

2019年11月26日19:00-20:40
千葉医療政策公開セミナー入門編
@千葉大学医学部みのはな同窓会館

第1講：**医療政策**の全体像
国と県の役割とホンネ

吉村健佑

医師・医学博士・公衆衛生学修士

千葉大学病院 次世代医療構想センター長 特任教授
千葉県 医療整備課 医師確保・地域医療推進室

本セミナーの**目的**

- ① 千葉県の医療の課題を解決するために、医療政策の重要ポイントについて理解し
日々の業務・診療に生かす
- ② 千葉県の地域医療構想・医師偏在対策を考
える上で、基本的な知識と考え方を習得する

本日の**タイムテーブル**

19:00-19:45

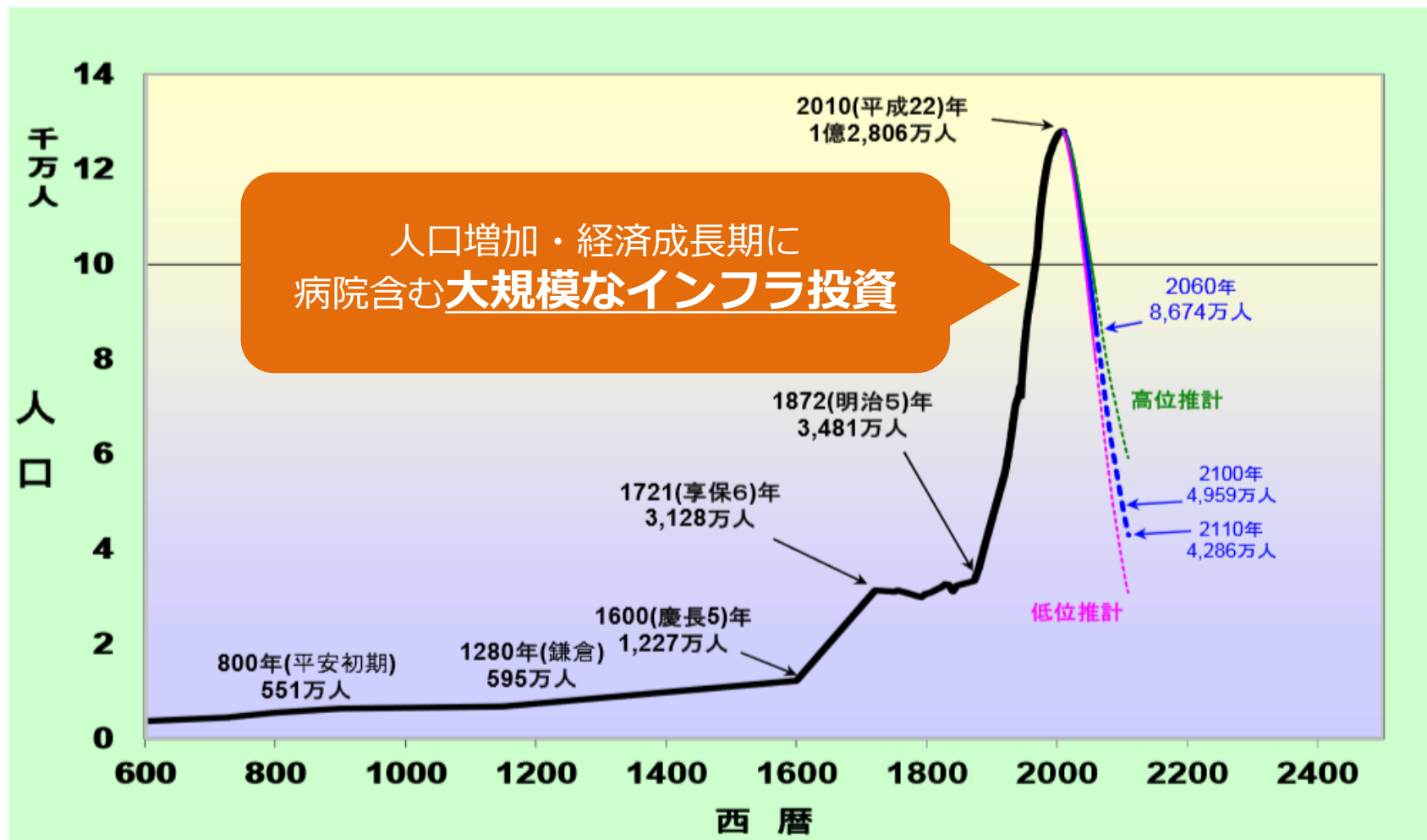
【**講義編**】

- 1.なぜ医療を改革する必要があるのか？
- 2.国の本音、県の課題
- 3.三位一体改革と変化する医療提供

19:50-20:40

【**グループワーク編**】

日本の総人口の推移：2010年がピーク



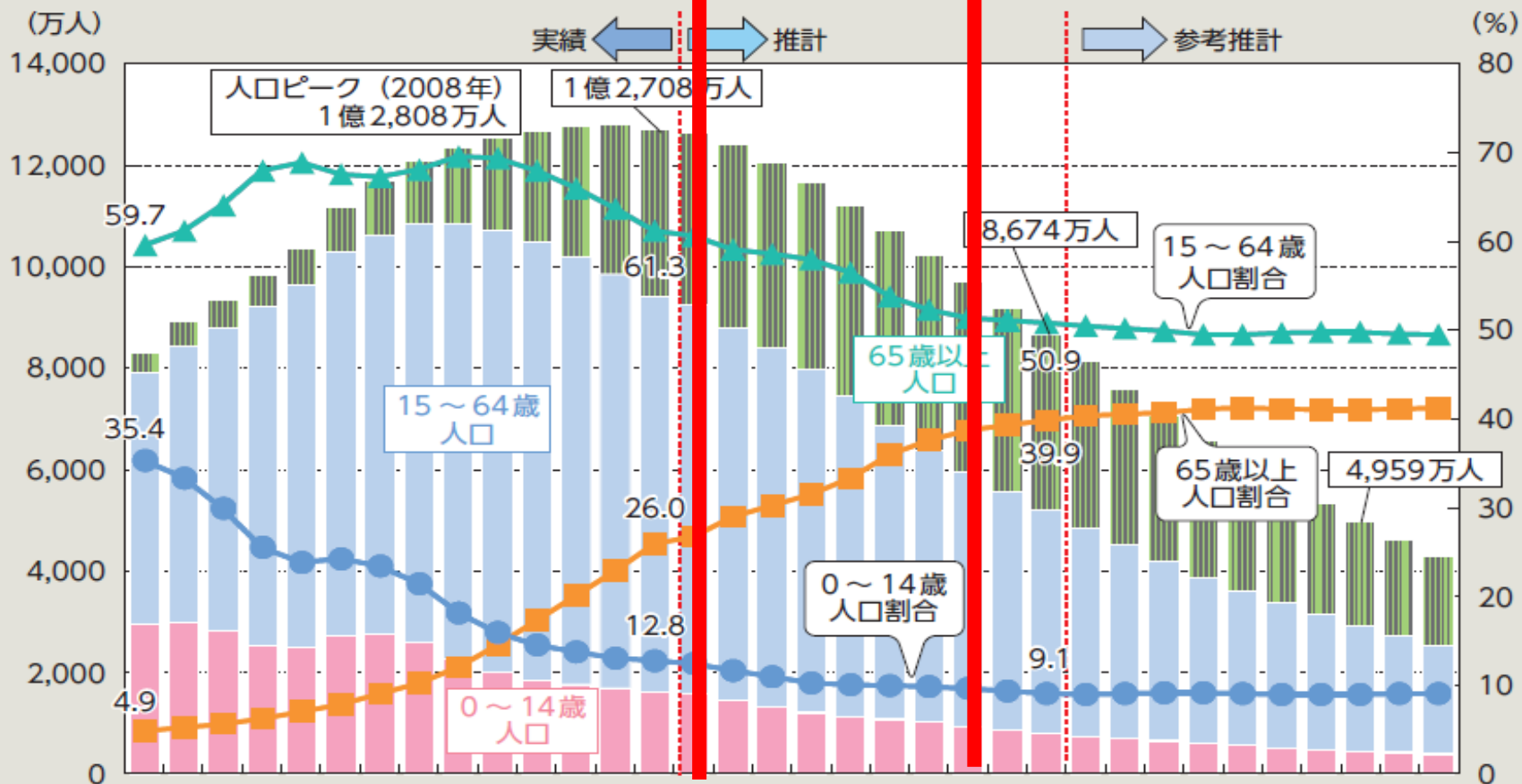
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」)
2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])

図表序-1-2

我が国の人口推移

現在

30年後
2048年



生産年齢人口が激減

(注) 1970年までは沖縄県を含まない。

今後の人口動態の変化(高齢化と支え手の減少)

- 医療費・介護費に大きな影響を与える後期高齢者数は2030年まで大幅増加、その後ほぼ横ばいが続き、2040年ごろから再び増加。
- 一方で保険制度の主たる「支え手」となる20~74歳の人口は、今後中長期的に大幅な減少が続く。
- 「支え手」に関しては、高齢者や女性の労働参加を促していくことが重要。しかし、仮に労働参加率の上昇を想定したとしても、2030年以降、労働力人口は大幅に減少。

◆ 中長期的な人口の変化（1年間あたり）

団塊の世代が
後期高齢者に
なり始める

団塊の世代が
すべて後期高
齢者になる

団塊ジュニアが
後期高齢者に
なり始める

	2022-2025	2026-2030	2031-2040	2041-2050	2051-2060
全人口	▲57万人	▲68万人	▲82万人	▲90万人	▲91万人
75歳以上 (後期高齢者)	+75万人	+22万人	▲5万人	+18万人	▲3万人
20-74歳	▲107万人	▲67万人	▲58万人	▲93万人	▲71万人

