

持続可能で質の高い医療を提供し続けるための 新潟県地域医療構想の実現に向けた今後の方向性

令和3年4月
新潟県福祉保健部

1. 背景・趣旨

2. 将来的に維持すべき体制

3. 今後の方向性

(1) 地域で高度な医療を支える柱となる病院

(2) 地域包括ケアシステムを支える医療機関

4. 留意すべき論点・検討課題

(1) 議論の前提

(2) 機能分化・連携について

(3) 救急医療体制について

(4) 経営面の課題について

(5) 医師確保について

(6) その他

1. 背景・趣旨

1. 背景・趣旨①

【医療ニーズの変化】

人口構造の変化により医療ニーズが変化し、今後、多くの医療資源の投入を必要とする高度な治療や手術のニーズは減少していく。一方で、一部の地域を除けば、当面の間は75歳以上の後期高齢者は増加し、誤嚥性肺炎などの疾患の医療のニーズは増加が見込まれる。

【医療機能の維持】

医療ニーズがこのように変化していく中、多くの病院で従来の急性期機能を中心とした医療を提供し続けようとすることは、減少していく患者を互いに奪い合うことにもなる。それぞれの病院は、「医療の質の担保」と「安定した経営」を持続できるほどの急性期患者を確保できず共倒れになり、結果として、地域に必要な医療提供機能が失われかねない。

【医療資源の効率的な活用】

また、元来より本県では医師等が不足し、また、広い県土に分散する中、2024年4月から開始となる医師の働き方改革における時間外労働の上限規制の適用により、一定数以上の医師を配置することができない病院では、休日・夜間の救急患者受入が困難になる可能性がある。そのため、地域で24時間365日の二次・三次救急体制を確保するためには、限られた医療資源（医師等）をいかに効率的に活用していくかが課題となる。

1. 背景・趣旨②

【若い医師の確保】

さらに、将来に渡り新潟県の**医療の質を確保**していくためには、県全体として次世代を担う**若い医師が集まり、育てることのできる環境を整備**する必要がある。そのためには、**医師や症例数を集約し、都市部の大病院と比較しても遜色のない、住民だけではなく、医療従事者にとっても魅力的な病院を残していく**ことが重要になる。

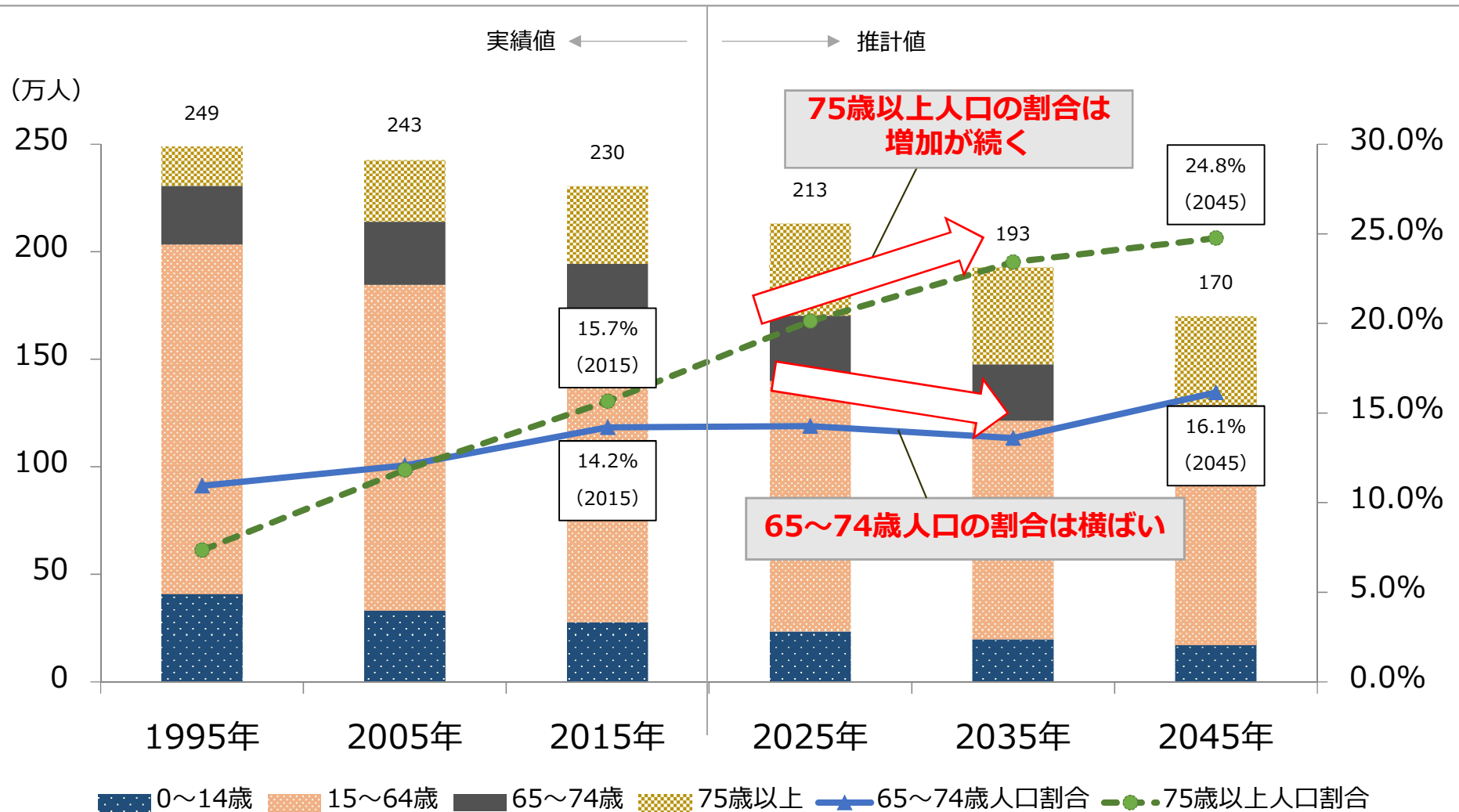
【今後の方向性】

医療介護総合確保推進法により持続可能な地域医療の確保が求められ、2年に渡り**公立・公的病院を対象に、各地域で地域医療構想調整会議を行ったが、全国的に更なる機能再編等の議論の必要性が指摘**されている。今後、各医療機関が自らの医療機能を見直した内容を踏まえ、連携のあり方を**具体化**していくこととなるが、その議論を各圏域において具体的に進めていくための**羅針盤**として、**目指すべき役割分担のあり方に関する大枠の方向性**や、**議論に当たって留意すべき論点**等を以下に提示する。

人口減少と後期高齢者の増加は確実に起こる未来（新潟県の将来推計人口）

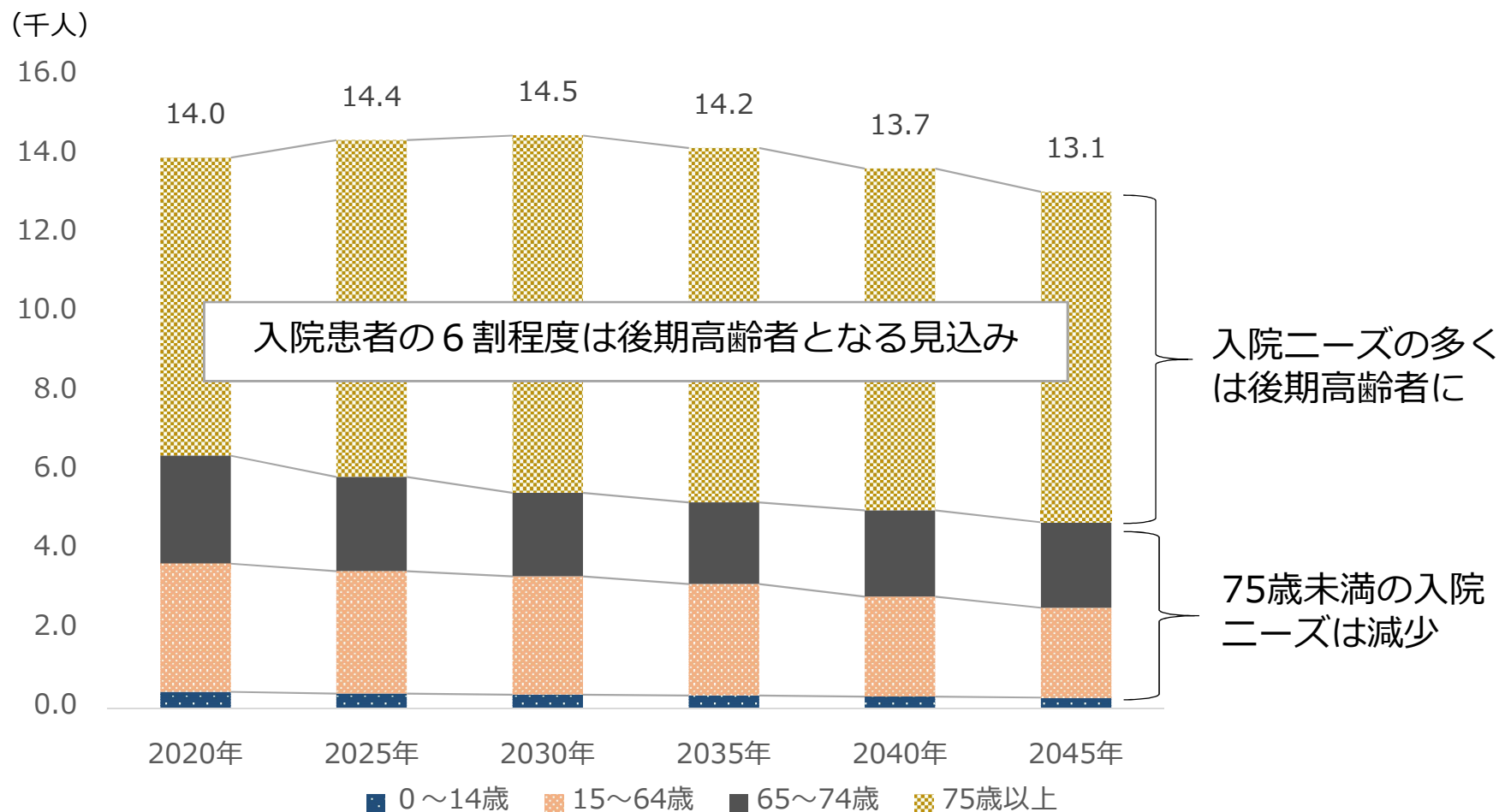
補足1-1

- 既に「0～14歳」、「15～64歳」は減少
- 「65～74歳」は今後減少
- 後期高齢者「75歳以上」の割合は増加が続く



○ 今後の入院ニーズの多くは後期高齢者

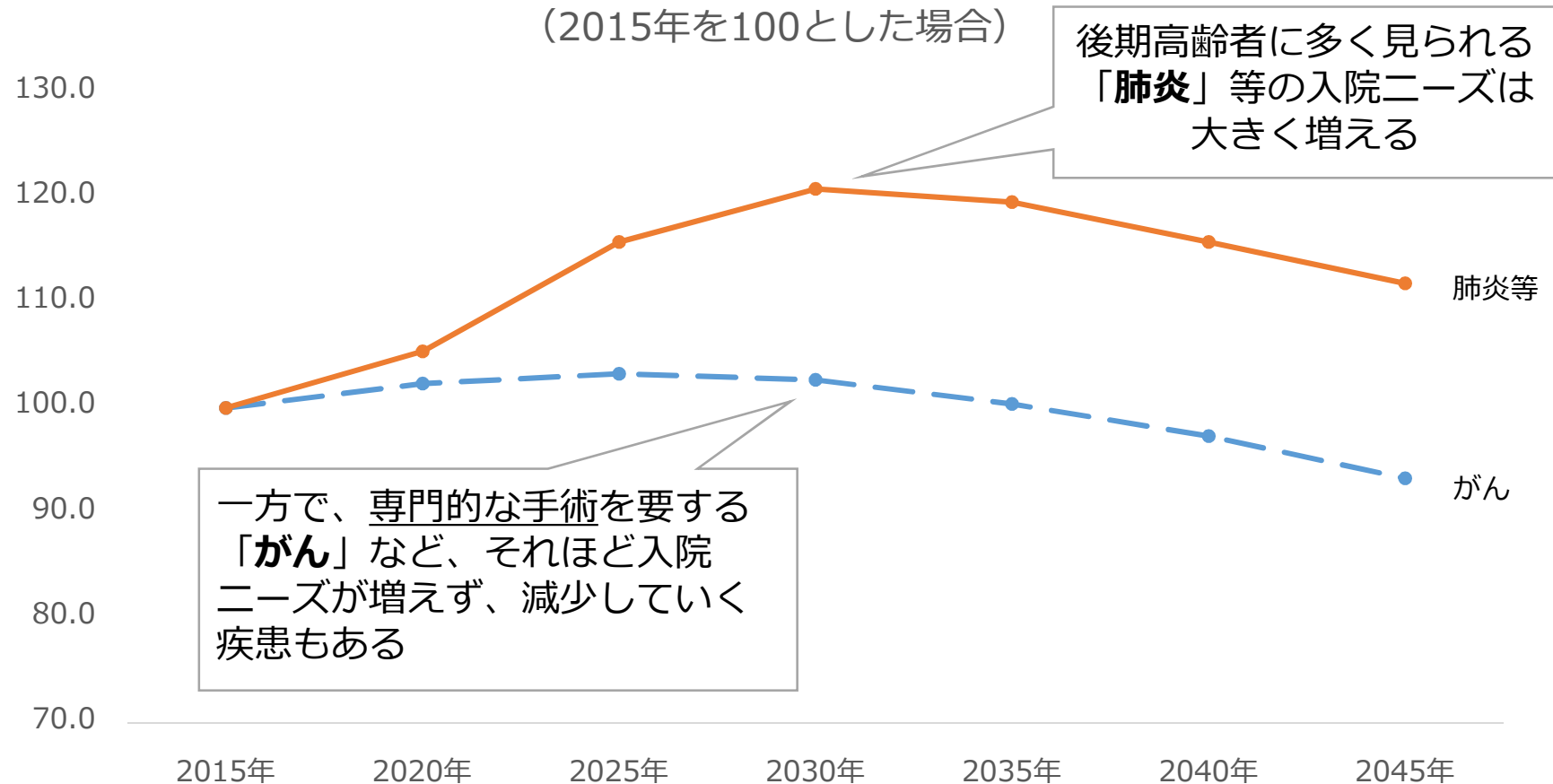
年齢階級別の推計入院患者数（一般病床）



- 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)



後期高齢者に多く見られる「肺炎」等の入院ニーズは大きく増える

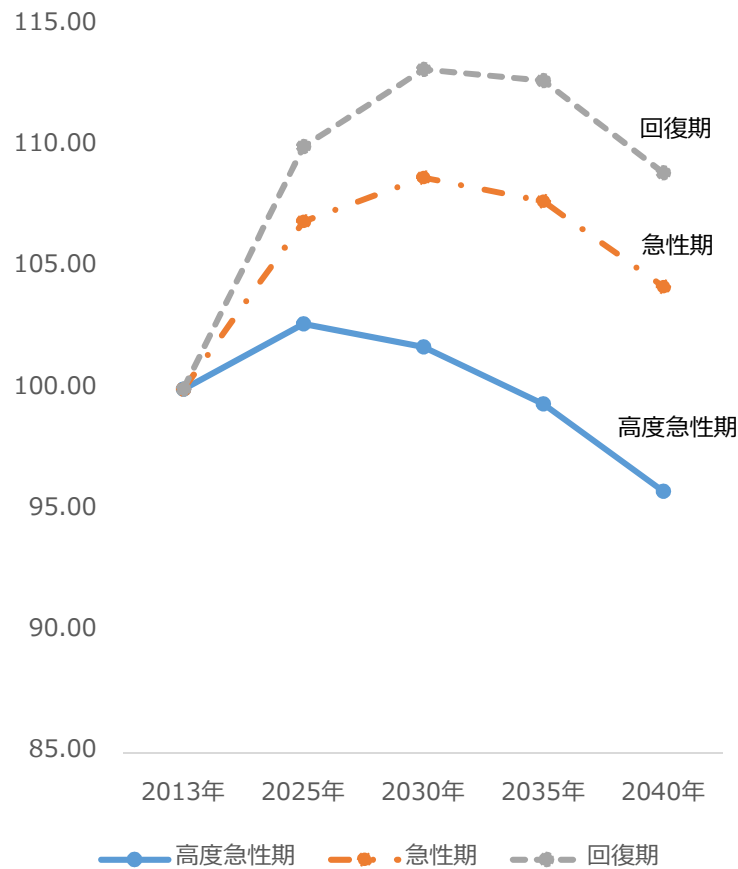
一方で、専門的な手術を要する「がん」など、それほど入院ニーズが増えず、減少していく疾患もある

地域医療構想の必要性 ～人口構造と入院医療ニーズの変化への対応～

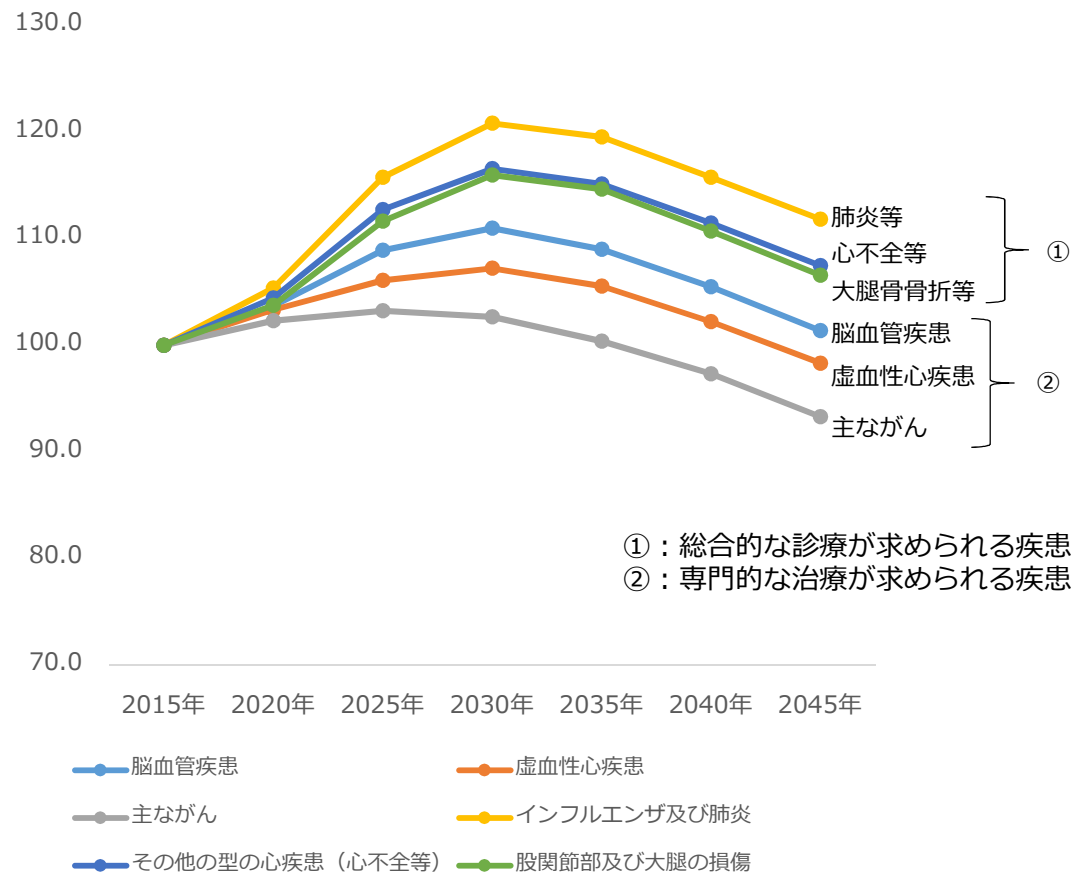
補足1-4

- 今後の入院需要は、総合的な診療が求められるような（医療資源投入量がそれほど多くない）疾患がボリュームゾーンとなる一方、高度・専門的な治療が求められる（医療資源投入量が多い）疾患は相対的に縮小。
- 減少傾向にある高度・専門的な治療が求められる疾患（症例）が分散すると、次世代を担う医師を育成するための環境を確保できず、県内医療の質の低下や更なる医師不足につながりかねない。

地域医療構想算定式による本県の入院需要
(2013年を100とした場合)



