる体制
- 専門的な医療から、回復期・慢性期医療及び在宅医療まで、関係機関相互の連携により、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される体制



以下の病院を配置し、まずは「中核病院（仮称）」に医療資源（医師等）を集中的に配備することとしてはどうか



① 中核病院（※仮称）
（構想区域内の最後の砦となる病院）

がん（悪性新生物）の手術、脳卒中、急性心筋梗塞などに対応することができ、救急車を断らない病院



② 連携を行う病院（※仮称）
（中核病院（仮称）をサポートする病院）

ニーズの増加が見込まれる心不全、肺炎、尿路感染症、大腿骨骨折患者などを中心に対応する病院

地域医療構想の実現に向けた課題

- 連携を行う病院（仮称）については、区域によって程度の差はあるものの、軽症急性期や急性期経過後の受け入れ・退院支援、在宅医療機能などを中心に担うことが想定される。
- これらの**地域包括ケア病棟に代表されるような機能**を担うにあたっては、以下のような課題への対応が必要と考えられる。

<人材>

- 地域包括ケア、総合的な診療（後期高齢者を中心とする誤嚥性肺炎、尿路感染症、心不全急性増悪等）、在宅復帰に向けた医療等を中心的に担う**医師や看護師についての課題**
（例）
 - ・従来のキャリアパスや医局派遣において必ずしも典型的ではないこれらの医師の確保・育成をどのように行うのか（**総合的な診療能力の獲得**を含む）
 - ・これらの診療を継続する上での**モチベーション**維持、必要な**スキルアップ**をどのように考えるか
 - ・このような**ニーズの高い診療の社会的・医学的価値**をどのように高めるか

<マネジメント>

- 経営的な持続可能性や収支の安定のための**経営モデルの確立**をどのように考えるか
- 経営層の**マネジメント**意識の向上や**リーダーシップ**の醸成をどのように考えるか

<診療体系・診療連携>

- **退院先**（介護施設等（特に介護医療院）との連携）をどのように確保していくか
- **救急患者の受入**をどの程度行えるのか（かかりつけ患者のみ、在宅患者の急変時対応、特に休日・夜間の対応（宿日直基準を満たすには休日・夜間の対応は困難ではないか）など）

地域包括ケア病棟に代表されるような機能を担う連携を行う病院（仮称）のモデルとして、先行事例の運営手法や取組を参考にできないか。



地域医療構想と経営

- ▶ 一昨年9月の**424**（のちに約**440**）病院（具体的対応方針の再検証要請対象医療機関）の「公表」
 - ▶ 決して「統廃合」を促しているわけではない
 - ▶ 2つを1つに、と単純に言っているわけではない
- ▶ 地域での必要な（まずは急性期の）機能と量を議論
 - ▶ 例えば、機能分化・連携で地域としてカバーできる方法
 - ▶ 自院が担う機能と量
 - ▶ 他院が担う機能と量
 - ▶ 必要量を効率的に行うための自院の体制（ダウンサイジング等）
- ▶ **安定的に経営し、地域医療に寄与できる体制を**

地域医療構想と経営

- ▶ **今後、急性期の平均在院日数はもう少しだけ短くなる可能性**
 - ▶ 急性期として重症度、医療・看護必要度の維持
 - ▶ 分母となる在院日数（のうち分子にならない部分）を短くする
 - ▶ DPC入院期間を意識
 - ▶ 今後の診療報酬改定に影響されるが...
 - ▶ 人口構成（疾病構造）の変化
- ▶ **在院日数が短くなると稼働率が下がる**
 - ▶ 新入院患者を確保しないと固定費のみがかかる状況
 - ▶ 新入院患者を確保できるのか？
 - ▶ そもそも全体的に人口減・高齢化が進む
 - ▶ その地域で、自院の役割として担う領域の患者は？
 - ▶ 新患を確保できない場合、ベッドが空き、経営悪化...
- ▶ **医師の働き方改革の影響**
 - ▶ これまでの医療提供量は同コストでは確保が難しくなる

これまでのデータを用いた分析

- ▶ どんなに最速でも1年前のデータを分析
 - ▶ だいたいの場合は手元に届いて分析する頃には2年前

例	病床機能報告 (診療実績)	DPC公開データ	NDBオープンデータ	NDB第三者提供
データ対象期間	令和元年度	令和元年度	平成30年度	平成29年度
提供（公開）時期	令和2年度末	令和2年度末	令和2年12月	令和元年7月
分析開始時期	令和3年3月～4月	令和3年3月～4月	令和3年1月	令和元年9月
最速分析結果の解釈時期	約2年前を分析	約2年前を分析	約2年半前を分析	約3年前を分析 (提供審査+提供に約1年かかった経験)

200床未満

185

189

97.9%

200床以上400床未満
44
44
100.0%
400床以上600床未満
18
18
100.0%
600床以上800床未満
4
4
100.0%
800床以上
2
2
100.0%

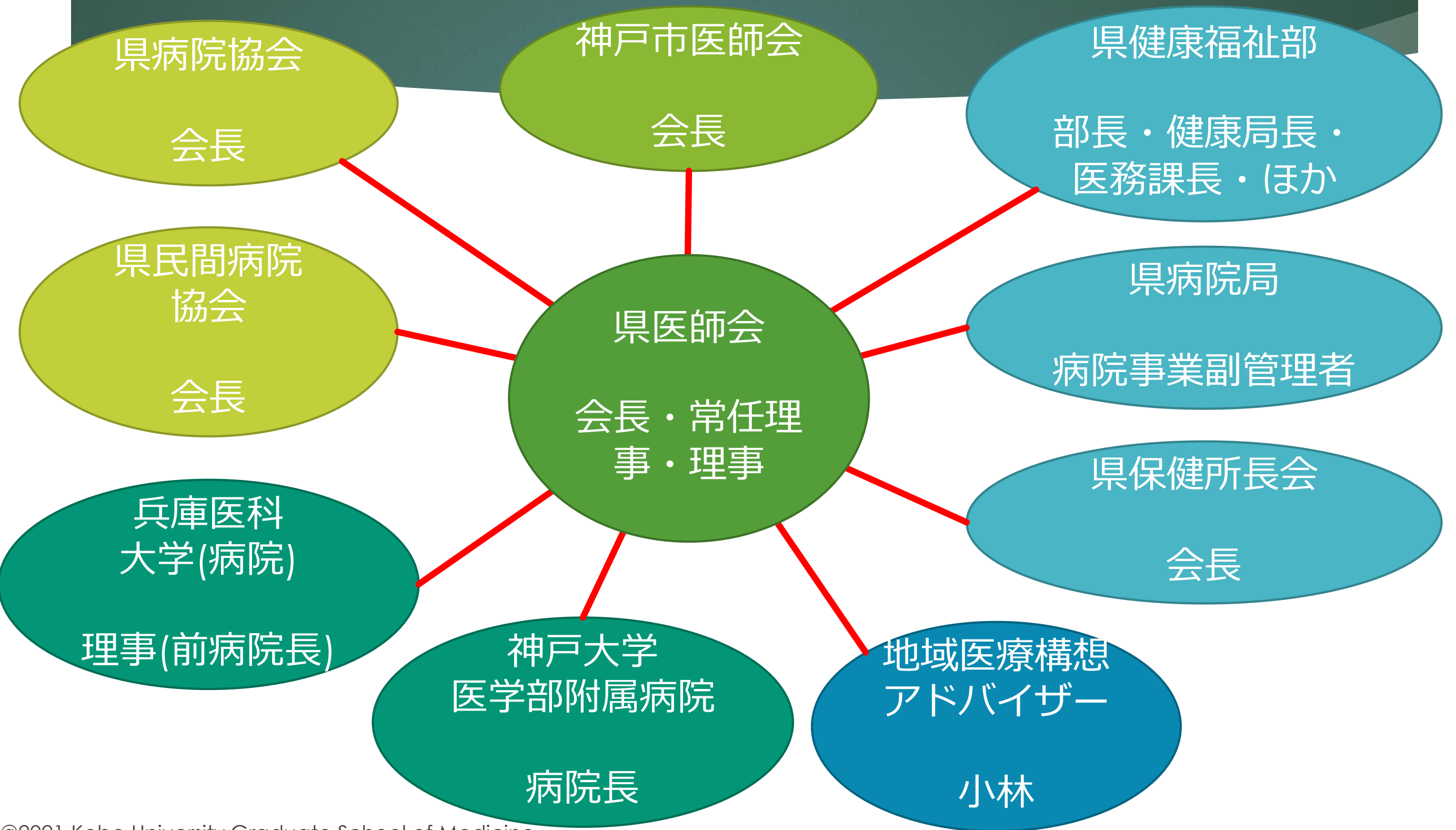
DPCデータ分析収集状況

医療圏	病院数ベース			病床数ベース		
	承諾数	依頼数	承諾率	承諾数	依頼数	承諾率
神戸	79	81	97.5%			98.9%
阪神(阪神南)	39	39	100.0%	7,933	7,933	100.0%
阪神(阪神北)	30	30	100.0%	6,706	6,706	100.0%
東播磨	28	28	100.0%	5,229	5,229	100.0%
北播磨	15	15	100.0%	2,986	2,986	100.0%
播磨姫路(中播磨)	27	28	96.4%			98.0%
播磨姫路(西播磨)	13	14	92.9%			96.5%
但馬	8	8	100.0%	1,343	1,343	100.0%
丹波	5	5	100.0%	1,073	1,073	100.0%
淡路	9	9	100.0%	1,647	1,647	100.0%
県全体	251	257	98.4%	47,956	48,280	99.3%

なぜここまでデータが集まる？

- ▶ データ収集・分析事例の周知
 - ▶ 愛知県ではすでに数年前からDPCデータ収集・分析を行ってきており、その事例を兵庫県内でも地域医療構想調整会議やその他講演等で紹介し続けてきていた
 - ▶ 小林の前任地である名古屋大学医学部附属病院で愛知県の分析を5年前から自身で行ってきていた（愛知県では約80%の承諾率）
 - ▶ 現在もクロスアポイントメントで在籍し、継続中
- ▶ 県および県医師会を中心とした協力体制
 - ▶ 兵庫県医師会「シンクタンク」が発足
 - ▶ ざっくばらんな意見交換をしながら、必要な体制・方針を皆で検討

兵庫県医師会「シンクタンク」



なぜここまでデータが集まる？

- ▶ 県医師会・県病院協会・県民間病院協会からもデータ収集・分析を行うことを会員向けに周知いただく
 - ▶ 「協力して」という連絡が県下にしっかり行き渡るように
- ▶ 「県の封筒」で「病院長宛」に送付
 - ▶ 神大病院の封筒では開けてもらえない可能性...
 - ▶ 県下は関連病院ばかりではない
- ▶ 承諾書がいただけない病院には県医務課から確認
 - ▶ 直接電話で説明
- ▶ 送付時の封筒には分析結果抜粋資料を入れる
 - ▶ こんなことが見えてくるんだ、という期待
 - ▶ さらに詳細分析結果はWEBから追加で配布
- ▶ 各地（圏域や調整会議）で説明の場を作る
 - ▶ 分析結果や今後の議論について、アドバイザーが説明

＜各病院の役割の基本的なイメージ＞

	地域で高度な医療を支える柱となる病院	地域包括ケアシステムを支える医療機関	
		救急拠点型	地域密着型
脳卒中・急性心筋梗塞等の高度・専門的な治療、手術機能	↑ ↓		
重症患者の救急受入れ機能			
休日・夜間の救急受入れ機能		↑	
サブアキュート機能（軽・中等症患者の救急受入れ機能）		↑ ↓	↑
在宅医療の後方支援機能（かかりつけ患者の救急受入れ機能等）			
ポストアキュート機能（長期急性期患者や回復期患者の受入れ、治療機能）		↓	↓

※ 上記以外の機能の役割分担については、別途検討する必要がある。

- 高度・専門的な手術機能や重症患者の受入れに対応できる病院
- 各圏域の医療ニーズの量に応じて、一定の医療資源（医師等）を集約化

地域で高度な医療を支える柱となる病院

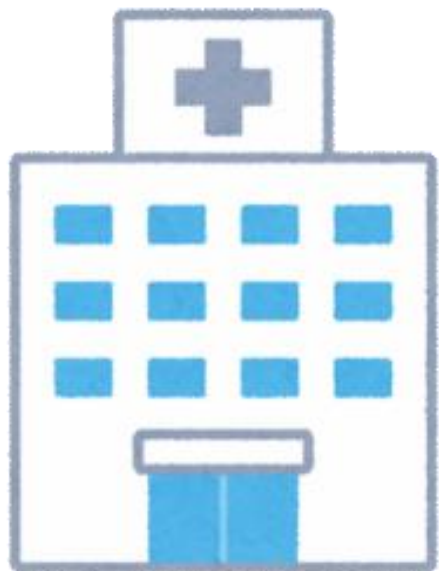


各圏域の医療ニーズの量に応じて一定の医療資源（医師等）を集約

将来にわたり地域に残したい医療機能	主な役割
高度・専門的な治療、手術機能	
重症患者の救急受入れ機能	
休日・夜間の救急受入れ機能	
かかりつけ患者や軽・中等症患者の救急受入れ機能	
長期急性期や回復期患者の受入、治療機能	

- 今後、ニーズの増加が見込まれる疾患を中心に担う
- 地域の医療ニーズの量に応じて、休日・夜間の救急患者を受け入れるための役割分担を検討

地域包括ケアシステムを支える医療機関



今後、ニーズが増加

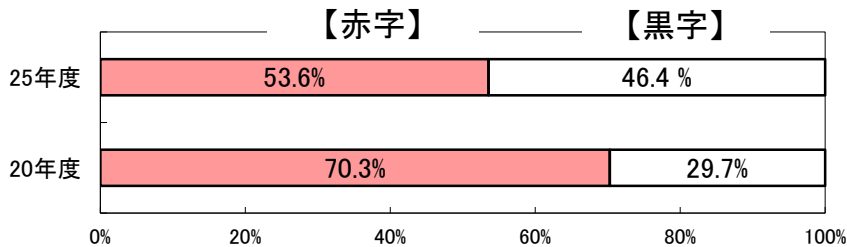
将来にわたり地域に残したい医療機能	主な役割	
	救急拠点型	地域密着型
高度・専門的な治療、手術機能		
重症患者の救急受入れ機能		
休日・夜間の救急受入れ機能	↑	
かかりつけ患者や軽・中等症患者の救急受入れ機能		↑
長期急性期や回復期患者の受入、治療機能	↓	↓

公立病院改革の推進

- 「新公立病院改革ガイドライン」(平成27年3月)に基づき新公立病院改革プランの策定を要請。
- 平成29年3月31日現在で新公立病院改革プランを策定済の病院は800(全体の92.7%)。
- 医療提供体制の改革と連携して公立病院の更なる経営効率化、再編・ネットワーク化等を推進。

公立病院改革ガイドライン(H19年12月)に基づくこれまでの取組の成果

《経営の効率化》



《再編・ネットワーク化》

- ・統合・再編等に取り組んでいる病院数 162病院
- ・再編等の結果、公立病院数は減少
H20 : 943 ⇒ H25 : 892 (△ 51病院)

《経営形態の見直し》

- (予定含む数)
- ・地方独立行政法人化(非公務員型) 69病院
 - ・指定管理者制度導入(いわゆる公設民営) 21病院
 - ・民間譲渡・診療所化 50病院

新公立改革ガイドライン(H27年3月)に基づく更なる改革の推進

1 新公立病院改革プランの策定を要請

- (1) 策定時期: 地域医療構想の策定状況を踏まえつつH27年度又はH28年度中
- (2) プランの内容: 以下の4つの視点に立った取組を明記

地域医療構想を踏まえた役割の明確化

- ・病床機能、地域包括ケア構築等を明確化

経営の効率化

- ・経常収支比率等の数値目標を設定

再編・ネットワーク化

- ・経営主体の統合、病院機能の再編を推進

経営形態の見直し

- ・地方独立行政法人化等を推進

2 都道府県の役割・責任を強化

- 再編・ネットワーク化への積極的な参画、新設・建替へのチェック機能の強化等

3 地方財政措置の見直し

- (1) 再編・ネットワーク化への財政措置の重点化(H27年度～)

- | | | |
|-----------------|-------|------------|
| 通常の整備 | | 25%地方交付税措置 |
| 再編・ネットワーク化に伴う整備 | | 40%地方交付税措置 |

- (2) 特別交付税措置の重点化(H28年度～)

- 措置率(8割)の導入、都道府県の役割・責任の強化、財政力に応じた算定
- 公的病院等への措置も公立病院に準じて継続

医療介護総合確保推進法(H27年4月施行)に基づく取組(厚生労働省)

- 1 医療提供体制の改革(病床機能の分化・連携)
 - 都道府県が、2025年の機能別の医療需要・必要病床数※と目指すべき医療提供体制等を内容とする地域医療構想を策定
(平成29年3月31日現在、全ての都道府県で策定済)

※ イメージ [構想区域単位で策定]