後期高齢者急増

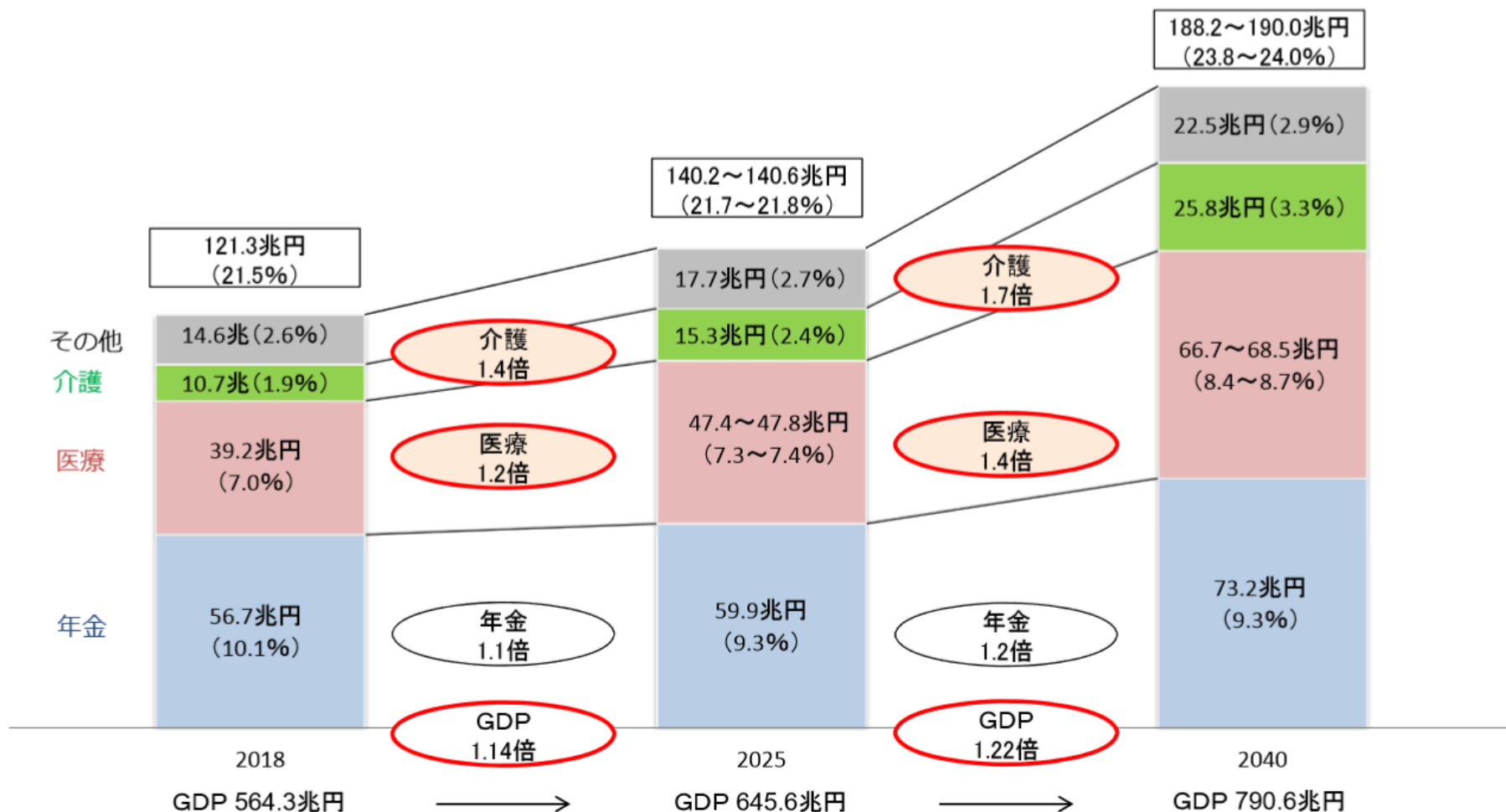
支え手の急減

(出所) 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) 総務省「人口推計」

2031年から毎年80-90万人減少！！

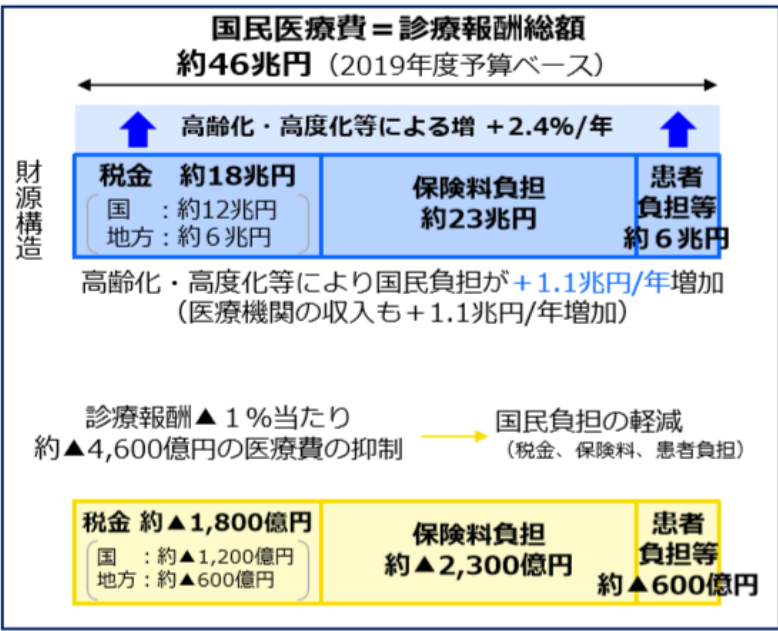
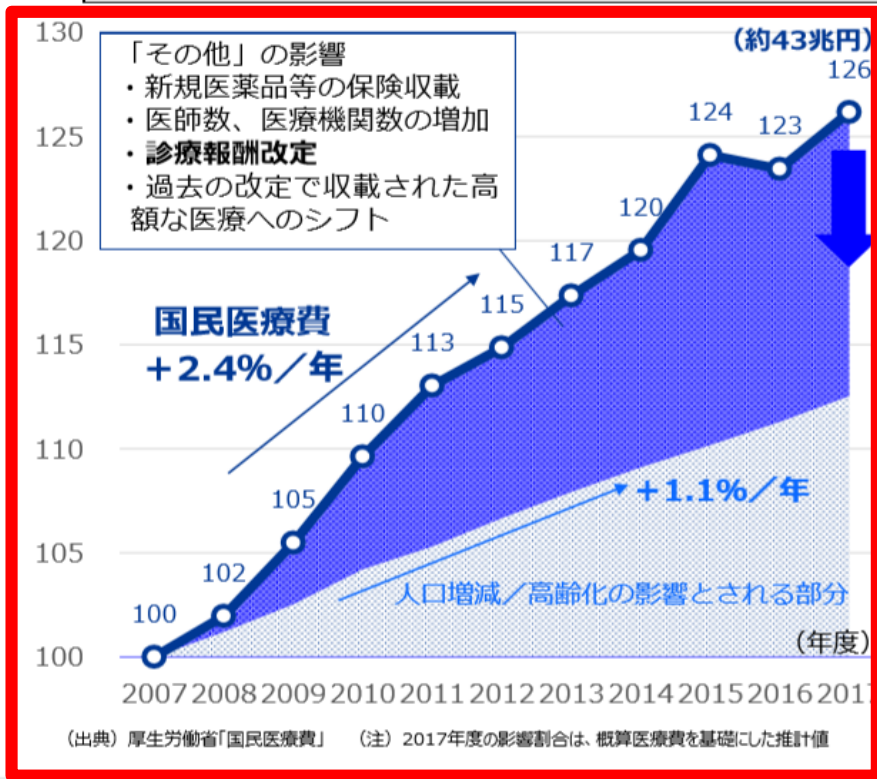
将来の社会保障給付の見通し

- 75歳以上になると他の世代に比べ、1人当たり医療費や要支援・要介護認定率は大幅に上昇。2025年、2040年にかけて、医療・介護費用は大きく増加していくことになる。この期間、20～64歳の現役世代が大幅に減少することにも留意が必要。



診療報酬改定に係る基本的な考え方：医療費の伸びを意識した水準

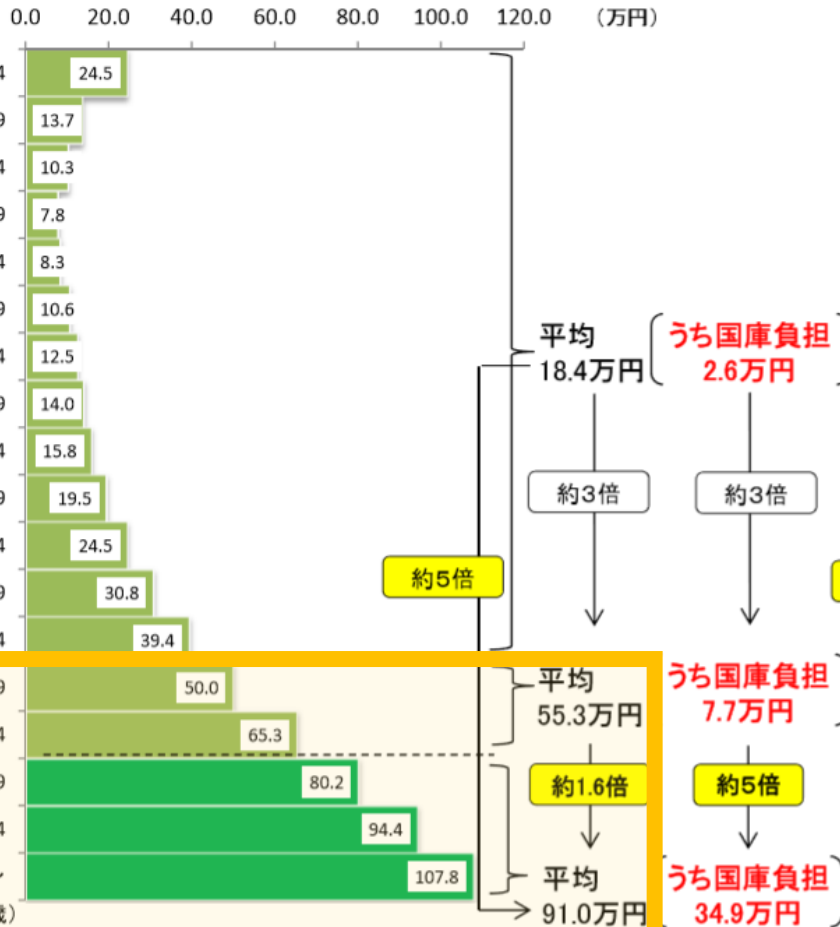
- 過去10年間で**国民医療費は平均2.4%/年**のペースで増加。このうち、**高齢化等の要因による増加は平均1.1%/年**であり、**残りの半分程度は人口増減や高齢化の影響とは関係のない要素**によるもの。
 高齢化等の要因による増加の範囲に収めるためには、診療報酬改定において2年間で**▲2%半ば以上**のマイナス改定とする必要。
- **こうした観点から、制度改革の実現のほか、2020年度の診療報酬改定においても一定程度のマイナス改定を行い、国民負担を抑制する必要。**



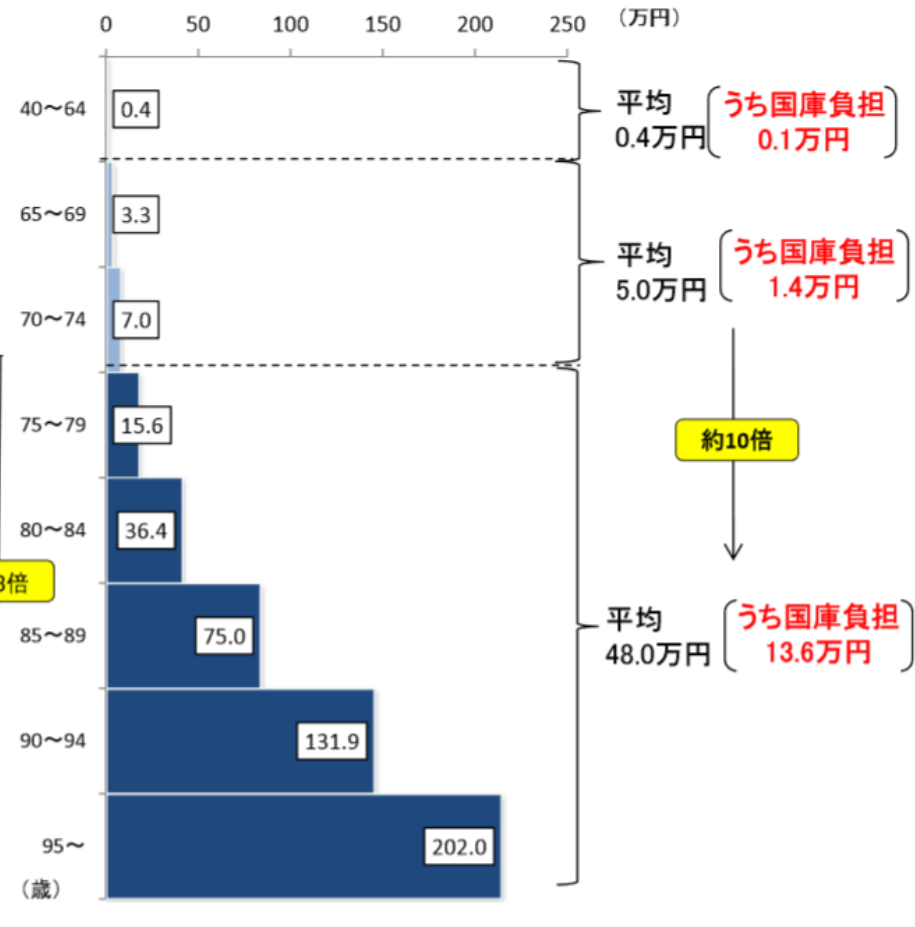
国民医療費の抑制を図るためには、診療報酬のマイナス改定は不可欠。

年齢階級別1人当たり医療・介護費について

年齢階級別1人当たり国民医療費
(2016年)