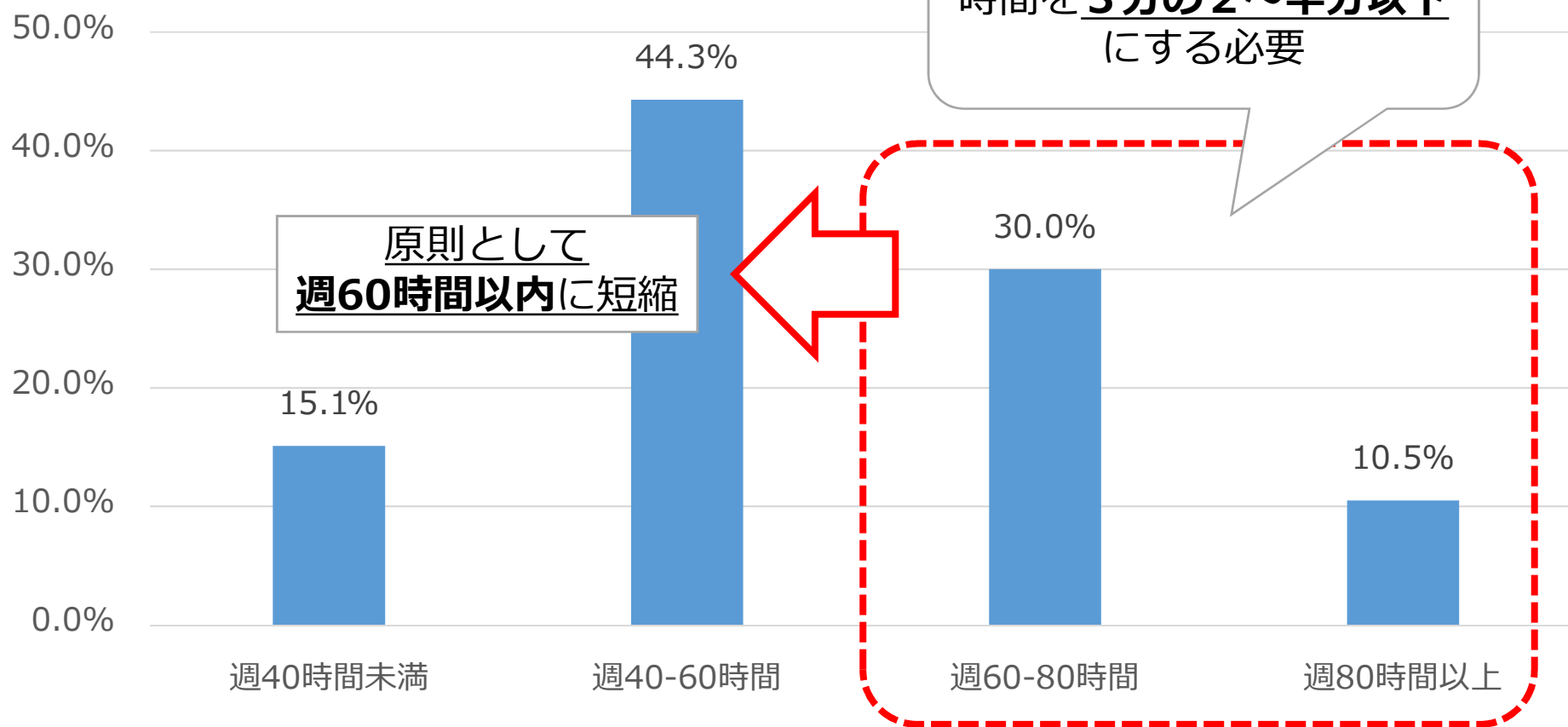
本県の一般病床推計入院患者数
(2015年を100とした場合)



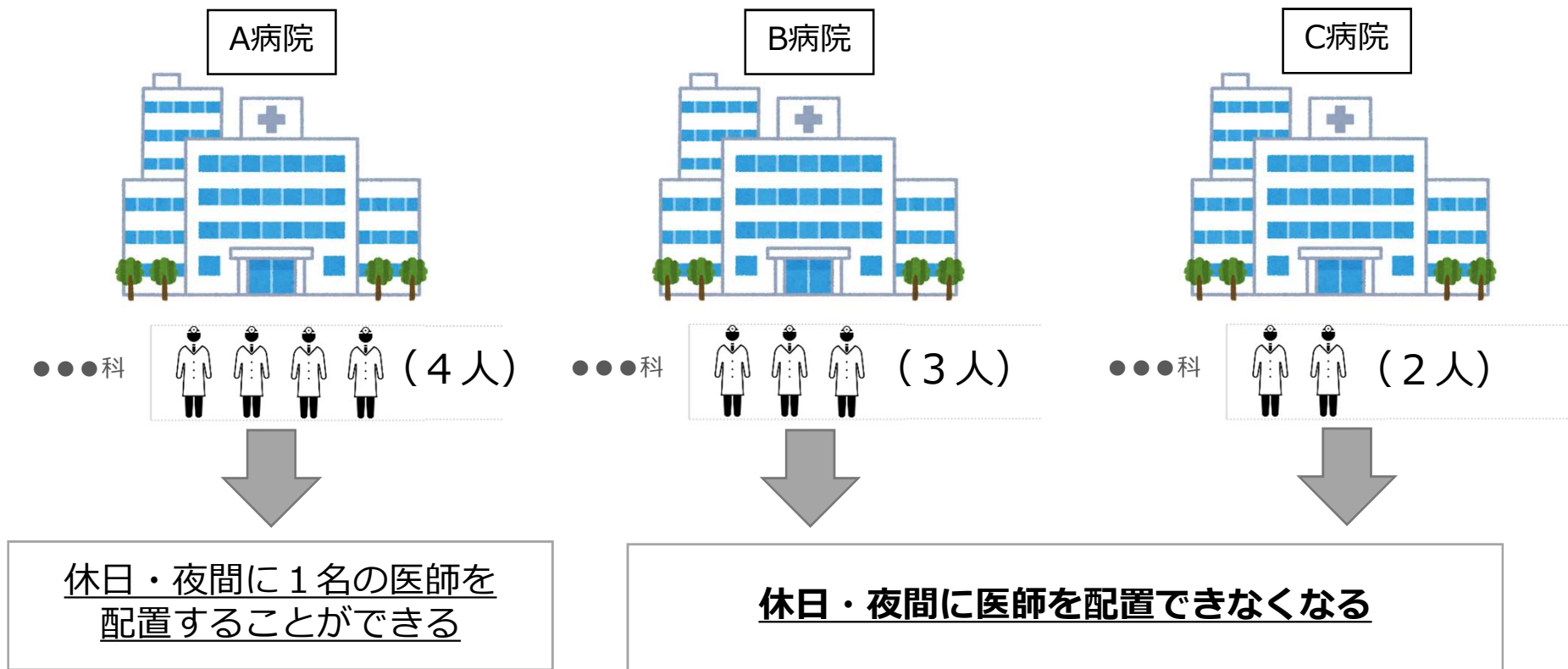
- 医師の長時間労働を抜本的に解消するため、2024年度以降、時間外労働の上限を原則：年間960時間（週の総労働時間：60時間）以内へ

※例外的に年間1860時間以内まで認められる場合あり

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



- 時間外勤務の上限を**年間1860時間**とした場合でも、医師が**4人以上いない診療科**では、**2024年度以降**、休日・夜間（時間外）の診療体制（=救急体制）を確保することができなくなる



※ただし、4名の医師がそれぞれ年間1860時間（月155時間）程度の時間外勤務に従事することが必要

それでも激務! (さらなる集約化も必要?)

- 宿日直（休日・夜間）は全て時間外労働とするなどの一定の条件を設定し、各科、休日・夜間の1名体制を確保するために最低限必要となる医師数を試算すると、A水準では9人、B水準では4人となる。
- 医師の時間外労働の上限規制が施行される段階では、仮にこれまでと同じ医師数を確保できていたとしても、受入可能な救急件数が減少するなどの影響があるのではないかと懸念されている。

時間外労働時間と必要医師数の試算

<仮定条件の設定>

- ・宿日直（休日・夜間）は全て時間外労働とする
- ・休日・夜間は1名体制
- ・全員が、宿日直、時間外労働を均等に行う
- ・1ヶ月30日（平日22日、休日8日）とする
- ・平日は1日1時間の時間外労働が平均的に発生

<1ヶ月に発生する延べ時間外労働時間>

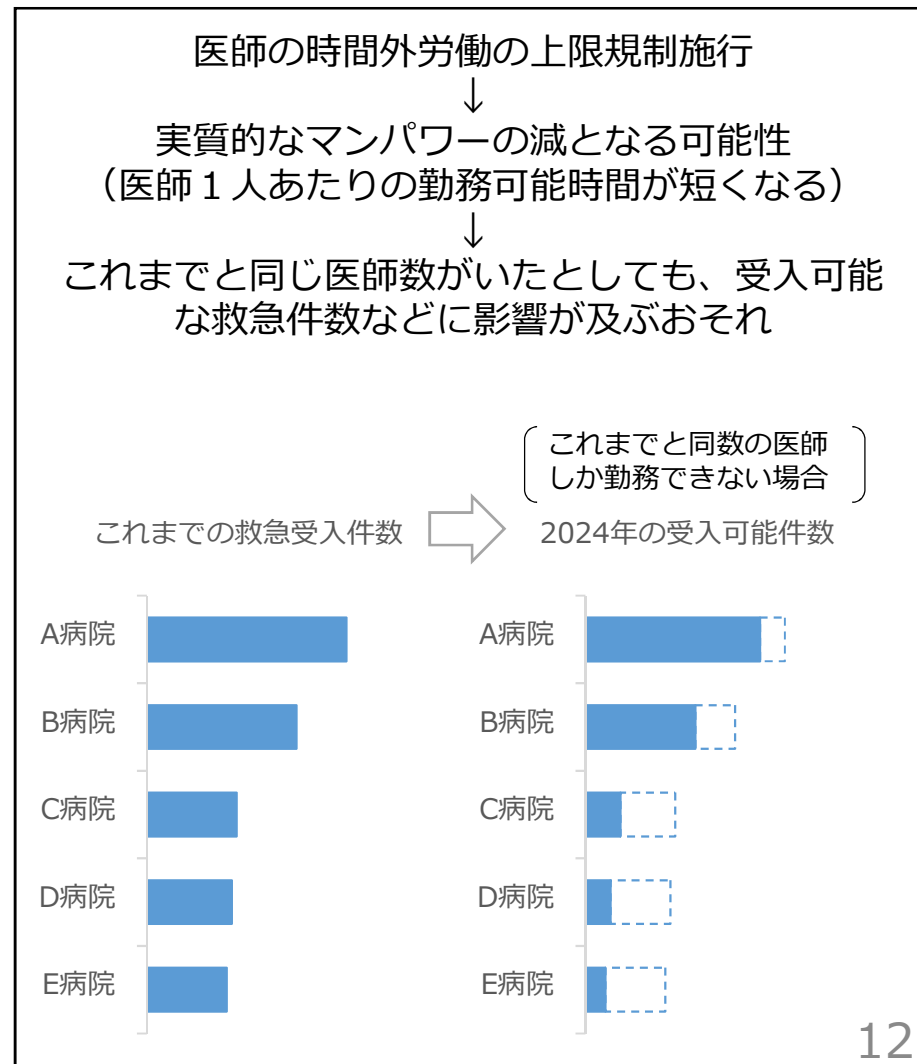
平日に発生する時間外：(24-9時間) × 22日 = 330時間
 休日に発生する時間外：24時間 × 8日 = 192時間
 計522時間/月の時間外労働時間が存在

A水準（年間960時間 = 月80時間）

522時間 ÷ (80-22時間※) = **9.0人**
 (※ 1人あたり平日1日1時間の時間外労働を前提)

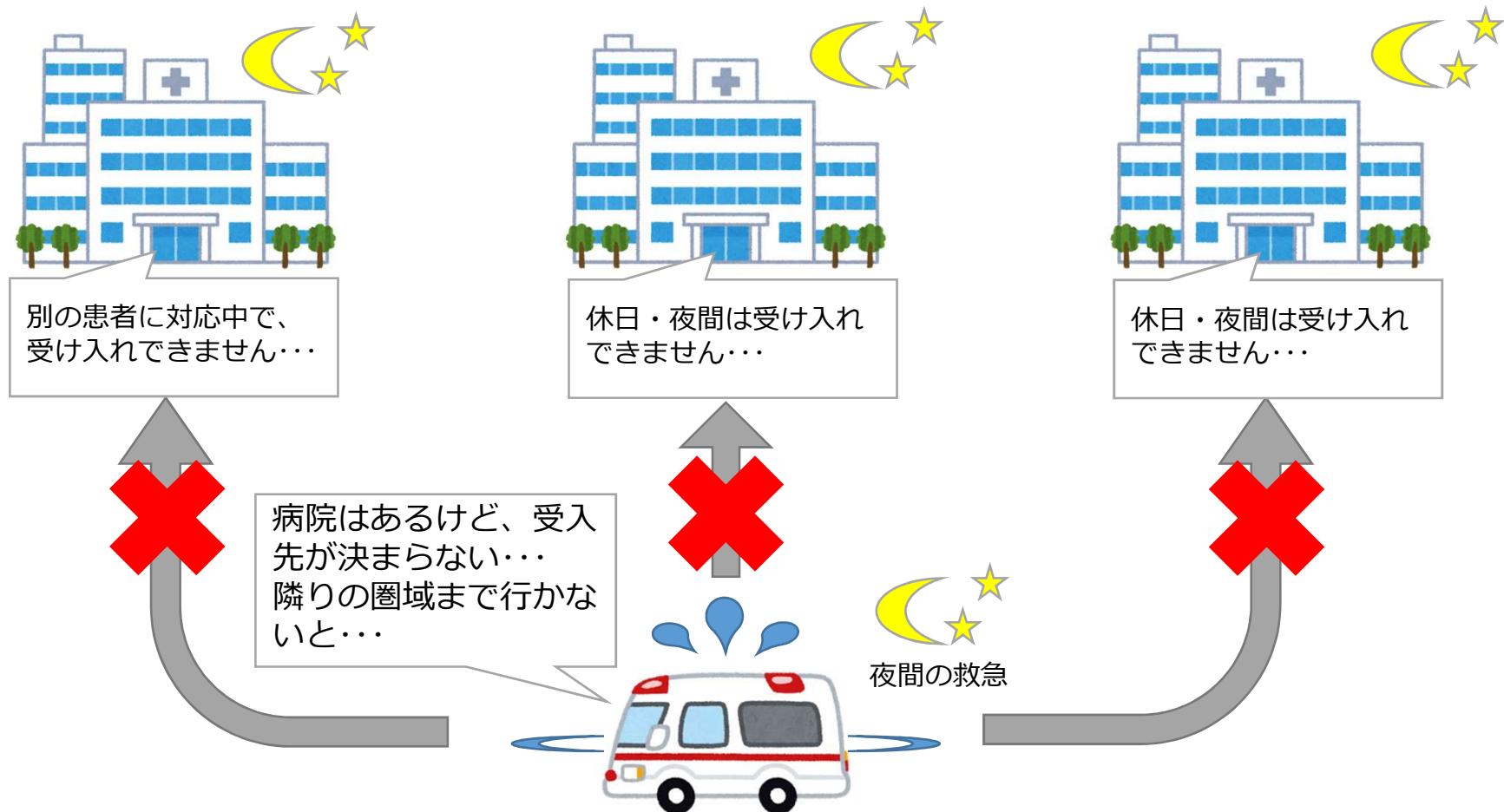
B水準（年間1860時間 = 月155時間）

522時間 ÷ (155-22時間※) = **3.9人**
 (※ 1人あたり平日1日1時間の時間外労働を前提)



○ 人的資源（医師等）の分散により、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)

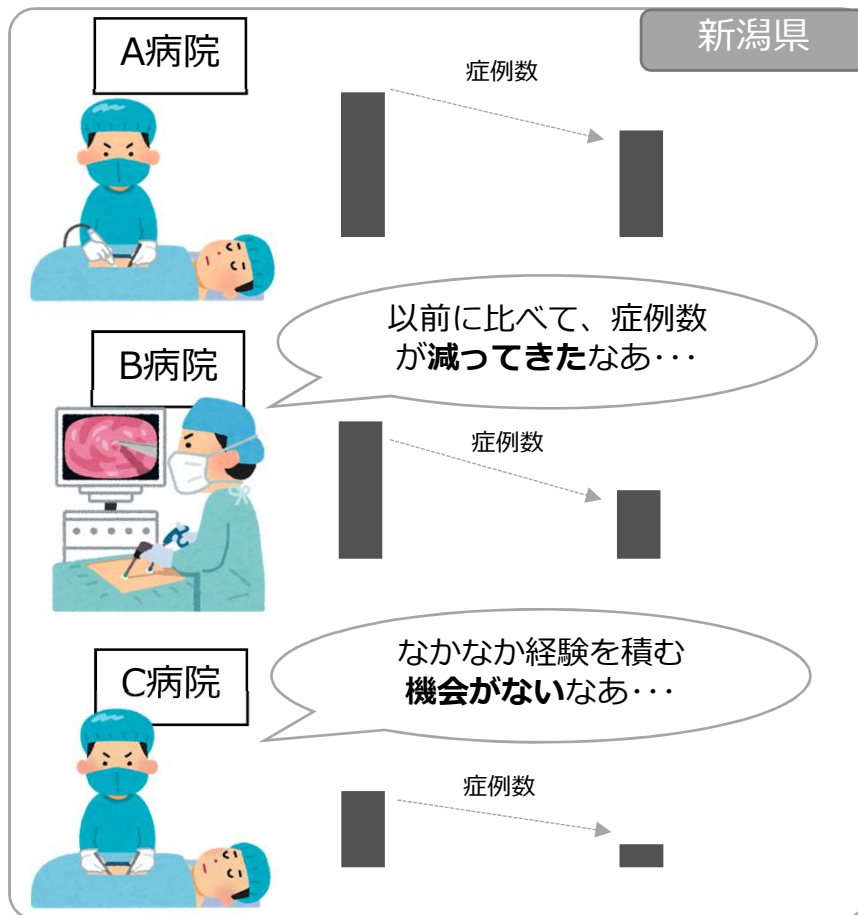


どの病院でも必要十分な医療提供（特に救急医療）ができなくなるおそれ...

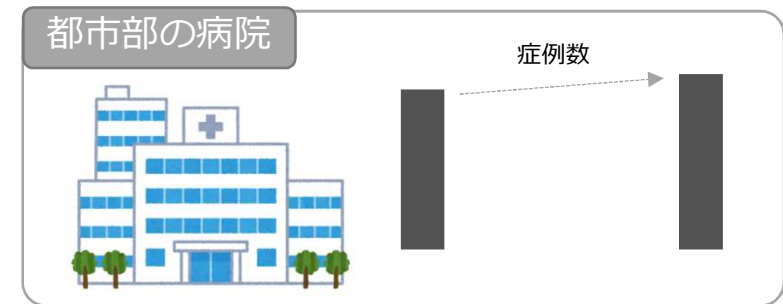
○ 高度・専門的な治療の対象患者は減少 → それぞれの病院の症例数（手術等）が減少