	2025年(推計)	
	医療需要	必要病床数
高度急性期	〇〇〇 人/日	〇〇〇 病床
急性期	□□□ 人/日	□□□ 病床
回復期	△△△ 人/日	△△△ 病床
慢性期	▲▲▲ 人/日	▲▲▲ 病床

2 実現するための方策

- 都道府県による「地域医療構想調整会議」の開催
- 知事の医療法上の権限強化(要請・指示・命令等)
- 医療介護総合確保基金を都道府県に設置

連携

新公立病院改革ガイドラインにおける公立病院に期待される主な機能

公立病院に期待される主な機能の具体例

- ①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
- ②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
- ③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
- ④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

【新公立病院改革ガイドライン（平成27年3月）より抜粋】

第2 地方公共団体における新公立病院改革プランの策定

3 新改革プランの内容

(1) 地域医療構想を踏まえた役割の明確化

公立病院に期待される主な機能を具体的に例示すれば、①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、②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、③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、④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などが挙げられる。

前ガイドラインにおいても、改革を通じて、自らの公立病院の果たすべき役割を見直し、改めて明確化するべきことが強調されていたが、今般の公立病院改革は、民間病院を対象に含めた地域医療構想の実現に向けた取組と並行して行われるものであることから、必然的に、公立病院の役割を従来にも増して精査することとなる。

公的医療機関等2025プラン

- **公的医療機関※、共済組合、健康保険組合、国民健康保険組合、地域医療機能推進機構、国立病院機構及び労働者健康安全機構**が開設する医療機関、**地域医療支援病院**及び**特定機能病院**について、地域における今後の方向性について記載した「**公的医療機関等2025プラン**」を作成し、策定したプランを踏まえ、**地域医療構想調整会議においてその役割について議論**するよう要請。 ※新公立病院改革プランの策定対象となっている公立病院は除く。

対象病院数

約830病院

(平成29年8月4日付け医政発0804第2号厚生労働省医政局長通知により、各開設主体の長あてに依頼)

記載事項

【基本情報】

- ・医療機関名、開設主体、所在地 等

【現状と課題】

- ・構想区域の現状と課題
- ・当該医療機関の現状と課題 等

【今後の方針】

- ・当該医療機関が今後地域において担うべき役割 等

【具体的な計画】

- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する事項
(例)・4機能ごとの病床のあり方について
・診療科の見直しについて 等
- ・当該医療機関が今後提供する医療機能に関する、具体的な数値目標
(例)・病床稼働率、手術室稼働率等、当該医療機関の実績に関する項目
・紹介率、逆紹介率等、地域との連携に関する項目、人件費率等、経営に関する項目 等

策定期限

- **救急医療や災害医療等の政策医療を主として担う医療機関**: **平成29年9月末**
(3回目の地域医療構想調整会議で議論)
- **その他の医療機関**: **平成29年12月末** (4回目の地域医療構想調整会議で議論)

●地域医療構想調整会議の議論のサイクル

4～6月	7～9月	10～12月	1～3月
病床機能報告等のデータ等を踏まえ、各医療機関の役割を明確化	医療機能、事業等ごとの不足を補うための具体策を議論	各役割を担う 医療機関名を挙げ 、機能転換等の具体策の決定	具体的な医療機関名や進捗評価指標、次年度基金の活用等を含む取りまとめ

留意点

- 各医療機関におけるプランの策定過程においても、地域の関係者からの意見を聴くなどにより、構想区域ごとの医療提供体制と統合的なプランの策定が求められる。
- 各医療機関は、プラン策定後、速やかにその内容を地域医療構想調整会議に提示し、地域の関係者からの意見を聴いた上で、地域の他の医療機関との役割分担や連携体制も含め、構想区域全体における医療提供体制との整合性をはかることが必要。地域医療構想調整会議における協議の方向性との齟齬が生じた場合には、策定したプランを見直すこととする。
- さらに、上記以外の医療機関においても、構想区域ごとの医療提供体制の現状と、現に地域において担っている役割を踏まえた今後の方針を検討することは、構想区域における適切な医療提供体制の構築の観点から重要である。まずは、それぞれの医療機関が、自主的に検討するとともに、地域の関係者との議論を進めることが望ましい。

公立病院・公的医療機関等の具体的対応方針の集計結果

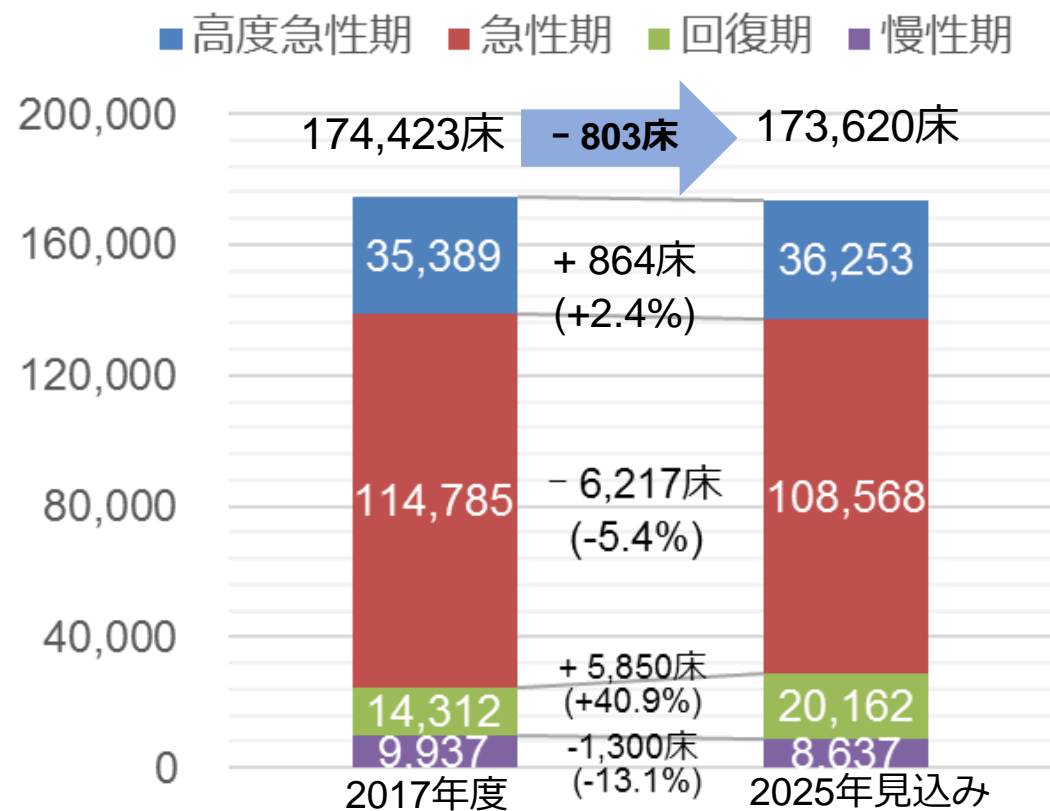
第32回社会保障WG
(令和元年5月23日)
資料1-1

- 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。**

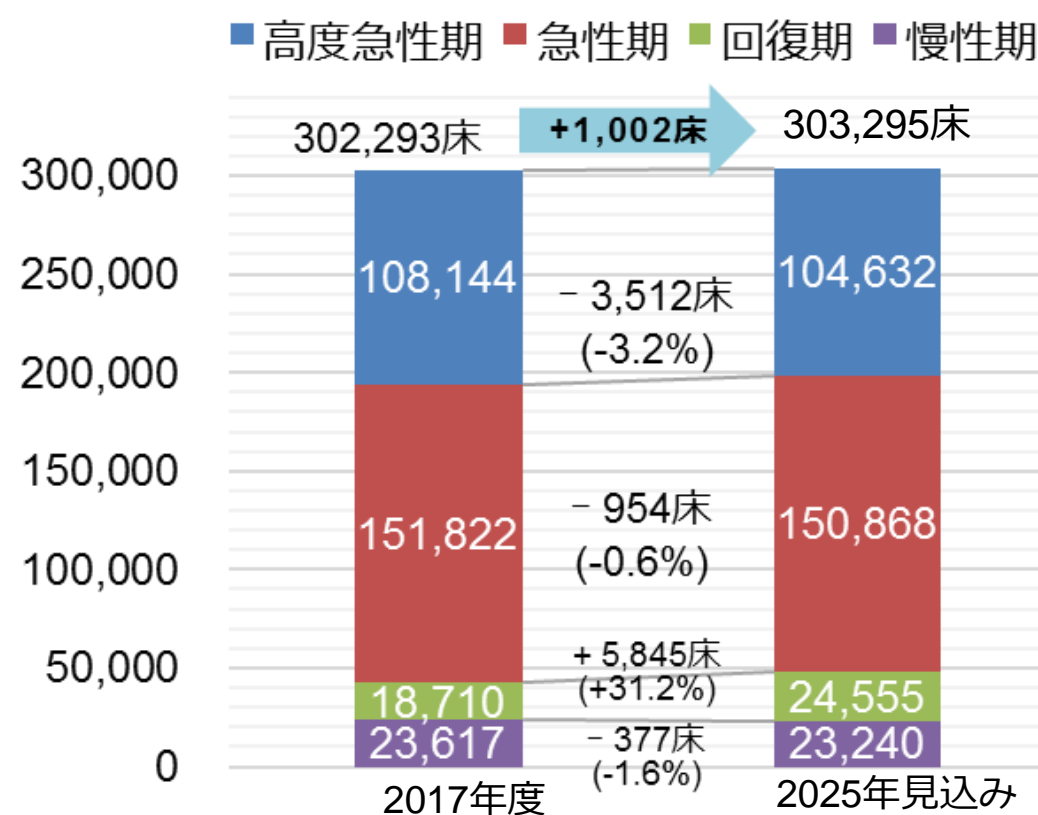
2017年度の病床機能報告と具体的対応方針（2025年度見込）の比較

(参考) 構想区域ごとの状況

公立病院



公的医療機関等



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。

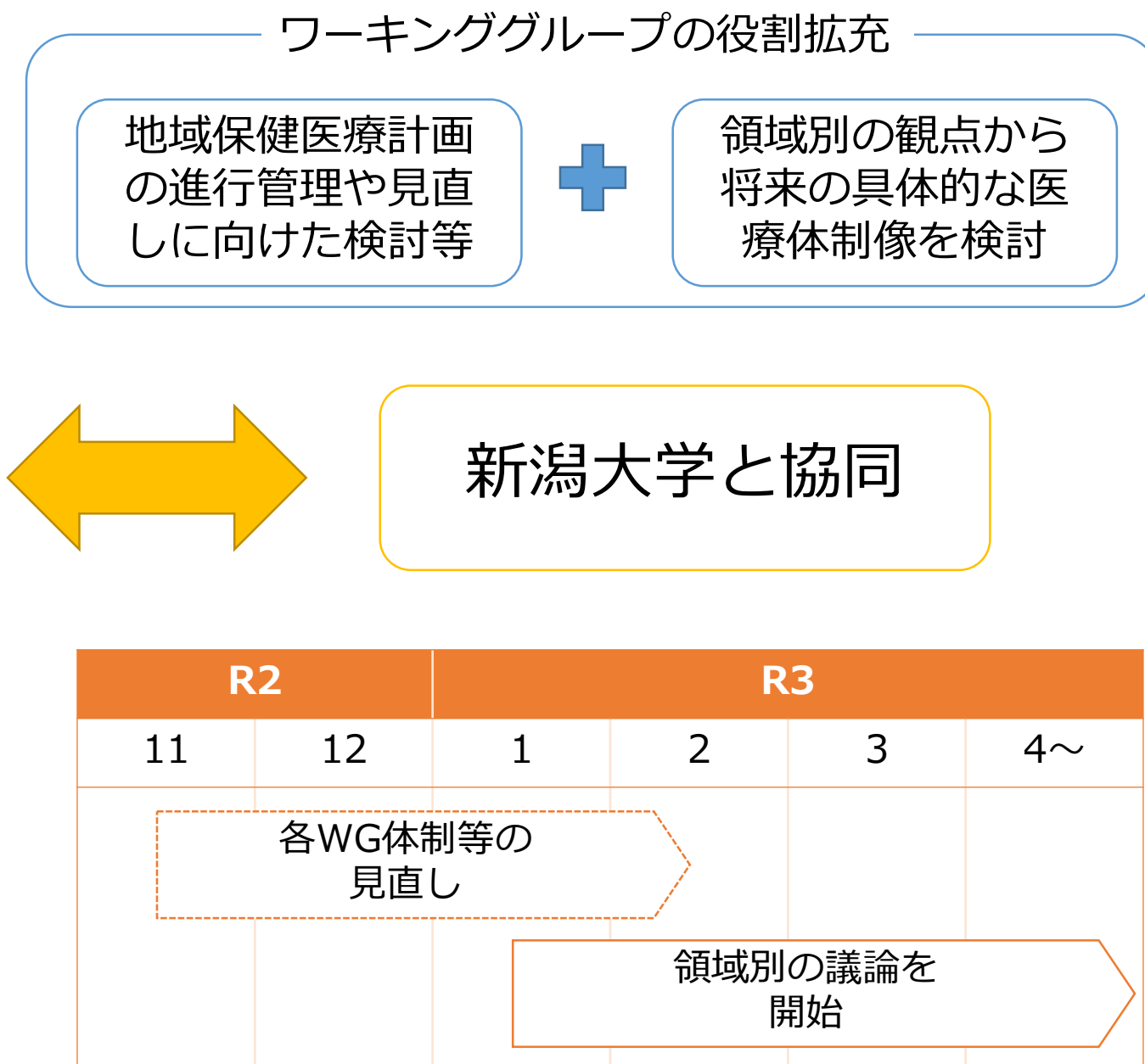
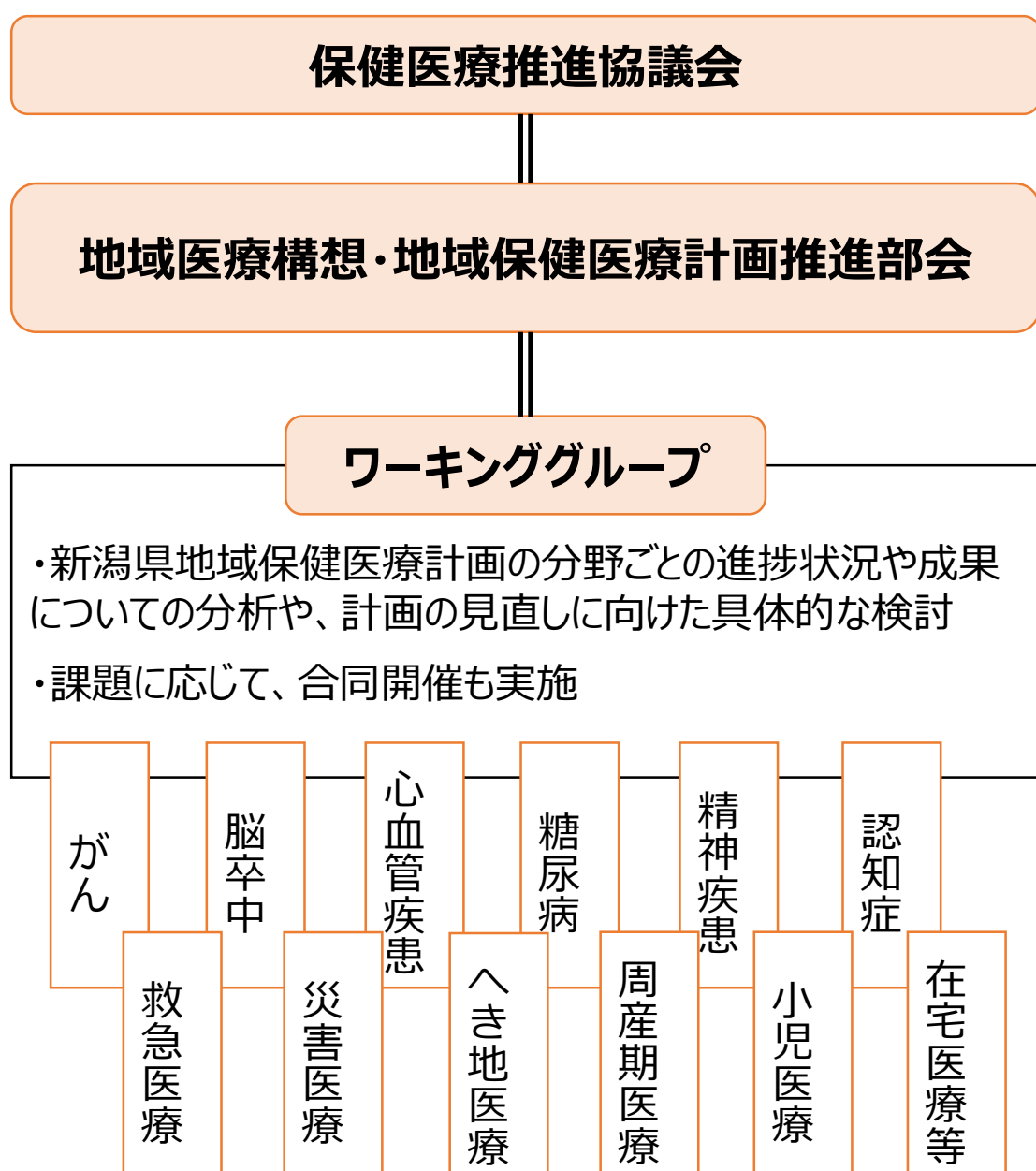
医政局地域医療計画課調べ（精査中）