年齢階級別1人当たり介護費
(2016年)



(出所) 厚生労働省「国民医療費の概況」、「介護給付費等実態調査」等

国民医療費の財源別内訳

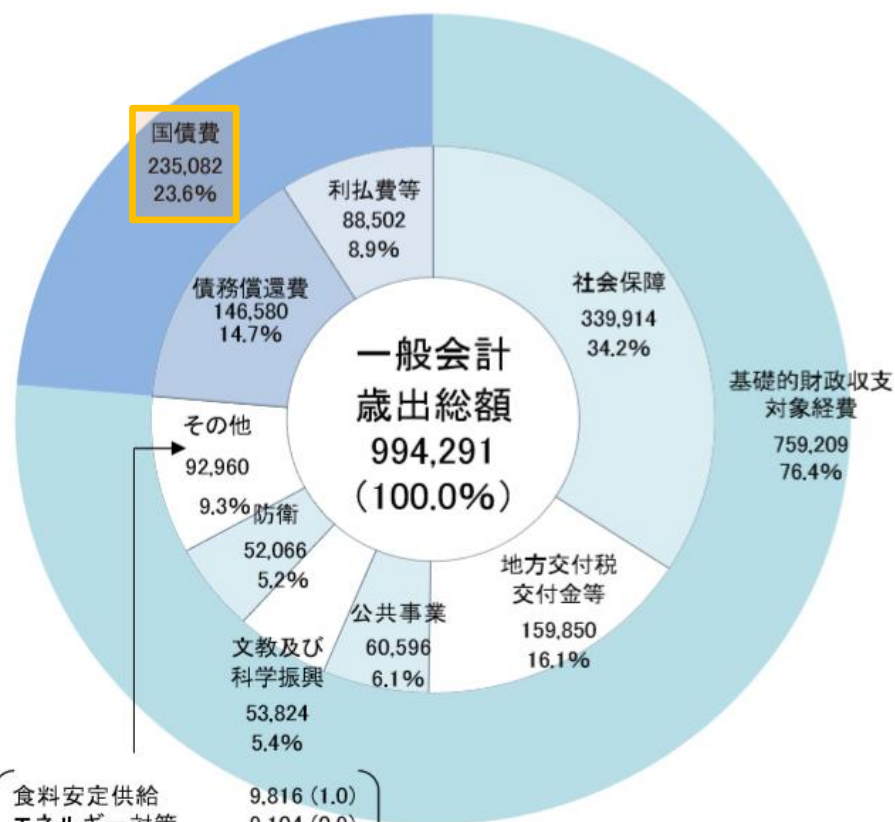
平成28年度国民医療費の概況：厚労省資料

公費 16.3兆円(38.6%)		保険料 20.7兆円(49.1%)		その他 5.2兆円 (12.2%)
国庫 10.7兆円 (25.4%)	地方 5.6兆円 (13.2%)	事業主 8.8兆円 (20.8%)	被保険者 11.9兆円 (28.3%)	患者負担 4.9兆円 (11.5%)

約40%が「公費」により賄われている

2019年度一般会計歳出・歳入の構成(臨時・特別の措置を除く)

一般会計歳出



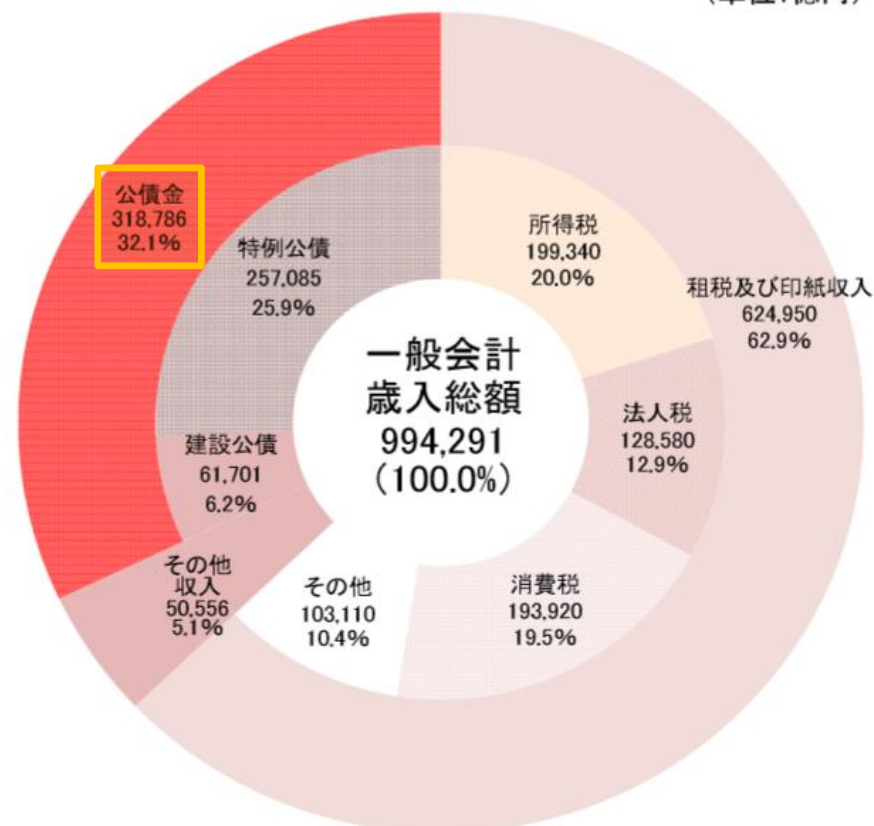
一般会計
歳出総額
994,291
(100.0%)

食料安定供給	9,816 (1.0)
エネルギー対策	9,104 (0.9)
経済協力	5,021 (0.5)
恩給	2,097 (0.2)
中小企業対策	1,740 (0.2)
その他の事項経費	60,181 (6.1)
予備費	5,000 (0.5)

※「基礎的財政収支対象経費」とは、歳出のうち国債費を除いた経費のこと。当年度の政策的経費を表す指標。
 ※「一般歳出」(=「基礎的財政収支対象経費」から「地方交付税交付金等」を除いたもの)は、599,359(60.3%)

一般会計歳入

(単位:億円)



一般会計
歳入総額
994,291
(100.0%)

(注1) 計数については、それぞれ四捨五入によっているので、端数において合計とは合致しないものがある。

(注2) 一般歳出※における社会保障関係費の割合は56.7%。

内閣・財務省：財政規律を保ちたい
強い要請

厚労省：社会保障費・医療費の適正化
「地方分権」・進捗管理

都道府県：医療政策の立案・実施
「三位一体改革」など

医療現場：政策への対応

日本の医療制度：特徴4つ！

①国民皆保険

②フリーアクセス

③開業・標榜の自由

④民間医療機関中心の医療提供体制

厚生指針：第63巻第7号.2016年7月

多くの自由 = 費用の高騰！！ どう制限する？

国民医療費 = 「単価」×「数量」

レセプト・DPCなどのデータの活用が必須！

① 診療・薬剤 単価 のコントロール

→ 診療報酬改定・費用対効果 の導入：保険局医療課

② 提供 数量 のコントロール

(1) 入院病床の機能分化と総数

→ 地域医療構想（医療法）：医政局 地域医療医計画課

(2) 主に外来・特定健診等

→ 医療費適正化計画（高確法）：保険局 医療費適正化対策推進室

(3) 提供主体（医師・看護）の在り方

→ 新専門医制度・医師の働き方改革：医政局 医事課

→ 医師修学資金制度・地域枠：医政局 地域医療医計画課

(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

(出典) OECD

注1:「※」

注2:「#」

注3:「-」

「潤沢な」医療提供がされている？

表2 医療提供体制の国際比較(2013年)

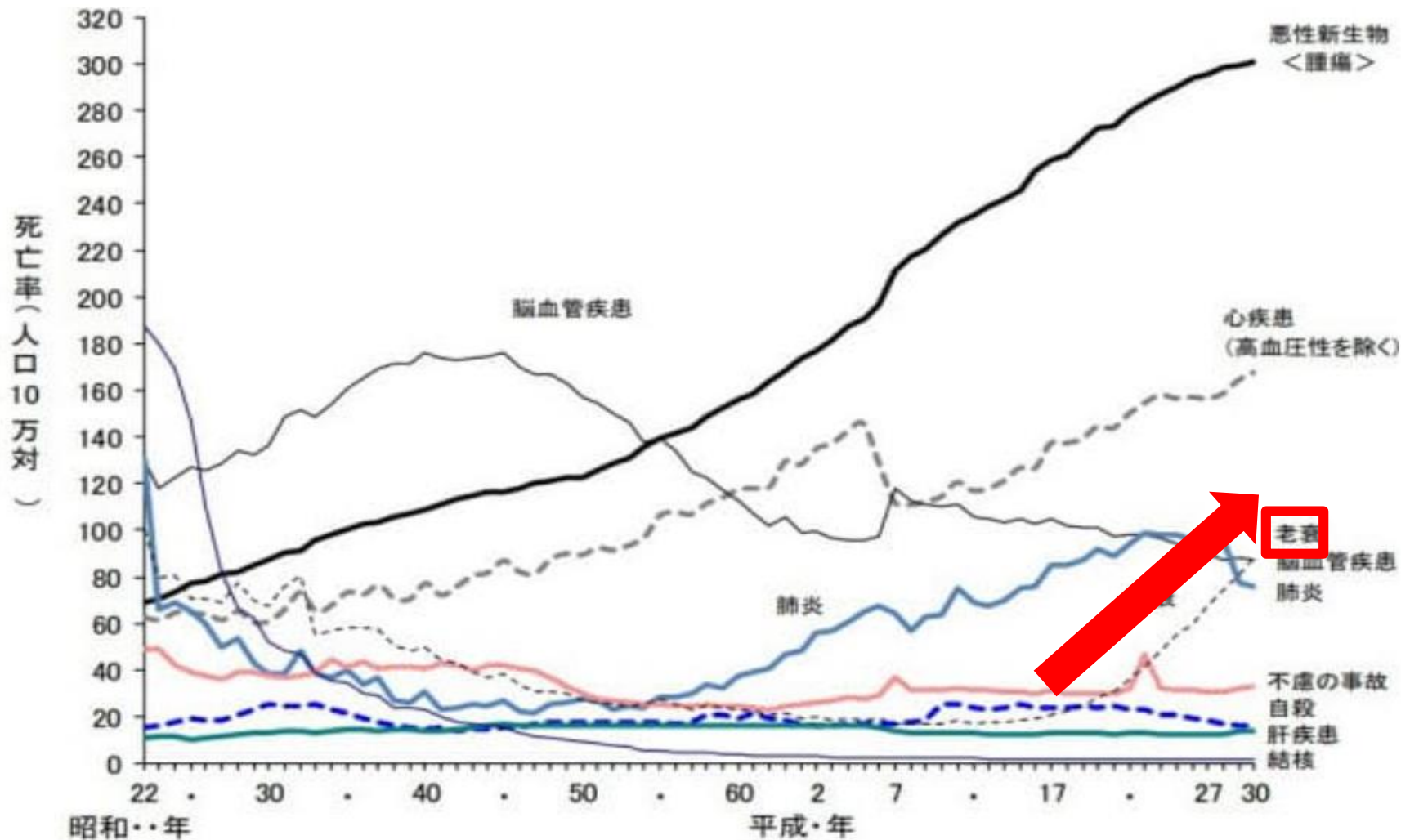
国名	平均在院日数	人口千人あたり病床数	病床百床あたり臨床医師数	人口千人あたり臨床医師数	病床百床あたり臨床看護職員数	人口千人あたり臨床看護職員数
日本	32.5(18.2)	13.3	17.1 ↓	2.3	78.9 ↓	10.5
ドイツ	9.6(7.3)	8.3	47.6	4.1	137.5	11.3
フランス	12.7(5.2)	6.3	48.7	3.3	131.5	8.5
イギリス	7.7(6.6)	2.8	98.0	2.8	292.3	8.2
アメリカ	6.2(5.4)	2.9	79.9	2.6	359.4	10.9

()は急性期病床

日本は病院数が多いため、1ベッドあたりの医師や看護師の数が、欧米よりもはるかに少ない

[OECD: Health Data 2015.]