⇒① 医療の質低下

⇒② 若手医師にとっての研修先や勤務先としての魅力が低下し、若い医師が集まりにくくなる

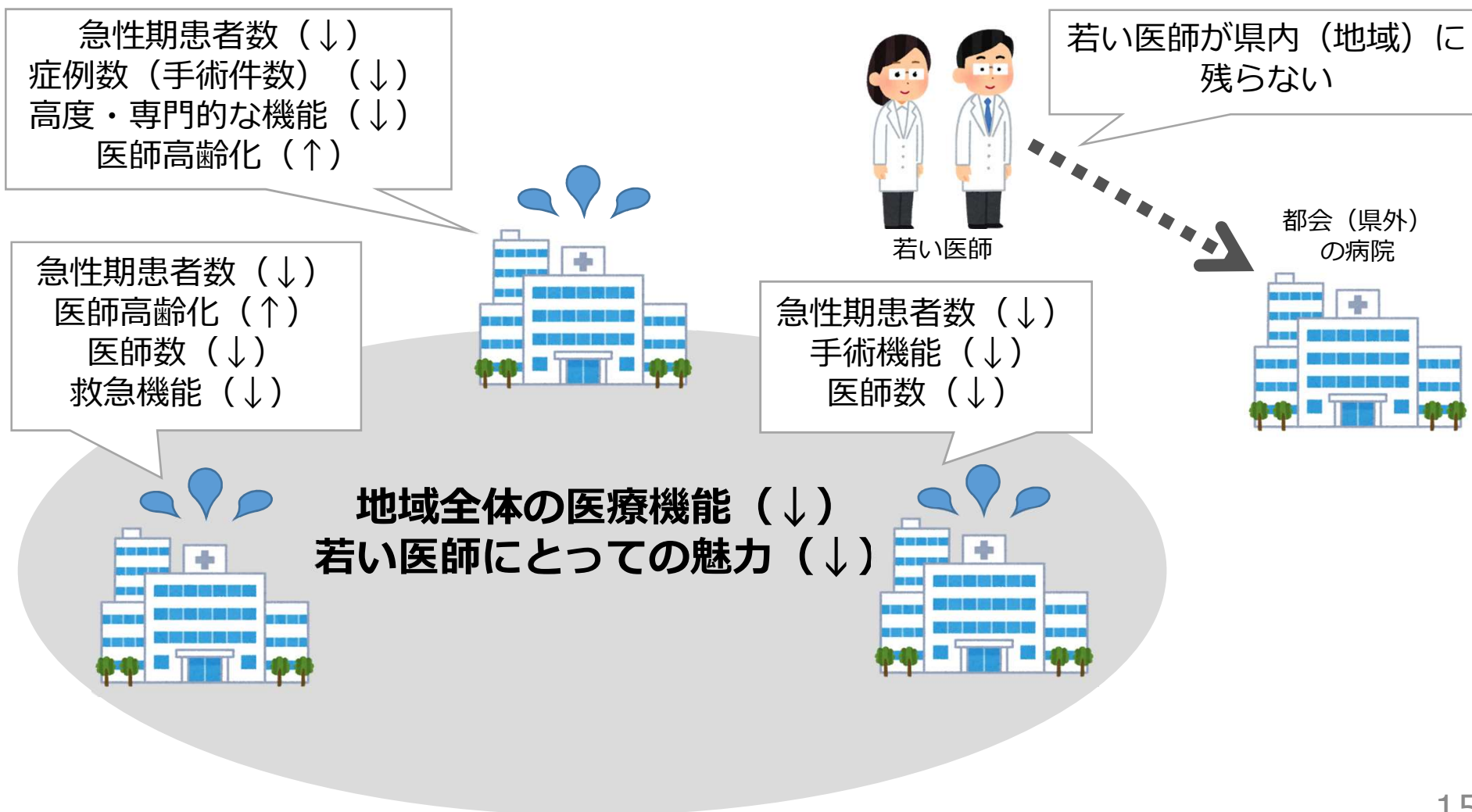


医療の質低下



若手医師流出

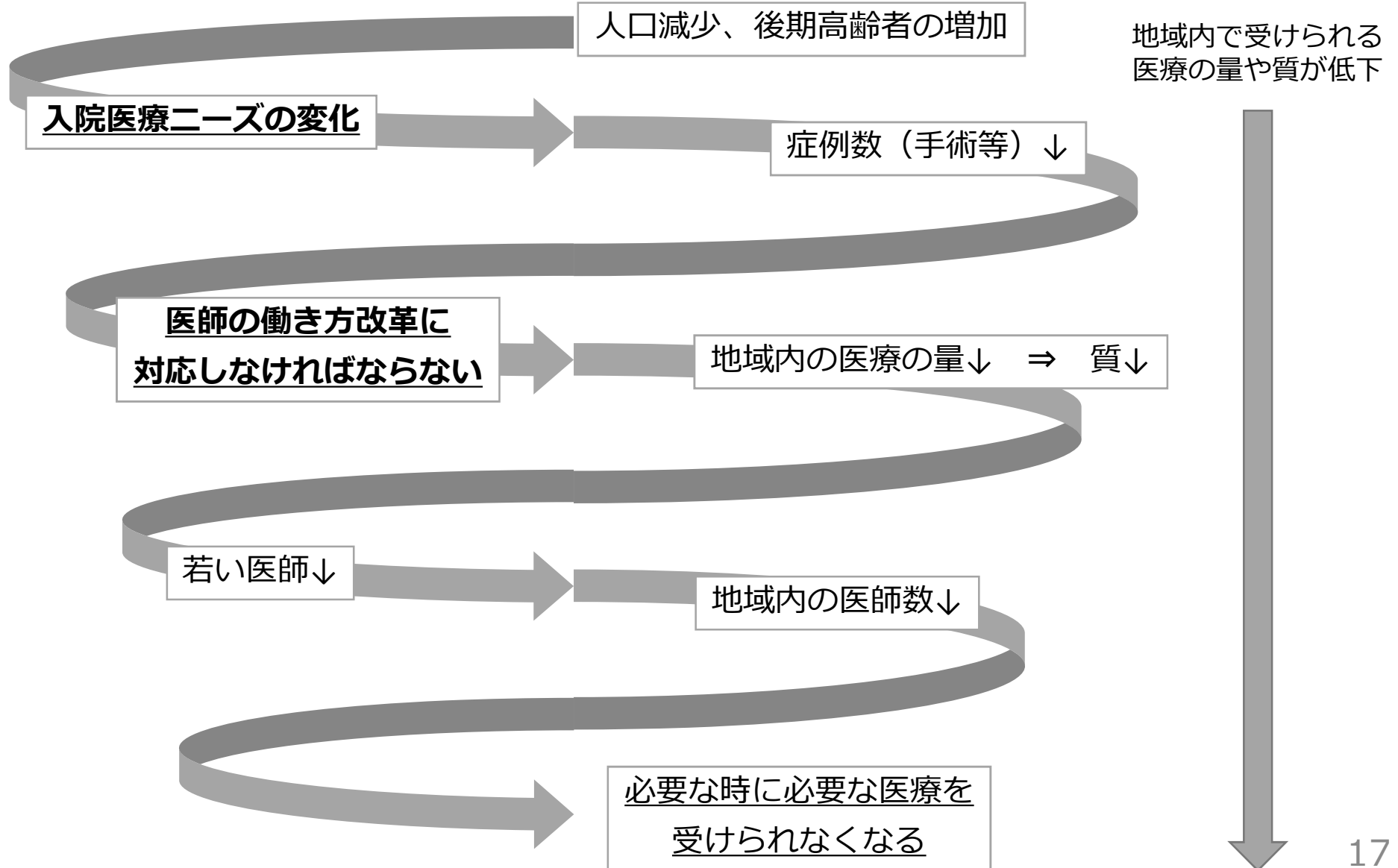
- 急性期患者の奪い合い → 病院の共倒れ → 地域全体の医療機能 (↓)
- 若い医師が県内に残らず、医師の高齢化が更に進む



- 医療ニーズの減少、変化に伴って、全ての病院の機能が縮小してしまうと、**将来、地域に必要な医療機能が失われる**おそれ

	現在の機能				10~20年後の機能		
	A病院	B病院	C病院		A病院	B病院	C病院
高度・専門的な治療、手術機能	↑	↑	↑	→	医療機能を喪失		
重症患者の救急受け入れ機能	↑	↑	↑		↑	↑	
休日・夜間の救急受け入れ機能	↓	↓	↓		↓	↓	
軽・中等症患者の救急受け入れ機能			↓			↓	↓

- どこかで流れを変えないと、抜け出せなくなります



これまでの経緯

- 地域医療構想調整会議において2年間程度で集中的な検討を進めることとした中で、特に公立・公的医療機関等に対しては、それぞれ「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」を策定し、民間医療機関との役割分担を踏まえ、公立・公的医療機関等でなければ担えない分野へ重点化された具体的対応方針であるか確認することを求めた。
- その結果、個別医療機関の具体的方針について、地域医療調整会議での合意は進んだが、そ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との指摘もあったところ。
- さらに、「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）」においても、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ているか等を、原則として2019年度中に対応方針の見直しを求めることとされたところ。
- これらを踏まえ、地域医療構想WGにおいて、「具体的対応方針の検証に向けた議論の整理（たたき台）」について議論を行ってきた。
- 具体的対応方針の検証方法としては、厚生労働省において、診療実績等の一定の指標を設定し各構想区域の医療提供体制の現状について分析を行った上で、一定の基準に合致した場合は、厚生労働省から都道府県に対して、これまでの具体的対応方針に関する合意内容が、真に地域医療構想の実現に沿ったものとなっているか、地域医療構想調整会議において改めて検証するよう要請することとしている。

地域医療構想に係るこれまでの経緯について

- 2017年3月 全ての都道府県において地域医療構想(2025年の4機能ごとの必要病床量等)を策定
〔新公立病院改革プラン(2017年3月まで),公的医療機関等2025プラン(2017年12月まで)の策定〕
- ～2019年3月 公立・公的医療機関等において、先行して具体的対応方針の策定
⇒地域医療構想調整会議で合意
- 2019年1月～ 厚生労働省医政局「地域医療構想に関するワーキンググループ(WG)」において、公立・公的医療機関等の具体的対応方針について議論(再検証に係るものを含む)開始
- 3月 第20回WG⇒「急性期機能」に着目した再検証の基本的フレームワークについて合意
- 4月～9月 第21回～第24回WG⇒分析ロジックについて議論
- 6月 骨太の方針2019
- 9月26日 再検証に係る具体的な対応・手法についてとりまとめ
公立・公的医療機関等の個別の診療実績データを公表
- 10月4日 地域医療確保に関する国と地方の協議の場
- 10月17日～地方意見交換会を順次開催

【経済財政運営と改革の基本方針2017（平成29年6月9日閣議決定）【抜粋】】

地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。病床の役割分担を進めるためデータを国から提供し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する。これに向けて、介護施設や在宅医療等の提供体制の整備と統合的な慢性期機能の再編のための地域における議論の進め方を速やかに検討する。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事はその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。また、地域医療介護総合確保基金について、具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分する。

【経済財政運営と改革の基本方針2018（平成30年6月15日閣議決定）【抜粋】】

地域医療構想の実現に向けた個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針について、昨年度に続いて集中的な検討を促し、2018年度中の策定を促進する。公立・公的医療機関については、地域の医療需要等を踏まえつつ、地域の民間医療機関では担うことができない高度急性期・急性期医療や不採算部門、過疎地等の医療提供等に重点化するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編・統合の議論を進める。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事はその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討するとともに、病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する。

【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）【抜粋】】

2040年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施する。

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、重点対象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とともに、適切な基準を新たに設定した上で原則として2019年度中（※）に対応方針の見直しを求める。民間医療機関についても、2025年における地域医療構想の実現に沿ったものとなるよう対応方針の策定を改めて求めるとともに、地域医療構想調整会議における議論を促す。こうした取組によっても病床の機能分化・連携が進まない場合には、2020年度に実効性のある新たな都道府県知事の権限の在り方について検討し、できる限り早期に所要の措置を講ずる。地域医療介護総合確保基金の配分（基金創設前から存在している事業も含む）における大幅なメリハリ付けの仕組みや国が主導する実効的なPDCAサイクルを構築するとともに、成果の検証等を踏まえ、真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的方策を講ずる。病床の転換や介護医療院への移行等が着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する。

※医療機関の再編統合を伴う場合については、遅くとも2020年秋ごろまで。

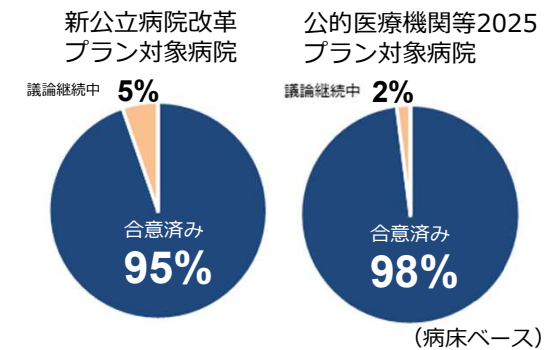
地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

第32回社会保障WG
(令和元年5月23日)
資料1-1

1. これまでの取り組み

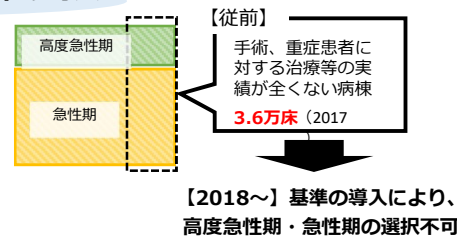
- これまで、2017年度、2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等においては地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるように要請した。
- 公立・公的医療機関等でなければ担えない機能として、「新公立病院改革ガイドライン」や「経済財政運営と改革の基本方針2018」においてはそれぞれ、
 - ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
 - イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
 - ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
 - エ 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
 - オ 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が挙げられている。
- 2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進。**

公立・公的医療機関等に関する議論の状況
2019年3月末



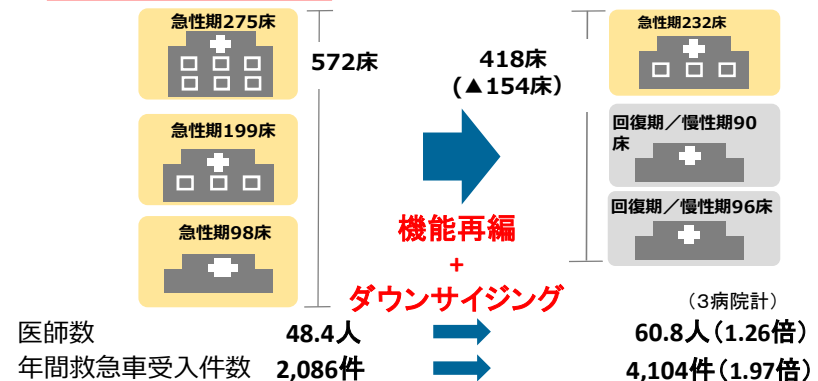
地域医療構想の実現のための推進策

- 病床機能報告における定量的基準の導入
 - 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、**実績のない高度急性期・急性期病棟を適正化**
- 2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命
 - ・調整会議における議論の支援、ファシリテート
 - ・都道府県が行うデータ分析の支援 等 (36都道府県、79名 (平成31年3月))
- 2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置
- 介護医療院を創設し、介護療養・医療療養病床からの転換を促進



機能分化連携のイメージ (奈良県南和構想区域)

- 医療機能が低下している3つの救急病院を1つの救急病院（急性期）と2つの回復期/慢性期病院に**再編し、ダウンサイジング**
- 機能集約化により医師一人当たりの救急受入件数が増え、**地域全体の医療機能の強化、効率化**が促進された

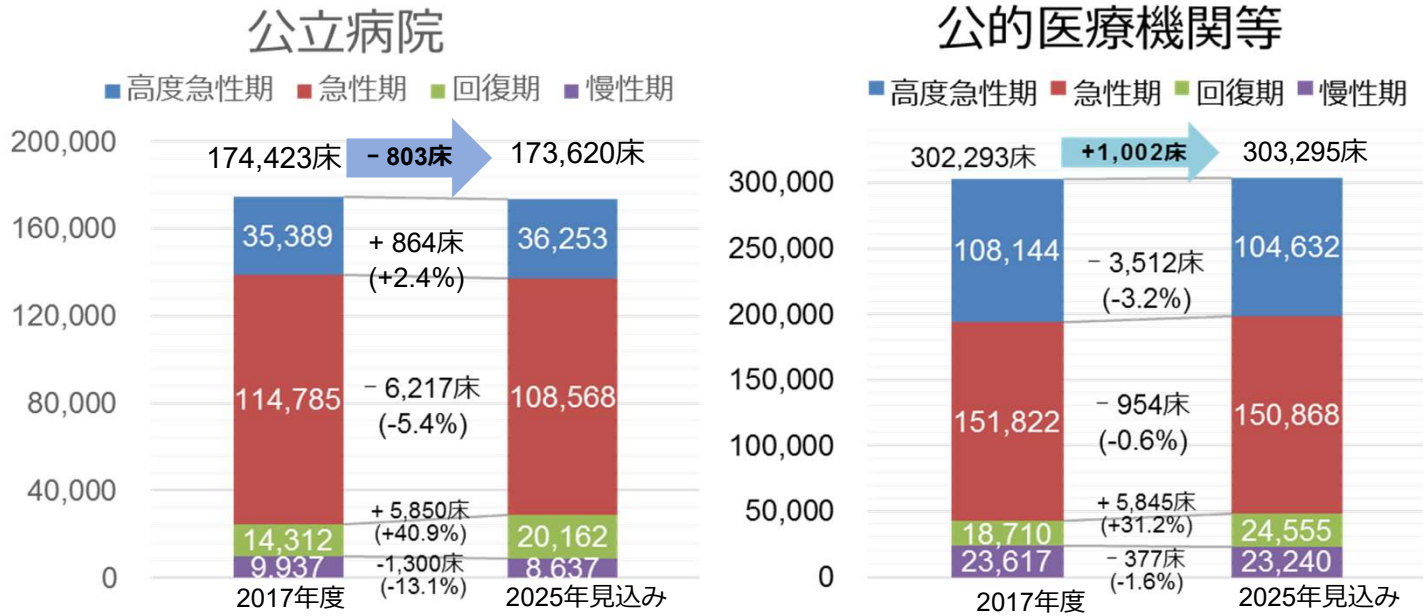


公立病院・公的医療機関等の具体的対応方針の集計結果

- 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



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。

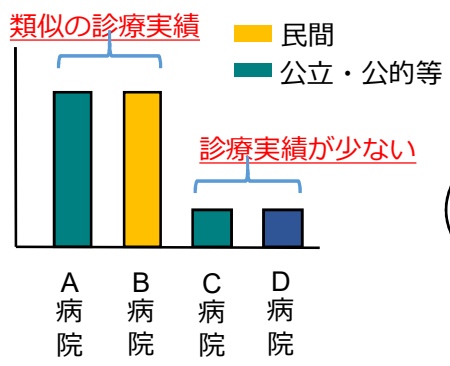
分析内容

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。

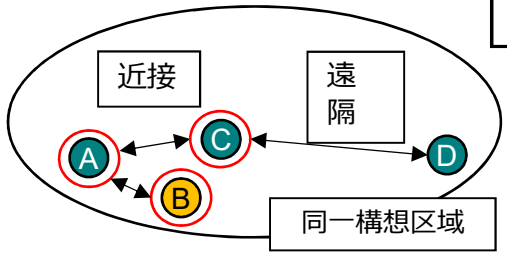
分析のイメージ

- ① 診療実績の**データ分析**
(領域等(例:がん、救急等)ごと)



- 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



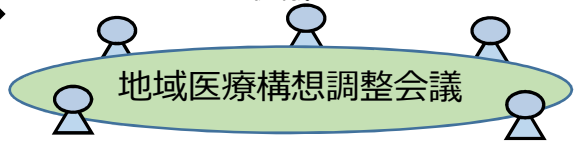
①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- 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



【地域医療構想の実現に向けて】

令和元年9月27日：医政局

1. 地域医療構想の目的は、2025年に向けて、地域ごとに効率的で不足のない医療提供体制を構築することです。地域医療構想の実現により、限られた医療資源をそれぞれの地域で真に活用し、次の時代に対応した医療を構築することができると考えています。
2. 地域医療構想の実現に向けては、関係者のご理解・ご協力の下、これまでも地域で議論が積み重ねられてきましたが、さらに取組を進めていく観点から、今回、高度急性期・急性期機能に着目した客観的なデータを国から提供し、改めて、それぞれの医療機関に対し、今後の医療機能のあり方を考えて頂くことといたしました。
※客観的データについては、「地域医療構想に関するワーキンググループ」における議論に基づくものです。
3. 今回の取組は、一定の条件を設定して急性期機能等に関する医療機能について分析し、各医療機関が担う急性期機能やそのために必要な病床数等について再検証をお願いするものです。したがって、必ずしも医療機関そのものの統廃合を決めるものではありません。また、病院が将来担うべき役割や、それに必要なダウンサイジング・機能分化等の方向性を機械的に決めるものでもありません。
4. 今回の分析だけでは判断しえない診療領域や地域の実情に関する知見も補いながら、地域医療構想調整会議の議論を活性化し議論を尽くして頂き、2025年のあるべき姿に向けて必要な医療機能の見直しを行っていただきたいと考えています。その際、ダウンサイジングや機能連携・分化を含む再編統合も視野に議論を進めて頂きたいと考えています。
5. 今後、地域の医療提供体制の確保に向け、病院のダウンサイジングや統廃合が必要と地域が判断する場合には、国としても必要な支援等を行ってまいります。

厚生労働省HP：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_06991.html

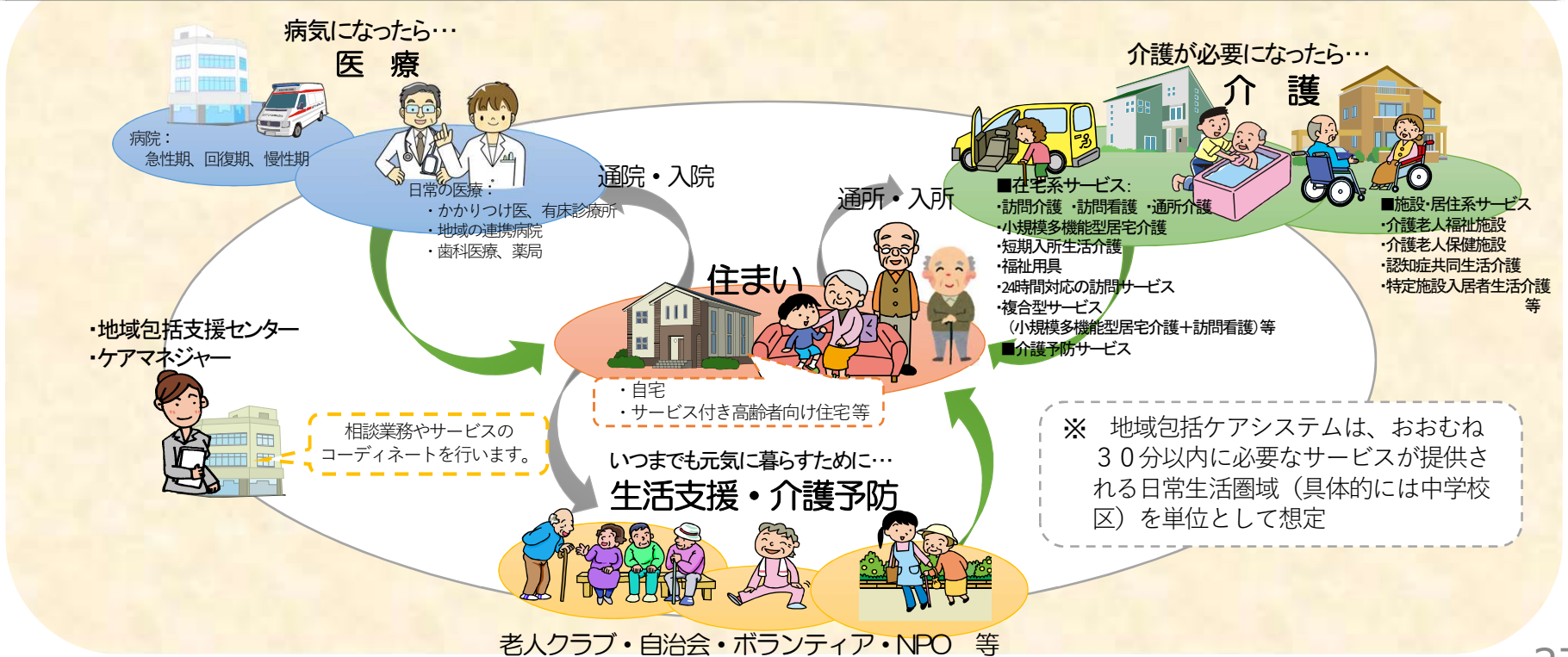
2. 将来的に維持すべき体制

2. 将来的に維持すべき体制

- 専門的医療から在宅医療まで、関係機関の役割分担と切れ目のない連携により、周産期医療や小児医療を含め、**必要な医療が地域全体で一体的に提供される体制**。
- 入院医療として、**各圏域内で「二次救急医療」と「需要の多い手術」が過不足なく提供され**、さらに、**より高度な救急医療や手術**が必要な場合には、それらに対応できる医療機関への円滑な**アクセスが確保**されている体制。
- 人口減少や高齢化による医療アクセス力の低下に対し、**医療機関の配置やICT利用等で補完する仕組み**が構築されている体制。
- 単なる集約化・再編ではなく、これまでの設置主体ごとの検討に止まらず、更なる連携や医師派遣、地域医療連携推進法人などの**新しい考え方に基づく集約化や機能分化を補うネットワーク化**等がなされた体制。

