

医師偏在指標等に係る患者流出入の調整について

新たな計画の策定にあたり調整会議でご検討いただきたいこと

- これまでの地域医療構想の取組を踏まえ、二次医療圏ごとの医療提供体制の整備を目的として医師確保及び外来医療の提供体制について調整会議で検討を行う。

1. 医師の確保について

- 主に修学資金貸与医師及び自治医科大学卒業医師の配置・調整について

検討事項

医師偏在指標の前提となる患者流出入

医療機関の役割分担の状況等を踏まえ、確保が必要な医師の診療科・数

計画への反映

医師少数区域（少数スポット）・多数区域の設定

医師の確保方針

医師の確保目標

2. 外来医療の提供体制について

検討事項

外来医師偏在指標の前提となる患者流出入

一次救急・在宅医療・公衆衛生等の地域に確保すべき外来医療機能

医療機器の活用状況

計画への反映

外来医師多数区域の設定

新規開業の際に協力をお願いする事項
各圏域で確保する外来医療機能の方針

医療機器の共同利用方針

3. 検討スケジュール ※医師確保・外来医療計画に関するもの

2019.5月	6月	7月～9月	10月	11月～
第1回調整会議 ・計画の概要 ・患者流出入について	・第1回調整会議の協議内容を取りまとめ ・患者流出入について厚労省へ報告	第2回調整会議 ・医師少数区域等、確保目標、方針 ・外来医療、医療機器	・第2回までの調整会議の協議を踏まえ、計画の県全体の方針を決定	第3回調整会議 ・計画案

医師偏在指標(暫定値)※H31.2.18厚生労働省公表値

○以下は、第28回医師需給分科会時において、厚生労働省が公表した医師偏在指標

順位	医師偏在指標		
	上位33.3%[多数] 下位33.3%[少数]	二次医療圏名	医師偏在指標
—	—	全国	238.6
22	多数	松本	339.6
84	多数	佐久	215.8
98	多数	諏訪	201.2
143		長野	178.9
179		大北	160.8
204		飯伊	151.2
269	少数	北信	129.1
270	少数	上伊那	127.7
284	少数	上小	121.7
300	少数	木曾	111.2
38	少数	長野県	199.6

- 厚生労働省が医師需給分科会で示した、左記の医師偏在指標は医療圏間の患者の流出入を反映させていない（患者の流出が起これないと仮定した数値）
- 医師偏在指標を確定させるにあたっては、都道府県及び医療圏間の患者の流出入を見込むことが必要