日本の疾病構造の変化



2018年 3大死因：がん・心疾患・老衰

高齡化・人口減少下での負担の公平化に向けた課題

- 2022年に迫っている**団塊の世代の75歳への到達**、今後加速していく**支え手の減少**を踏まえつつ、**世代間・世代内の公平性を確保するための見直し**を行っていく必要。
- 具体的には、人生100年時代を踏まえ、年齢に応じた負担から負担能力に応じた負担に転換していく観点から、高齢者の窓口負担割合について、
 - ・ **新たに75歳になる者から70～74歳時と同じ2割の維持（現在1割負担となっている者の負担の引上げではない）**
 - ・ 「**現役並み所得**」の判定基準の見直しなどを検討していくべきではないか。

世代間の公平性を確保しつつ
個人から見て大きな負担増とならない方策が必要
⇒ **新たに75歳になる者から2割負担の維持**
(1割負担となっている者の負担の引上げではない)

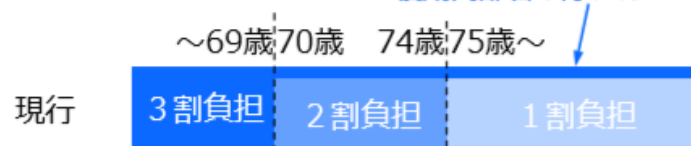
【現役並み所得者以外の場合】



(参考) 70～74歳の者の窓口負担割合を2割とした際も、2014年度から上記と同様の方法で段階的に実施。

負担能力のある方には
負担能力に応じた負担を求める
⇒ 「**現役並み所得**」の判定基準の見直し

現役並み所得者：3割負担
後期高齢者の約7%



【現役並み所得者の要件：2人世帯の場合】

個人課税所得
145万円以上 + 世帯収入
520万円以上

⇒ 高齢夫婦2人世帯で
・ 夫が年金収入月36万円（年間432万円）*
・ 妻が基礎年金満額（年間約78万円）
の場合でも、世帯収入要件があるため、夫は現役並み所得者にはならない。

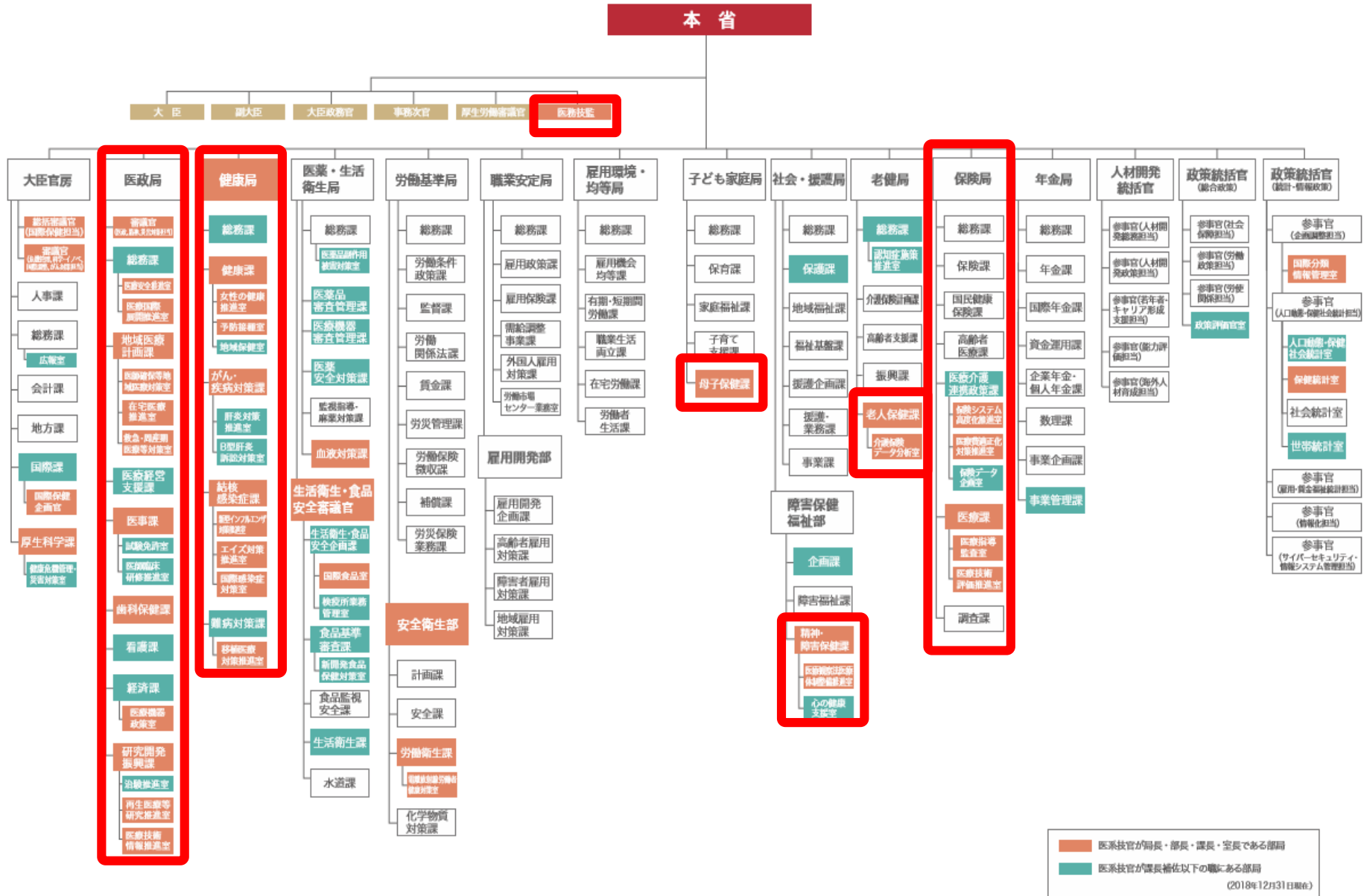
* 1年を通じて勤続した給与所得者の年収は400万円以下の者が5割強

厚生労働省設置法

第三条 厚生労働省は、国民生活の保障及び向上を図り、並びに経済の発展に寄与するため、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進並びに労働条件その他の労働者の働く環境の整備及び職業の確保を図ることを任務とする。

2 厚生労働省は、前項のほか、引揚援護、戦傷病者、戦没者遺族、未帰還者留守家族等の援護及び旧陸海軍の残務の整理を行うことを任務とする。

厚生労働省：組織図



ひと、暮らし、みらいのために



ホーム

本文へ | お問い合わせ窓口 | よくある御質問 | サイトマップ | 国民参加の場

カスタム検索

検索

テーマ別に探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

所管の法令等

申請・募集・情報公開

政策について

閉じる

分野別の政策一覧

審議会・研究会等

政策評価・独法評価

組織別の政策一覧

国会会議録

厚生労働省政策会議

各種助成金・奨励金等の制度

予算および決算・税制の概要

「働き方改革」の実現に向けてについて紹介しています。

3/6

毎月勤労統計調査に係る雇用・労災保険等の追加給付 住所情報等の登録フォーム、雇用保険の簡易計算ツールほか詳しくはこちら

- 大臣・副大臣・大臣政務官（記者会見等）
- 社会保障制度改革
- 「働き方改革」の実現に向けて
- 知っておきたい介護休業制度
- 年金生活者支援給付金について
- 受動喫煙対策

新着情報

2019年11月25日 ▶ [傍聴・参加が可能な審議会等の会議一覧](#) **NEW**

審議会等

2019年11月25日 ▶ [第156回労働政策審議会労働条件分科会（資料）](#) **NEW**

審議会等

2019年11月25日 ▶ [第81回労働政策審議会労働条件分科会労災保険部会資料](#) **NEW**

審議会等

フォトレポート



医道審議会

- ▶ 医道審議会
 - ▶ 医道分科会
 - ▶ 診療科名標榜部会
 - ▶ 医師分科会
 - ▶ 医道分科会麻酔科標榜資格審査部会
 - ▶ 医師分科会医師臨床研修部会
 - ▶ 医師分科会医師臨床研修検討部会
 - ▶ 医師分科会医師専門研修部会
 - ▶ 医師分科会医師国家試験改善検討部会
 - ▶ 医師分科会医師国家試験出題基準改定部会
 - ▶ 医師分科会精神保健指定医資格審査部会
 - ▶ 歯科医師分科会
 - ▶ 歯科医師分科会歯科医師国家試験制度改善検討部会
 - ▶ 歯科医師分科会歯科医師国家試験出題基準改定部会
 - ▶ 歯科医師分科会歯科医師臨床研修検討部会
 - ▶ 歯科医師分科会歯科医師臨床研修部会

中央社会保険医療協議会

- ▶ 中央社会保険医療協議会
 - ▶ 中央社会保険医療協議会総会
 - ▶ 中央社会保険医療協議会と介護給付費分科会
 - ▶ 医療と介護の連携に関する意見交換
 - ▶ 中央社会保険医療協議会全員懇談会
 - ▶ 中央社会保険医療協議会薬価専門部会
 - ▶ 中央社会保険医療協議会保険医療材料専門部会
 - ▶ 中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会
 - ▶ 中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会
 - ▶ 中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会
 - ▶ 中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会
 - ▶ 中央社会保険医療協議会調査実施小委員会
 - ▶ 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織
 - ▶ 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織

上記以外の検討会、研究会等

- ▶ 人事課
- ▶ 総務課
- ▶ 会計課
- ▶ 地方課
- ▶ 国際課
- ▶ 厚生科学課
- ▶ 医政局
- ▶ 健康局
- ▶ 医薬・生活衛生局
- ▶ 医薬・生活衛生局（生活衛生・食品安全）
- ▶ 労働基準局
- ▶ 職業安定局
- ▶ 人材開発統括官
- ▶ 雇用環境・均等局
- ▶ 子ども家庭局
- ▶ 社会・援護局（社会）
- ▶ 社会・援護局（援護）
- ▶ 障害保健福祉部
- ▶ 老健局
- ▶ 保険局
- ▶ 年金局
- ▶ 政策統括官（総合政策担当）
- ▶ 情報化担当参事官室
- ▶ 政策統括官（統計・情報政策・政策評価担当）
- ▶ 旧社会保険庁

医政局が実施する検討会等

- ▶ [新しい医療計画の作成に向けた都道府県と国との懇談会](#)
- ▶ [新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会](#)
- ▶ [新たな看護のあり方に関する検討会](#)
- ▶ [新たな治験活性化5カ年計画の中間見直しに関する検討会](#)
- ▶ [安心と希望の医療確保ビジョン](#)
- ▶ [「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会](#)
- ▶ [あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師及び柔道整復師等の広域連携に関する検討会](#)
- ▶ [あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師学校養成施設カリキュラムに関する検討会](#)
- ▶ [医業経営の非営利性等に関する検討会](#)
- ▶ [医師国家試験改善検討委員会](#)
- ▶ [医師等の行政処分のあり方等に関する検討会](#)
- ▶ [医師の需給に関する検討会](#)
- ▶ [医師の働き方改革推進本部](#)
- ▶ [医師等医療機関職員の働き方改革推進本部](#) **NEW** 11月25日
- ▶ [医師の働き方改革に関する検討会](#)
- ▶ [医師の働き方改革の推進に関する検討会](#)
- ▶ [医師の働き方改革の推進に関するヒアリング](#)
- ▶ [医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会](#)
- ▶ [医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング](#)
- ▶ [医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループ](#)
- ▶ [医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ](#)
- ▶ [医薬品・医療機器産業発展のための政策対話](#)
- ▶ [医薬品産業政策の推進に係る懇談会](#)

・既に終了した会議も多数
・資料と議事録を確認可能

医師の働き方改革の推進に関する検討会

回数	開催日	議題等	議事録／議事要旨	資料等	開催案内
第5回	2019年12月2日 (令和元年12月2日)	-	-	-	▶ 開催案内 NEW 11月25日
第4回	2019年11月6日 (令和元年11月6日)	-	-	▶ 資料	▶ 開催案内
第3回	2019年10月2日 (令和元年10月2日)	・地域医療確保暫定特例水準及び集中的技能向上水準の指定の枠組みについて	-	▶ 資料	▶ 開催案内
第2回	2019年9月2日 (令和元年9月2日)	・追加的健康確保措置の履行確保について ・医師労働時間短縮計画及び評価機能について	▶ 議事録		
第1回	2019年7月5日 (令和元年7月5日)	・検討を要する論点(案)について ・医師の勤務実態の把握について	▶ 議事録	▶ 資料	▶ 開催案内

第1回資料「開催要項」「検討事項」「構成員」をCHECK!