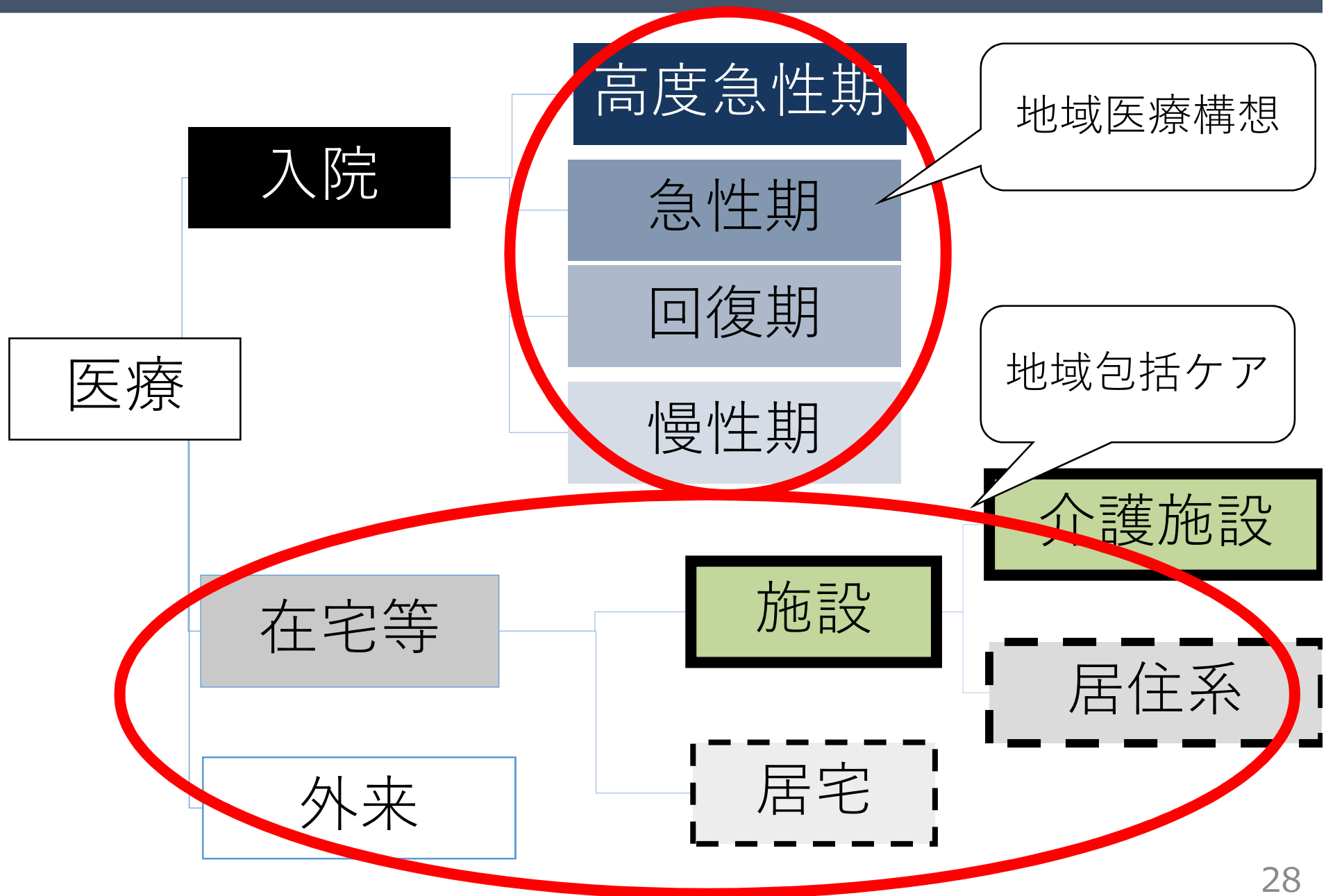
地域包括ケアシステムの構築

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



医療を受ける場所について

補足2-2



3. 今後の方向性

3. 今後の方向性①

将来を見据え、各圏域において、**地域に必要な医療を持続的に提供**していくため、以下のような**役割分担による体制づくり**を検討していくことが重要。

(1) 地域で高度な医療を支える柱となる病院の役割

各圏域の最後の砦となる病院として、次のような機能を中心に担う。

- 高度・専門的な手術を提供
- 脳卒中及び急性心筋梗塞の高度・専門的な治療を提供
- 休日・夜間を含めて二次以上の救急患者を受入れ（救急車を断らない）

<補足>

- ・ 働き方改革に対応した上で、なお、将来にわたり上記機能を維持していくためには、「地域で高度な医療を支える柱となる病院」に**医療資源（医師）を集約化**していく検討も必要
- ・ 脳卒中、急性心筋梗塞に対応できる体制を確保することが望ましいが、各領域の医師等が不足する場合は、圏域を越えた**広域化した配置**の検討が必要

3. 今後の方向性②

(2) 地域包括ケアシステムを支える医療機関の役割

地域の患者の支えとなる医療機関として、今後、**需要の増加が見込まれる疾患**（心不全、肺炎、尿路感染症等）を中心に担い、必要性が高い場合は**小手術**等も行う。

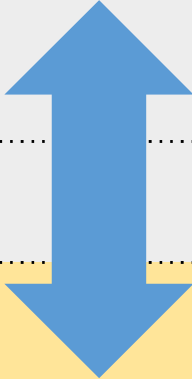
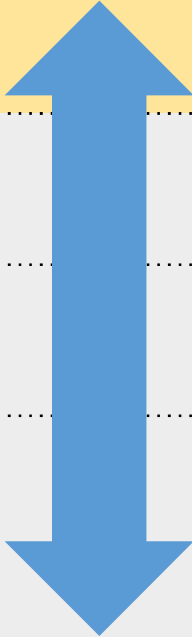
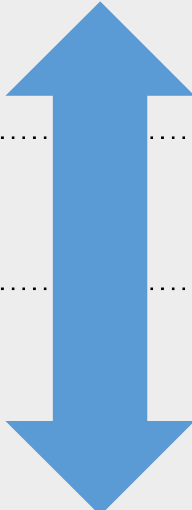
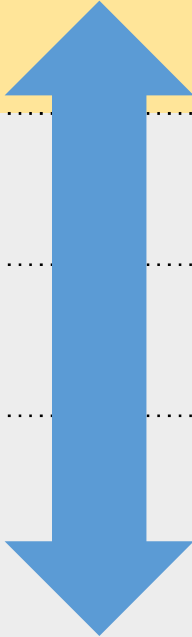
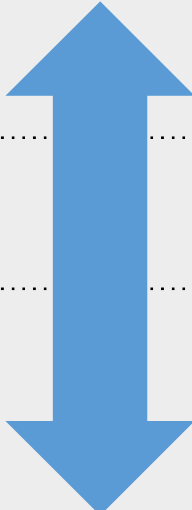
なお、各医療機関の機能・役割を画一的に決めることはできないが、**概ね以下のような類型**に分けられることを想定。

- 「地域で高度な医療を支える柱となる病院」とともに、一定の**休日・夜間の二次救急患者を受け入れる**（いわゆる「**救急拠点型**」）
- 日中の二次救急患者の受入れを含む**サブアキュート機能**や他病院等と連携した**退院支援機能**を中心に担う（いわゆる「**地域密着型**」）

<補足>

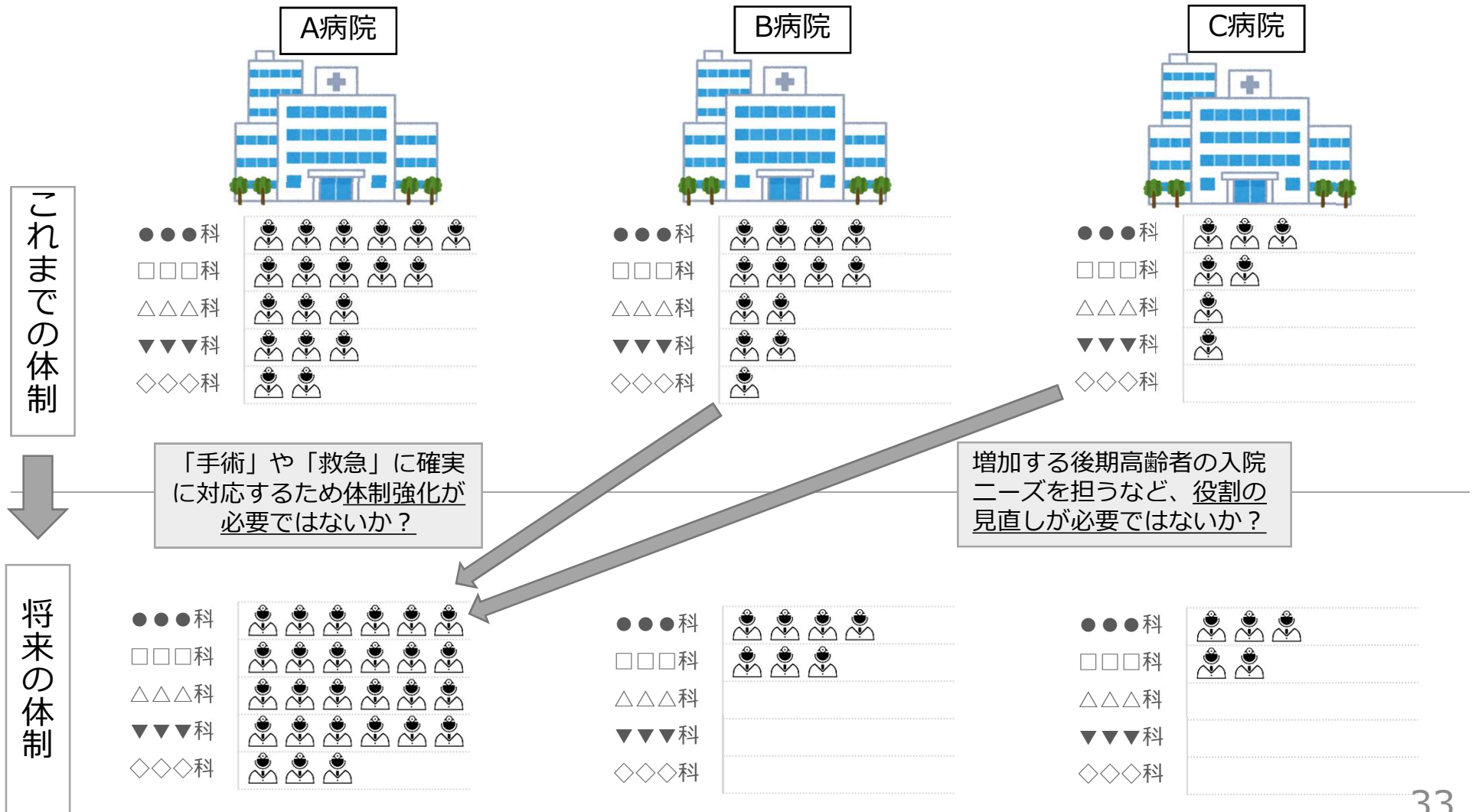
- ・ **休日・夜間の二次救急患者**を受け入れるための役割分担の検討に当たっては、**地域の需要量に即した体制（数）**の検討が必要
- ・ その際、病院の立地（アクセス）や人口集積の状況等を勘案するほか、公費による運営への交付金や、税制上の優遇措置のない**民間病院の機能や意向も尊重**することが必要
- ・ 医師の働き方改革への対応を踏まえると、休日・夜間の救急患者受入れ機能を担うためには、一定の医師の確保が必要となるが、それが困難な場合には、**時間帯ごとの分担の仕組み**や、**再編・統合等**を検討することも必要

＜各病院の役割の基本的なイメージ＞

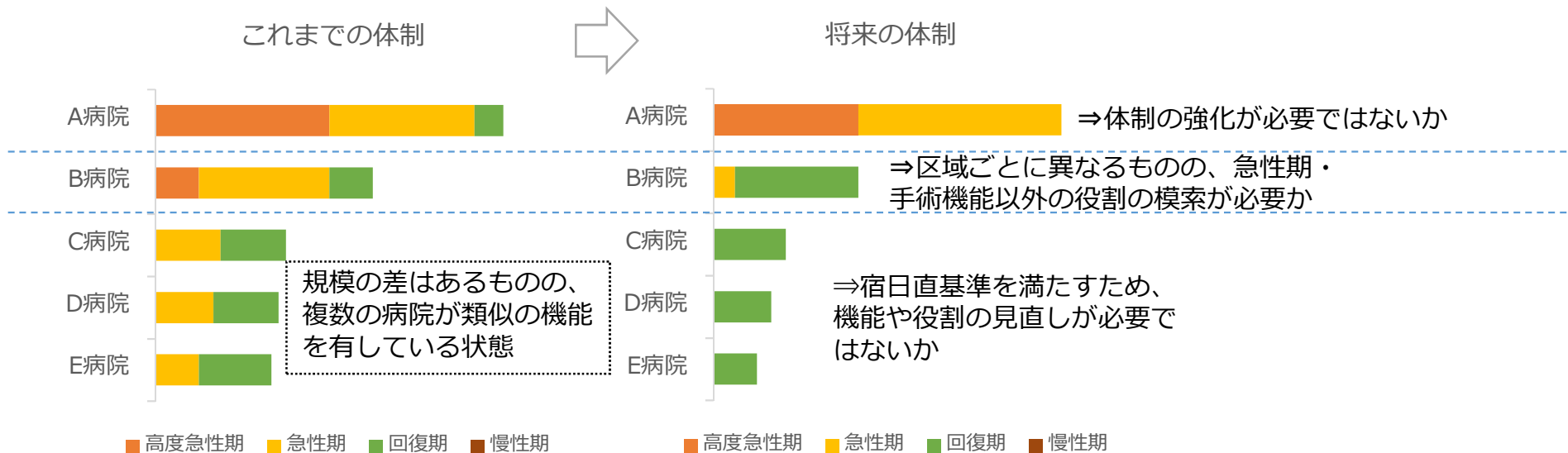
	地域で高度な医療を支える柱となる病院	地域包括ケアシステムを支える医療機関	
		救急拠点型	地域密着型
脳卒中・急性心筋梗塞等の高度・専門的な治療、手術機能			
重症患者の救急受入れ機能			
休日・夜間の救急受入れ機能			
サブアキュート機能（軽・中等症患者の救急受入れ機能）			
在宅医療の後方支援機能（かかりつけ患者の救急受入れ機能等）			
ポストアキュート機能（長期急性期患者や回復期患者の受入れ、治療機能）			

※ 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。

- 圏域ごとに特定の病院に医師等を集約し、「手術」や「救急」に確実に対応
- それ以外の病院では、役割を見直す



- 人口構造の変化に伴う入院需要の変化（①高度・専門的な医療需要の減、②総合的な診療が求められる医療需要の増）と医師の働き方改革の両者に対応し、かつ、医療の質の維持・向上を実現するためには、資源の効果的・効率的な活用という視点がこれまでよりも一層重要となる。
- そのため、まず、構想区域ごとに規模の大きい病院の体制強化が必要になるのではないかと。この際、必然的に症例の集約が必要になるのではないかと。
- 一方で、規模が相対的に小さい病院においては、救急・急性期対応は縮小していくこととなるが、今後、最も多くの割合を占めることとなる後期高齢者の入院需要（地域包括ケア病棟に代表される総合的な診療、在宅患者の急変時対応、在宅復帰に向けた医療等）を担うなど、機能や役割の見直しが必要になるのではないかと。



- ※ 今回の新型コロナウイルス感染症の対応を踏まえると、医療資源が充実し対応力の大きい病院を地域の中に残していくことが重要。
- ※ 新型コロナウイルス感染症を踏まえた地域医療構想の取組等について、国のスケジュールはまだ示されていないが、人口構造の変化や医師確保、働き方改革に対応するため、医療体制の整備、見直しの検討は引き続き進めていく必要がある。
- ※ 各病院ごとの医師の確保や経営改善のみならず、地域全体として必要な入院需要に対応できる体制となっていることが重要。（病院を残すことのみを目的とすることや、提供したい医療だけを目指すのではなく、求められる医療を念頭に置いた体制にシフトしていく。）

<基本的な考え方>

- 専門的医療から在宅医療まで、関係機関の役割分担と切れ目のない連携により、患者に必要な医療が地域全体で一体的に提供される体制を構築
- 入院医療として、各圏域内で「二次救急医療」と「需要の多い手術」が過不足なく提供され、さらに、より高度な救急医療や手術が必要な場合には、それらに対応できる医療機関への円滑なアクセスが確保されている体制を構築



以下の病院等を配置し、まずは「地域で高度な医療を支える柱となる病院」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 地域で高度な医療を支える柱となる病院

高度・専門的な手術、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 地域包括ケアシステムを支える医療機関

今後二エーズの増加が見込まれる疾患（心不全、肺炎、尿路感染症等）を中心に担い、地域の患者の支えとなる医療機関

- 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

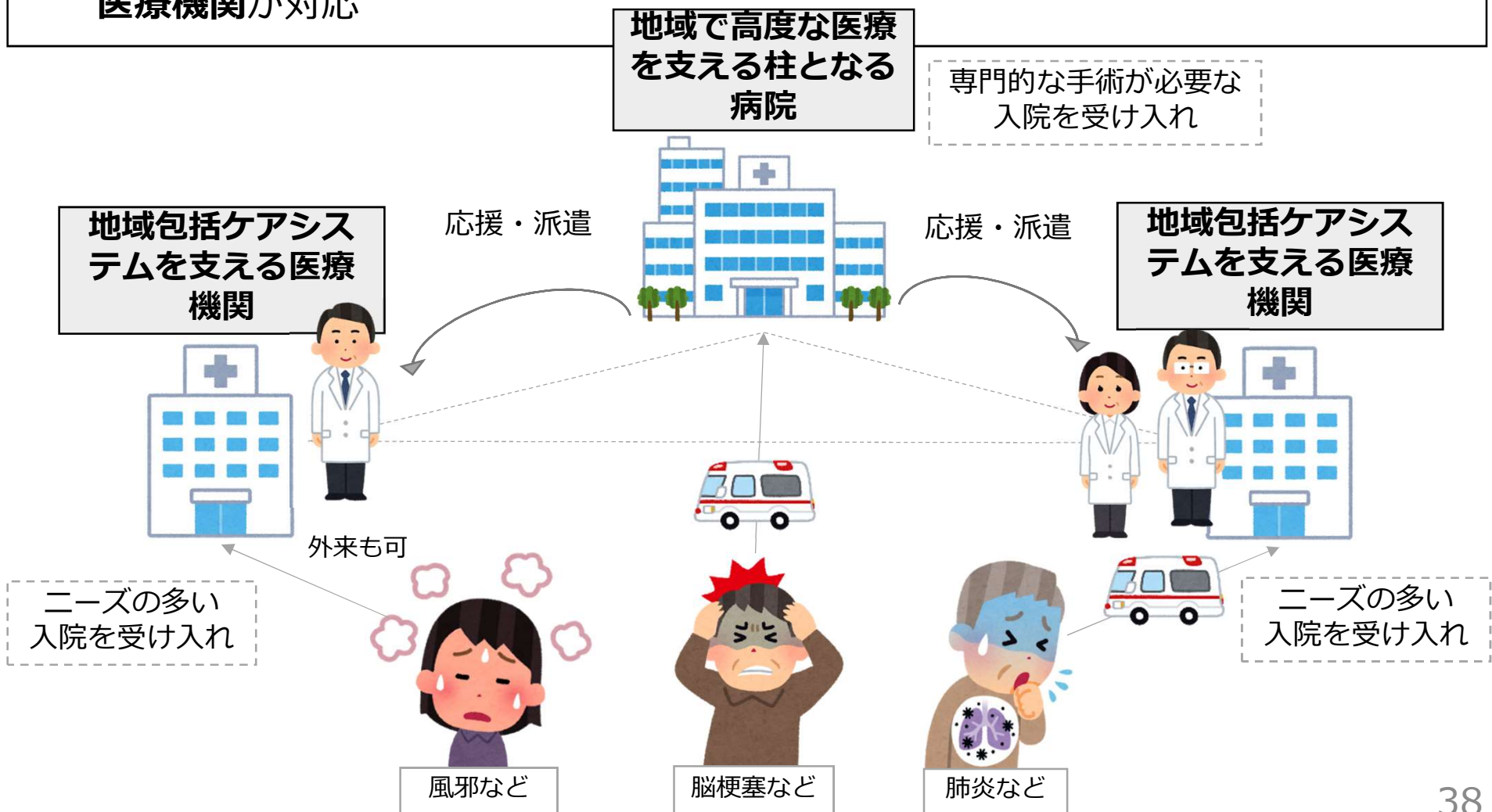
地域包括ケアシステムを支える医療機関



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	↓	↑↓

- 「地域で高度な医療を支える柱となる病院」の体制が強化され、専門的な手術や救急で入院が必要になった時に、構想区域内で質の高い医療を提供
- ニーズの多い入院（後期高齢者等）については、地域包括ケアシステムを支える医療機関が対応