- 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

地域医療構想の実現に向けた今後の進め方

- 医療計画の推進にあたり、分野ごとの進捗状況や成果の分析等を行うため、地域医療構想・地域保健医療計画推進部会の下に、医療の専門家で構成する5疾病・5事業及び在宅医療等のワーキンググループを設置しているところ。
- 今後、各ワーキンググループにおいて、新潟大学とも協同しながら、将来の具体的な体制像について**領域別の検討**を行うこととし、検討体制等の必要な見直しを行った上で、「救急」や「手術」に特に関わりの深い領域（がん、脳卒中、心血管疾患、救急（外傷を含む）、周産期、小児）を中心に、年度内をめどに議論を開始する。



重点支援区域について

1 背景

経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）において、地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、**重点支援区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うこととされた。**

2 基本的な考え方

- 都道府県は、**当該区域の地域医療構想調整会議において、重点支援区域申請を行う旨合意を得た上で**、「重点支援区域」に申請を行うものとする。
- 「重点支援区域」は、**都道府県からの申請を踏まえ、厚生労働省において選定する。**なお、**選定は複数回行うこととする。**
- 重点支援区域の申請または選定自体が、再編統合の方向性を決めるものではない上、**重点支援区域に選定された後も再編統合等の結論については、あくまでも地域医療構想調整会議の自主的な議論によるものであることに留意が必要。**

3 選定対象

「重点支援区域」における事例としての対象は、**「複数医療機関の再編統合^{※1}事例**とし、以下①②の事例も対象となり得る。

- ①再検証対象医療機関^{※2}が対象となっていない再編統合事例
- ②複数区域にまたがる再編統合事例

※1「再編統合」には、地域の医療提供体制の現状や将来像を踏まえつつ、個々に医療機関の医療提供内容の見直しを行うため、
 ・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 等の選択肢が含まれる。

※2 厚生労働省が分析した急性期機能等について、「診療実績が特に少ない」（診療実績がない場合も含む。）が9領域全てとなっている、又は「類似かつ近接」（診療実績がない場合も含む。）が6領域（人口100万人以上の構想区域を除く。）全てとなっている公立・公的医療機関等

【優先して選定する事例】

以下の事例を有する区域については、再編統合を進める上で論点が多岐に渡ることが想定されるため、優先して「重点支援区域」に選定する。

なお、再検証対象医療機関が含まれる再編統合事例かどうかは、選定の優先順位に影響しない。

- ①複数設置主体による再編統合を検討する事例
- ②できる限り多数（少なくとも関係病院の総病床数10%以上）の病床数を削減する統廃合を検討する事例
- ③異なる大学病院等から医師派遣を受けている医療機関の再編統合を検討する事例
- ④人口規模や関係者の多さ等から、より困難が予想される事例

4 支援内容

重点支援区域に対する国による**技術的・財政的支援**は以下を予定。

【技術的支援】

- ・地域の医療提供体制や、再編統合を検討する医療機関に関するデータ分析
- ・関係者との意見調整の場の開催 等

【財政的支援】

- ・地域医療介護総合確保基金の令和2年度配分における優先配分
- ・新たな病床ダウンサイジング支援を一層手厚く実施

5 スケジュール

重点支援区域申請は**随時募集**することとし、1月中をメドに一回目の重点支援区域の選定を行う予定。（選定は複数回実施する予定。）

千葉県の医療資源の状況

同一県内でも**地域差**がみられる

医療圏	必要病床数と病床機能報告との比較*1	入院需要のピーク*2	医師確保計画	病院病床数当たり病院医師数*3
千葉	不足	2035年	医師 多数	多
東葛南部	不足	2040年		
東葛北部	不足	2035年		
印旛	充足	2035年		
香取海匝	充足	2013年		少
山武長生夷隅	充足	2030年	医師 少数	少
安房	充足	2013年	医師 多数	多
君津	充足	2030年		少
市原	充足	2030年		

千葉県における二次保健医療圏



*1 地域医療構想で定める機能別必要病床数の合計と、令和元年度病床機能報告で報告のあった病床数とを比較し、前者が後者を上回る場合に「不足」、その逆の場合を「充足」とした。

*2 地域医療構想策定支援ツール（厚生労働省）を用いて医療圏ごとに2013、2025、2030、2035、2040年における入院患者数を推計し、患者数が最も多かった年。

*3 医師・歯科医師・薬剤師統計（H30・厚生労働省）による病院で従事する医師数を医療施設調査（H30・厚生労働省）による病院病床数で除して得た数が、全国平均より2割以上多い場合を「多」、2割以上少ない場合を「少」とした。

学術研究機関（第三者）との連携



千葉県

寄附

(R1~R3)

千葉大学

新設

千葉県寄附研究部門
次世代医療構想センター

「寄附研究部門の設置に関する覚書」 (R1.7.9 千葉大学医学部附属病院長・千葉県健康福祉部長)

目的

- 2025年以降の地域医療ニーズを踏まえて、医師確保対策と地域医療構想の達成に向けた取組を一体的に進めていくに当たり必要となるデータの分析を行う
- 大学・地域の医療機関・県の3者が、地域医療の在り方を共通認識し、医師確保を含む地域医療の維持確保を進める体制を構築していくための取組検討を行う

次のような効果も期待

- (全国ではなく) 千葉県内のデータや実情に裏付けられた将来推計や必要な取組等を提示いただくことで、関係者の**関心を惹起**し、**納得感**を持った上で、将来の医療提供体制を「**我がこと**」として考えていただく
- 当該地域での協議にふさわしいデータ・資料が提示されることで、**協議が活性化**される

次世代医療構想センター 研究計画の全体像

次世代医療構想部門

- ・ 研究推進のための現状共有・意見交換の場
 - ・ 4診療科における個別ヒアリングと
グループヒアリングの開催・**合意形成**
- 【4診療科：小児・新生児科、産科、救急科】

結果
提示

支援

精緻化

政策情報分析部門

- ・ 地域医療構想調整会議での情報収集
- ・ **病床機能報告・DPCデータ活用**
 - ・ アンケート（意向調査）
 - ・ 若手医師・専攻医等からのヒアリング

千葉県・県内各
病院・各医局に
情報提供



千葉県の医療体制に関する 救急医療および周産期医療の分析・評価

千葉県内の指定病院（救急告示・周産期母子医療センター等）の分析評価

病床機能報告データ

医療法（昭和23年法律第205号）第30条の13に基づき、各医療機関が保有する病床の機能等について都道府県に報告する制度に基づき、各都道府県が医療機関からの報告内容を取りまとめて公表したデータを、厚生労働省が全都道府県分を集計し公表するもの

（対象医療機関：7月1日時点での一般病床・療養病床を有する 病院及び有床診療所）

救急搬送実態調査（千葉県調査）

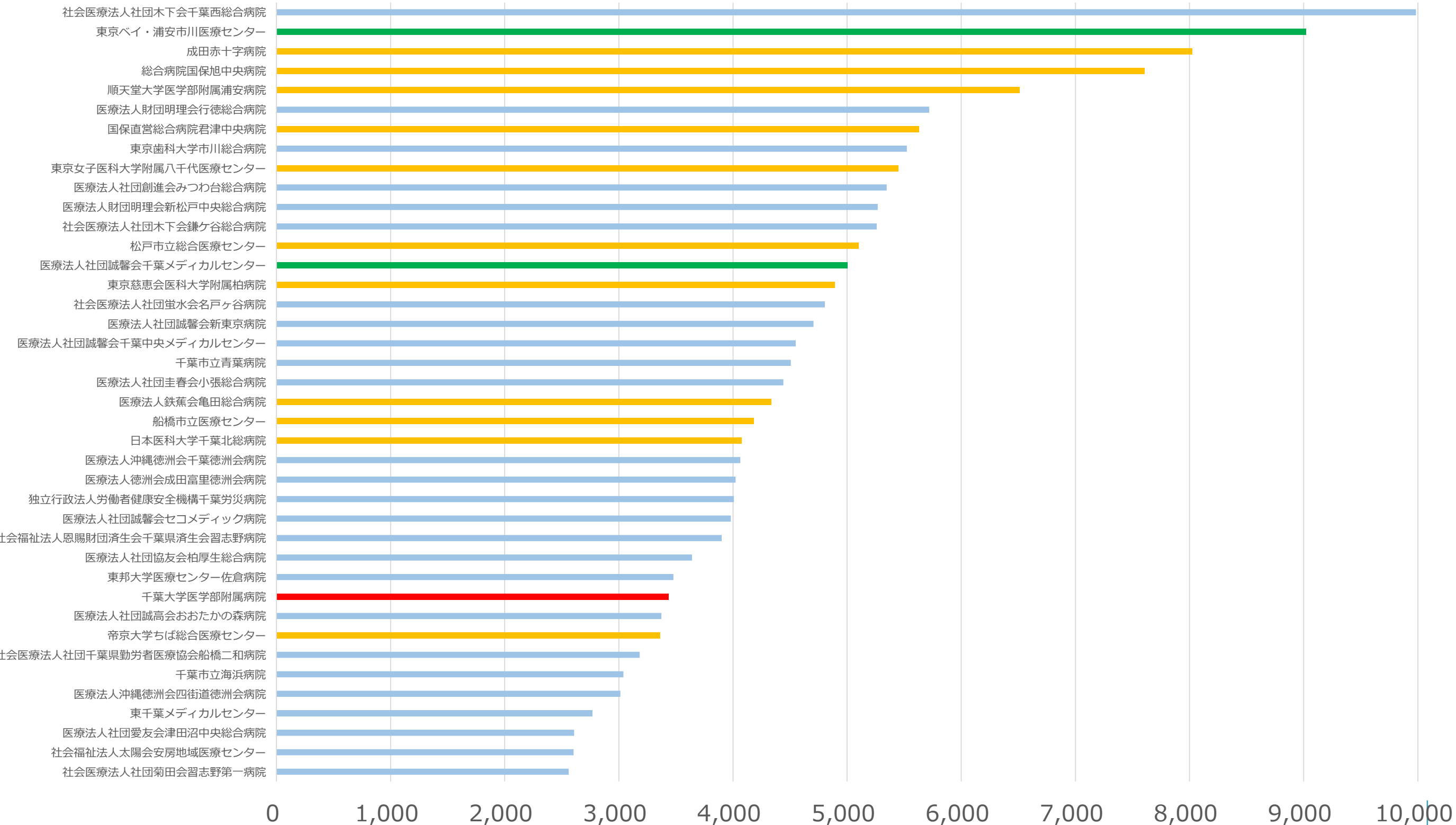
消防機関が有する搬送に関する情報と、医療機関が有する救急搬送後の傷病者の転帰情報を合わせた調査

（調査対象：調査年度の9月と10月に発生した救急搬送事案）

救急基幹病院：県独自の制度で、初期及び2次救急医療機関の支援と3次救急医療機関の補完的役割を果たす施設

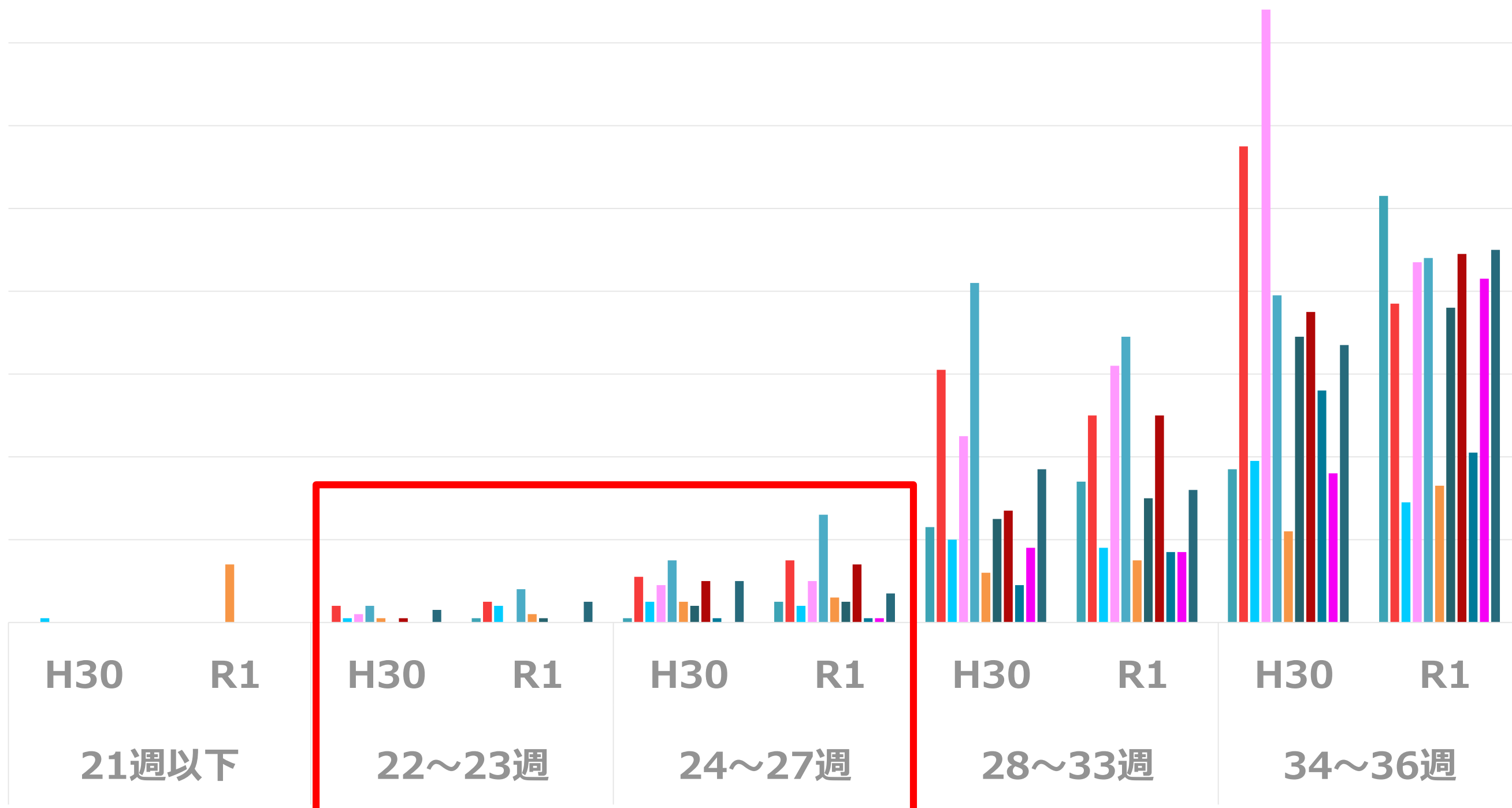
救急救命センター（三次救急）は救急車の受入台数が多い傾向にあるが、救急基幹病院の一部も三次救急病院と同程度の救急車を受け入れている

救急車の受入台数 上位40病院
 （救急救命センター、救急基幹病院）



出典：平成30年度病床機能報告データ

千葉県 周産期母子医療センター一別 週数別分娩数



病床機能報告やレセプトでは得られない周産期患者の特性から、

千葉県における周産期医療体制を議論することができる

その他、体重別・先天性心疾患別等での分析を実施に係る調査

ヒアリングマラソンとの連携 「千葉県周産期医療体制に係る調査」への提案

①各病院の特色・特徴が分かる指標

- 機能別病床数（NICU等）、新生児科に従事する医師数、専門医数、麻酔科医数、看護師数等の新生児医療の機能に関する指標
- 新生児関連手術件数、疾患別新生児数等の診療実績に関する指標
- 研修医数等の教育研修に関する指標