2次医療圏の医療需要のピーク

地域により
医療需要ピークの時期
が大きく異なる

【既に完了】

香取海匝・安房

【2025年】5年後

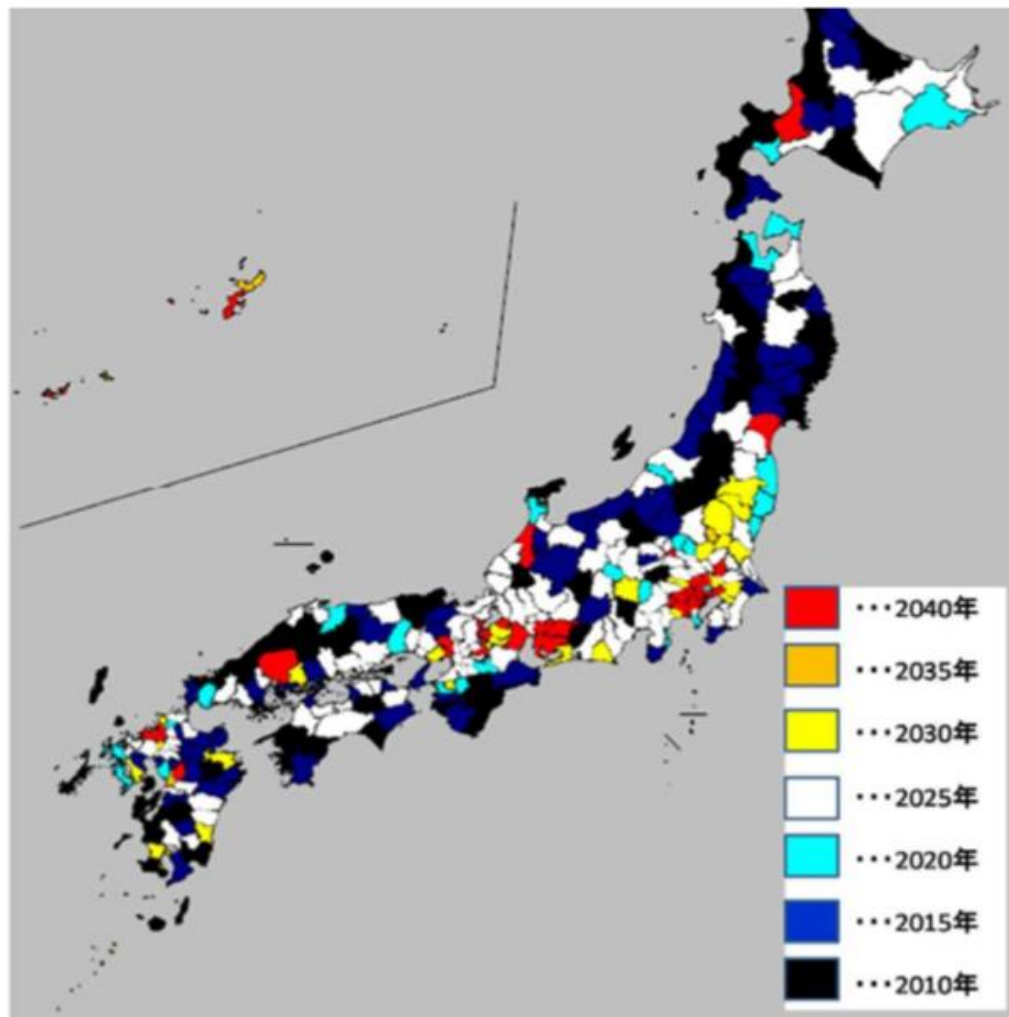
山武長生夷隅・市原・君津

【2030年】10年後

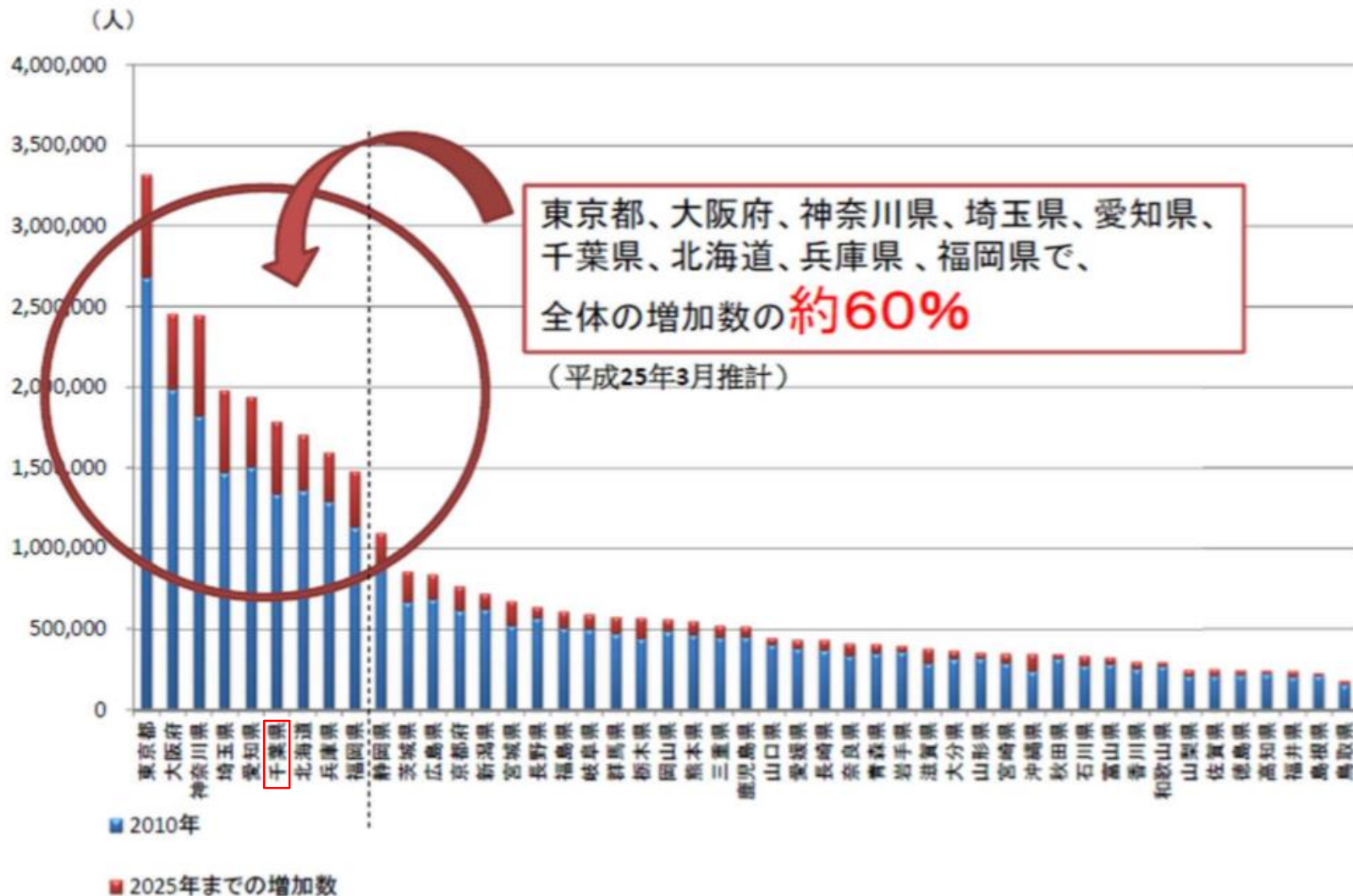
印旛・千葉・東葛北部

【2040年】20年後

東葛南部



高齢者人口の増加数：首都圏・大都市に集中



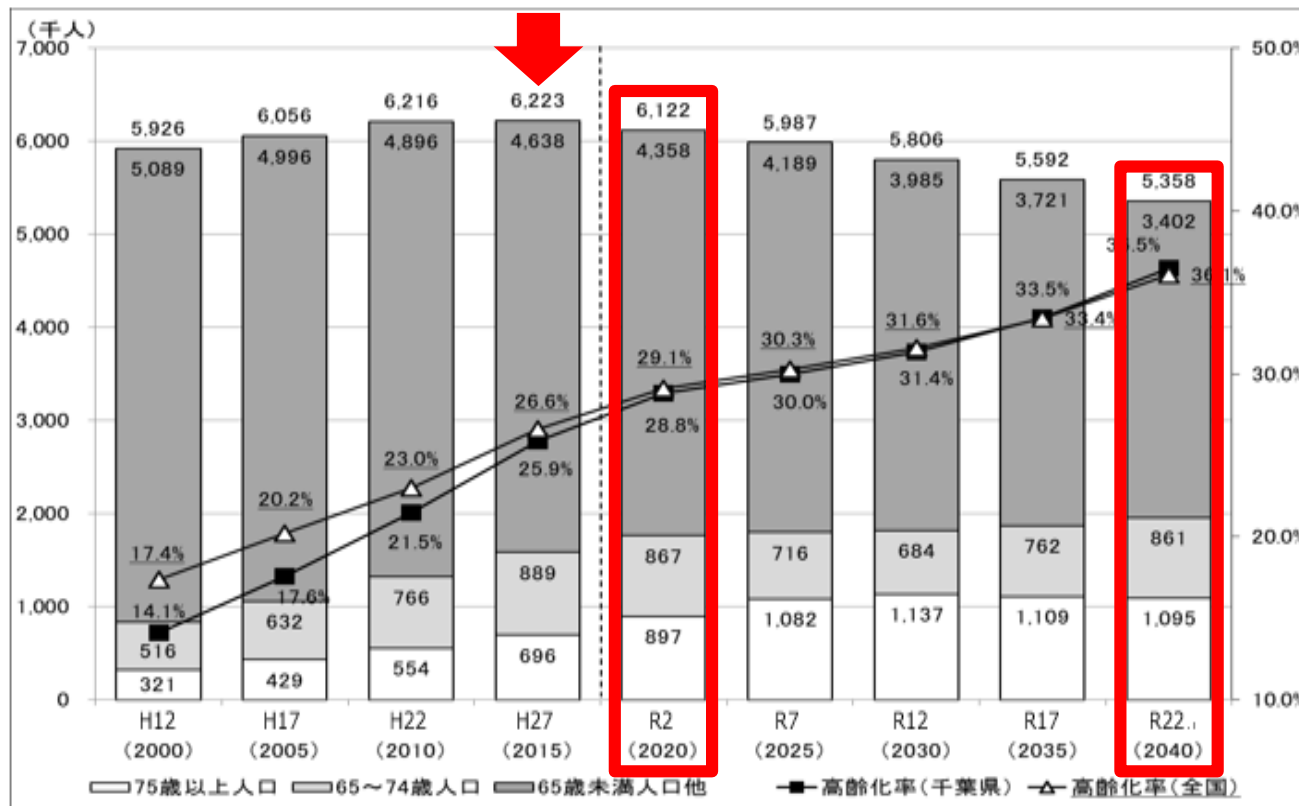
(国勢調査(平成22年)、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口(平成25年3月推計)」)