地域医療構想等の議論を踏まえ、医師偏在指標を確定させるにあたっての患者の流出入をどのように見込むべきか。

医師偏在指標(暫定値2)※H31.4月厚生労働省提示値

- 以下は、医師偏在指標の患者流出入調整係数について、厚生労働省が機械的に算定し、暫定値として都道府県に提示したものの。

【流出入調整係数の機械的算定】

入院患者流出入調整係数：2017年患者調査結果の入院患者の流出入数で算定

無床診療所患者流出入調整係数：2015年国勢調査結果の夜間人口に対する昼間人口の比率で算定

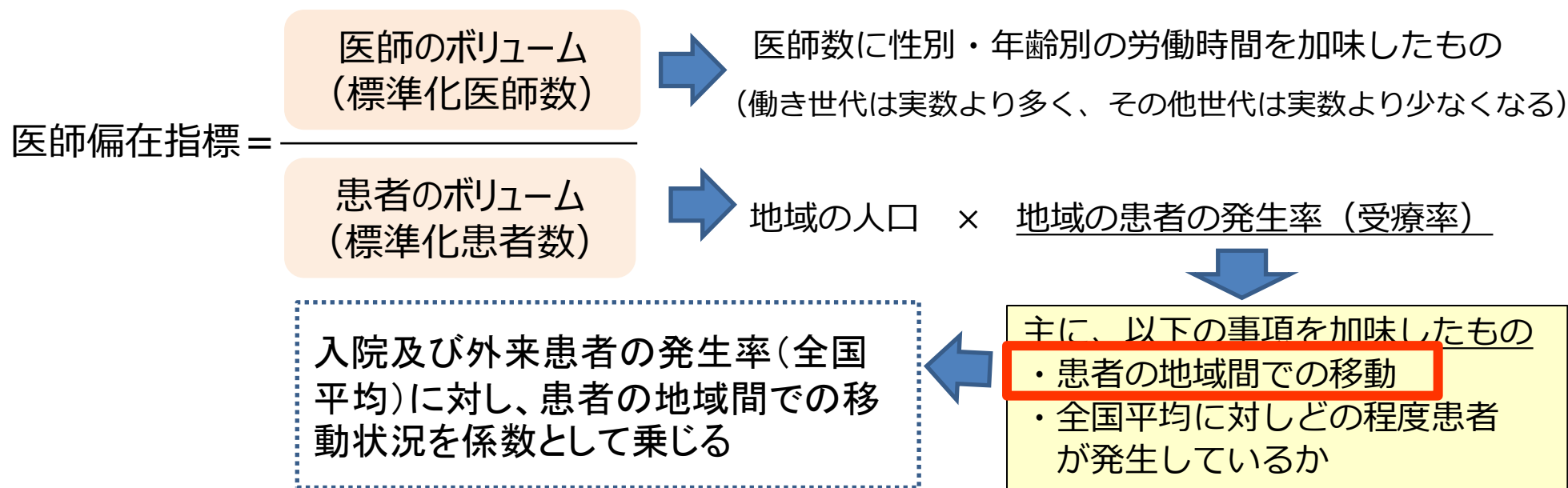
順位 (全国順位)	上位33.3%[多数] 下位33.3%[少数]	医療圏	H31.2.28 公表値	医師偏在指標	入院患者流出入 調整係数	無床診療所患者流 出入調整係数 (昼夜間人口比)
-	-	全国	238.6	238.6	1.000	1.000
1 (28)	多数	松本	339.6	310.0	1.154	1.010
2 (63)	多数	大北	160.8	251.3	0.500	0.948
3 (96)	多数	諏訪	201.2	210.3	0.947	1.002
4 (98)	多数	佐久	215.8	209.2	1.059	0.990
5 (177)		長野	178.9	176.0	1.039	1.004
6 (209)		木曾	111.2	166.3	0.333	0.993
7 (227)	少数	飯伊	151.2	160.8	0.938	0.998
8 (245)	少数	北信	129.1	155.1	0.778	0.964
9 (279)	少数	上伊那	127.7	143.0	0.857	0.983
10 (313)	少数	上小	121.7	127.6	1.000	1.003
(37)	少数	長野県	199.6	201.1	1.005	0.998

医師偏在指標の考え方について

医師偏在指標：各地域で対応する患者に対し医師がどれだけ配置されているかを地域間で比較するもの

- 医師確保計画に基づき、全国で医師偏在対策を実施するためには、各地域の医師配置の状況を相対的に把握できる指標が必要
- 「医師偏在指標は」地域間の医師配置の状況を比較するための目安であって、指標のみで各地域の医師不足の状況を判断するものではないことに注意

算定式の考え方



患者の流出入を見込むにあたっての考え方

- 医師の確保を進める前提となる、県全体及び圏域ごとに整備する医療機能や病床数等の考え方は以下の通り。

1. 地域医療構想における2025年の病床数の整備の考え方

(1) 都道府県間の流出入


山梨県から長野県へ流入している患者、長野県から岐阜県へ流出している患者については、**将来も同様に患者の流出入が続くと仮定し病床数を算定**

(2) 医療圏間の流出入

長年にわたり、民間や公共部門の投資が行われ培われてきた成果であり、2025年までの間に現在の医療提供体制の基盤が大きく変動することは考えにくいことから、**将来も同様に患者の流出入が続くと仮定し病床数を算定**

2. 医療計画における主たる疾病や政策医療の医療体制の整備の考え方

- 現行の各医療圏の医療体制において、**単一圏域で賄うことが難しい医療機能については、複数圏域で連携した体制を構築**する。
- ただし、**単一圏域で賄うことができない医療機能の基本的な体制は、当該圏域でも確保することが可能となるよう、総合確保基金を活用した対策を実施（脆弱二次医療圏対策）**

- 
- これまでの県の医療政策を踏まえ、医師偏在指標についても現行の患者の流出入をレセプトデータを活用し見込むこととする。
 - ただし、医師少数区域でなくとも、医療計画の脆弱二次医療圏対策等において基本的な医療体制を整備するため医師の確保を必要とする地域は、「医師少数スポット」に指定し、必要な対策を行う。
 - また、3年（初回は4年）ごとの計画策定時に、その時点で直近値となる患者の流出入を見込み指標の修正を行う。

患者の流出入の見込み方について(案)

○厚生労働省は、入院患者の流出入を2017年患者調査結果で見込むとしているが、

- 患者調査は、3年ごとに9月の調査日当日の入院患者の状況を調査するものであり、季節性等を加味するには、悉皆性に欠くこと。
- 地域医療構想における病床数の推計、医療計画における基準病床数の算定、二次医療圏の設定の際には、レセプトデータを基にした患者の流出入を踏まえ、政策を立案していること。

を踏まえ、医師偏在指標についても、レセプトデータに基づく流出入を加味する。

○具体的には、2017年の患者調査に基づく(※)入院患者数(流出入前)を、2016年度の国保・後期高齢レセプトデータに基づく医療圏間の患者流出入割合で案分して流出入患者数を見込む。