②低出生体重児の受入れ数

- 他院から受入れた母体搬送のうち低出生体重児の数をカウントし、さらに分娩時体重を500gごとに区切り、評価に比重を加える

③医師・看護師の負担

- 分娩時体重別や週数別新生児数を常勤換算医師数・看護師数で割り、職員の負担を指標化する。（区分別に係数による重みづけが必要）

④受入れ時の患者状態

- 他院から受入れた時点の在胎週数をカウントし、通常分娩となった場合でも重症例として受入れから分娩までの期間を評価する

【成果】 本提案は令和3年度の県調査へ反映されることとなった

個別ヒアリングから考えた

「働き方改革後」の**新生児医療**の再配置案について：**案**

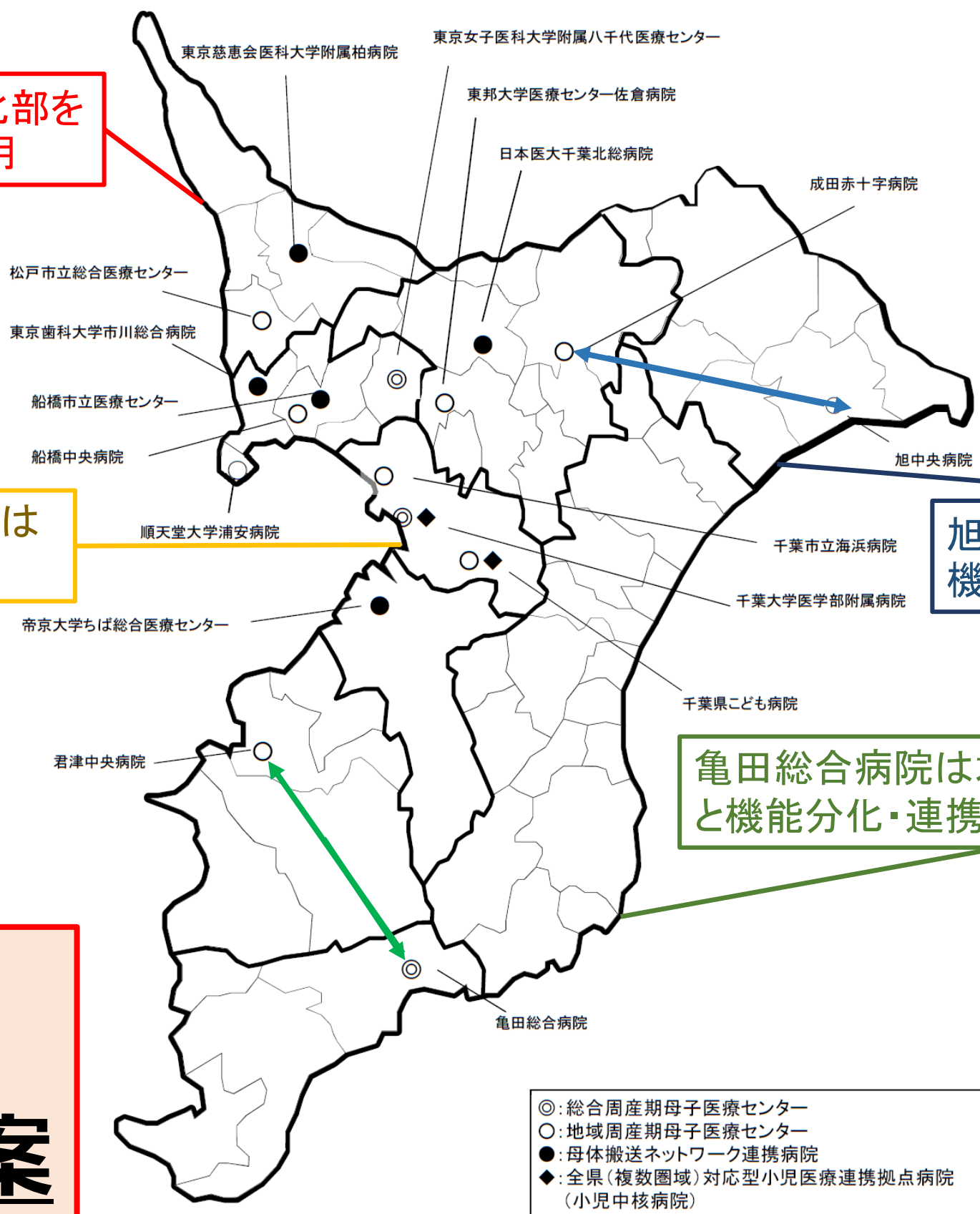
東葛南部と北部を
一体的に運用

千葉医療圏は
現状を維持

旭中央病院は成田赤十字病院と
機能分化・連携

亀田総合病院は君津中央病院
と機能分化・連携

診療科の特性
に応じた
医療圏の見直し**案**



医療提供体制の変更

県庁のリーダーシップ

①「千葉県地域医療構想」グランドデザインの作成と提示

データ収集の効率化
情報の透明化

②医療の現状と課題の徹底した「見える化」

合意形成の迅速化

③千葉県とステークホルダーとの連携推進

新しい技術の活用・実装

④新たなテクノロジー (AI・ICT・IoT) の活用
オンライン会議・検討会

人材の育成

医師確保、県内の教育・調査・研究機関の再編成

⑤シンクタンクの配置 ⑥医療政策人材の開発 (次世代育成)

I.医療施設の最適配置の実現と連携

(地域医療構想の実現：2025年まで)

- ① 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ② 具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる取組

一体的に推進

総合的な医療提供体制改革を実施

II.医師・医療従事者の働き方改革

(医師の時間外労働に対する
上限規制：2024年度～)

- ① 医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革
- ② 上手な医療のかかり方に向けた普及・啓発と患者・家族への支援

III.実効性のある医師偏在対策

(偏在是正の目標年：2036年)

- ① 地域及び診療科の医師偏在対策
- ② 総合診療専門医の確保等のプライマリ・ケアへの対応

- **高齢者の増加に伴う、医療需要の増大**
(高齢者が増加しない地域では、医療需要が減少)
- **少子高齢化・疾病構造の変化に伴う、医療ニーズの変化**
- **地域の状況は様々で、一律の対応が困難**
- **マンパワー不足が深刻で改善の見込みが薄い**



効率的な医療提供体制の構築が不可避

<参考> 地域医療構想の実現に向けたさらなる取組について

- 2019年年央までに各医療機関の診療実績データを分析し、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。

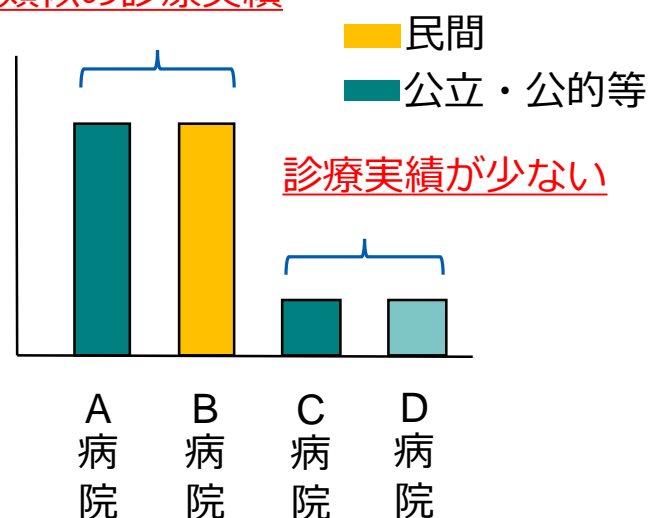
A 各分析項目について、診療実績が特に少ない。

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

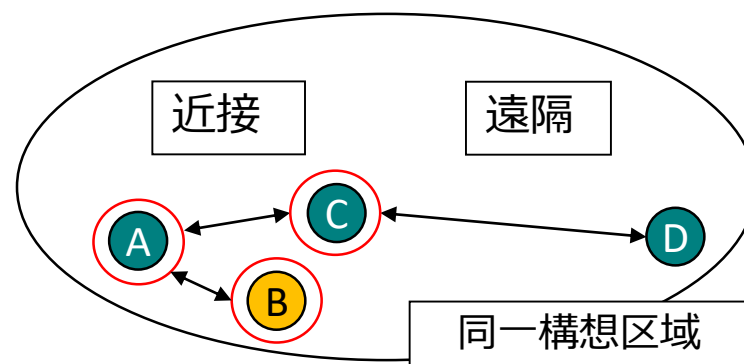
- ①診療実績の**データ分析**
(領域等(例:がん、救急等)ごと)

類似の診療実績



- 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



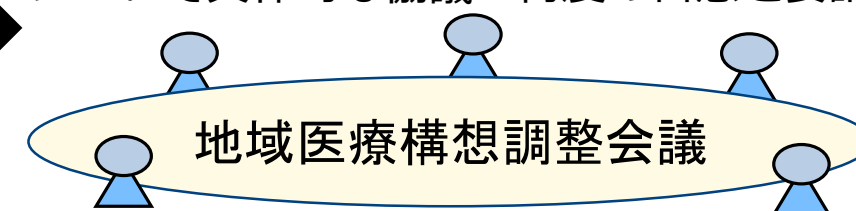
①及び②により「代替可能性あり」とされた公立・公的医療機関等

- 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



具体的対応方針の再検証等について（令和2年1月17日付け医政局長通知のポイント）

基本的な考え方

- 「経済財政運営と改革の基本方針2019」を踏まえ、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ことを目的に、厚生労働省において、公立・公的医療機関等の高度急性期・急性期機能に着目した診療実績データの分析を実施。
- 「A 診療実績が特に少ない」が9領域全て、又は「B 類似かつ近接」が6領域全て（人口100万人以上の構想区域を除く。）となっている公立・公的医療機関等の具体的対応方針を再検討の上、地域医療構想調整会議において改めて協議し、合意を得るよう求めるもの。
- 厚生労働省の分析結果は、公立・公的医療機関等の将来担うべき役割や、それに必要な病床数や病床の機能分化・連携等の方向性を機械的に決めるものではない。各公立・公的医療機関等の取組の方向性については、地域医療構想調整会議において、当該分析だけでは判断し得ない地域の実情に関する知見を補いながら、議論を尽くすこと。

再検証要請等の内容

（1）再検証対象医療機関（A9・B6病院）の具体的対応方針の再検証

以下①～③についてA9・B6病院で検討の上、その検討結果を調整会議で協議すること。B6病院が所在する構想区域の調整会議では、④についても協議すること。A9病院が所在する構想区域の調整会議では、必要に応じて、④についても協議すること。

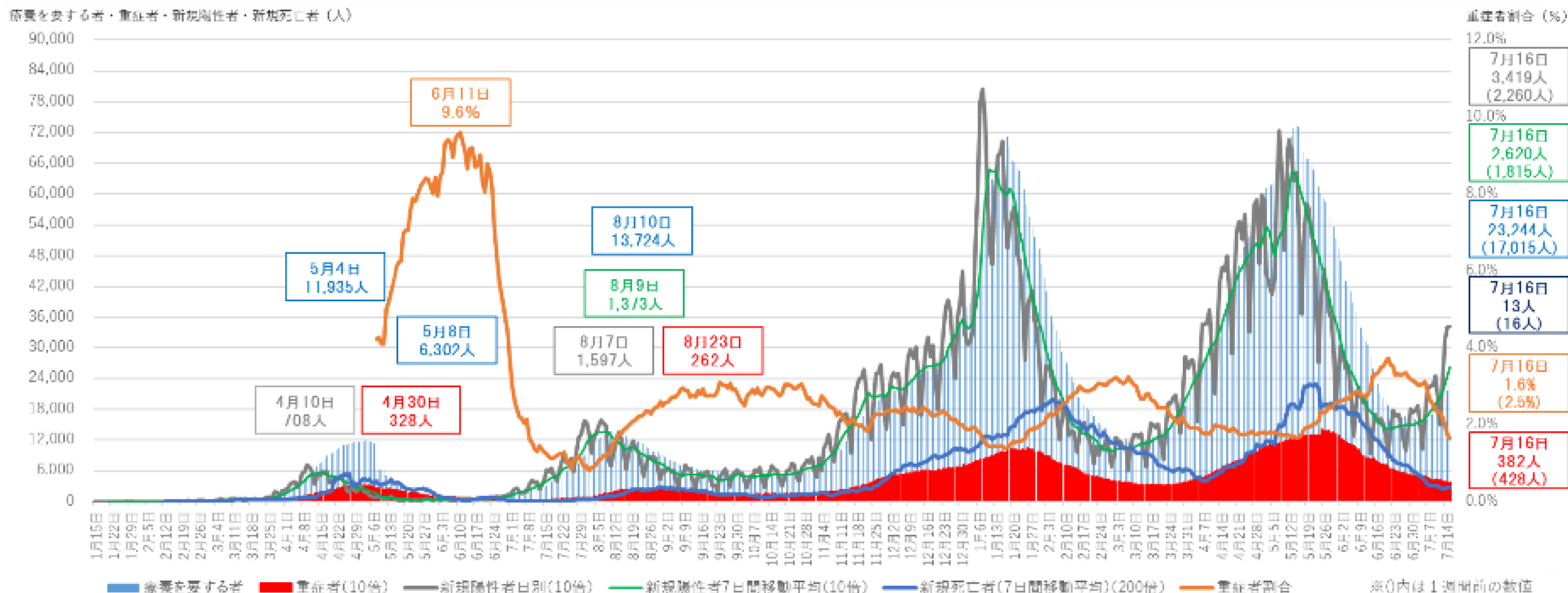
- ① 現在の地域の急性期機能、人口の推移、医療需要の変化等、医療機関を取り巻く環境を踏まえ、2025年を見据えた自医療機関の役割の整理
- ② ①を踏まえた上で、分析の対象とした領域ごとの医療機能の方向性（他の医療機関との機能統合や連携、機能縮小等）
- ③ ①②を踏まえた4機能別の病床の変動
【構想区域全体の2025年の医療提供体制の検証】
- ④ 構想区域全体における領域ごとの2025年の各医療機関の役割分担の方向性等（必要に応じて、病床数や医療機能を含む。）

（2）一部の領域で「診療実績が特に少ない」又は「類似かつ近接」に該当する公立・公的医療機関等（A1～8・B1～5病院）への対応
調整会議において、A1～8・B1～5病院の具体的対応方針について改めて議論すること。

今後の進め方及び議論の状況把握

- 当面、「経済財政運営と改革の基本方針2019」を基本として、調整会議での議論を進めること。
- 今後、厚生労働省において、再検証に係る地域医療構想調整会議の議論の状況を把握し、2020年度から2025年までの具体的な進め方（スケジュール等）については、状況把握の結果及び地方自治体の意見を踏まえ、整理の上改めて通知予定。

新型コロナウイルス感染症の陽性者等の推移



- ※1 チャーター便を除く国内事例。令和2年5月8日公表分から、データソースを従来の厚生労働省が把握した個票を積み上げたものから、各自治体がウェブサイト公表している数等を積み上げたものに変更した。
- ※2 重症者割合は、集計方法を変更した令和2年5月8日から算出している。重症者割合は「療養を要する者」に占める重症者の割合。
- ※3 療養を要する者・重症者と新規陽性者及び新規死亡者は表示上のスケールが異なるので（新規陽性者及び重症者数は10倍、新規死亡者は200倍に拡大して表示）、比較の場合には留意が必要。
- ※4 一部の都道府県においては、重症者数については、都道府県独自の基準に則って発表された数値を用いて計算しており、集中治療室（ICU）等での管理が必要な患者は含まれていない。
- ※5 集計方法の主な見直し：令和3年5月19日公表分から沖縄県について、令和3年5月26日公表分から大阪府・京都府について、重症者の定義を従来の自治体独自の基準から国の基準に変更し集計を行った。

なぜ日本では「コロナ患者」の 入院病床が足りないか？（吉村まとめ）

①病床が多いが、病床あたりの医師・看護師数が圧倒的に少ない

→薄く人材が配置。流動性なし。

②通常の診療を制限していない

→「上乘せ」業務に対応できない。

→すべての「順法」を求められる

③病院の「経営権」は各病院にある

→行政の指揮命令の範囲外

他) 病院規模小、外来診療が世界最多、
大部屋多、感染症医・集中治療医少。
病床確保補助金が高すぎる。

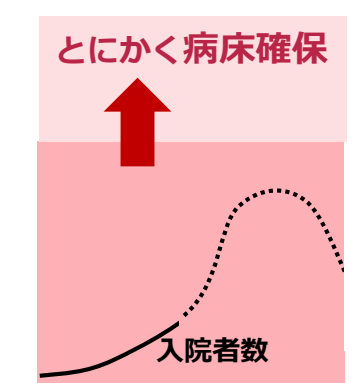
(→入院させない方が病院収入が上がる)

【ご注意】 演者の所感を言っており、厚生労働省の公式見解とは異なる場合があります。

新型コロナウイルス感染症に備えた病床確保の取組

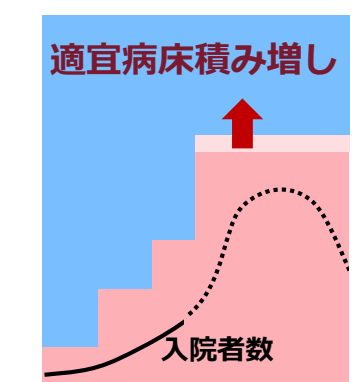
1. 病床確保のはじまり（R2年2月～春頃）

- 国外での流行状況を踏まえて、大幅な感染症患者数の増加に備えるため、感染症指定医療機関に限らず、他の医療機関も一般病床を含め、必要な病床の確保を行うこととした。