千葉県の人ロ：20年間で80万人減

千葉県の特性

- 今後**高齢者人口の急増**が見込まれており、地域の外来診療需要を満たすためには、効率的な医療提供体制の構築が緊急の課題。

【千葉県の人口及び高齢化率の推移】



・ 高齢者人口の増加率は、全国5番目に高い。

・ 令和7（2025）年には団塊の世代すべてが75歳以上の後期高齢者。

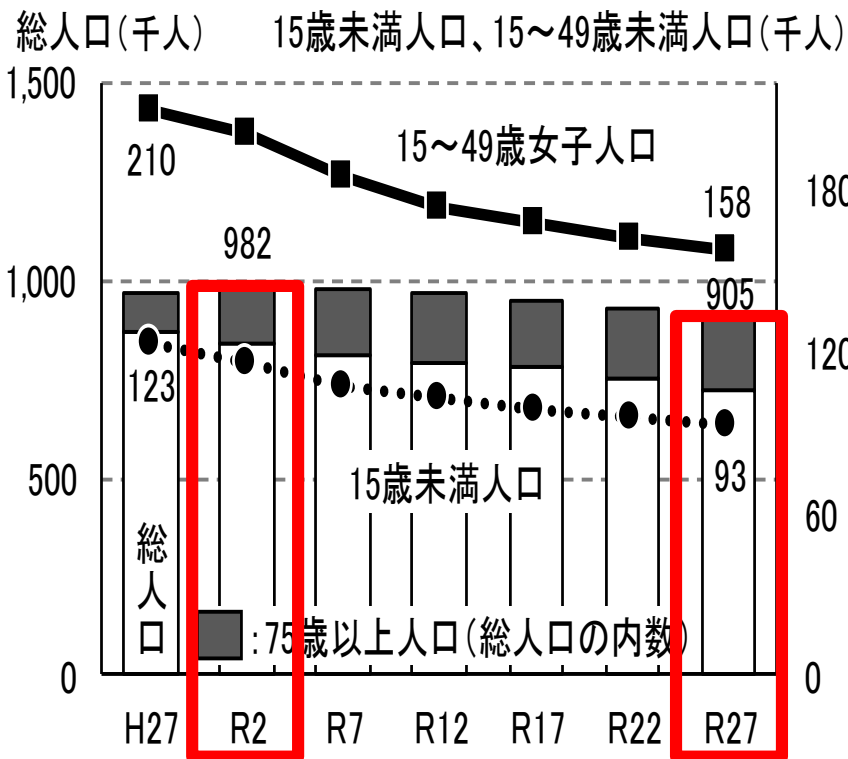
⇒ **高齢化率30%**になる

高齢者は20万人増！

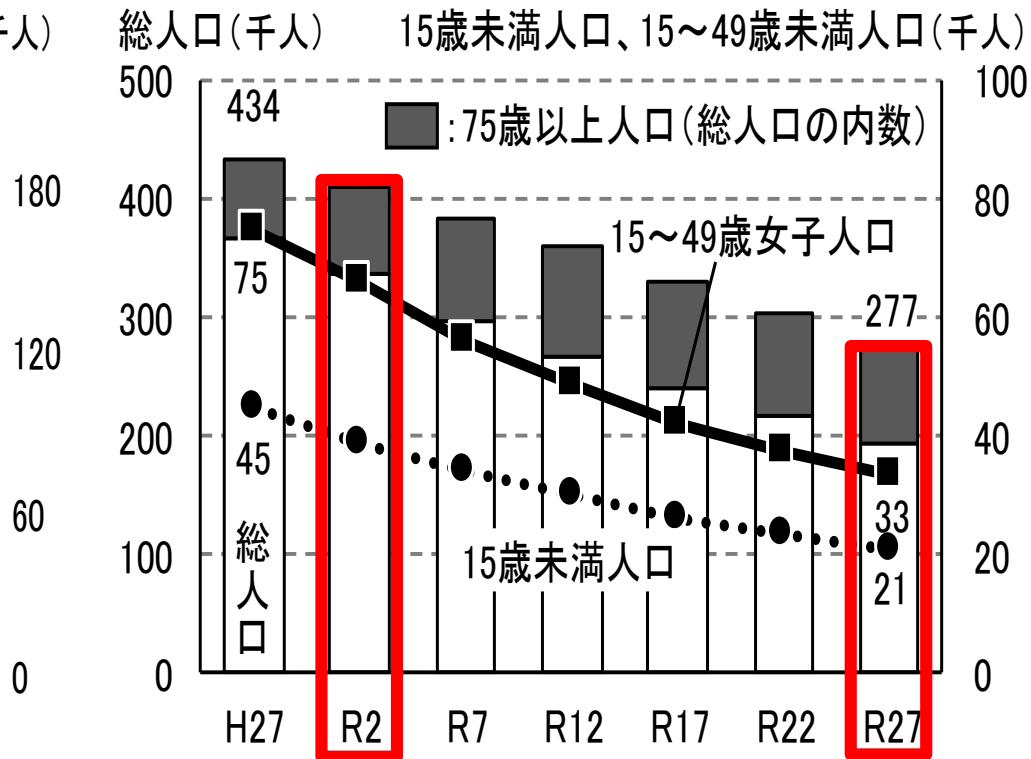
人口減少の速度は2次医療圏ごとに異なる

「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）

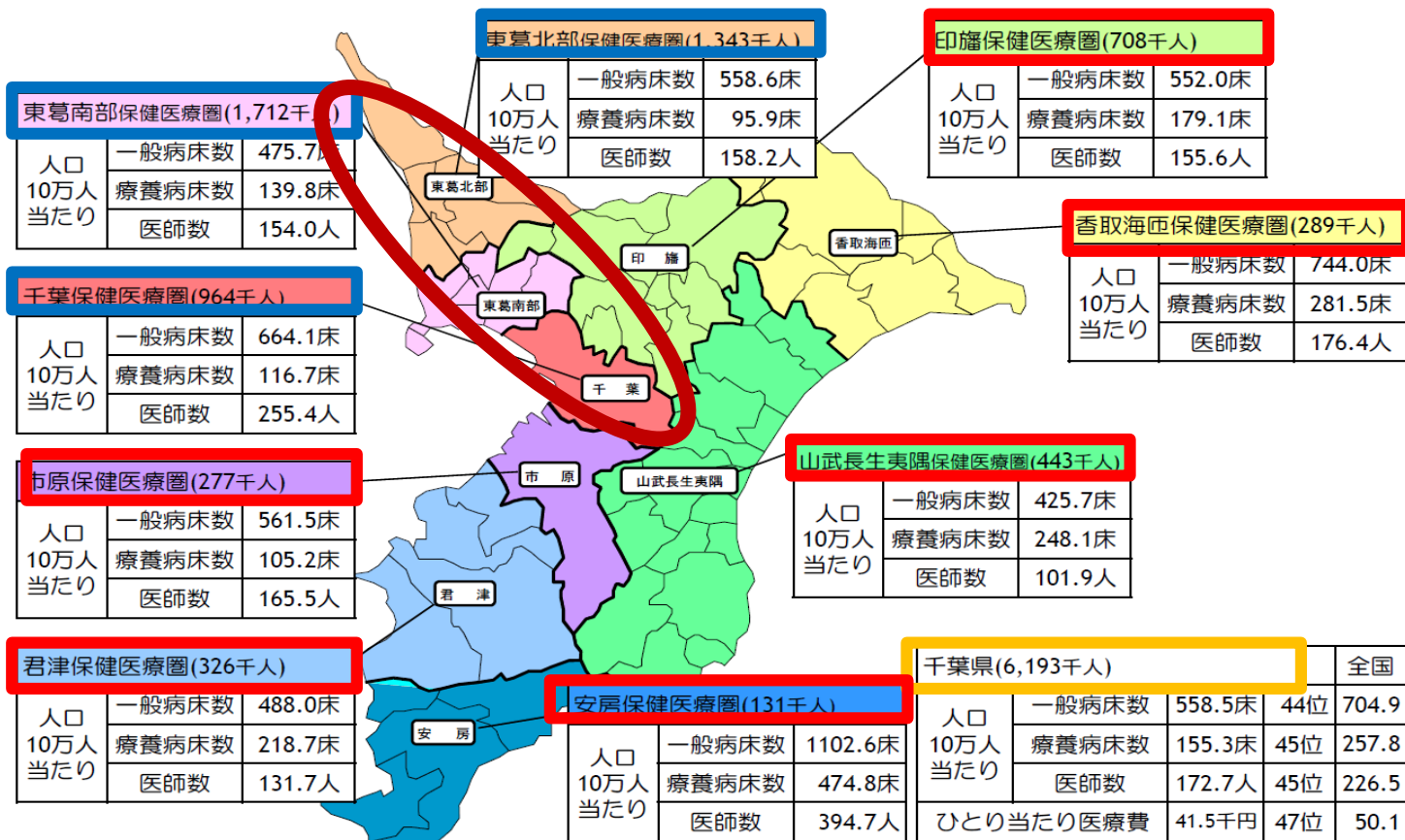
人口の将来推計(千葉)



人口の将来推計(山武長生夷隅)



千葉県 保健医療圏別の人口



人口：「千葉県毎月常住人口調査」（千葉県）による平成25年10月1日現在の人口
 一般・療養病床数：「医療施設調査」（厚生労働省）による平成25年10月1日現在の病院病床数
 医師数：「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）による平成24年12月31日現在の医療施設従事医師数
 医療費：「医療費の地域差分析」（厚生労働省）による平成25年度におけるひとり当たり実績医療費