○ 一定の医師や症例数を集約

⇒①地域に必要な医療機能を質を維持したまま残す

⇒②若い医師が集まり、育てることのできる環境を整備

高度・専門的な機能 (↑)
症例数 (手術件数) (↑)



研修医 (若い医師) の誘因力 (↑)

都市部の大病院と比較し
ても遜色のない環境



若い医師

医師の数 (↑)

医療の質 (↑)

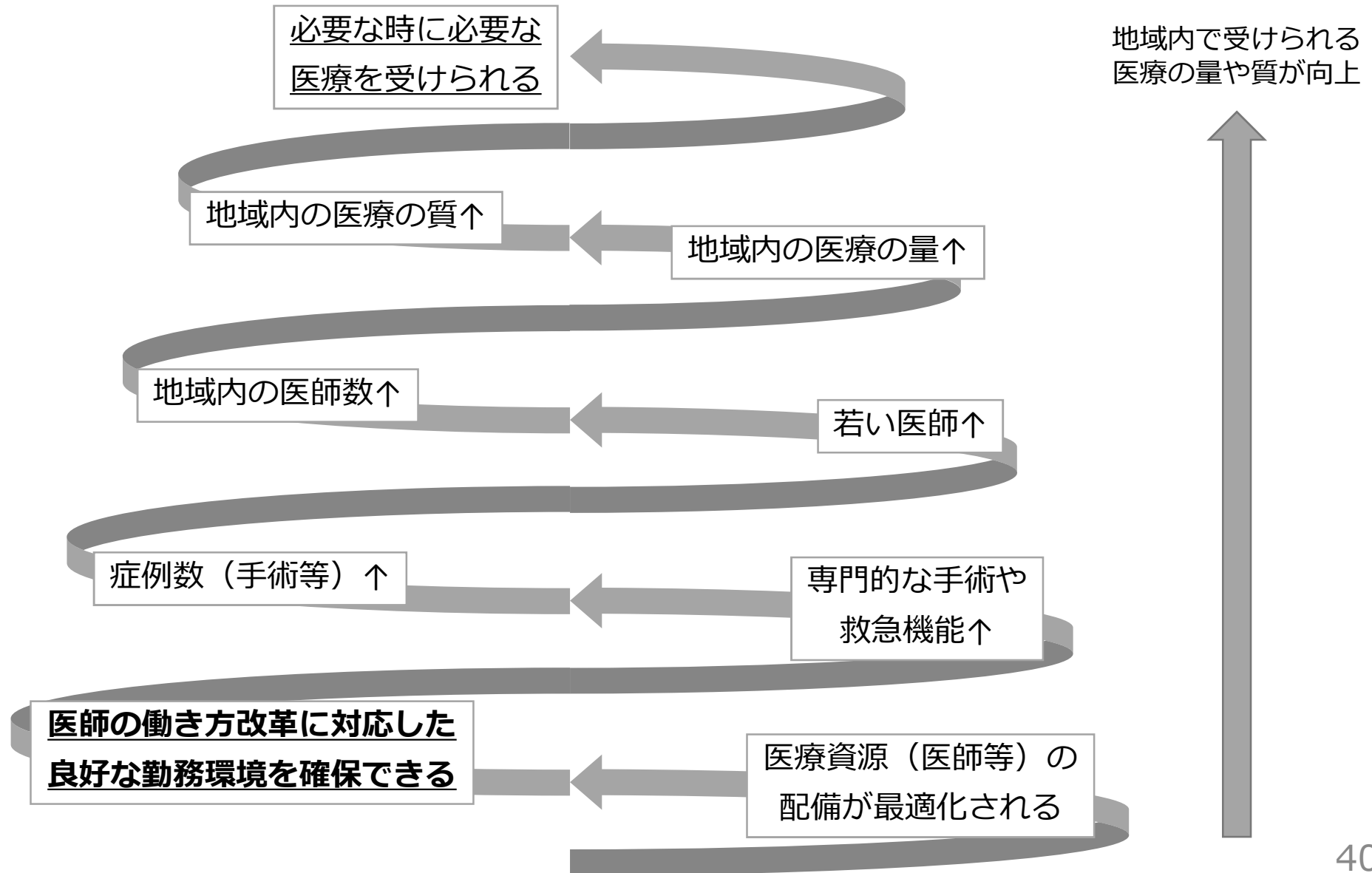
派遣・応援

増加する医療ニーズ
への対応力 (↑)



地域の信頼 (↑)

- いま手を打てば、流れを変えることができます



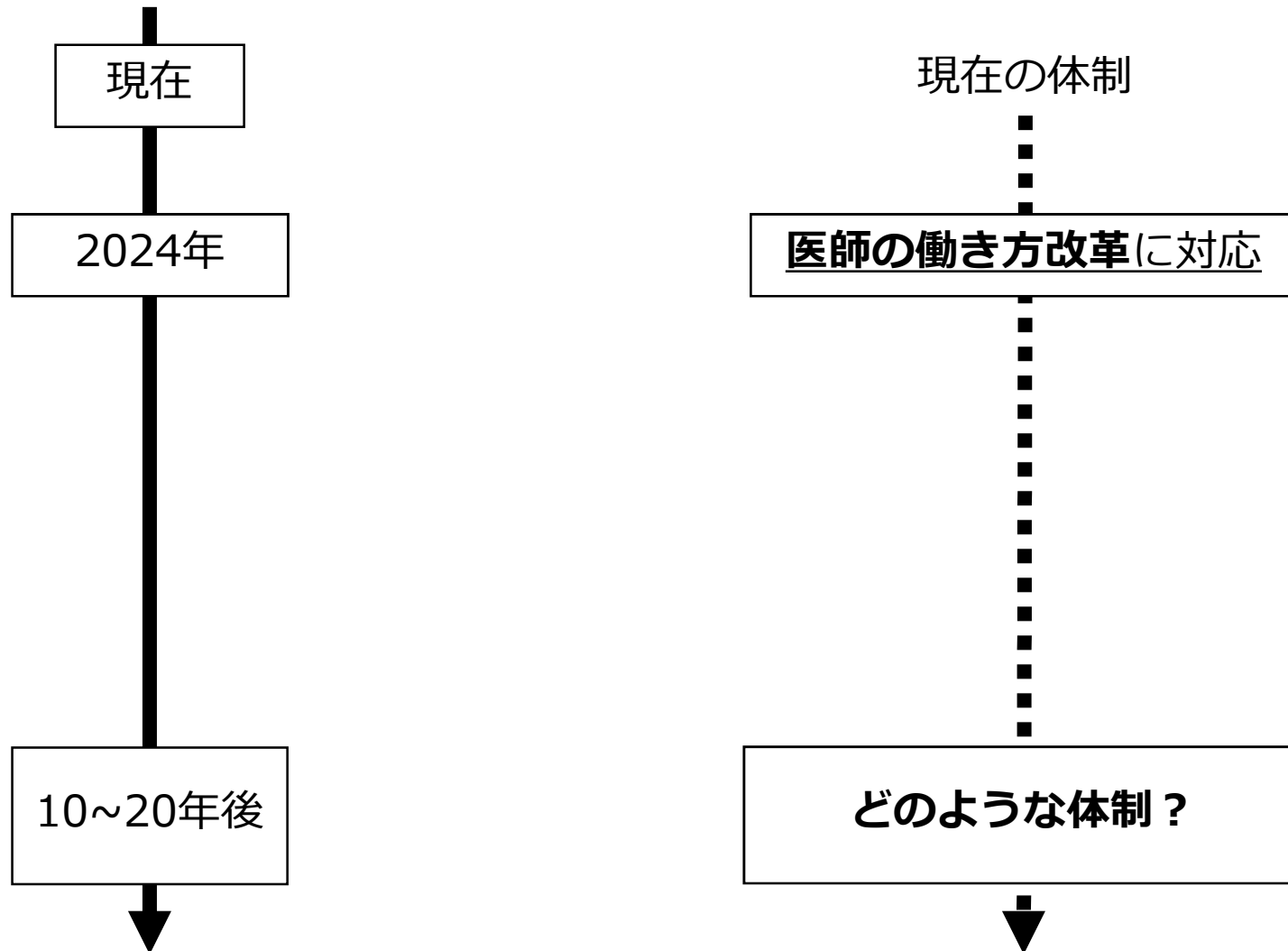
4. 留意すべき論点・検討課題

(1) 議論の前提

4. 留意すべき論点・検討課題 (1) 議論の前提

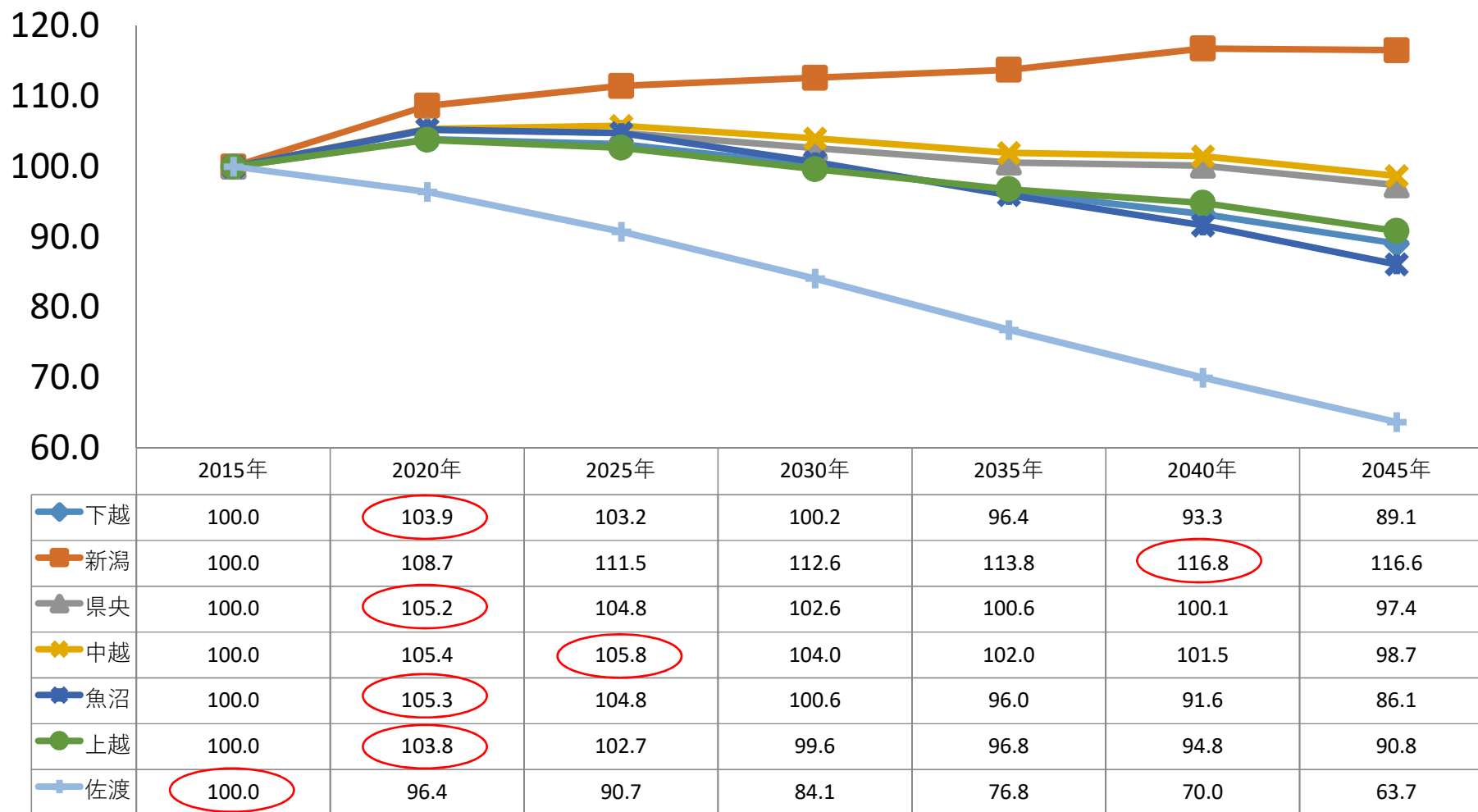
- ・ 現在の医療提供体制を直ちに変えるという視点だけではなく、**10～20年先の状況を見据えて**目指すべき体制や役割分担のあり方を検討していくことが必要である。一方、**2024年**から開始となる**医師の働き方改革**に対応できる体制の構築は**喫緊の課題**である。
- ・ 各医療機関のあり方や役割を見直すべき時期は、**地域によって異なる**ことも想定されるが、**全ての地域で早急に検討に着手**することは必要と考えられる。
- ・ 医師の働き方改革の影響を関係者間で共有するとともに、**一定の集約化**を図らないと、**医療提供体制を維持できないおそれがある**、という**危機感の共有**が必要。
- ・ 短期間で医師を増やすことが難しい中、**10年後には現在の勤務医や開業医の年齢も10歳上がっている**ということ意識しておく必要がある。
- ・ **公立・公的病院と民間病院は、公的な財政支援・税制上の取扱いに違いこそあるものの、地域医療への貢献意欲**や現に提供している医療サービスとして、救急・小児・産科等の**政策医療の相当程度を担っている**ことから、双方を分断するのではなく、全ての病院が**それぞれの役割を担い、一体となって体制を構築していく**という視点が必要。
- ・ **若手医師の確保**において、**他県に後れをとらない**という観点から、一定程度の**症例数の確保**を視野に入れた**機能集約のあり方**が重要になる。