※入院患者の実数は全国ルールで患者調査を用いるとしている。

○外来患者の流出入は、2017年の患者調査に基づく無床診療所の患者数(流入出前)を、2017年度のレセプトデータを活用し案分するとしており、長野県の入院患者の流出入調整方法と同様なため、当県独自に調整は行わない。

単位：千人/日	入院患者数 施設所在地										患者総数(患者 住所地) 固定値	患者流出入		
	2001 佐久	2002 上小	2003 諏訪	2004 上伊那	2005 飯伊	2006 木曾	2007 松本	2008 大北	2009 長野	2010 北信		患者流出入数 (千人/日)	患者流出入調 整係数	
入院患者数	2001 佐久	1.5	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.6	0.2	1.146
患者住所地	2002 上小	0.2	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	1.9	△ 0.1	0.960
	2003 諏訪	0.0	0.0	1.7	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	1.8	0.1	1.055
	2004 上伊那	0.0	0.0	0.1	1.2	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	1.4	△ 0.2	0.882
	2005 飯伊	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	0.0	1.005
	2006 木曾	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	△ 0.1	0.633
	2007 松本	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	3.6	0.1	0.0	0.0	3.8	0.3	1.074
	2008 大北	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.0	0.0	0.4	△ 0.0	0.970
	2009 長野	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.9	0.1	5.1	0.2	1.036
	2010 北信	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.7	0.9	△ 0.2	0.804
	患者総数(施設所在地)	1.8	1.8	1.9	1.2	1.5	0.1	4.1	0.4	5.3	0.7	18.6	0.3	1.016

産科・小児科及外来医師偏在指標の患者の流出入について(案)

- 医師偏在指標は、医師全体の指標の他、産科及び小児科の指標も算出する必要があるが、それぞれ指標の算出に用いるデータに限界があることから、以下の整理で対応

1. 産科の偏在指標

- ・ 指標に活用する分娩件数は、里帰り出産等を加味した医療施設調査の分娩件数を活用
- ・ 妊婦の所在地と分娩を行った医療機関の所在地の両方を把握できるデータは現状存在しないため、患者（妊婦）の流出入調整は行わない。※全国統一の対応

2. 小児科の偏在指標

- ・ 厚労省案では、医師全体の偏在指標における長野県の流出入調整案と同様に、患者調査の患者数をレセプトデータの流出入割合で案分したものを活用するため修正は行わない。

3. 外来医師偏在指標

- ・ 厚労省案では、医師全体の偏在指標における長野県の流出入調整案と同様に、患者調査の患者数をレセプトデータの流出入割合で案分したものを活用するため修正は行わない。

流出入調整の方法・活用データのまとめ

	入院患者の流出入状況	外来患者の流出入状況
医師全体	2017年患者調査に基づく入院患者数（流出入前）を2016年度のレセプトデータの流出入割合で案分	2017年患者調査に基づく外来患者数（流出入前）を2017年度のレセプトデータの流出入割合で案分
産科	指標算出の基となる分娩件数は現状のデータでは流出入調整を実施することが不可能であるため、流出入調整は実施しない。	
小児	2017年患者調査による0-14歳の患者数（流出入前）を2017年度のレセプトデータの流出入割合で案分	
外来医師	—	2017年患者調査に基づく外来患者数（流出入前）を2017年度のレセプトデータの流出入割合で案分

流出入調整後医療圏別医師偏在指標

- 患者の流出入を調整した各医療圏の医師偏在指標
- 確定値は、厚生労働省において、各都道府県の流出入調整結果を踏まえ本年夏を目途に改めて算定を行う。

	調整前		調整後		標準化医師数 (人)	2018年人口 (10万対)	標準化 受療率比	参考	
	暫定値1 (H31.2.18)	暫定値2 (H31.4)	医師偏在指標 ①/ (②×③)	県内順位				入院患者流出 入調整係数	無床診療所流 入調整係数
佐久	215.8	209.2	196.4	2	504	2.10	1.22	1.146	1.022
上小	121.7	127.6	129.8	10	276	2.00	1.06	0.960	1.031
諏訪	201.2	210.3	195.7	3	449	2.00	1.15	1.055	1.000
上伊那	127.7	143.0	140.7	8	260	1.86	0.99	0.882	0.983
飯伊	151.2	160.8	153.0	7	294	1.64	1.18	1.005	1.007
木曽	111.2	166.3	130.1	9	34	0.28	0.93	0.633	0.777
松本	339.6	310.0	323.7	1	1,534	4.29	1.11	1.074	1.026
大北	160.8	251.3	173.4	5	116	0.60	1.11	0.970	0.870
長野	178.9	176.0	176.5	4	1,070	5.49	1.11	1.036	1.002
北信	129.1	155.1	153.9	6	138	0.90	1.00	0.804	0.946

(参考) 調整前いき値

H31.2.18時点 多数いき値：192.2 少数いき値：147.0

H31.4時点 多数いき値：201.2 少数いき値：162.2