(参照) 2015 (平成27) 年度千葉県地域医療構想及び保健医療計画の一部改正について

東葛北部 + 南部 + 千葉 = 約400万人
それ例外 = 約220万人

都道府県による医療政策の立案

1988年：「**千葉県保健医療計画**」策定

2009年：都道府県「**地域医療再生基金**」設置
その後「**医療介護総合確保基金**」へ

2014年：「**医療介護総合確保法**」の成立
都道府県で「**地域医療構想**」開始

2018年：「**医師確保法**」の成立

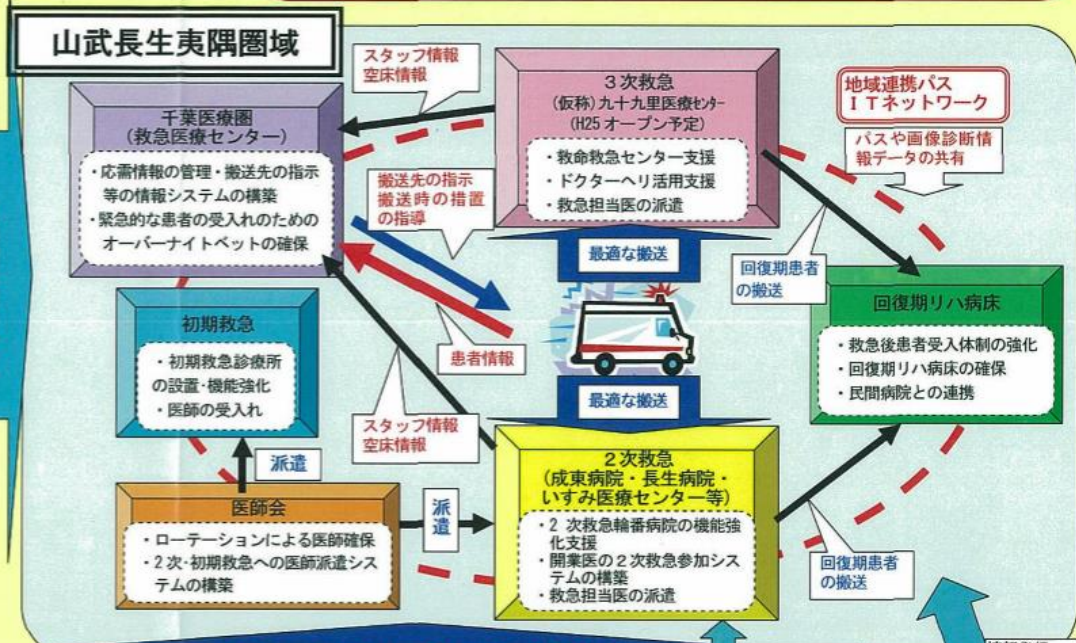
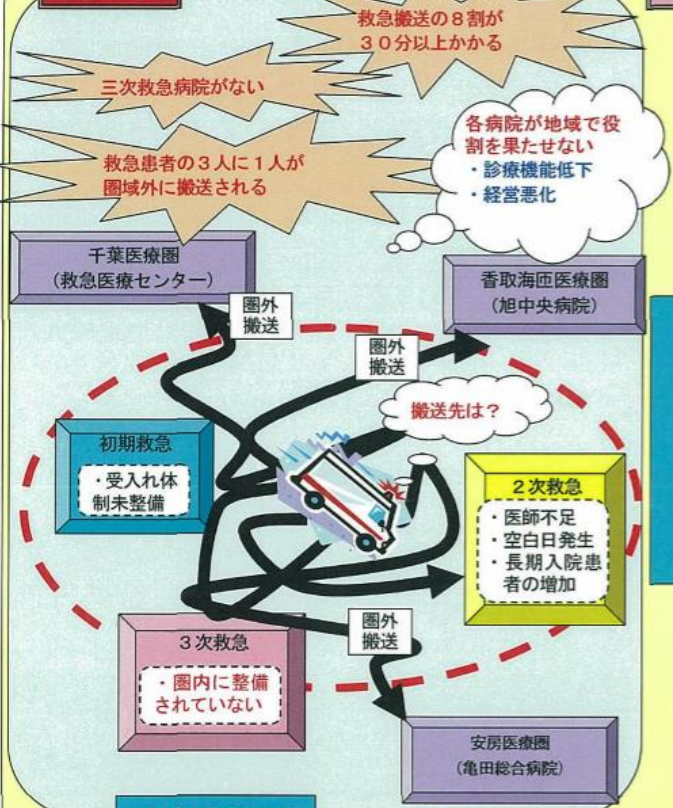
山武長生夷隅圏域（モデル圏域）での救急医療体制の構築

現状

体制構築後

対策

- ①（仮称）九十九里医療センターの救命救急センター機能の強化を行う。初期・二次救急を担っている施設の機能を強化し、救急患者の受け入れ能力を高める。
- ②回復期リハ機能を確保し、救急医療資源の効果的・効率的活用を図る。
- ③圏域内の救急医療資源と県救急医療センターをつなぐ救急コーディネートシステムを構築する。
- ④連携・ネットワーク化を支える地域医療連携バスの普及やITネットを整備する。
- ⑤千葉県全体の医師研修・配置の中核的機関の設置と救急医の派遣を行う。



地域医療再生

全県の体制整備・システム化

千葉県地域医療再生本部 バックアップ

医師確保・研修・就業支援

千葉県全体で研修医を支えるシステム

- 修学資金制度
- 授業料相当額の貸付制度
- 大学医学部の定員増
- 千葉大学・NPO法人 千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター【千葉県全体の医師研修・配置の中核的機関】
- 研修医の全県登録
- 臨床研修病院間の相互プログラム
- 研修医等の県内就職先の確保・支援
- 研修医チューター制度
- 看護師のスキルアップ（県内定着）

※NPO法人：県内の各臨床研修病院が参加している

救急医療等従事者の確保・研修

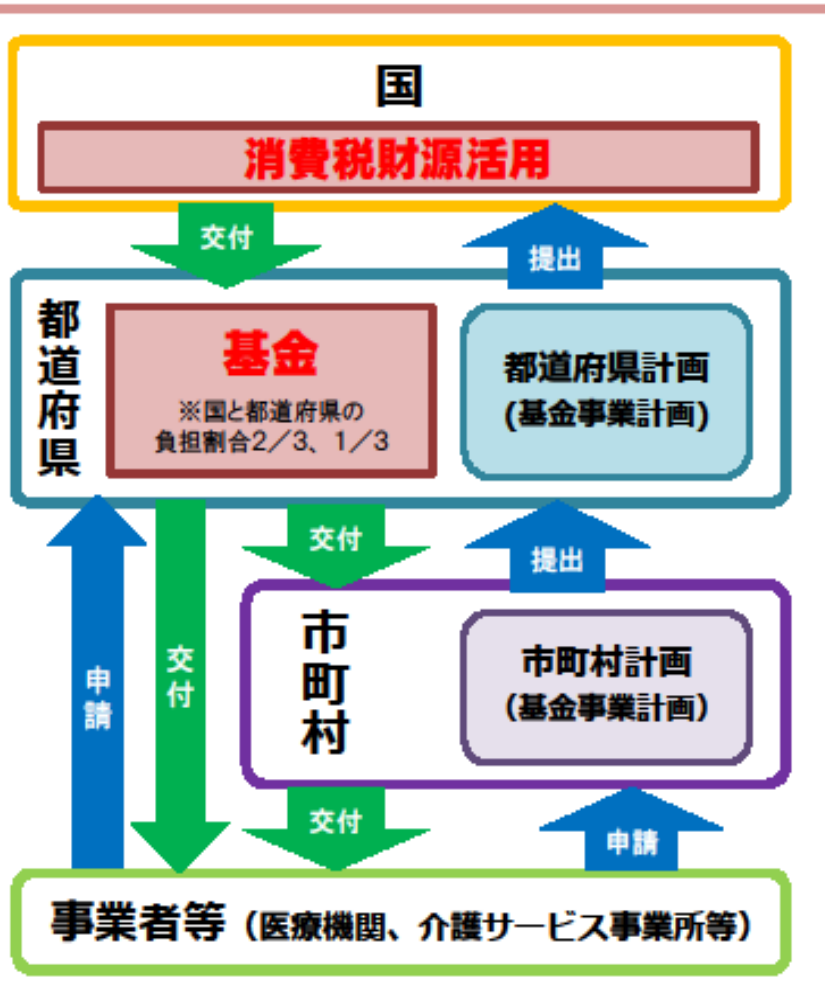
千葉県の救急医療の課題の解決

- 千葉県
- 寄附講座の設置【救急・麻酔・小児・産婦人科】
- 地域救急の研究
- 救急医派遣システムの構築
- 県立救急医療センター
- 連携
- 県内各地の救命救急センター
- 大学附属病院
- 実地研修の実施
- 最先端救急技術の習得
- 人的ネットワークの構築
- センター間の連携体制の構築

地域住民と医療関係者行政の協働

情報発信 ニーズ把握

地域医療介護総合確保基金について



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- 基金に関する基本的事項
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- 都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項
医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施
国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業(※)
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業(※)
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業(※)
- 5 介護従事者の確保に関する事業

※ 基金の対象事業は、平成26年度は医療を対象として1、2、4を、平成27年度以降は介護を含めて全ての事業とする。

(出典) 厚生労働省ホームページ

医療と介護の一体的な改革「地域医療介護総合確保基金の概要」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html>

千葉県の**確保基金**の活用状況について:2018年

平成30年度の実績（医療分）：**千葉県約13億円**

	施設整備等に関する事業	在宅医療に関する事業	医療従事者確保に関する事業
全県	233,358 千円	31,247 千円	1,018,875 千円

主な補助事業

在宅医療に関する事業

- 在宅歯科診療設備整備事業 …新たに在宅歯科診療を実施するために必要な設備整備及び在宅歯科医療における医療安全体制を確立するための設備整備に対し助成

医療従事者確保に関する事業

- 病院内保育所運営事業補助金 … 医療施設内の保育施設の運営費に対する助成
- 看護師等学校養成所運営支援事業…看護師等養成所の教育を充実させるため、養成所の運営に必要な経費に対し助成

千葉県の**確保基金**を活用したその他事業：2018年

医師修学資金貸付事業（平成30年度：新規43名、継続197名）

（事業概要）大学在学中の医学部生に対し、修学資金を貸し付けることにより、将来、県内の医療機関に従事しようとする者を確保し、本県における安定的な医療提供体制の整備を図る。

保健師等修学資金貸付事業（平成30年度：新規590名、継続1,091名）

（事業概要）看護師等学校養成所等に在学する者のうち、卒業後、県内で看護業務に従事しようとする者に対して修学資金の貸付を行い、県内における看護職員の確保及び質の向上を図る。

小児救急電話相談事業（平成30年度：41,916件）

（事業概要）夜間における子どもの急な病気やけがなどの際に看護師・小児科医師が保護者等からの電話相談に応じ、症状に応じた適切な助言、アドバイスを行う。もって、保護者等の不安を解消し、適切な受診判断により地域小児救急医療を補完する。

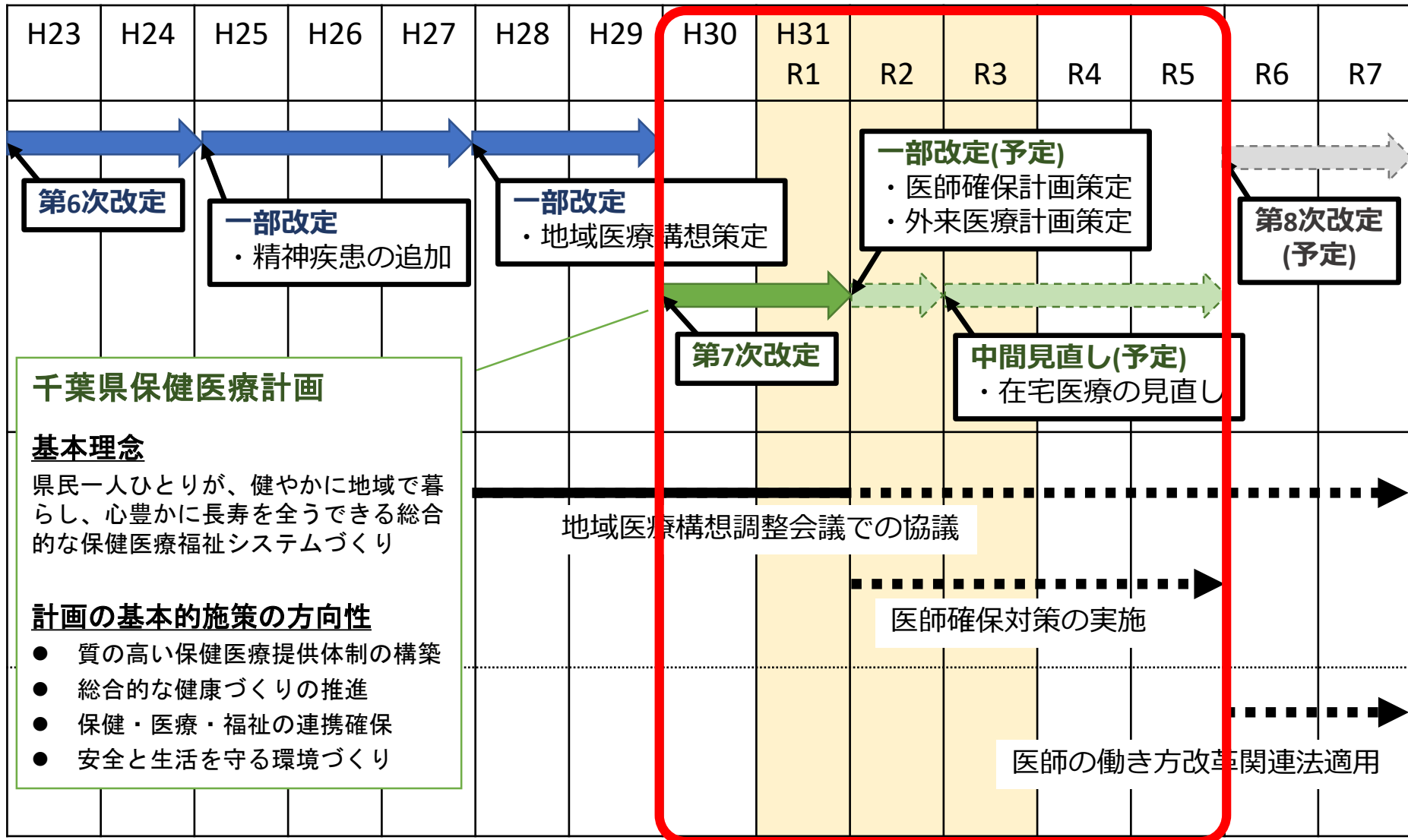
医師キャリアアップ・就職支援センター運営事業（平成30年度：説明会参加者1,828人）