- **医師の働き方改革**に対応できる体制の構築は喫緊の課題
- それだけでなく、**10～20年先の体制やあり方**を描くことが必要



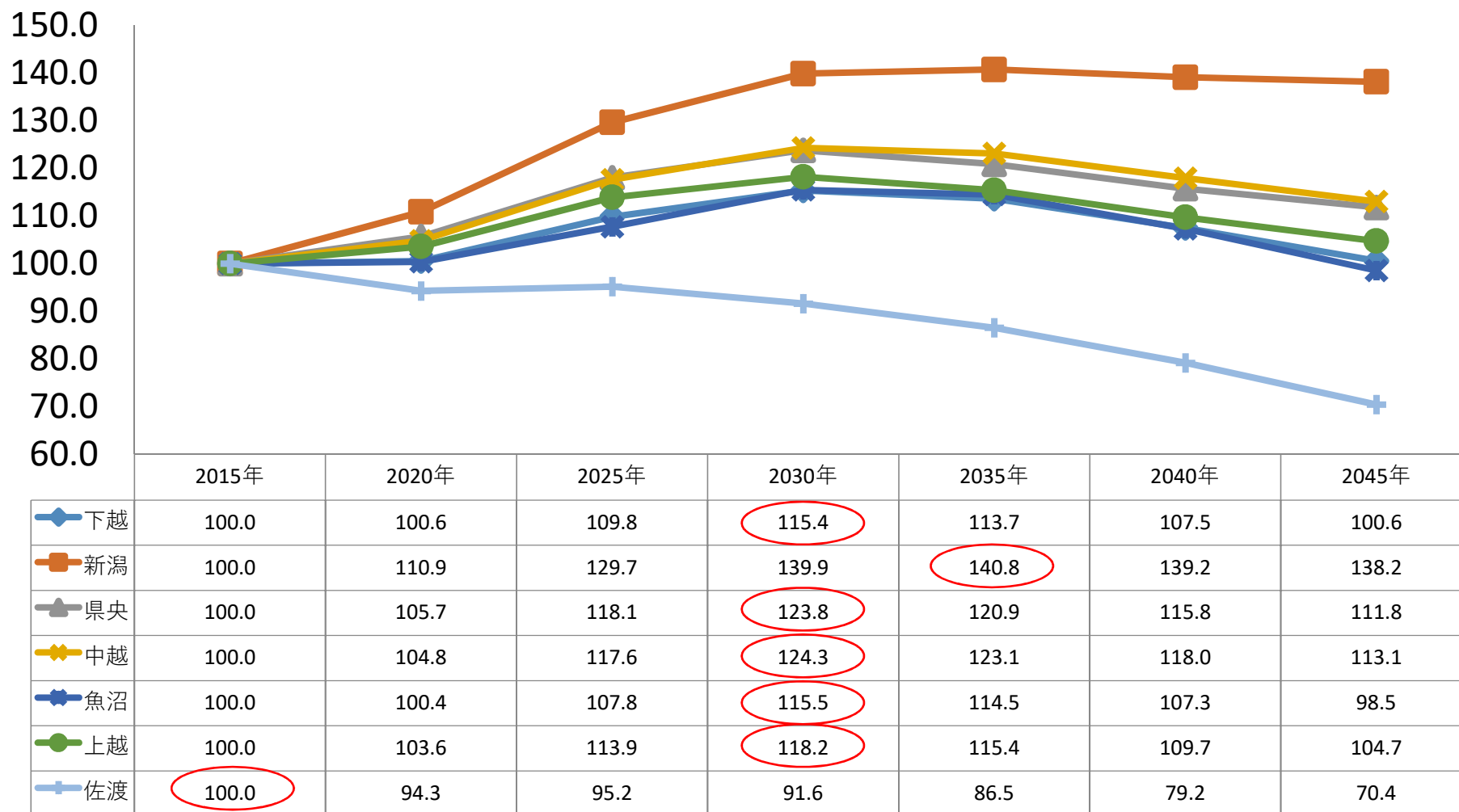
○ 高齢化のピークは地域によって異なる

65歳以上人口の将来推計（平成27（2015）年の人口を100としたときの指数）



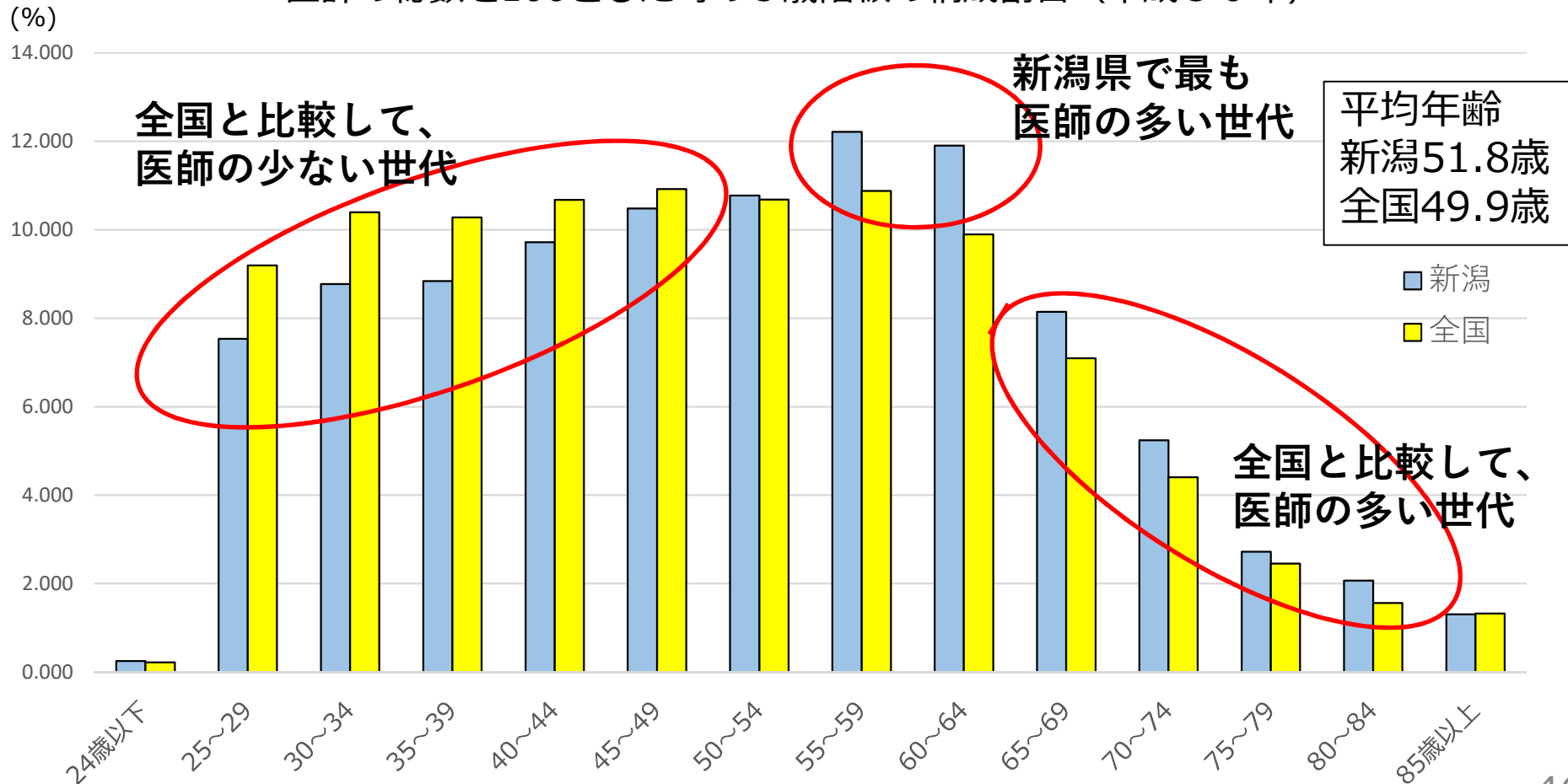
○ 高齢化のピークは地域によって異なる

75歳以上人口の将来推計（平成27（2015）年の人口を100としたときの指数）



- 新潟県の医師のボリュームゾーンは55歳～64歳
- 25歳～49歳の医師は全国よりも少ない傾向にあり、平均年齢も1.9歳高い

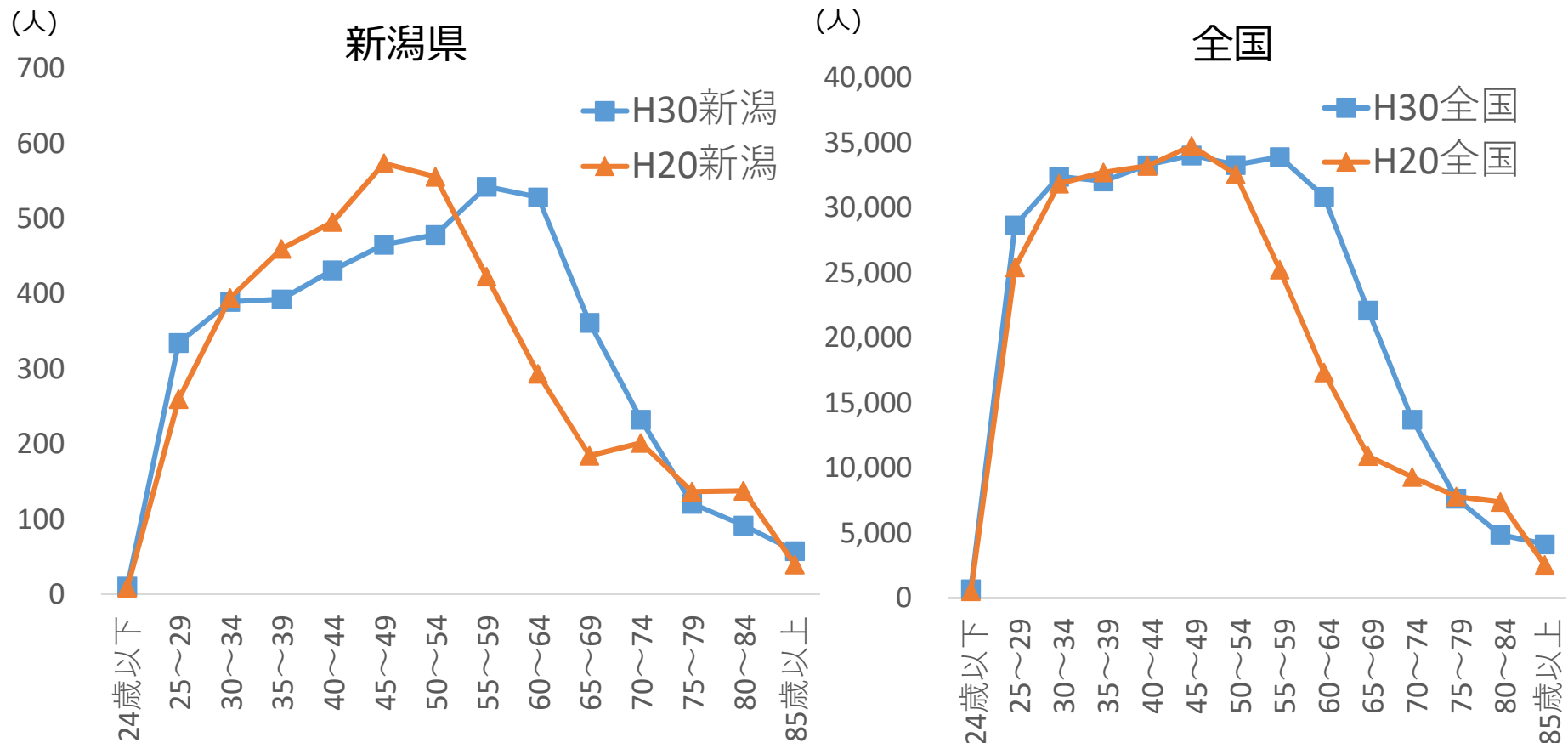
医師の総数を100とした時の5歳階級の構成割合（平成30年）



出典：医師・歯科医師・薬剤師統計

- 新潟県の35～54歳の医師数は10年前と比較して少ない
- 全国の35～54歳の医師数は10年前と比較して大きな差異はない

年齢5歳階級別医師数（平成20年と平成30年の比較）



出典：医師・歯科医師・薬剤師統計

公的医療機関について①

- 公的医療機関は、医療法第31条において、次の者が開設する医療機関とされている。

都道府県、市町村、地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会及び国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会

- 公的医療機関は、「戦後、医療機関の計画的整備を図るに当たり、国民に必要な医療を確保するとともに、医療の向上を進めるための中核」としての役割を担うものとされ、また、公的医療機関は、「医療のみならず保健、予防、医療関係者の養成、へき地における医療等一般の医療機関に常に期待することのできない業務を積極的にを行い、これらを一体的に運営」するという特徴を有する。

※「」部分は医療法コンメンタールより抜粋

- また、医療法第7条の2第1項では、公的医療機関の開設者を含む以下の者が規定されており、これらの者が開設する医療機関（公的医療機関等）については、地域医療構想の達成を図るために都道府県知事が行使することができることとされている権限の位置付けが、他の医療機関に対するものと異なる。

公的医療機関の開設者、国家公務員共済組合連合会、地方公務員共済組合連合会、公立学校共済組合、日本私立学校振興・共済事業団、健康保険組合及び健康保険組合連合会、国民健康保険組合及び国民健康保険団体連合会、独立行政法人地域医療機能推進機構

公的医療機関について②

	公的医療機関
開設者の範囲 【医療法第31条、 厚生省告示】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県 ・ 市町村 ・ 地方公共団体の組合 ・ 国民健康保険団体連合会 ・ 日本赤十字社 ・ 社会福祉法人恩賜財団済生会 ・ 厚生農業協同組合連合会 ・ 社会福祉法人北海道社会事業協会
役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域医療対策協議会への参画（努力義務）【医療法第30条の23】 ・ 地域医療対策の実施に関する協力【医療法第31条】 ・ 医師不足地域等における医師の確保に関する協力【〃】
都道府県知事の権限 (地域医療構想 関連)	<p>命令・指示・勧告※に従わなかった旨の公表【医療法第7条の2第7項、第27条の2第3項、第30条の18】</p> <p>※</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 過剰な医療機能へ病床機能を変更しないことの命令（公的医療機関等）、勧告（民間医療機関） ・ 不足する医療機能に係る医療を提供することの指示（公的医療機関等）、勧告（民間医療機関） ・ 開設等許可に付与した条件（不足する医療機能に係る医療を提供する旨）に従うべきことの命令 ・ 非稼働病床の削減の命令（公的医療機関等）、勧告（民間医療機関）

注) 上表の「都道府県知事の権限」欄における「公的医療機関等」には、公的医療機関の他、医療法第7条の2第1項第2号から第8号に掲げる者（共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等）が開設する医療機関が含まれる。

開設主体別医療機関の財政・税制上の措置

第9回地域医療構想に関するWG 資料2

開設主体別医療機関	財政			税制			
	政府 出資金*1	運営費 交付金*2 ・繰入金	補助金	国税	地方税		
				法人税 (医療保健業)	事業税 (医療保健業)	不動産取得税	固定資産税
公立病院	-	○*3	対象*4	非課税	非課税	非課税	非課税
国民健康保険組合	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
日本赤十字社	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
済生会	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
厚生連	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
北海道社会事業協会	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
国家公務員共済組合連合会	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
公立学校共済組合	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
日本私立学校振興・共済事業団	○	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
健康保険組合	-	-	対象*4	非課税	非課税	一部非課税*5	一部非課税*5
地域医療機能推進機構	○	-	対象*4	非課税	非課税	非課税	一部非課税*5
国立病院機構	○	○*6	対象*4	非課税	非課税	非課税	一部非課税*5
労働者健康安全機構	○	○*6	対象*4	非課税	非課税	非課税	一部非課税*5
(参考)公益社団法人、公益財団法人	-	-	対象*4	一部非課税*7	一部非課税*7	一部非課税*5	一部非課税*5
(参考)社会医療法人	-	-	対象*4	一部非課税*8	一部非課税*8	一部非課税*5	一部非課税*5
(参考)医療法人	-	-	対象*4	課税	課税	課税	課税*9

*1: 政府出資金とは、独立行政法人等において、その業務を確実に実施するために必要な資本金その他の財産的基礎を有する必要があり、これに対して政府が出資することをいう(参考: 独立行政法人通則法第8条第1項)。日本私立学校振興・共済事業団に関しては、私立学校への助成事業のみ。

*2: 運営費交付金とは、独立行政法人が行う業務の財源に充てるために必要な金額の全部又は一部に相当する金額について、国が予算の範囲内で交付する資金。

*3: 地方公営企業法第17条の2(経費の負担の原則)及び総務省が定めた繰出基準(総務副大臣通知)に基づき、一般会計が負担すべき経費(経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費及び能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費)を公営企業会計に対して繰り入れているもの。

*4: 個別の補助金の目的や性質によって対象外にもなりえる。なお、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生(医療)農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会、公益社団法人、公益財団法人、学校法人、社会医療法人、健康保険組合、国家公務員共済組合連合会及び公立学校共済組合が開設した病院について、公立病院と同様に当該地域の医療確保のため、公立病院に対する繰入金に準じて自治体から運営費に関する補助金の交付を受けている場合がある。

*5: 経営する病院及び診療所において直接その用に供する資産などは非課税。

*6: 国立病院機構では、国期間分の退職給付金費用や臨床研究事業経費等に、労働者健康安全機構では、未払賃金立替払事業や研究・試験及び成果の普及事業等に使用されており、両機構とも診療事業には使用していない。

*7: 法人税法令で定める収益事業に該当する医療保健業、公益目的事業は非課税。

*8: 社会医療法人では、医療保健業(附帯業務、収益業務は除く。)は非課税。

*9: 自治体の条例により減免を行っている場合がある。

4. 留意すべき論点・検討課題 (2) 機能分化・連携について

4. 留意すべき論点・検討課題 (2) 機能分化・連携について

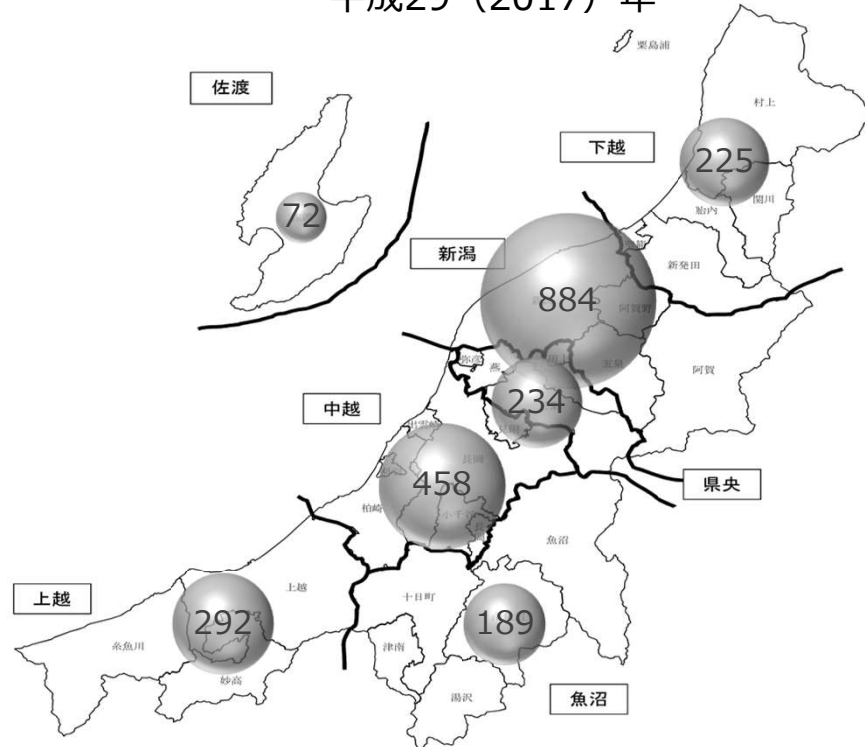
- ・ 特に**民間病院の多い地域**においては、「地域で高度な医療を支える柱となる病院」に**集約していく症例の範囲**をよく**検討**する必要がある。
- ・ 今後の医療需要の変化を見据えれば、急性期機能を一定程度集約することに併せて、自らの急性期機能を縮小するとともに、それ以外の機能を担う必要があるが、急性期機能を縮小することで一線を退いたとイメージされないように、「**地域にとって必要な医療を提供している**」という**意識の醸成**が必要。
- ・ 機能分化に当たっては、「地域で高度な医療を支える柱となる病院」で受け入れた患者の**下り搬送における連携方法**を検討し、**周辺の病院と共存できる仕組み**を作る必要がある。
- ・ 医療需要が減少することが予測される地域においては、**まずは公立・公的病院が規模を見直していく**ことが必要である。また、公立・公的病院が近接する民間病院と類似の機能を有するような体制は理解が得られず、公立・公的病院は**民間病院が担えない分野に重点化**していく必要がある。
- ・ 大学病院や「地域で高度な医療を支える柱となる病院」においては、適切な役割分担の観点から、**外来機能のあり方の見直し**も進めていく必要がある。

平成29年患者調査を基に算出した推計入院患者数（一般病床）＜悪性新生物＜腫瘍＞

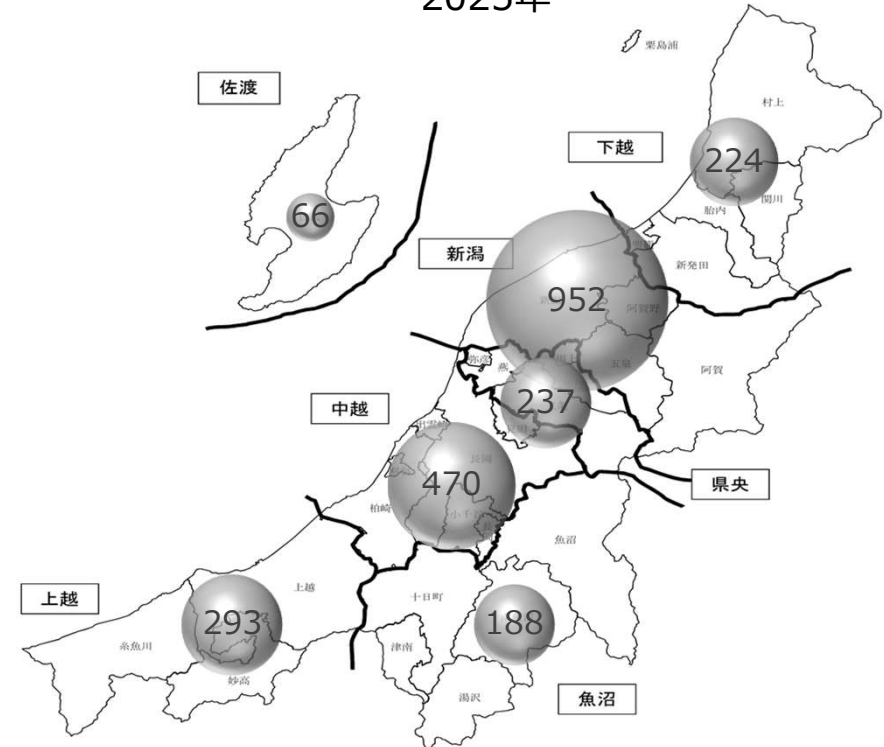
補足4-9

- 平成29年時点の推計入院患者のトレンドが変わらないと仮定した場合、2025年時点の一般病床における悪性新生物＜腫瘍＞の入院患者は約半数が後期高齢者となり、入院患者総数はピークを迎える。

平成29（2017）年



2025年

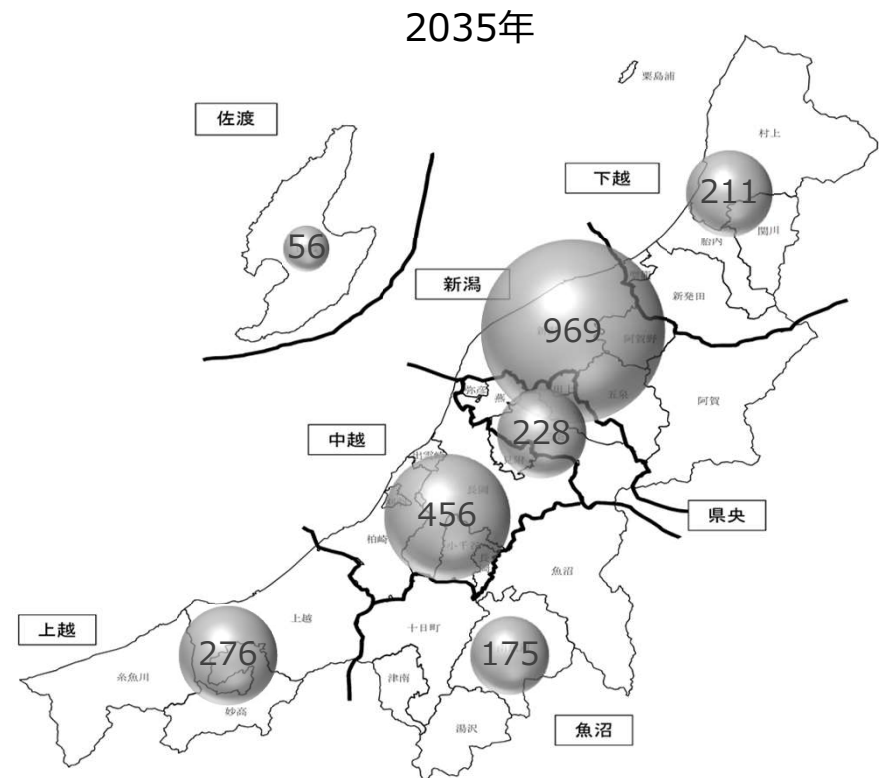


	0～64歳	65～74歳	75歳以上	計	割合
下越	54	71	100	225	9.6%
新潟	228	290	366	884	37.5%
県央	58	76	100	234	9.9%
中越	113	147	199	458	19.5%
魚沼	44	59	87	189	8.0%
上越	69	93	130	292	12.4%
佐渡	14	21	37	72	3.1%
県計	578	758	1,019	2,355	100.0%
	24.6%	32.2%	43.3%	100.0%	

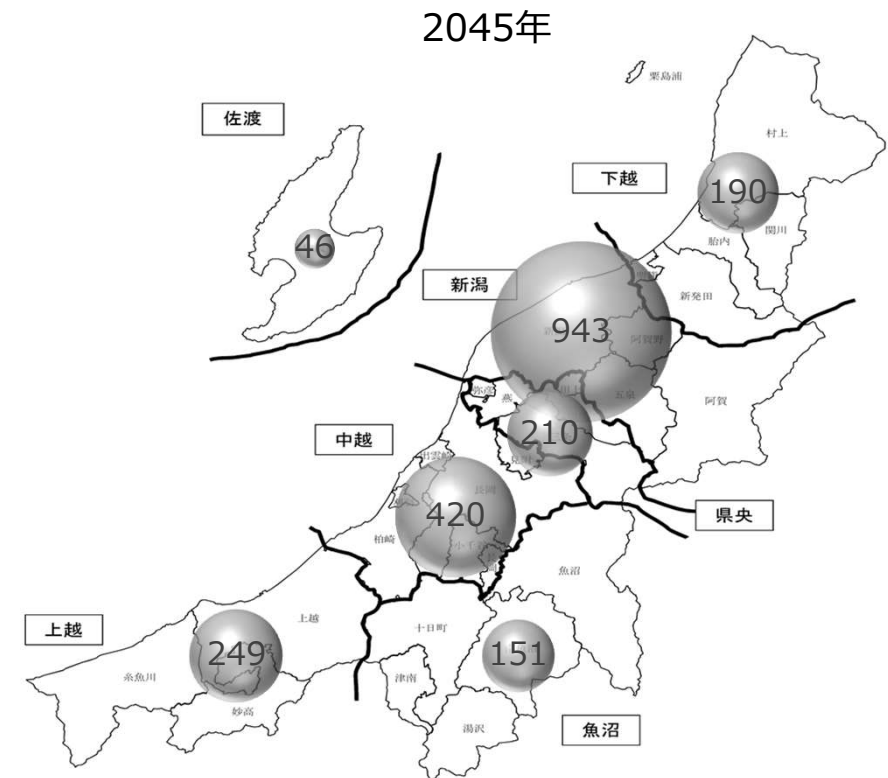
	0～64歳	65～74歳	75歳以上	計	割合
下越	48	66	110	224	9.2%
新潟	227	263	462	952	39.2%
県央	54	68	115	237	9.8%
中越	104	133	233	470	19.3%
魚沼	36	56	96	188	7.7%
上越	62	82	148	293	12.0%
佐渡	11	18	37	66	2.7%
県計	542	686	1,201	2,429	100.0%
	22.3%	28.2%	49.4%	100.0%	