2. 病床確保計画の策定（R2年夏頃）

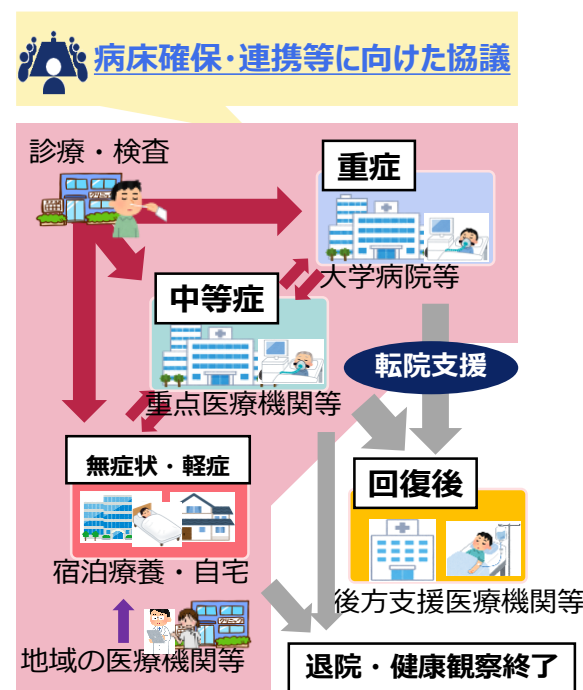
- 国内実績を踏まえた患者推計※を基に、感染ピーク時のみならず、感染拡大の経過や収束時期も見据え、時間軸を踏まえたフェーズに応じた病床確保を実施。
- 計画策定に当たり、新型コロナとそれ以外の医療との両立を目指した。



※ 感染拡大防止のための社会への協力要請の効果・タイミングを前提とした推計

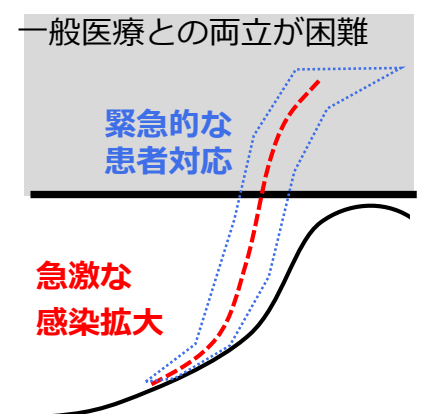
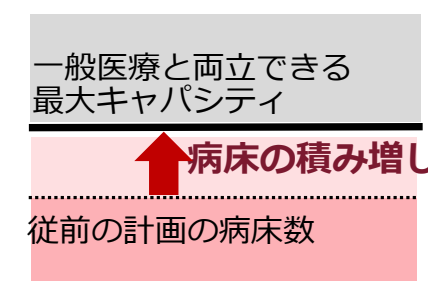
3. 役割分担の明確化（R3年2月～R3年3月頃）

- 地域の会議体を活用して医療機能に応じた役割分担の明確化をした上で病床を確保を進めるとともに、回復患者の転院先となる後方支援医療機関等の確保を行うこととした。
- 併せて、地域の実情に応じた転院支援の仕組みを検討することとした。



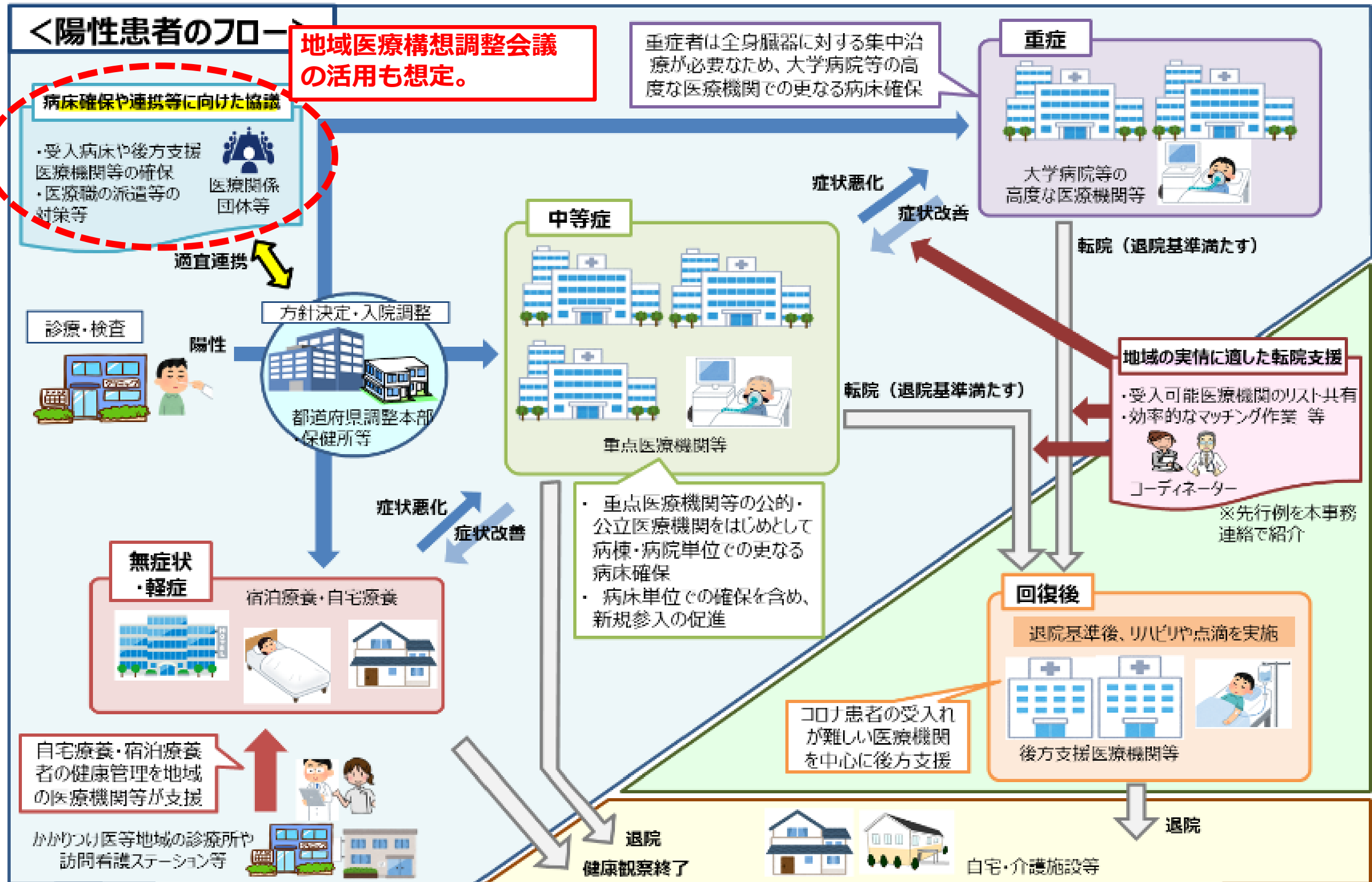
4. 計画の見直し（R3年春頃～現在）

- 一般医療との両立を含め、医療体制を改めて地域で具体的に協議・合意し、個別の医療機関と書面で合意する等、患者の受入が実際に可能な病床を最大限確保。
- 感染者数の大幅増を想定した緊急的な患者対応方針を策定。
- 一連の患者対応の目詰まり等のチェックポイントを設定。また、定期的な感染状況のモニタリングを通じて、医療提供体制への負荷を評価等することとした。



地域における新型コロナウイルス感染症の医療提供体制の役割分担のイメージ

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部 令和3年2月16日付け事務連絡



今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大時の受入体制（イメージ）

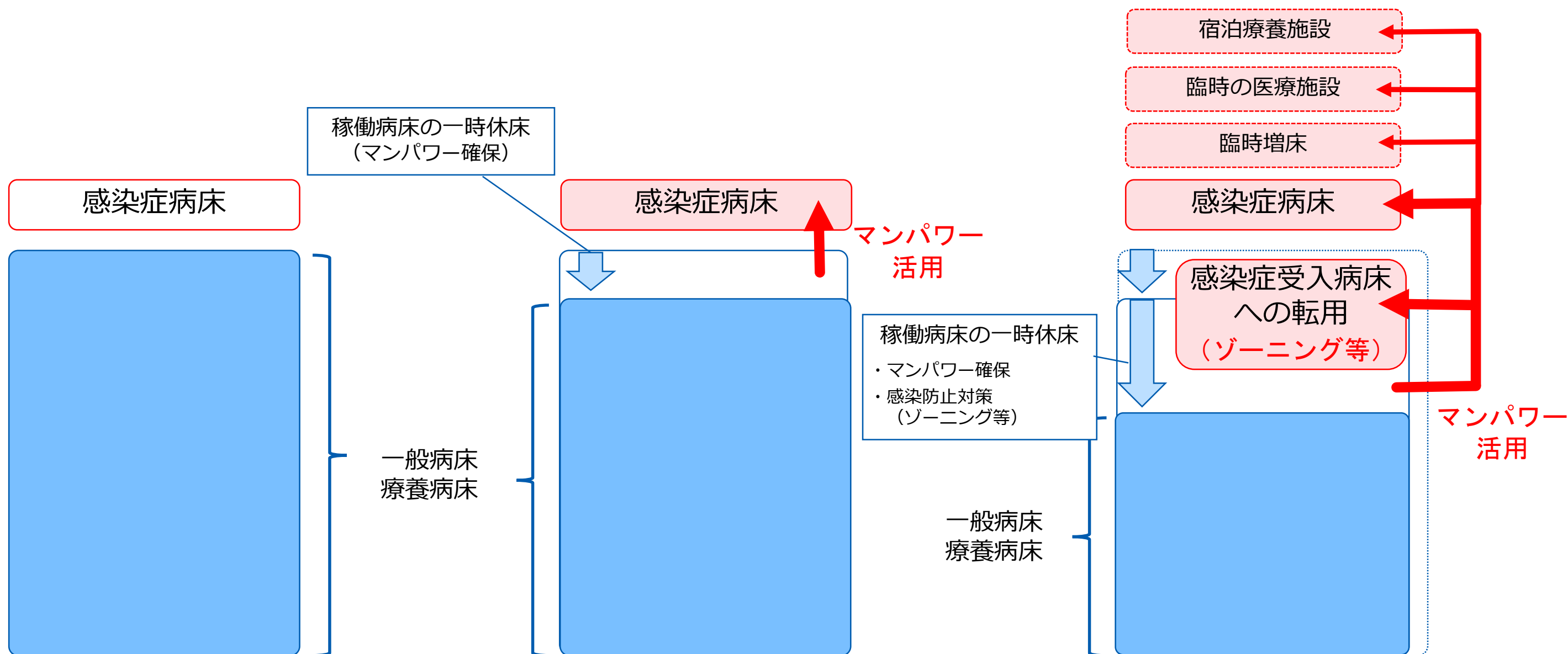
平時



感染症発生初期の対応



感染拡大時の対応
(感染症に係る短期的な医療需要への対応)



新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方①

(令和2年12月15日 医療計画の見直し等に関する検討会)

1. 新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似
⇒ **いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に**
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施
⇒ **第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加**

◎ 具体的な記載項目（イメージ）

【平時からの取組】

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
(感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備)
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等
(感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等)
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有 等

【感染拡大時の取組】

- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関の間での連携・役割分担
(感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等) 等

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

◎ 医療計画の推進体制等

現行の取扱いに沿って、各都道府県に対し、地域の実情に応じた計画策定と具体的な取組を促す

- 現行の医療法
 - ・ あらかじめ都道府県医療審議会で協議
 - ・ 他法律に基づく計画との調和
- 現行の医療計画作成指針（局長通知）
 - ・ 都道府県医療審議会の下に、5疾病5事業・在宅医療ごとに「作業部会」、圏域ごとに「圏域連携会議」を設置
 - ・ 作業部会、圏域連携会議、地域医療構想調整会議において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携を推進
 - ・ 圏域については、従来の二次医療圏にこだわらず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定

新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方②

(令和2年12月15日 医療計画の見直し等に関する検討会)

2. 今後の地域医療構想に関する考え方・進め方

(1) 地域医療構想と感染拡大時の取組との関係

- **新型コロナ対応が続く中ではあるが、以下のような地域医療構想の背景となる中長期的な状況や見通しは変わっていない。**
 - ・ 人口減少・高齢化は着実に進み、医療ニーズの質・量が徐々に変化、マンパワーの制約も一層厳しくなる
 - ・ 各地域において、質の高い効率的な医療提供体制を維持していくためには、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠
- **感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応することを前提に、地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく。**

(2) 地域医療構想の実現に向けた今後の取組

【各医療機関、地域医療構想調整会議における議論】

- **公立・公的医療機関等において、具体的対応方針の再検証等を踏まえ、着実に議論・取組を実施するとともに、民間医療機関においても、改めて対応方針の策定を進め、地域医療構想調整会議の議論を活性化**

【国における支援】 * 各地の地域医療構想調整会議における合意が前提

- 議論の活性化に資する**データ・知見等**を提供
- 国による助言や集中的な支援を行う「**重点支援区域**」を選定し、積極的に支援
- **病床機能再編支援制度**について、令和3年度以降、消費税財源を充当するための法改正を行い、引き続き支援
- 医療機関の再編統合に伴い資産等の取得を行った際の**税制の在り方**について検討

(3) 地域医療構想の実現に向けた今後の工程

- 各地域の検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域に対して支援。
- **新型コロナ対応の状況に配慮しつつ、都道府県等とも協議を行い、この冬の感染状況を見ながら、改めて具体的な工程の設定^(※)について検討**。その際、2025年以降も継続する人口構造の変化を見据えつつ、段階的に取組を進めていく必要がある中、その一里塚として、2023年度に各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が進められることから、**2022年度中を目途に地域の議論が進められていることが重要となることに留意が必要**。

※ 具体的には、以下の取組に関する工程の具体化を想定

- ・ 再検証対象医療機関における具体的対応方針の再検証
- ・ 民間医療機関も含めた再検証対象医療機関以外の医療機関における対応方針の策定（策定済の場合、必要に応じた見直しの検討）

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための 医療法等の一部を改正する法律の概要

改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

< I. 医師の働き方改革 >

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等

< II. 各医療関係職種の専門性の活用 >

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日／②は令和5年4月1日施行等】 ※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

< III. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保 >

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【公布日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

< IV. その他 > 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

経済財政運営と改革の基本方針2021（令和3年6月18日閣議決定）【抜粋】

第3章 感染症で顕在化した課題等を克服する経済・財政一体改革

2. 社会保障改革

(1) 感染症を機に進める新たな仕組みの構築

今般の感染症対応での経験を踏まえ、国内で患者数が次に大幅に増えたときに備えるため、また、**新たな新興感染症の拡大にも対応するため、平時と緊急時で医療提供体制を迅速かつ柔軟に切り替える仕組みの構築が不可欠**である。このため、**症状に応じた感染症患者の受入医療機関の選定、感染症対応とそれ以外の医療の地域における役割分担の明確化、医療専門職人材の確保・集約などについて、できるだけ早期に対応**する。

あわせて、**今般の感染症対応の検証や救急医療・高度医療の確保の観点も踏まえつつ、地域医療連携推進法人制度の活用等による病院の連携強化や機能強化・集約化の促進などを通じた将来の医療需要に沿った病床機能の分化・連携などにより地域医療構想を推進**するとともに、**かかりつけ医機能の強化・普及等による医療機関の機能分化・連携の推進、更なる包括払いの在り方の検討も含めた医療提供体制の改革につながる診療報酬の見直し、診療所も含む外来機能の明確化・分化の推進、実効的なタスク・シフティングや看護師登録制の実効性確保**並びに潜在看護師の復職に係る課題分析及び解消、医学部などの大学における医療人材養成課程の見直しや医師偏在対策の推進などにより、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進める。オンライン診療を幅広く適正に活用するため、初診からの実施は原則かかりつけ医によるとしつつ、事前に患者の状態が把握できる場合にも認める方向で具体案を検討する。また、引き続き、地域の産科医療施設の存続など安心・安全な産科医療の確保及び移植医療を推進するとともに、希少疾病である難病の対策を充実する。

(2) 団塊の世代の後期高齢者入りを見据えた基盤強化・全世代型社会保障改革

効率的な医療提供体制の構築や一人当たり医療費の地域差半減に向けて、地域医療構想のP D C Aサイクルの強化や医療費適正化計画の在り方の見直しを行う。具体的には、前者について、**地域医療構想調整会議における協議を促進するため、関係行政機関に資料・データ提供等の協力を求めるなど環境整備を行うとともに、都道府県における提供体制整備の達成状況の公表や未達成の場合の都道府県の責務の明確化を行う**。

第8次医療計画の策定に向けた検討体制（イメージ）

- 現行の医療計画における課題等を踏まえ、特に集中的な検討が必要な項目があることから、本検討会の下に、以下の3つのワーキンググループを立ち上げ、議論することとしてはどうか。（構成員は、座長と相談の上、別途定める）
- 新興感染症等への対応に関し、感染症対策（予防計画）に関する検討の場と密に連携する観点から、双方の検討会・検討の場の構成員が合同で議論を行う機会を設けることとしてはどうか。