（事業概要）若手医師の県内定着化を図るため、医師キャリアアップ・就職支援センターを運営し、医師のキャリア形成支援や就業支援に資する各種事業を実施する。

ナースセンター事業（平成30年度：離職看護師等の届出数1,026人、講習会の参加者263人）

（事業概要）看護職員の確保を図るため、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に基づき設置した千葉県ナースセンターにおいて、地域での出張相談や合同就職説明会、看護技術や訪問看護技術の講習会により復職支援策の強化を図る。

6年に1度の改定・毎年の見直し



医療法及び医師法の一部を改正する法律案のポイント

現状と課題

- 2008年以降の医学部臨時定員増による**地域枠での入学者**が、2016年以降診療に従事。
- 地域の医師偏在是正のため、**地域枠医師等**が、
 - ・**医師不足地域等での医療提供**を積極的に選択できる環境整備とともに、
 - ・医師の希望等を踏まえた**キャリア形成支援**が必要。

- 一部都道府県の医師確保対策の**体制が不十分**。
 - ・地域医療対策協議会未開催
 - ・医師派遣時、都道府県・大学間の連携が不十分
- 都道府県が**医師確保対策を主体的に実施**できる体制を構築する必要。

- 医学部段階・臨床研修段階**を通じ、医師は自らが研鑽した**地域に定着**する傾向。
- 新専門医制度**が2018年4月から開始。新制度開始後も、医師のキャリアや**地域医療への配慮**が継続される**仕組み**が必要。

- 外来医療について、
 - ・無床診療所の開設状況が都市部に偏在
 - ・医療機関間の連携の取組が地域状況に依存
- 外来機能情報の可視化・地域での機能分化・連携方針**を協議する**枠組み**が必要。

- 地域医療構想の推進を促す仕組み**が必要。

法案の概要

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設

- 医師少数区域等での勤務経験を厚生労働大臣が評価する**認定制度**を創設
- 認定医師のみを**地域医療支援病院等**の一定の病院の**管理者**とする

2. 都道府県における医師確保対策の実施体制整備

- 都道府県事務に、**キャリア形成プログラム策定**、**医師少数区域への医師派遣**等を追加
- 「**医師確保計画**」の策定や、大学・医師会・主要医療機関等を構成員とする**地域医療対策協議会**での**具体的医師確保対策の協議**を追加

3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実

- 医学部**…都道府県知事から大学に対する**地域枠・地元出身者枠の創設・増加の要請**
- 臨床研修**…厚生労働大臣から**都道府県知事**に**臨床研修病院の指定・定員設定権限**を移譲
- 専門研修**…**日本専門医機構等**に対する、専門研修実施に必要な措置実施に関する**厚生労働大臣の要請規定**、**意見聴取規定**等を追加

4. 地域での外来医療機能の偏在・不足等への対応

- 地域ごとに**外来医療提供体制の情報**を**可視化**し、不足・偏在等への対応を協議する場の**設置**、協議結果の**公表**を追加

5. 地域医療構想の達成を図るための都道府県知事権限追加

2019年4月：都道府県の権限強化
課題解決の主体は「県」にあり

今後の都道府県の役割（吉村まとめ）

① ビジョンの策定

長期・中期・短期ビジョン
基幹病院の役割の明確化
医療提供体制の再構築

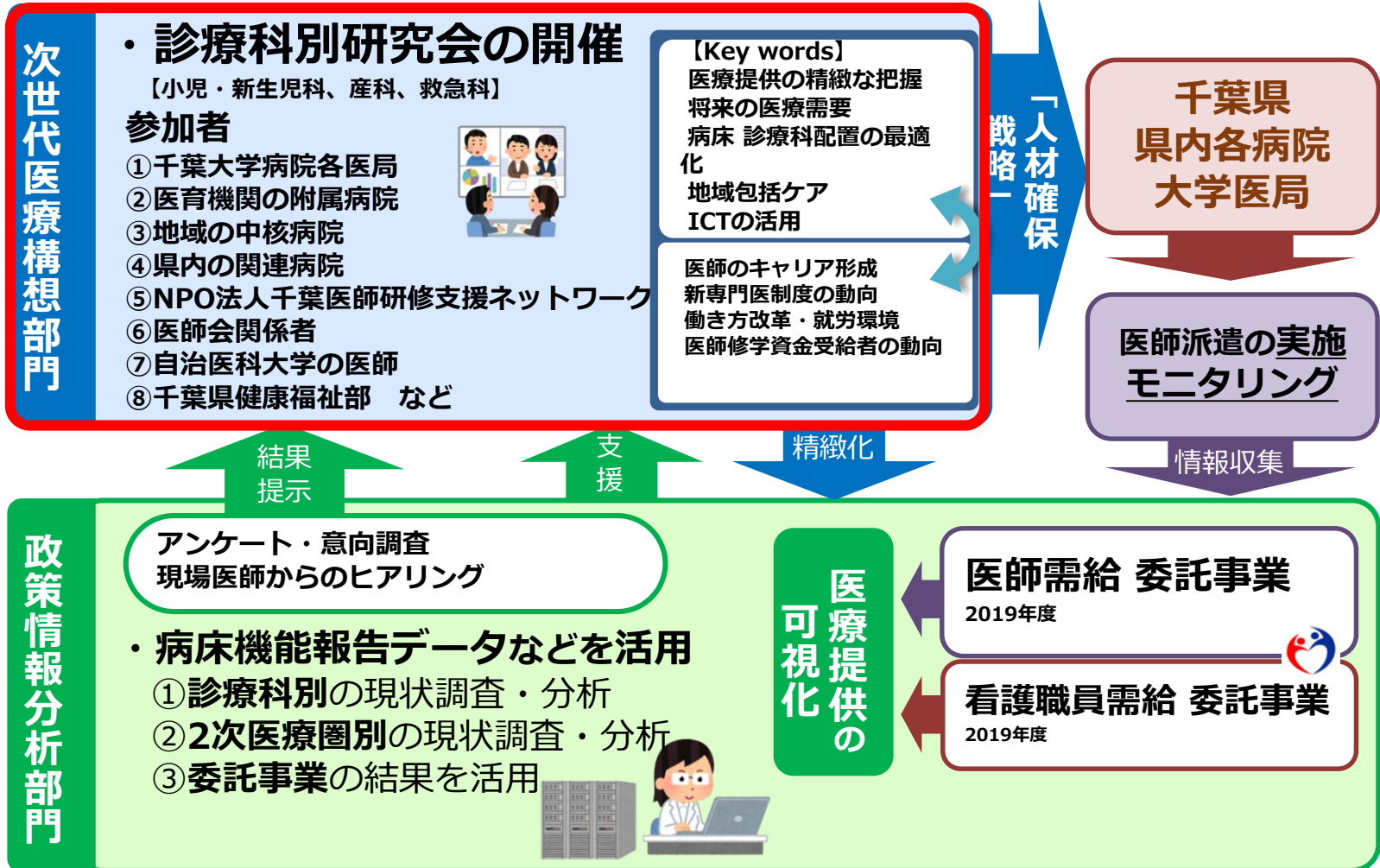
② 現場の情報収集

数値化データの収集
医療現場の要請・実態・評判

③ 人材の確保と育成

各診療科・大学医局との対話
働き方改革を踏まえた医師の再配置
魅力的な病院作り
修学資金生への地域医療教育

千葉大学医学部附属病院 次世代医療構想センター 研究計画の全体像



2040年を展望した医療提供体制の改革について

- 医療提供体制の改革については2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も少子高齢化の進展が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要。
- 2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、地域医療構想の実現等だけでなく、医師・医療従事者の働き方改革の推進、実効性のある医師偏在対策の着実な推進が必要。

2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

地域医療構想の実現等

- 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合意形成された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対策
- ③かかりつけ医が役割を発揮できるための医療情報ネットワークの構築や適切なオンライン診療等を推進するための適切なルール整備 等

三位一体で推進

医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ①医師の労働時間管理の徹底
- ②医療機関内のマネジメント改革(管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化(タスク・シフティングやタスク・シェアリング)、ICT等の技術を活用した効率化 等)
- ③**医師偏在対策**による地域における医療従事者等の確保(地域偏在と診療科偏在の是正)
- ④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進(これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む)⇒**地域医療構想の実現**

実効性のある医師偏在対策の着実な推進

- ①地域医療構想や2040年の医療提供体制の展望と整合した**医師偏在対策**の施行
 - ・ 医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
 - ・ 将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
 - ・ 地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を 都道府県ごとに算出
- ② 総合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリ・ケアへの対応

「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	<p>専門医研修病院・ 医師少ない地域 ⇒医師数増加</p> <p>研修病院でない・ 医師多い地域 ⇒医師数増加なし</p>	<p>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</p>	<p>医師を確保する 人件費の高騰 バイト医確保困難 タスクシフト 労働時間の管理</p>
クリニック	<p>新規開業の制約</p>	<p>連携先の病院の 見直し？</p>	<p>バイト医確保困難</p>
勤務医 (個人)	<p>専門医資格の重要性あ がる 新規開業に制約</p>	<p>「割の良い」勤務先 の減少 業務の密度上がる</p>	<p>勤務医：労働時間の 短縮と収入減</p>

現場への影響を考えながら、施策を進める

まとめ：第1講の講義編

①「人口減少・経済縮小」時代の社会保障

⇒再配分する資源がない。今後の医療は「撤退戦」。

②「国」は支援：方向の提示、進捗管理、データと財源の提供

「県」は主役：迅速な対応、リアルな情報収集、職員の育成

③「三位一体改革」で医療現場は劇的に変わる

行政機関と医療現場は「一連托生」

参考図書



第1講に関するもの：2冊

グループワークの進め方

19:50-20:40 50分 【6グループ】

「発言はシンプルに！公平に！」

・アイスブレイキング：5分

・テーマ①：計20分

議論+まとめ 12分

発表 8分

・テーマ②：計20分

議論+まとめ 12分

発表 8分

・全体質疑：5分

テーマ①

「千葉県の医療現場・医療行政の課題は？」

【医療現場で困っていることは??】

- 例・行政機関にはもっとこうして欲しい！
 - ・「病院」「診療所」の立場で！

【政策立案するときに困ることは??】

- 例・医学知識が専門的過ぎてわからない
 - ・医療現場の情報はどうやって集める？

議論の時間は12分間です！

テーマ②

「できたらいいな、こんなこと」

【課題の解決の為に】

- ・ 医療現場ができることは？
- ・ 行政機関ができることは？

⇒ブレインストーミング、自由な発想で！

⇒具体的に考えてみよう！！

議論の時間は12分間です！