平成29年患者調査を基に算出した推計入院患者数（一般病床）〈悪性新生物〈腫瘍〉〉 **補足4-10**

○ 2035年頃には新潟構想区域の入院患者数がピークを迎え、全ての区域で入院患者数の減少局面に入る。また、後期高齢者の入院患者数がピークとなる見込み。



	0～64歳	65～74歳	75歳以上	計	割合
下越	44	53	115	211	8.9%
新潟	221	245	503	969	40.9%
県央	51	59	118	228	9.6%
中越	98	113	245	456	19.2%
魚沼	32	40	103	175	7.4%
上越	56	69	151	276	11.6%
佐渡	9	13	34	56	2.4%
県計	511	592	1,268	2,371	100.0%
	21.5%	25.0%	53.5%	100.0%	



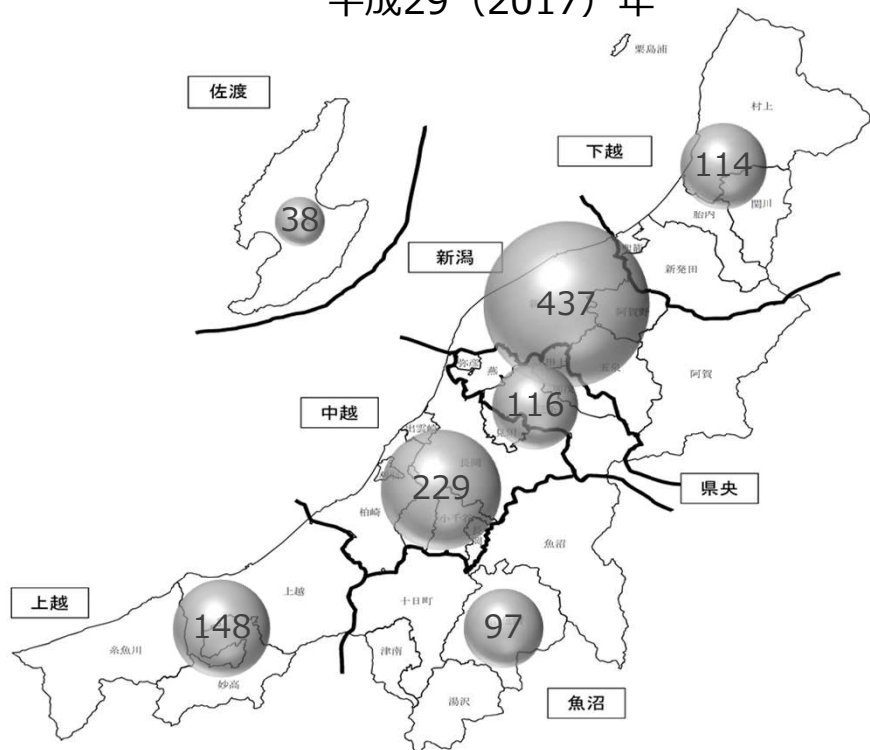
	0～64歳	65～74歳	75歳以上	計	割合
下越	35	53	101	190	8.6%
新潟	179	269	494	943	42.7%
県央	39	62	109	210	9.5%
中越	76	119	225	420	19.0%
魚沼	24	39	88	151	6.9%
上越	44	68	137	249	11.3%
佐渡	7	11	28	46	2.1%
県計	405	622	1,182	2,208	100.0%
	18.3%	28.2%	53.5%	100.0%	

平成29年患者調査を基に算出した推計入院患者数（一般病床）〈脳血管疾患〉

補足4-11

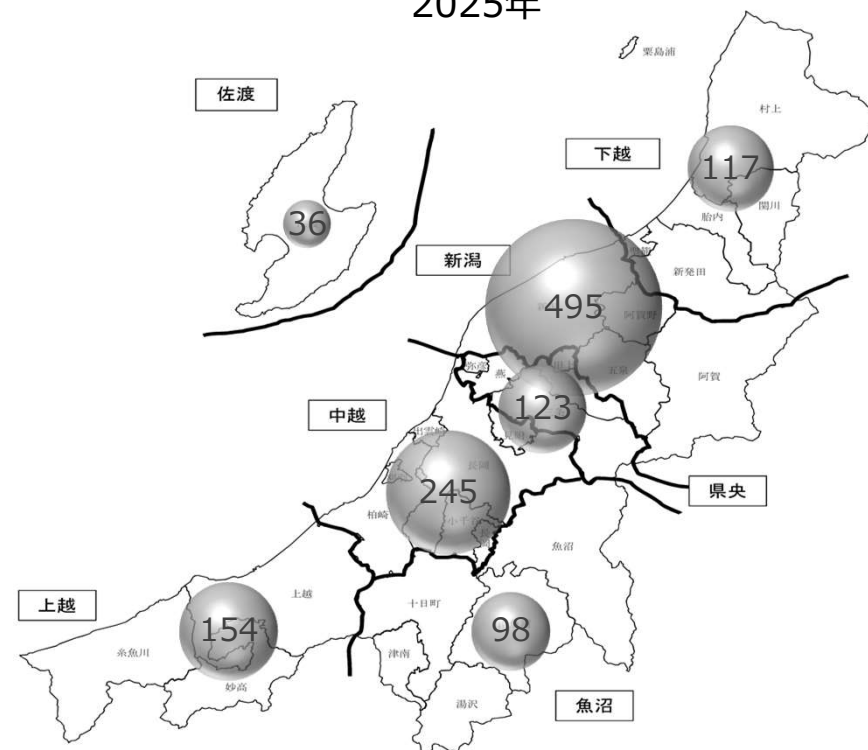
○ 平成29年時点の推計入院患者のトレンドが変わらないと仮定した場合、2025年時点の一般病床における脳血管疾患の入院患者は約67%が後期高齢者となり、入院患者総数はピークに近づく。

平成29（2017）年



	0～64歳	65～74歳	75歳以上	計	割合
下越	19	22	72	114	9.7%
新潟	84	91	262	437	37.1%
県央	21	24	71	116	9.9%
中越	42	46	142	229	19.4%
魚沼	16	18	62	97	8.2%
上越	25	29	94	148	12.5%
佐渡	5	7	27	38	3.2%
県計	213	237	730	1,180	100.0%
	18.1%	20.1%	61.8%	100.0%	

2025年

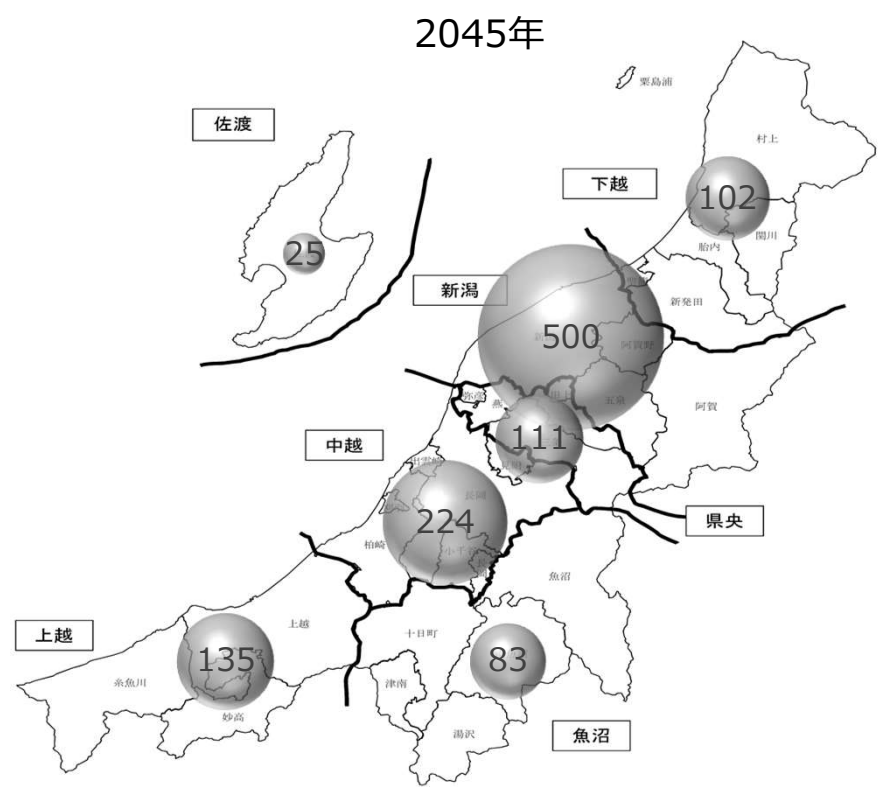
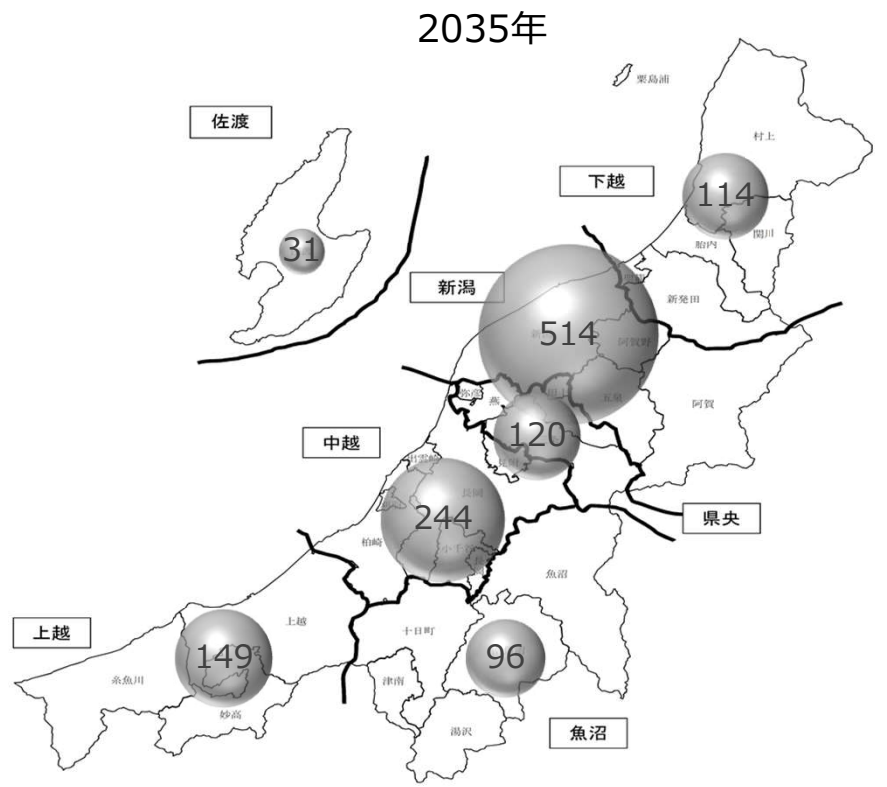


	0～64歳	65～74歳	75歳以上	計	割合
下越	17	21	79	117	9.2%
新潟	84	82	328	495	39.0%
県央	20	21	81	123	9.7%
中越	39	41	164	245	19.3%
魚沼	13	17	68	98	7.8%
上越	23	26	105	154	12.2%
佐渡	4	6	26	36	2.8%
県計	202	214	851	1,267	100.0%
	15.9%	16.9%	67.2%	100.0%	

平成29年患者調査を基に算出した推計入院患者数（一般病床）〈脳血管疾患〉

補足4-12

○ 2025年から2035年にかけて、入院患者総数はほぼ横ばいで推移するが、後期高齢者の患者数は増加する。2035年以降は、減少に転じると見込まれる。



	0～64歳	65～74歳	75歳以上	計	割合
下越	16	17	82	114	9.0%
新潟	81	76	357	514	40.5%
県央	18	19	83	120	9.5%
中越	37	35	172	244	19.2%
魚沼	12	12	72	96	7.6%
上越	20	21	107	149	11.7%
佐渡	3	4	24	31	2.5%
県計	188	185	897	1,269	100.0%
	14.8%	14.6%	70.7%	100.0%	

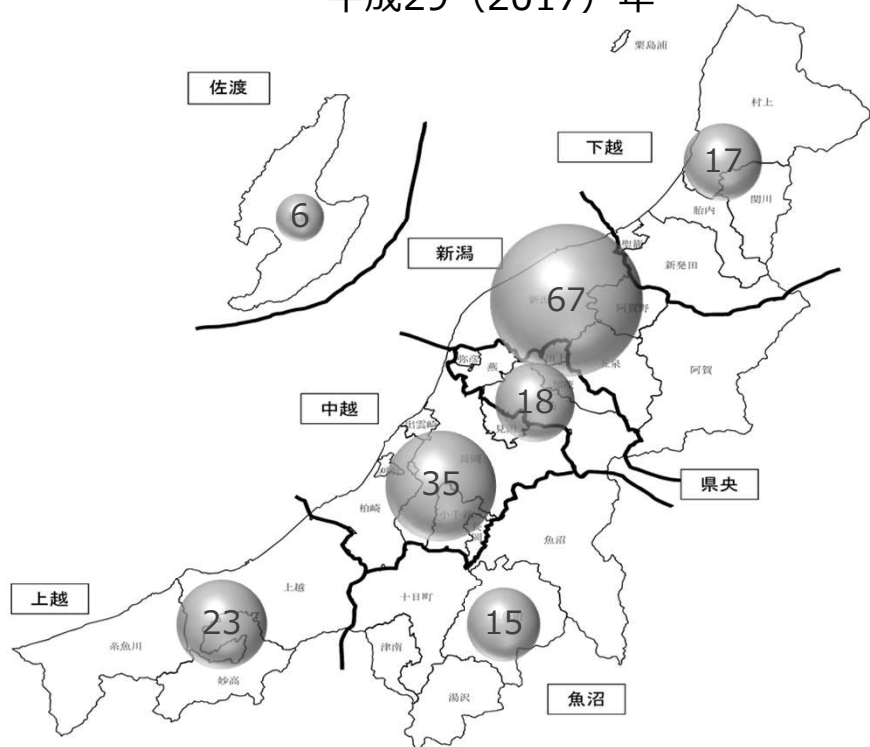
	0～64歳	65～74歳	75歳以上	計	割合
下越	13	16	72	102	8.6%
新潟	66	84	351	500	42.4%
県央	14	19	77	111	9.4%
中越	28	37	158	224	19.0%
魚沼	9	12	62	83	7.0%
上越	16	21	97	135	11.4%
佐渡	2	4	19	25	2.1%
県計	149	194	836	1,180	100.0%
	12.6%	16.4%	70.8%	100.0%	

平成29年患者調査を基に算出した推計入院患者数（一般病床）〈虚血性心疾患〉

補足4-13

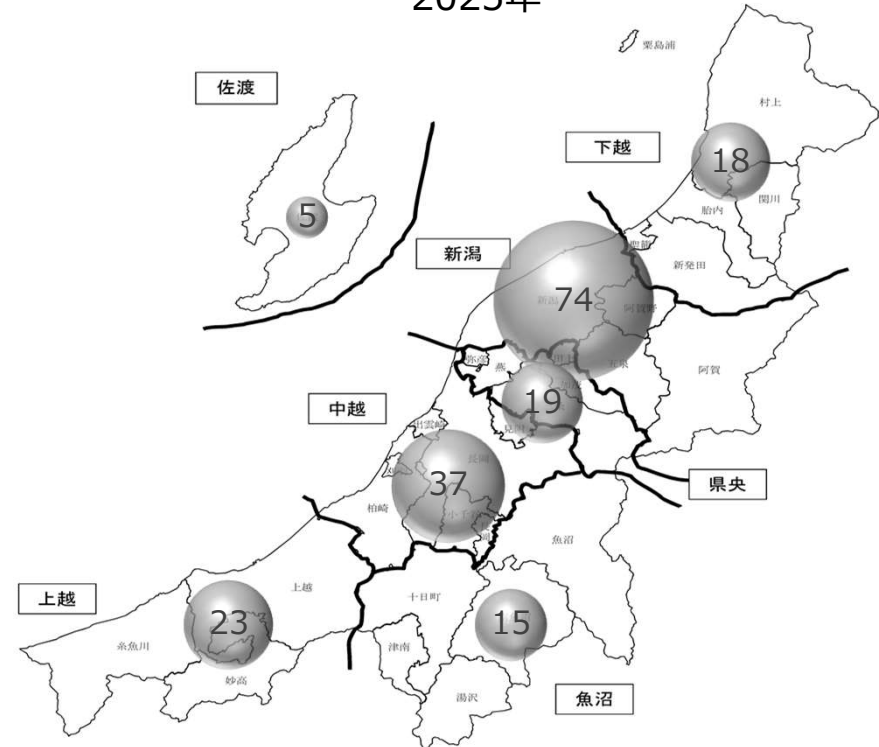
- 平成29年時点の推計入院患者のトレンドが変わらないと仮定した場合、2025年時点の一般病床における虚血性心疾患の入院患者の60%弱は後期高齢者となり、入院患者総数はピークに近づく。

平成29（2017）年



	0～64歳	65～74歳	75歳以上	計	割合
下越	3	5	9	17	9.6%
新潟	14	20	33	67	37.2%
県央	4	5	9	18	9.9%
中越	7	10	18	35	19.5%
魚沼	3	4	8	15	8.2%
上越	4	6	12	23	12.5%
佐渡	1	1	3	6	3.2%
県計	36	52	93	181	100.0%
	20.0%	28.5%	51.5%	100.0%	

2025年



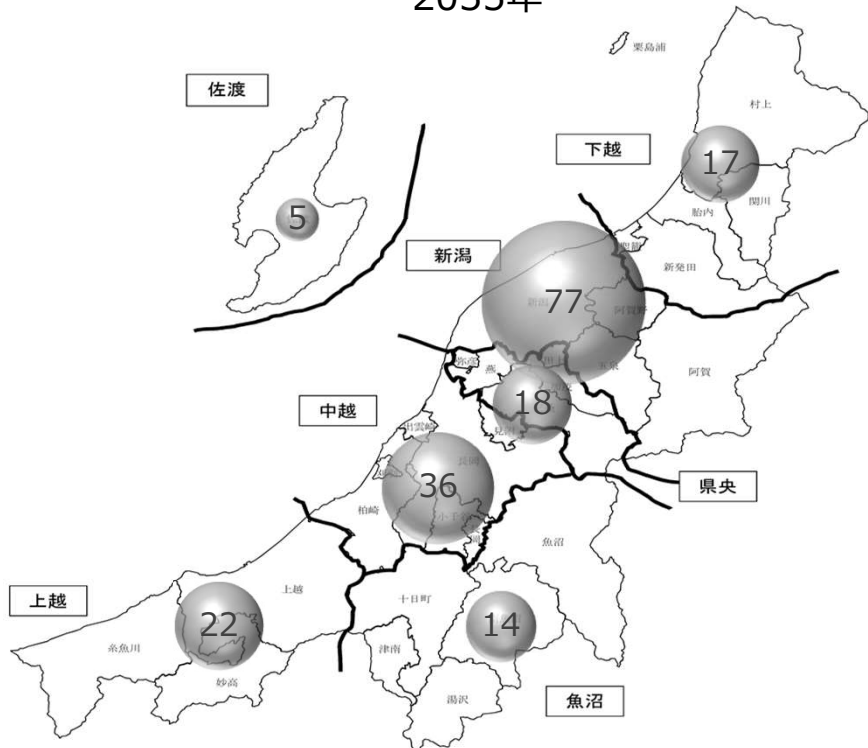
	0～64歳	65～74歳	75歳以上	計	割合
下越	3	4	10	18	9.2%
新潟	14	18	42	74	39.0%
県央	3	5	11	19	9.7%
中越	6	9	21	37	19.4%
魚沼	2	4	9	15	7.8%
上越	4	6	14	23	12.1%
佐渡	1	1	3	5	2.8%
県計	33	47	110	190	100.0%
	17.6%	24.5%	57.9%		

平成29年患者調査を基に算出した推計入院患者数（一般病床）〈虚血性心疾患〉

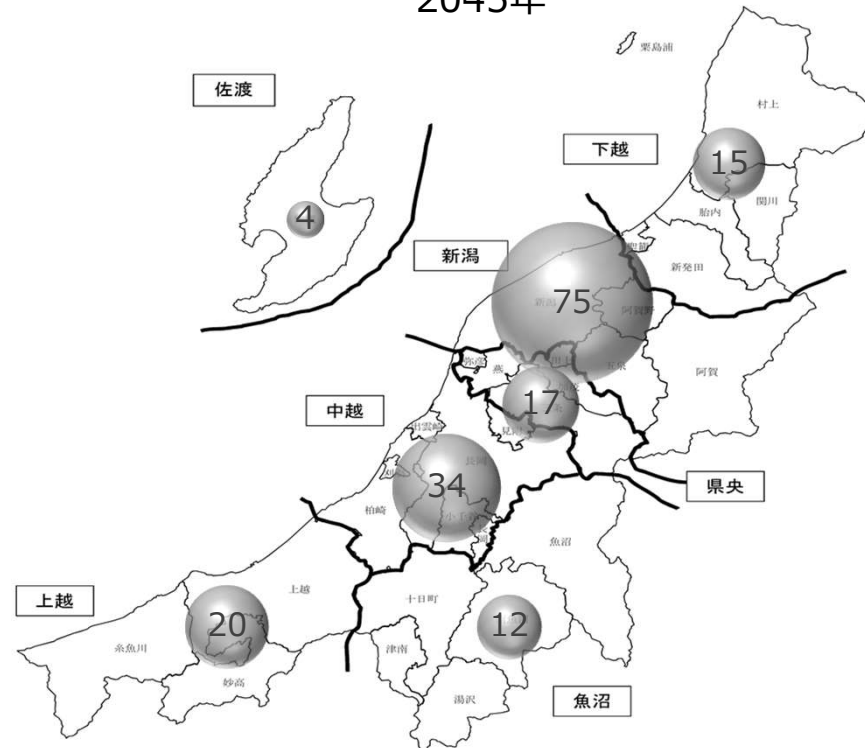
補足4-14

○ 2025年以降、全ての区域で入院患者数は横ばいか微減で推移する。2035年時点では虚血性心疾患の一般病床入院患者の約80%が65歳以上となり、後期高齢者の患者数はピークを迎える見込み。