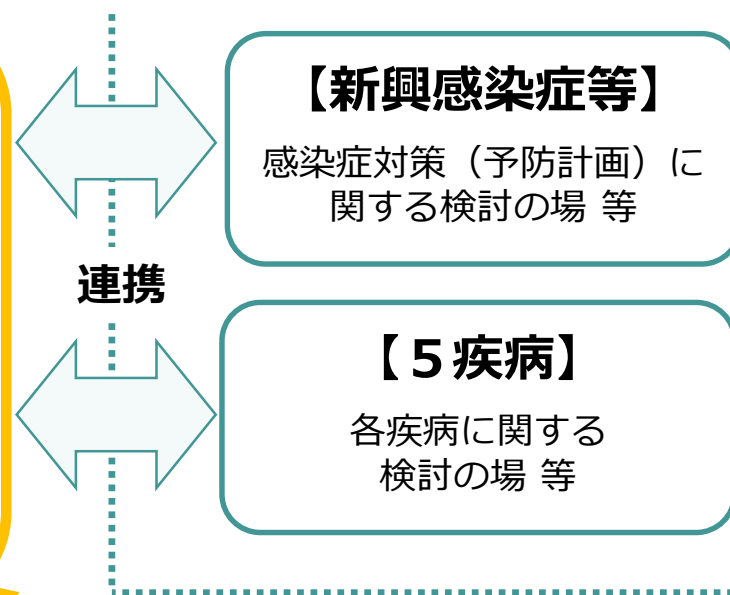
第8次医療計画等に関する検討会

- 医療計画の作成指針（新興感染症等への対応を含む5疾病6事業・在宅医療等）
- 医師確保計画、外来医療計画、地域医療構想 等

※具体的には以下について検討する

- ・医療計画の総論（医療圏、基準病床数等）について検討
- ・各検討の場、WGの検討を踏まえ、5疾病6事業・在宅医療等について総合的に検討
- ・各WGの検討を踏まえ、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画について総合的に検討

※医師確保計画及び外来医療計画については、現在「医師需給分科会」で議論。
次期計画の策定に向けた議論については、本検討会で議論。



報告

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（仮称）

- 以下に関する詳細な検討
- ・医師の適正配置の観点を含めた医療機能の分化・連携に関する推進方針
- ・地域医療構想ガイドライン
- ・医師確保計画ガイドライン 等

外来機能報告等に関するワーキンググループ（仮称）※

- 以下に関する詳細な検討
- ・医療資源を重点的に活用する外来
- ・外来機能報告
- ・地域における協議の場
- ・医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関 等

※検討事項の取りまとめ後、外来医療計画ガイドラインに関する検討の場として改組を予定。

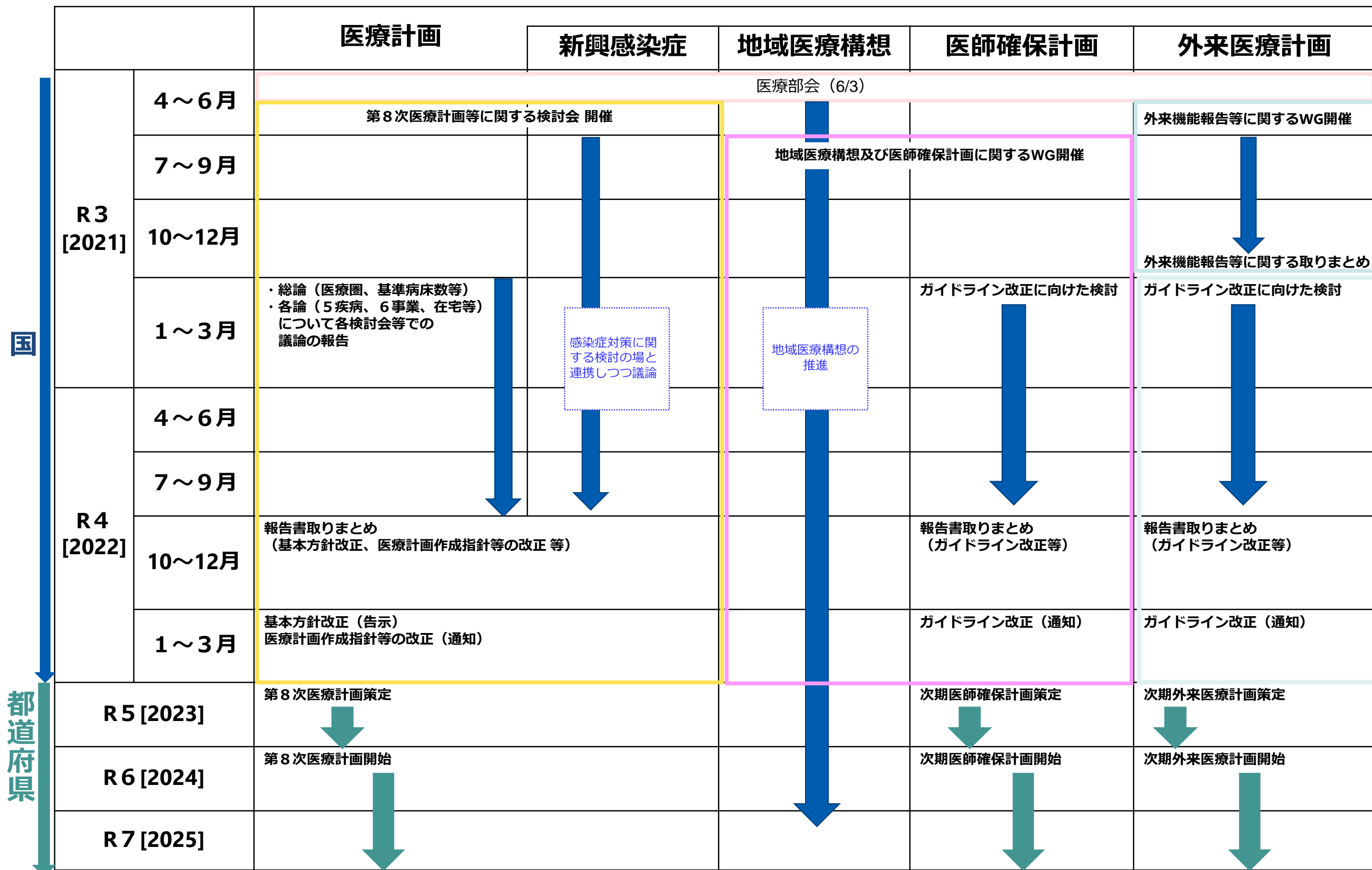
在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ（仮称）

- 以下に関する詳細な検討
- ・在宅医療の推進
- ・医療・介護連携の推進 等

* 第7次医療計画の策定に当たり、5事業については、それぞれ、以下の場で検討した上で、「医療計画の見直し等に関する検討会」に報告し、協議。第8次医療計画の策定に向けた検討も、同様に進める予定。

- ・**救急医療、災害医療**
救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
- ・**へき地医療**
厚生労働科学研究の研究班
- ・**周産期医療、小児医療**
有識者の意見交換

第8次医療計画に向けた取組（全体イメージ）



都道府県

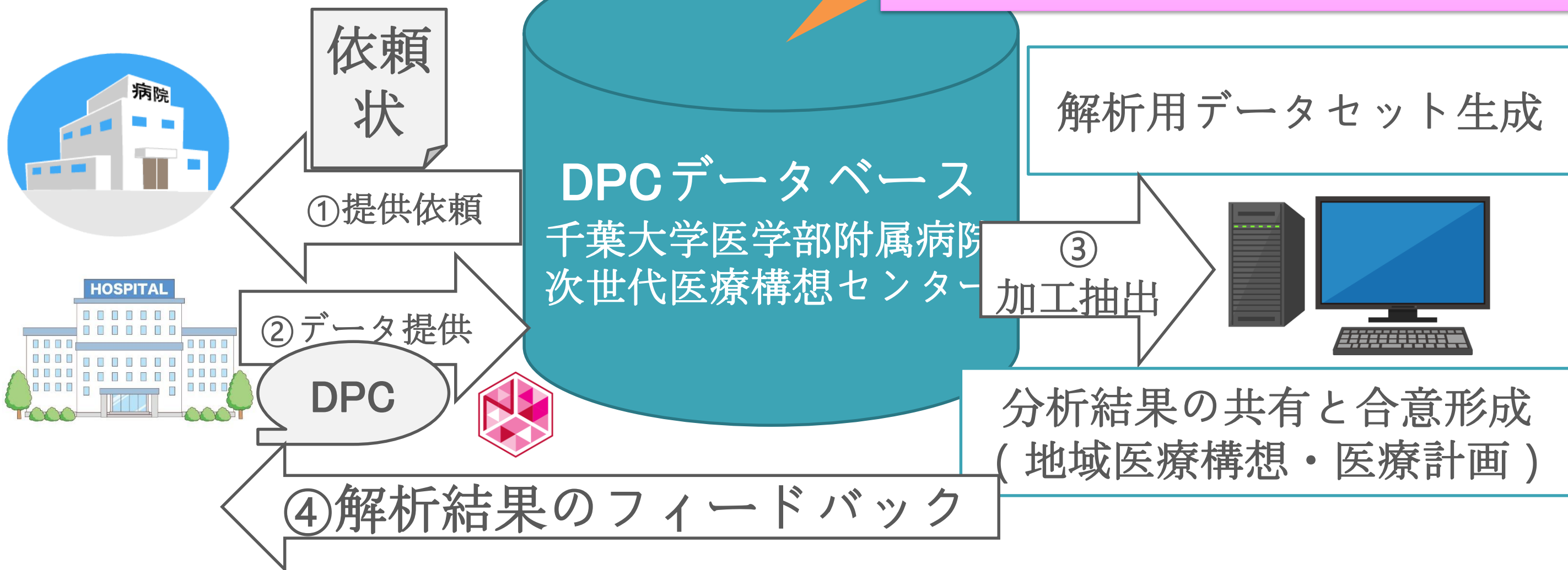
千葉県COVID-19対策・医療計画・地域医療構想に係る医療機関の連携強化に向けた情報基盤の構築

千葉県内69DPC病院等

+

データ提出加算病院（約160病院）

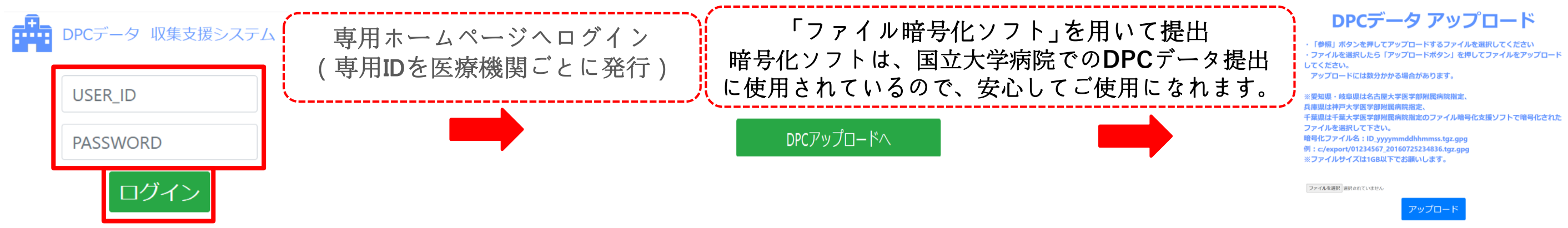
名古屋大学医学部附属病院
メディカルITセンターと連携
情報基盤・アルゴリズムの共同利用
（取扱者は次世代医療構想センター）



COVID-19対応に向け、最新データの収集
次世代医療構想センターの分析技術の活用

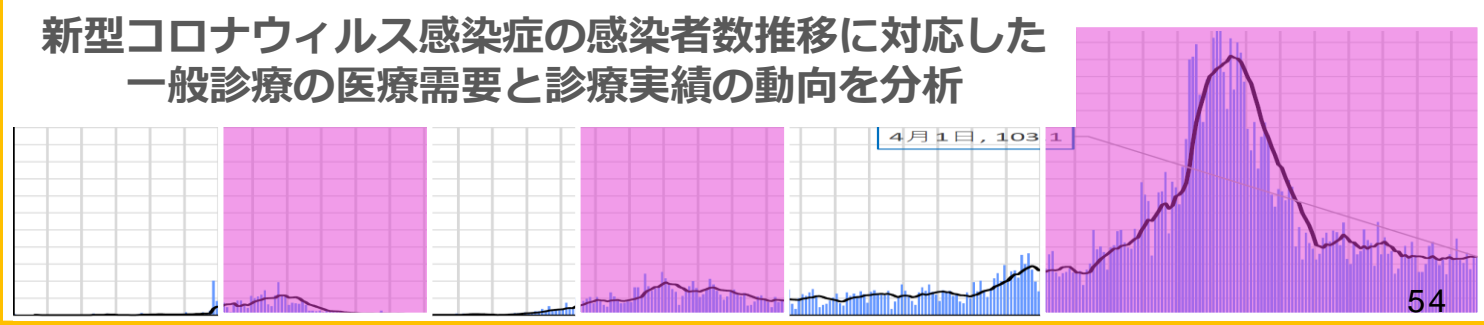
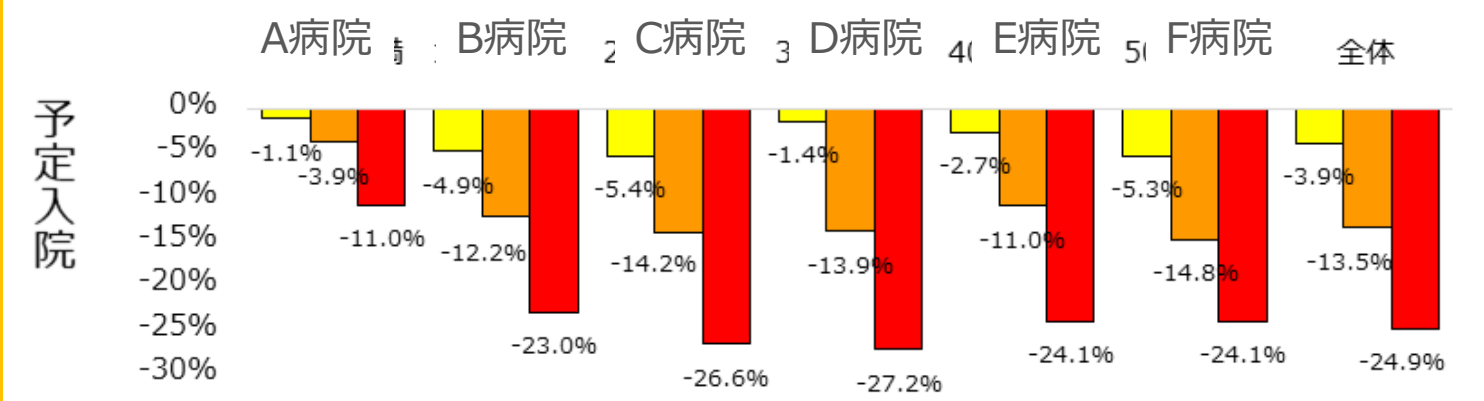
新興感染症等を踏まえた医療需要に向けた DPCデータ分析調査事業

新型コロナウイルス感染症の影響により、千葉県内の急性期医療にどのような影響があったのか
県内全体平均と比較した相対的影響について、疾患分析やアウトカム分析等をフィードバック
今後の新型コロナウイルス感染症再拡大に備えた医療機能の検討に資する情報提供



(分析例1) 感染拡大時の医療提供体制分析

感染拡大時の一般診療への影響を定量的に把握し、新興感染症の感染拡大時における医療提供体制に向けた資料を提供



(分析例2) 地域医療構想・医療計画分析

がん・脳梗塞・循環器疾患等への影響を把握し、医療計画に向けた医療機能に関する情報を提供

<予定入院>			<緊急入院>		
頭6桁	疾患名	増減率	頭6桁	疾患名	増減率
020110	白内障、水晶体の疾患	-51.6%	040080	肺炎等	-53.6%
050050	狭心症、慢性虚血性心疾患	-45.9%	050130	心不全	-12.0%
040040	肺の悪性腫瘍	-7.2%	010060	脳梗塞	-12.1%
060100	小腸大腸の良性疾患	-46.4%	040081	誤嚥性肺炎	-20.3%
060020	胃の悪性腫瘍	-9.9%	160800	股関節・大腿近位の骨折	-16.6%
060035	結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍	-3.8%	110310	腎臓又は尿路の感染症	-5.4%
110080	前立腺の悪性腫瘍	-24.7%	060380	ウイルス性腸炎	-72.6%
090010	乳房の悪性腫瘍	-4.9%	060340	胆管(肝内外)結石、胆管炎	-1.4%
110070	膀胱腫瘍	2.9%	060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	-10.2%
110280	慢性腎不全	-16.0%	040090	急性気管支炎、急性細気管支炎、下気道感染症(その他)	-87.7%

KEY TAKEAWAYS

政策情報分析の流れ

政策課題
の理解

政策課題に対する理解
適切なデータソースの見極め

データ
特性の
理解

データの性質・限界点
を理解した研究計画

求められる
専門性は多様

COVID-19によ
り政策情報は
ますます複雑に

分析の検証
結果の共有

妥当性・限界点を検証
関係者と協議し、より良い
方法に向けた検討・改善

行政手続
の理解

手続きの理解・法令遵守
担当者との意思疎通

統計
解析

明確な分析指標
調査研究はわかりやすく

データ
処理

データの加工・抽出処理
必要に応じてデータベースプログラム

多様な関係者がいる医療体制に関する適切な合意形成のためには、適切なデータや調査目的に沿った分析の支援が重要な役割を果たす

ポストコロナ時代の地域医療構想に向けて

地域医療構想のさらなる加速化が必要不可欠

新興感染症への対応を踏まえた医療計画

- 新たな医療計画に必要な指標
- 既存5事業への感染症対策関連指標
- 感染症流行時の対応および平時からの備えとしての医療連携体制の再構築

2024年医師の働き方改革

医師の労働時間の上限規制による、地域医療の供給量の変化や医療の質の低下のリスク

次世代の良質な地域医療

- 医師の働き方改革による影響
- 人口の変化に伴う医療需要の変化
- 新興感染症に伴う提供体制の変化
- を乗り越えるための地域医療構想

2025年・2040年に向けた地域医療構想

(高度) 急性期医療の在り方および
公立・公的病院の役割

ビジョンとデータで解決するために、
政策情報分析を通じた研究は重要な役割

三位一体改革はそれぞれ**理念**・**性質**が違う (吉村まとめ)

①地域医療構想 = 戦略的配置、地域単位の「経営」

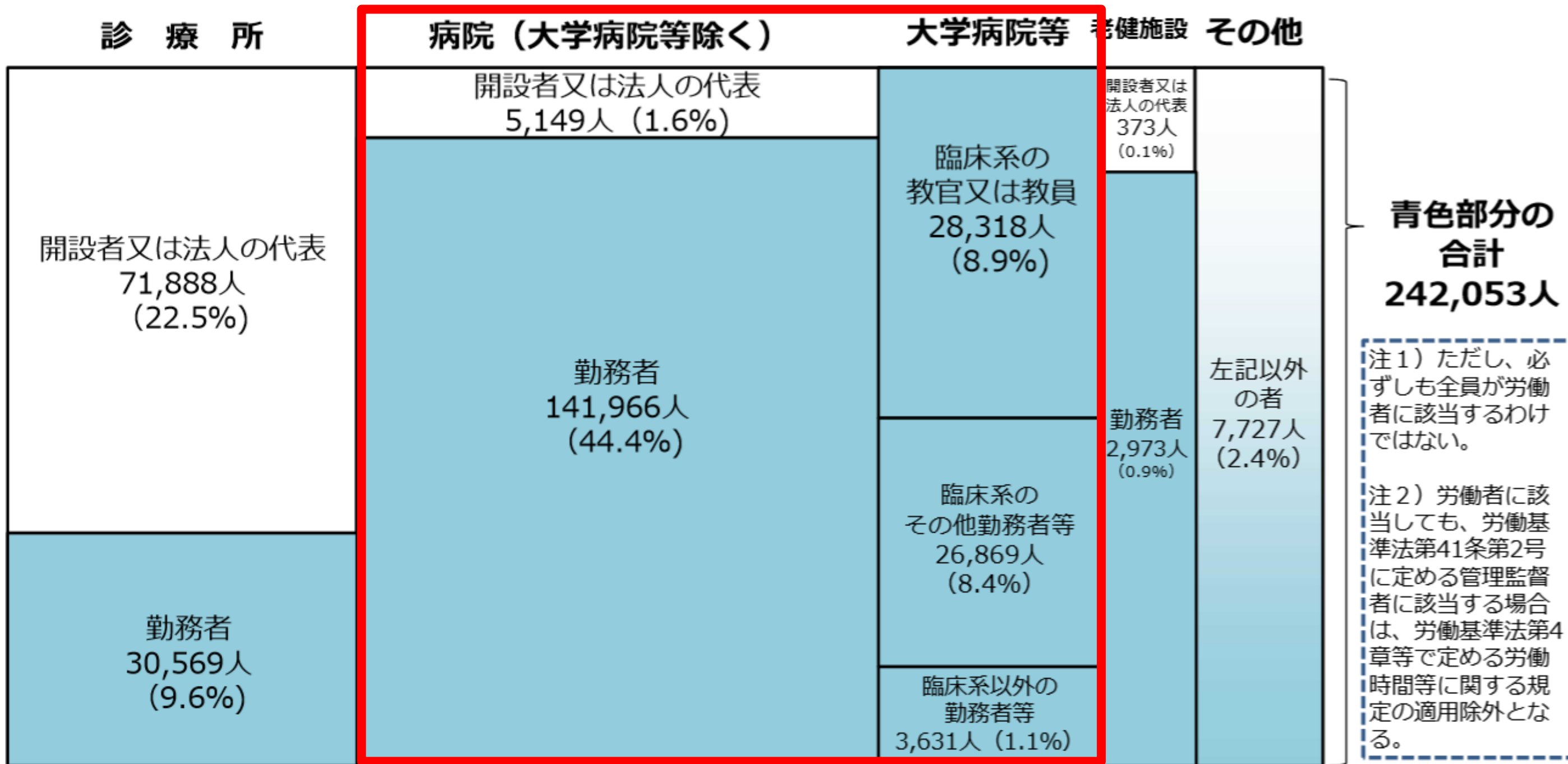
②医師の偏在対策 = 平等・医療アクセスの均等

③働き方改革 = 法令順守 (罰則規定アリ)

制度硬い順 : ③→②→①

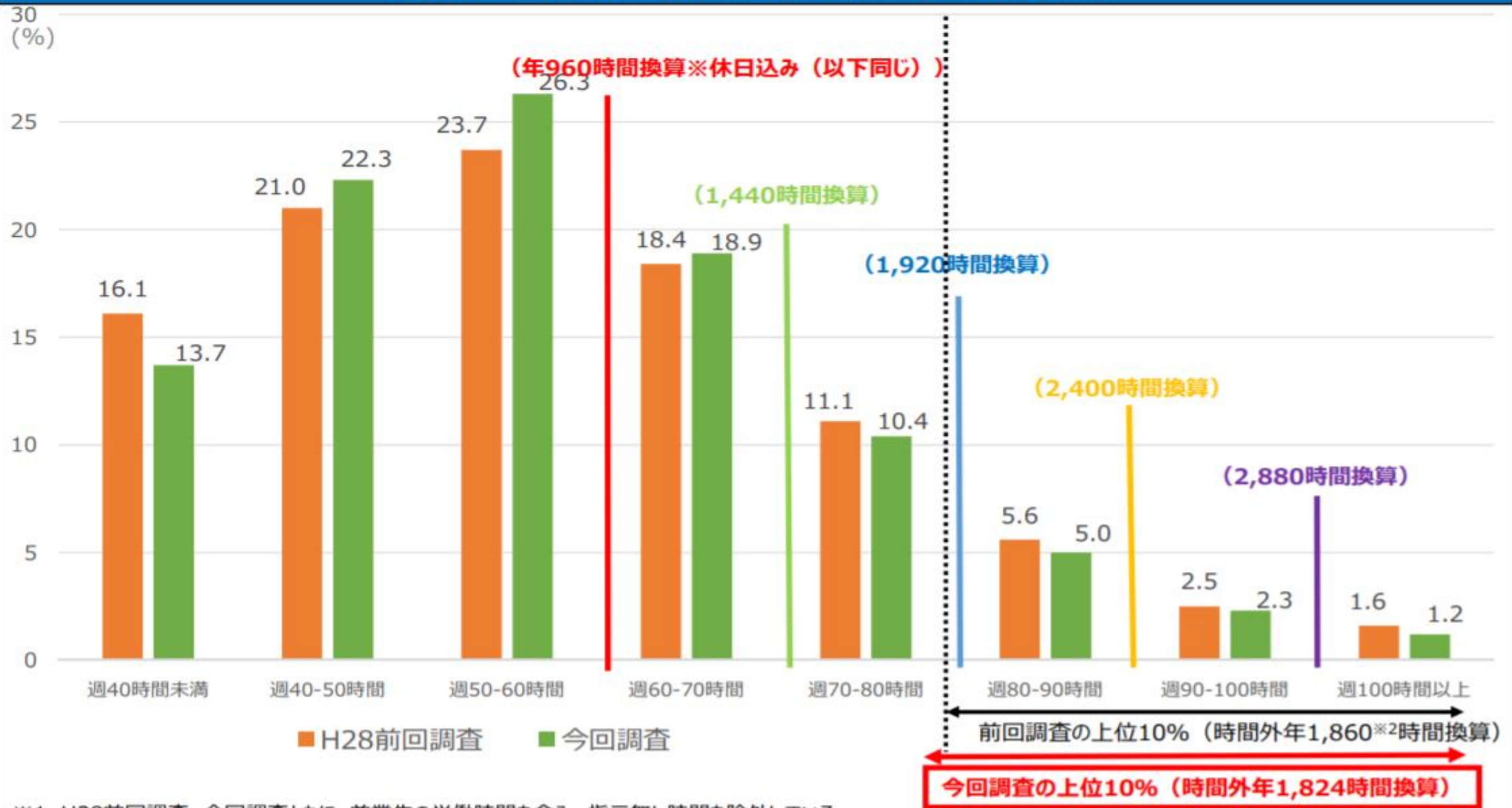
医師・歯科医師・薬剤師調査に基づく医師の分類（イメージ）

- 医師・歯科医師・薬剤師調査（医師法第6条第3項の規定に基づく届出による調査）に基づく医師の分類とその割合は以下のとおりになる。
- なお、青色部分は、一般的に労働者に該当し得ると考えられるものである。



※ 平成28年12月31日時点（医師総数は319,480人）

病院常勤勤務医の週労働時間の区分別割合



「上位10%」 = 残業時間・年間1,824時間

医師の時間外労働規制について

一般則

2024年4月～

将来
(暫定特例水準の解消 (= 2035年度末を目標) 後)

【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

年1,860時間 / 月100時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

年1,860時間 / 月100時間未満 (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時間未満 (例外あり)
※いずれも休日労働含む

年960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

A : 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

連携B
例水準
(医療機関を指定)

B
地域医療確保暫定特
(医療機関を指定)

C-1
集中的技能向上水準
(医療機関を指定)

C-2

C-1 : 臨床研修医・専攻医が、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、指定された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

A

C-1 C-2

※この(原則)については医師も同様。

※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

【追加的健康確保措置】

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)

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)
※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底

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。

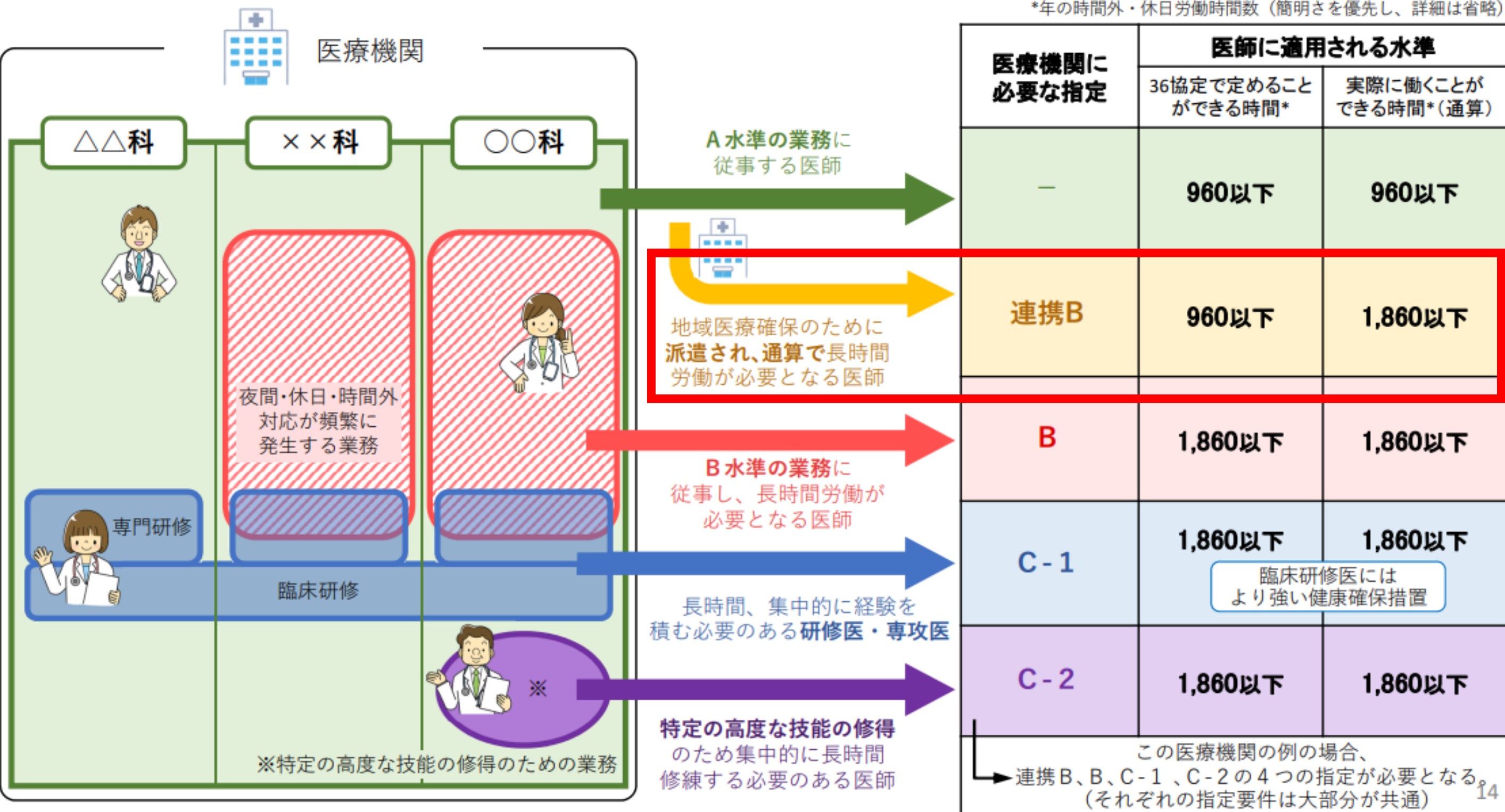
連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

A・連携B・B・C1・C2 に分類される

各水準の指定と適用を受ける医師について

A水準以外の各水準は、指定を受けた医療機関に所属する全ての医師に適用されるのではなく、**指定される事由となった業務やプログラム等に従事する医師にのみ適用される**。所属する医師に異なる水準を適用させるためには、医療機関は**それぞれの水準についての指定を受ける必要がある**。

*年の時間外・休日労働時間数（簡明さを優先し、詳細は省略）



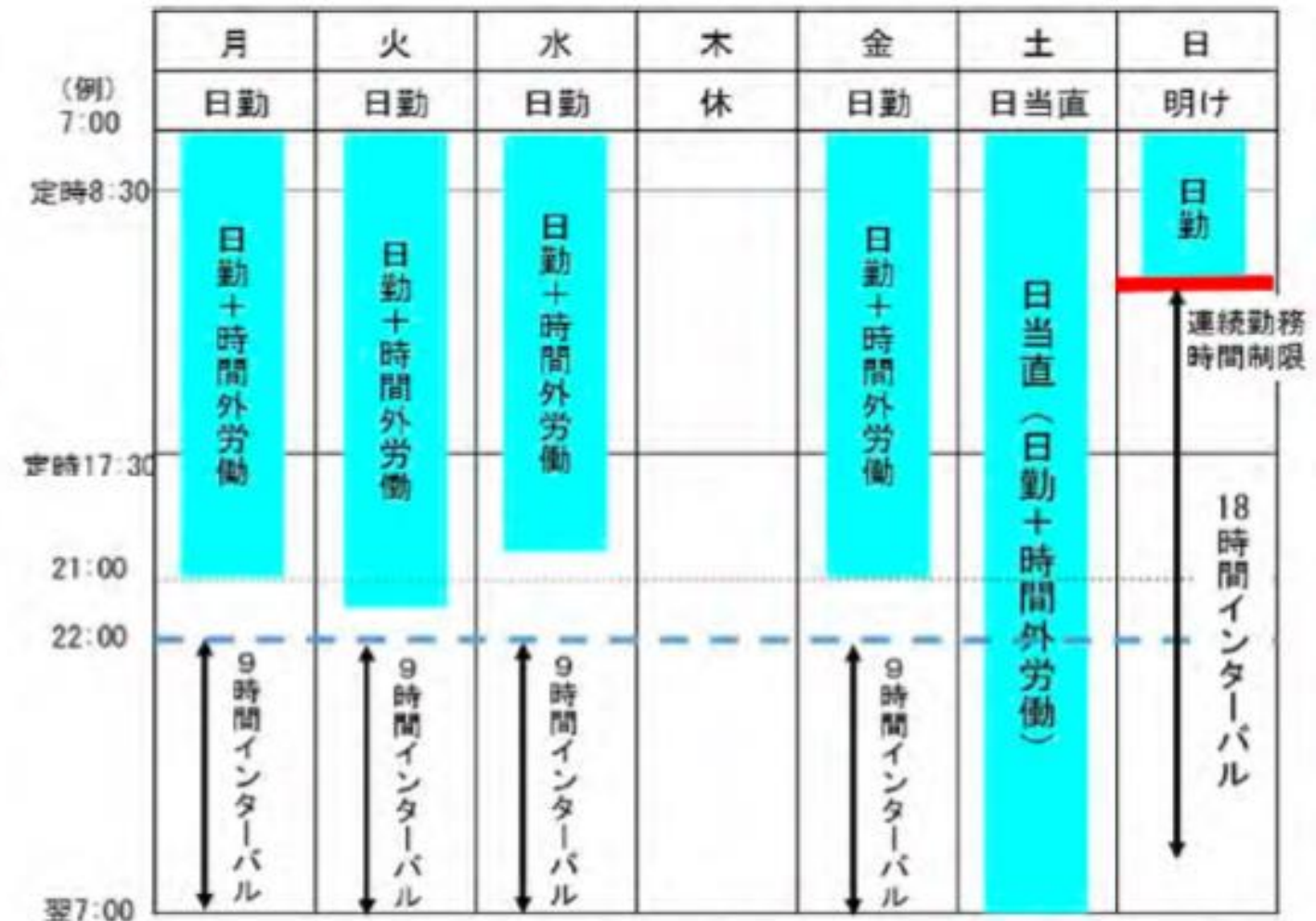
地域の病院・診療所にも影響あり

A水準とB水準の実際

(A) 時間外労働年960時間程度≒週20時間の働き方(例)



(B) 時間外労働年1,900時間程度≒週40時間の働き方(例)



※図中の勤務時間を示す帯には各日法定休憩を含む

- 概ね週1回の当直（宿日直許可なし）を含む週6日勤務
- 当直日とその翌日を除く4日間のうち1日は半日勤務で、各日は1時間程度の時間外労働（早出又は残業）
- 当直明けは昼まで
- 年間80日程度の休日（概ね4週6休に相当）

- 概ね週1回の当直（宿日直許可なし）を含む週6日勤務
- 当直日とその翌日を除く4日間は早出又は残業を含め14時間程度の勤務
- 当直明けは昼まで
- 年間80日程度の休日（概ね4週6休に相当）

※勤務間インターバル9時間、連続勤務時間制限28時間等を遵守して最大まで勤務する場合の年間時間外労働は、法定休日年間52日のみ見込むと2,300時間程度、(A)・(B)と同様に80日程度の休日を見込むと年2,100時間程度となる。

厚生労働省HP：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04273.html

「時間外労働」はすぐに上限いっぱい？

複数医療機関に勤務する医師に適用される時間外・休日労働の上限の考え方

*年の時間外・休日労働時間数

	個々の医療機関において適用される水準	
	医療機関① A	医療機関② A
36協定で定めることができる時間*	960以下 (自院での労働時間)	960以下 (自院での労働時間)
実際に働くことができる時間* (通算)	960以下 (各医療機関での労働時間を通算した時間)	

	個々の医療機関において適用される水準	
	医療機関① B・C	医療機関② B・C
36協定で定めることができる時間*	1,860以下 (自院での労働時間)	1,860以下 (自院での労働時間)
実際に働くことができる時間* (通算)	1,860以下 (各医療機関での労働時間を通算した時間)	

	個々の医療機関において適用される水準	
	医療機関① B・C	医療機関② A
36協定で定めることができる時間*	1,860以下 (自院での労働時間)	960以下 (自院での労働時間)
実際に働くことができる時間* (通算)	1,860以下 (※1) (各医療機関での労働時間を通算した時間)	

	個々の医療機関において適用される水準	
	医療機関① 連携B	医療機関② A
36協定で定めることができる時間*	960以下 (自院での労働時間)	960以下 (自院での労働時間)
実際に働くことができる時間* (通算)	1,860以下 (※2) (各医療機関での労働時間を通算した時間)	

※1 いずれの医療機関においても A 水準が適用されている医師については、勤務する全ての事業場での労働時間を通算して、時間外・休日労働の上限は年960時間となる。

※2 いずれかの医療機関において B・連携B・C 水準が適用されている医師については、勤務する全ての事業場での労働時間を通算して、時間外・休日労働の上限は年1,860時間となる。ただし、当該医師の各医療機関における通算しない時間外・休日労働の上限は、各医療機関が36協定において定める時間であり、A 水準又は連携B 水準が適用される医師を雇用する医療機関が当該医師に関して36協定において定めることのできる時間外・休日労働の上限は年960時間以下となる。

(参考) 各表の上欄の時間は、個々の医療機関における36協定の内容であり、各医療機関における時間外・休日労働時間数を定めることとなる。下欄の時間は、医師個人の実際に働くことができる時間外・休日労働時間数 (通算) に着目したものであり、各医療機関における労働時間が通算される。

アルバイト医師の勤務時間に注意要する

評価の視点

医師労働時間短縮計画の記載事項をもとに、以下のような視点で、各項目について定量的な評価とともに、定性的な所見（〇〇〇の状況の中で、〇〇に関するタスク・シフト/シェアが進んでいないと考えられる、等）を評価結果として付す。

	評価内容	評価の視点
ストラクチャー	労務管理体制	【労務管理の適正化に向けた取組】 <ul style="list-style-type: none"> 適切な労務管理体制の構築 人事・労務管理の仕組みと各種規程の整備・届出・周知 適切な36協定の締結・届出 医師労働時間短縮計画の作成 【産業保健の仕組みと活用】 <ul style="list-style-type: none"> 衛生委員会の状況 健康診断の実施状況 面接指導実施体制の確立
プロセス	医師の労働時間短縮に向けた取組	【医師の労務管理における適切な把握と管理】 <ul style="list-style-type: none"> 医師の適切な勤務計画の作成（副業・兼業先の労働時間を含めた勤務計画の作成、連続勤務時間制限・勤務間インターバル確保を意識した勤務計画の作成等） 医師の適切な労働時間の把握・管理（副業・兼業先の労働時間を把握する仕組み等） 医師の適切な面接指導・就業上の措置の実施 月の時間外・休日労働が155時間を超えた場合の措置の実施 【医師の労働時間短縮に向けた取組の実施】 <ul style="list-style-type: none"> 医師の労働時間短縮に向けた研修・周知の実施（管理職マネジメント研修の実施等） タスク・シフト/シェアの実施（特定行為研修修了看護師の活用等） 医師の業務の見直しの実施（複数主治医制やチーム制の導入・実施等） 医師の勤務環境改善への取組の実施（院内保育や他の保育支援等の整備状況等） 患者・地域への周知・理解促進への取組の実施
アウトカム	労務管理体制の構築と労働時間短縮の取組実施後の評価	【労務管理体制の構築と労働時間短縮に向けた取組実施後の結果の把握】 <ul style="list-style-type: none"> 医療機関全体の状況（時間外・休日労働時間数、追加的健康確保措置の実施状況等） 医師の状況（職員満足度調査・意見収集の実施） 患者の状況（患者満足度調査・意見収集の実施）
参考	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関の医療提供体制 医療機関の医療アウトプット 	【医療機関の医療提供体制】 （※1） 【医療機関の医療アウトプット】 （※2）

（※1）診療科ごとの医師数、病床数、看護師数、医師事務作業補助者数等、労働時間に影響を与える要素として分析を行うことを想定。

（※2）手術件数、患者数、救急車受け入れ台数の他、医療計画や地域医療構想に用いる項目を想定。

全体評価の考え方（案）

	1	2		3
	労働関係法令及び医療法に 規定された事項 (全ての項目を満たせば○)	左記以外の労務管理体制や 労働時間短縮に向けた取組 (具体的な評価の基準は今後検討) (取組(予定)が十分であれば○)		労働時間の実績 (労働時間数の減少があれば○)
		評価時点に おける取組状況	今後の取組予定	
S	○	◎ (好事例)		○
A	○	○		○
B	○	○		減少なし
C	○	改善の必要あり	○	問わない
D	○	改善の必要あり	見直しの必要あり	問わない
評価保留	満たさない項目あり			

- ❑ 医師労働時間短縮計画案を参考に、①評価時点において既に取り組んでいる内容と②今後取組もうと予定している内容を踏まえ、評価を行う。
- ❑ ①評価時点において既に取り組んでいる内容について、改善の必要がある場合にはC又はDとし、②今後取組もうと予定している内容から当該取組の改善が見込まれる場合にはCとする。

5段階で評価→公表??

評価センターの業務のスケジュール(案)

- 2022～2023年度は、全てのB・連携B・C水準候補医療機関の評価の受審が必要であるため、原則、書面で評価を行うこととするが、書面評価による評価結果がD評価となった医療機関については、訪問評価を2023年度に行う。
- 2024年度以降は3年間で1クールとし、その間に各医療機関は1回、訪問評価を受審する。年度途中でB・連携B・C水準に移行しようとする医療機関の評価は随時対応していく。
- また、評価者養成のための講習については、2021年度に集中的に実施し、その後は業務の進捗状況・組織の体制に応じて実施していく。

2021年度 2022年度 2023年度 2024年度 2025年度 2026年度 2027年度



※書面評価による評価結果が低かった医療機関について、訪問評価を実施

1クール

※全てのB・連携B・C水準対象医療機関が1クール1回評価受審
(各年度500程度の医療機関を想定)
※途中でB・連携B・C水準に移行する医療機関については、随時対応

養成講習の実施

※2021年度に集中的に実施。その後、評価業務の進捗状況・組織体制に応じて実施

「三位一体改革」と医療現場への影響

	① 医師の偏在対策	② 地域医療構想	③ 医師の働き方改革
総合病院	専門医研修病院・ 医師少ない地域 ⇒医師数増加 研修病院でない・ 医師多い地域 ⇒医師数増加なし	病院のデータ開示 病院役割の見直し 救急医療 診療科連携の重視	医師を確保する 人件費の高騰 バイト医確保困難 労働時間の管理 タスクシフト
クリニック	新規開業の制約	連携先の病院の見直し？	バイト医確保困難
勤務医 (個人)	専門医資格の重要性あがる 新規開業に制約	「割の良い」勤務先の減少 業務の密度上がる	労働時間の短縮と収入減

地域の病院・診療所にも影響大

コロナ後の**地域医療構想**実現に向けて

- ① 主体的な情報収集・ネットワーキング
- ② 地域医療構想調整会議の活性化
- ③ 医師の働き方改革は「義務」= 重要な経営課題

変化する需要の中、必要な医療を残す

講師略歴

吉村 健佑（よしむら けんすけ）

千葉県健康福祉部医療整備課医師確保・地域医療推進室 キャリアコーディネータ

千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター長 特任教授

◆学歴

平成19年3月 千葉大学医学部医学科卒業
平成24年3月 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻修了（公衆衛生学修士）
平成30年3月 千葉大学大学院医学研究院博士課程修了 博士（医学）

◆学位・免許・資格

平成19年4月 医師免許取得 医籍登録
平成22年1月 日本医師会認定 産業医 免許取得
平成25年10月 日本精神神経学会認定精神科専門医 免許所得
平成27年4月 日本精神神経学会認定精神科専門医制度指導医免許取得
平成27年10月 日本医療情報学会認定 医療情報技師免許取得
平成28年4月 精神保健指定医免許取得
平成29年3月 労働衛生コンサルタント【保健衛生】資格取得
平成29年4月 社会医学系専門医協会認定 社会医学系専門医 資格取得
平成24年3月 公衆衛生学修士（東京大学：専医第127号）
平成30年3月 博士（医学）（千葉大学）

◆職歴

平成19年4月 国保直営 君津中央病院 初期臨床研修医（～平成20年3月）
平成20年4月 千葉大学医学部附属病院 初期臨床研修医（～平成21年3月）
平成21年4月 千葉大学医学部附属病院 精神神経科 医員（～平成22年3月）
平成22年4月 国立病院機構 千葉医療センター 精神科医師・緩和ケアチーム医師（～平成23年3月）
平成22年4月 株式会社ジャパン・ディスプレイ（JDI）茂原工場 産業医（～平成27年3月）
平成24年4月 千葉大学医学部附属病院 精神神経科 医員（～平成25年3月）
平成24年4月 東京大学大学院 医学系研究科 精神保健学 客員研究員（～平成29年3月）
平成25年4月 医療法人社団澄心会 茂原神経科病院 精神科診療部長兼産業医（～平成27年3月）
平成25年4月 千葉県長生保健所 嘱託精神科医（～平成27年3月）
平成26年4月 地方独立行政法人 東千葉メディカルセンター 非常勤精神科医（～平成27年3月）
平成26年7月 独立行政法人労働者健康福祉機構千葉産業保健総合支援センター相談員（～平成27年3月）
平成27年4月 厚生労働省保険局保険局医療介護連携政策課 室長補佐（～平成28年10月）
平成28年11月 厚生労働省医政局研究開発振興課医療技術情報推進室 室長補佐（～平成30年3月）
平成29年4月 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 主任研究官（～平成30年3月）
平成30年4月 千葉県健康福祉部医療整備課医師確保・地域医療推進室キャリアコーディネータ（現職）
千葉大学医学部附属病院 病院経営管理学研究センター 特任講師（～令和元年7月）
令和元年8月 千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター長 特任教授（現職）

◆学会及び社会における活動等

（所属学会）

平成19年10月 日本精神神経学会 会員
平成23年4月 日本産業衛生学会 会員

- 平成23年4月 日本産業精神保健学会 会員
- 平成24年4月 日本医学教育学会 会員
- 平成26年4月 千葉県臨床心理士会 会員
- 平成27年4月 日本医療情報学会 会員
- 平成27年4月 医療経済学会 会員
- 平成28年4月 日本遠隔医療学会 会員
- (学会における活動)
- 平成29年9月 日本精神神経学会「精神科医・精神科医療の実態把握・将来計画に関する委員会」委員
- 平成31年1月 日本産業衛生学会 遠隔産業衛生研究会 顧問
- 令和3年8月 日本医療情報学会 専門医部会 委員
- (社会における活動)
- 平成25年10月 国際学術誌 Journal of Occupational and Environmental Medicine. 投稿論文の査読
- 平成27年11月 千葉大学医学部同窓会千葉県支部「千葉県みのはな会」役員理事(～現在に至る)
- 平成28年7月 千葉大学医学部同窓会東京都支部「東京みのはな会」役員理事(～現在に至る)
- 平成30年11月 千葉県医師会 将来ビジョン委員会 副委員長(～令和2年6月)
- ◆研究費補助金等の受給状況
- 平成29～30年度 「都道府県医療費適正化計画推進のための健診・医療等の情報活用を担う地域の保健医療人材の育成に関する研究(H29-政策-指定-006)」代表:横山徹爾.(分担研究者:吉村健佑)(平成29年度～平成30年度)厚生労働行政推進調査事業費.
- 平成29～31年度 「難治性疾患等を対象とする持続可能で効率的な医療の提供を実現するための医療経済評価の手法に関する研究」代表:福田敬(分担研究者:吉村健佑)(平成29年度～平成31年度)厚生労働科学研究費.
- 平成29～30年度 「公衆衛生医師の確保・育成のためのガイドライン策定と女性医師を含む多様性包括型キャリアパス構築に関する研究」代表:吉田穂波(分担研究者:吉村健佑)(平成29年度～平成30年度)厚生労働科学研究費.
- 平成29～30年度 「厚生労働省NDBオープンデータを活用した診療の費用負担に関する研究」代表:吉村健佑(平成29年11月～平成30年10月)公益財団法人医療科学研究所研究助成金.
- 平成29～30年度 「厚生労働省NDBオープンデータを活用した診療の費用負担に関する研究」代表:吉村健佑(平成29年12月～平成30年11月)第26回(平成29年度)ファイザーヘルスリサーチ研究助成(国内共同研究-満39歳以下).公益財団法人ファイザーヘルスリサーチ振興財団.
- 平成31～令和2年度 NDBオープンデータを用いた精神神経領域の疾患に対する診療の適正化に関する研究
文部科学省:科学研究費:若手研究 代表:吉村健佑
- 令和2年度～3年度 新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた、地域における医療提供体制の強化のための研究
厚生労働省 厚生労働科学研究費補助金 代表:吉村健佑
- 令和2年度～4年度 小児科医師確保計画を踏まえた小児医療の確保についての政策研究 厚生労働省 厚生労働科学研究費補助金 代表:吉村健佑
- ◆表彰
- 平成23年6月 第五回川上賞 受賞
(東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻精神保健学・最優秀演題賞)
- 令和元年10月 日本臨床精神神経薬理学会 優秀論文賞