2035年



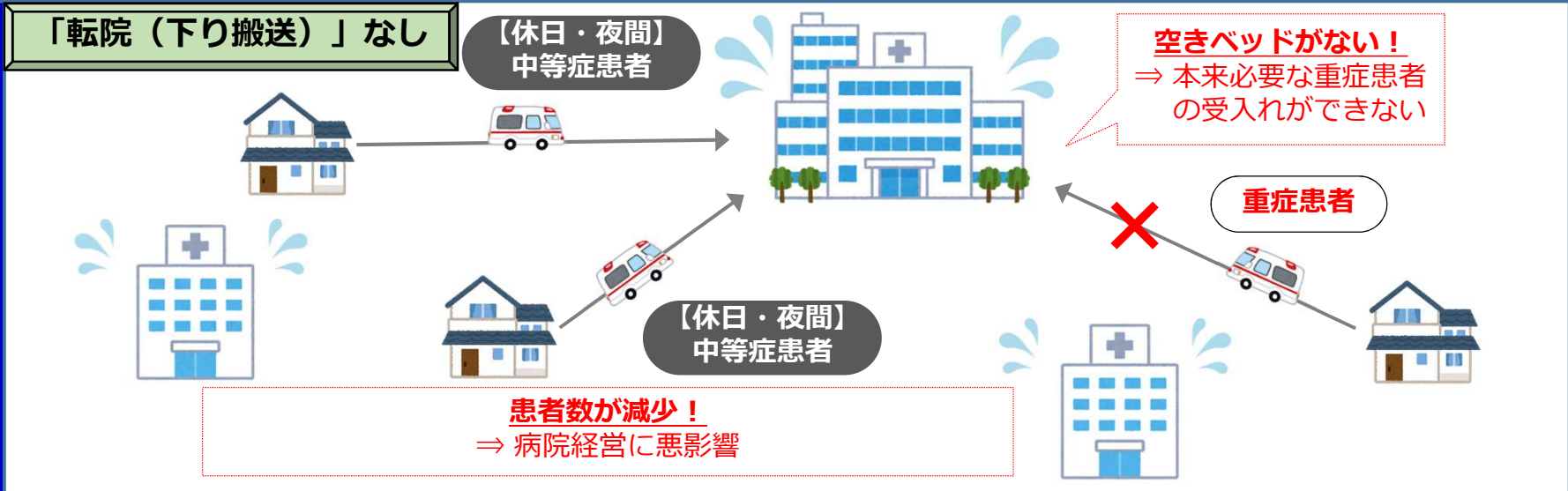
2045年



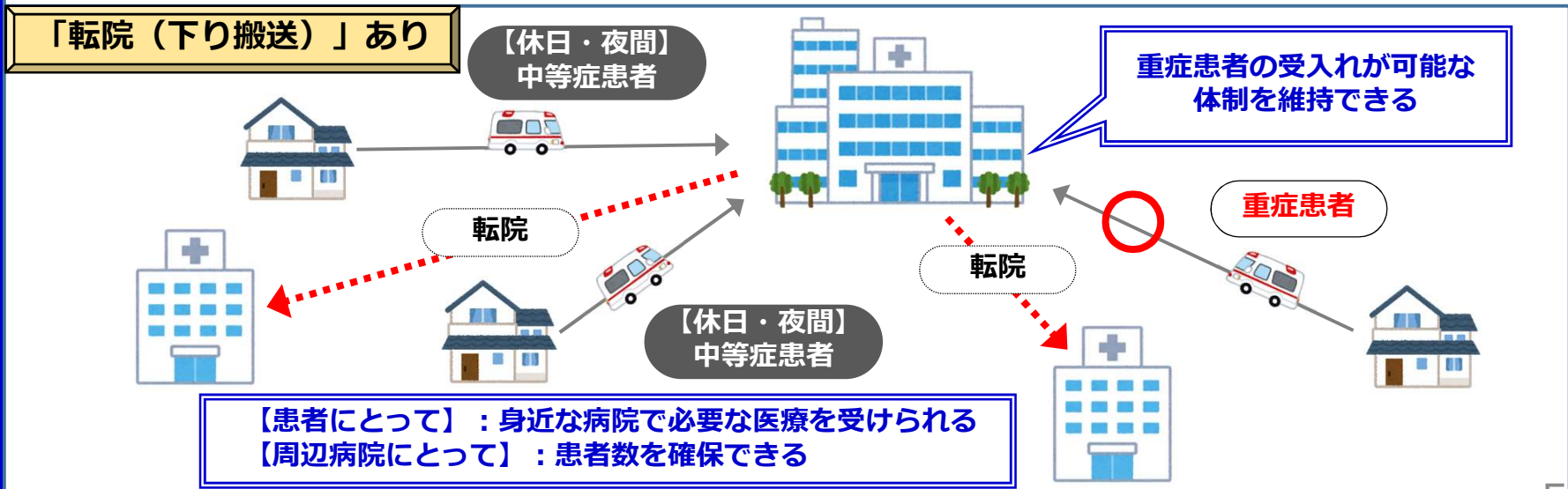
	0～64歳	65～74歳	75歳以上	計	割合
下越	3	4	11	17	8.9%
新潟	14	17	46	77	40.6%
県央	3	4	11	18	9.6%
中越	6	8	23	36	19.3%
魚沼	2	3	9	14	7.5%
上越	4	5	14	22	11.7%
佐渡	1	1	3	5	2.4%
県計	32	40	116	189	100.0%
	16.9%	21.4%	61.7%		

	0～64歳	65～74歳	75歳以上	計	割合
下越	2	4	9	15	8.6%
新潟	11	18	45	75	42.4%
県央	2	4	10	17	9.5%
中越	5	8	21	34	19.1%
魚沼	2	3	8	12	7.0%
上越	3	5	13	20	11.3%
佐渡	0	1	3	4	2.1%
県計	25	42	109	176	100.0%
	14.4%	24.1%	61.6%		

休日・夜間の救急医療体制の役割分担



転院（下り搬送）の促進

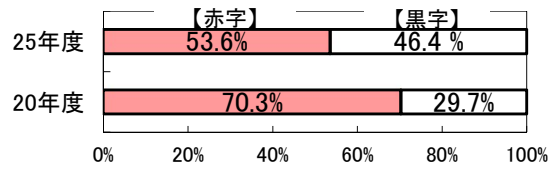


公立病院改革の推進

- 「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

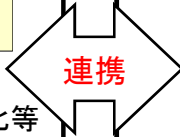
- 1 新公立病院改革プランの策定を要請
 - (1) 策定時期: 地域医療構想の策定状況を踏まえつつH27年度又はH28年度中
 - (2) プランの内容: 以下の4つの視点に立った取組を明記

<p>地域医療構想を踏まえた役割の明確化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病床機能、地域包括ケア構築等を明確化 	<p>経営の効率化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経常収支比率等の数値目標を設定
<p>再編・ネットワーク化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経営主体の統合、病院機能の再編を推進 	<p>経営形態の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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	○○○ 人/日	○○○ 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

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。

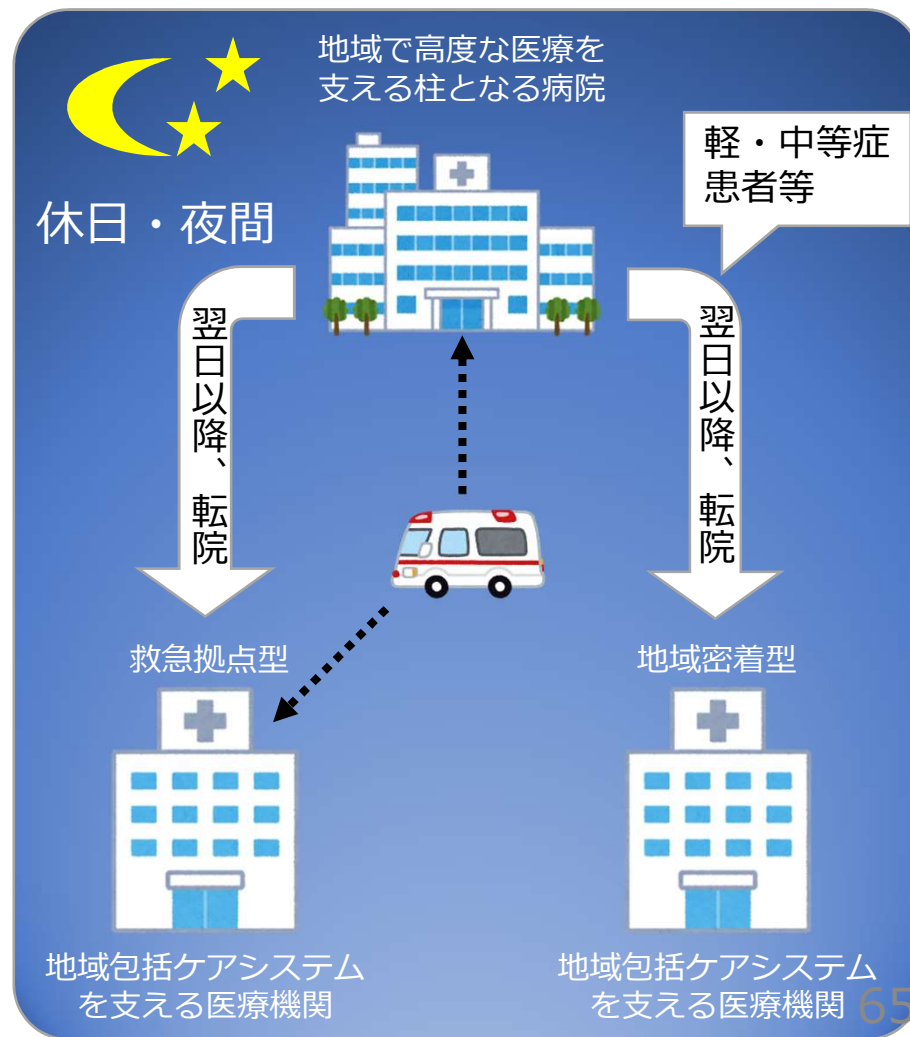
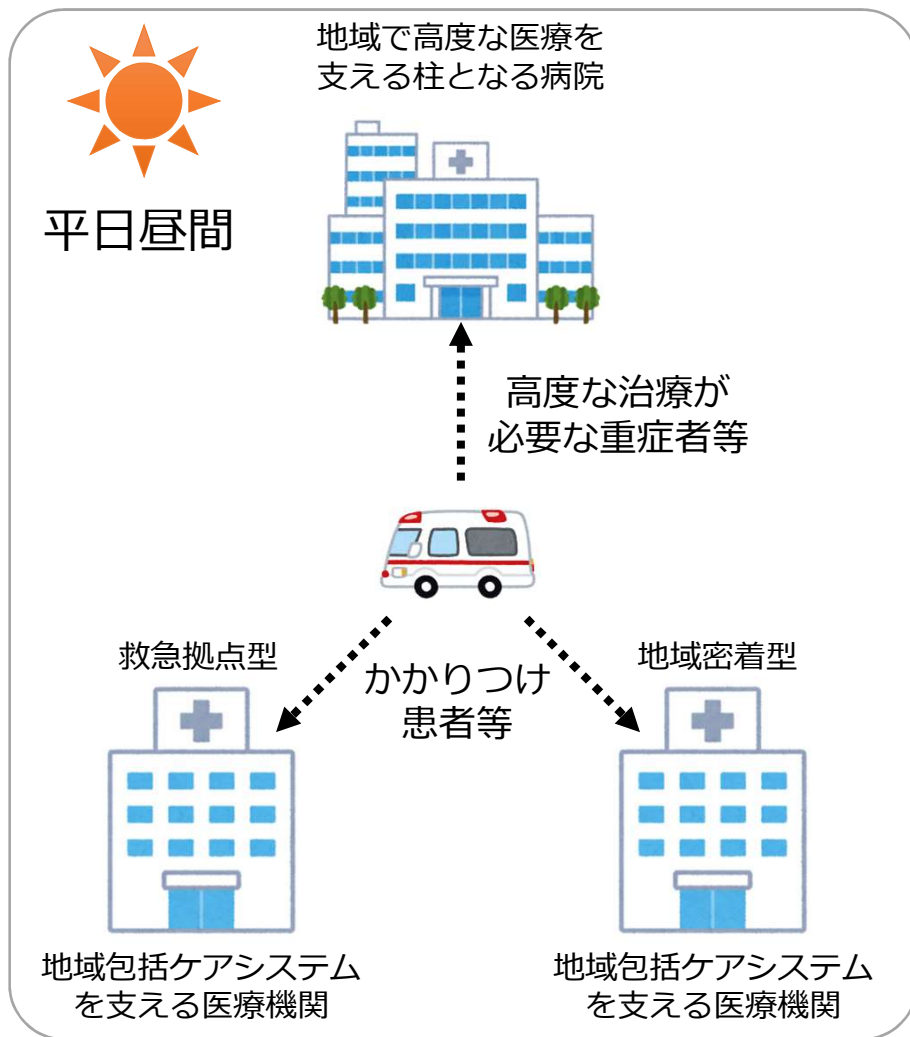
4. 留意すべき論点・検討課題

(3) 救急医療体制について

4. 留意すべき論点・検討課題 (3) 救急医療体制について

- 医師の働き方改革や救急担当医の高齢化により、これまで提供できていた**輪番体制が維持できなくなる可能性**もあり、**休日・夜間の二次救急医療体制**をいかに確保していくかが重要となる。
- 二次・三次救急のそれぞれについて、ウォークインか救急搬送の別、時間帯、曜日、診療科などそれぞれについて体制の検討が必要になることも想定される。まずは、**検討対象とする救急医療の範囲**について、**丁寧な認識合わせ**が必要である。
- 現在の救急医療体制をどこまで維持できるかを見極め、**二次救急医療機能の集約化**も視野に入れる必要がある。その際、患者の**アクセスに関する支援**や消防との**搬送方法の調整等**の検討も必要となる。
- なお、休日・夜間の二次救急医療体制の確保が難しい病院であっても、**日中または準夜帯の二次救急患者受入れ**については、**分担を検討**する必要がある。

- **平日の昼間**はそれぞれの役割に応じて、救急搬送を受入れ
- **休日・夜間**は「地域で高度な医療を支える病院」と「救急拠点型」の病院が救急搬送を受入れ



- **役割分担**により、限りある**資源を効率的に活用**しながら地域住民に必要な医療を提供している具体例
→「**小出病院**」と「**魚沼基幹病院**」（魚沼圏域）

魚沼市の住民を中心に、
「**需要の多い疾患の入院**」や、
「**日中～準夜帯の救急受入**」
を担う

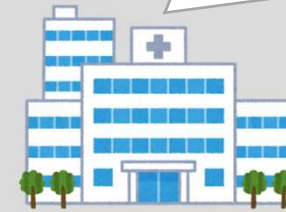
「**高度・専門的な治療が必要な入院**」
や、「**深夜～早朝の救急受入**」
を担う

外来医師の
応援も



小出病院

（魚沼市）



魚沼基幹病院

（同一圏域内）

魚沼市近隣から入院している患者のうち、
「**中軽症患者**」や、
「**手術等の経過が安定した患者**」
は小出病院（**身近な病院**）に**転院**

↓
小出病院で**必要な医療が提供され**、その後**退院**

4. 留意すべき論点・検討課題
(4) 経営面の課題について

4. 留意すべき論点・検討課題 (4) 経営面の課題について

- 病院経営の面から、全ての手術や救急患者を「地域で高度な医療を支える柱となる病院」に集約するのではなく、地域の実情に応じた**適切な役割分担のあり方**を検討していく必要がある。
- **救急患者、外来患者、紹介患者のバランス**をうまく取れなければ、病院経営は成り立たず、その点も考慮しながら体制を検討していく必要がある。
- 役割分担の見直しによる病棟機能の転換に当たって、例えば緩和ケア病棟も視野に入ってくると考えられるが、医療資源が限られる地域では、施設基準を満たすことが難しいという課題もあるため、そのような地域における**基準の緩和等に関する国への働きかけ**なども必要になる。
- 病院のあり方や役割の変化に対応していくためには、**経営方針等の見直しに関する支援**も必要である。
- 「地域で高度な医療を支える柱となる病院」から周辺の病院へ医師を派遣する際に、通常の外来診療だけではなく、**手術や救急外来等をサポート**するような**仕組み**も考えていく必要がある。

- 「地域包括ケアシステムを支える医療機関」においては、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>

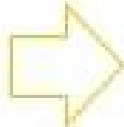
- 退院先（介護施設等（特に介護医療院）との連携）をどのように確保していくか
- 救急患者の受入をどの程度行えるのか（かかりつけ患者のみ、在宅患者の急変時対応、特に休日・夜間の対応（宿日直基準を満たすには休日・夜間の対応は困難ではないか）など）

地域包括ケア病棟に代表されるような機能を担う医療機関のモデルとして、先行事例の運営手法や取組を参考にできないか。

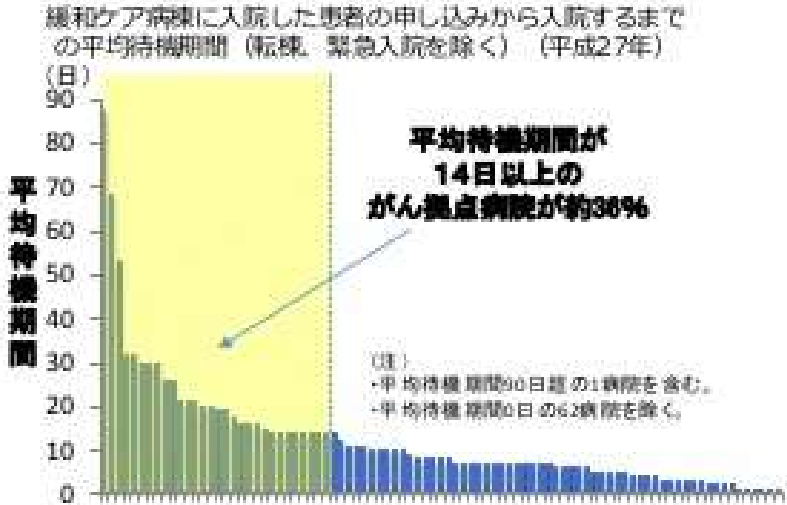
緩和ケア病棟入院料の見直し

➤ 緩和ケア病棟入院料について、待機患者の減少と在宅医療との連携を推進する観点から、平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設ける。

現行	
【緩和ケア病棟入院料】	
30日以内	4,926点
60日以内	4,400点
61日以上	3,300点



改定後	
【緩和ケア病棟入院料】	
(新) 緩和ケア病棟入院料1	
30日以内	5,051点
60日以内	4,514点
61日以上	3,350点
(新) 緩和ケア病棟入院料2	
30日以内	4,826点
60日以内	4,370点
61日以上	3,300点
[入院料1の施設基準]	
入院料2の施設基準に加え、以下のいずれかの要件を満たしていること。	
ア 直近1年間の平均在棟日数が30日未満かつ平均待機期間が14日未満であること	
イ 直近1年間において、在宅に移行した患者が退院患者全体の15%以上であること	
[入院料2の施設基準]	
現行と同様	



平成28年度がん診療連携拠点病院等現況報告書をもとに厚生労働省がん・疾病対策課作成

令和2年度診療報酬改定 Ⅲ-1 医療機能や患者の状態に応じた入院医療の評価 -⑨、⑩

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の施設基準

	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上 (7割以上が看護師)							
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 14%以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 11%以上							
入退院支援部門	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	患者の入棟時に測定したADLスコア等を参考にリハビリテーションの必要性を判断・説明・記録すること リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
在宅復帰率	7割以上				-			
一般病棟から転棟した患者割合※1	-	-	6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	-	-	-	6割未満 (許可病床数400床以上の場合)	-
実績部分	自宅等から入棟した患者割合	1割5分以上 (管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)		-	1割5分以上 (管理料の場合、10床未満は3月で6人以上)		-	-
	自宅等からの緊急患者の受入	3月で6人以上		-	3月で6人以上		-	-
	地域包括ケアの実績※2	○		-	○		-	-
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満のみが対象	○	-	○	○	○	-	○	○
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

※2 以下の①～⑥のうち少なくとも2つを満たしていること

※1 満たせないものとして届け出た場合は入院料の所定点数の100分の90に相当する点数を算定

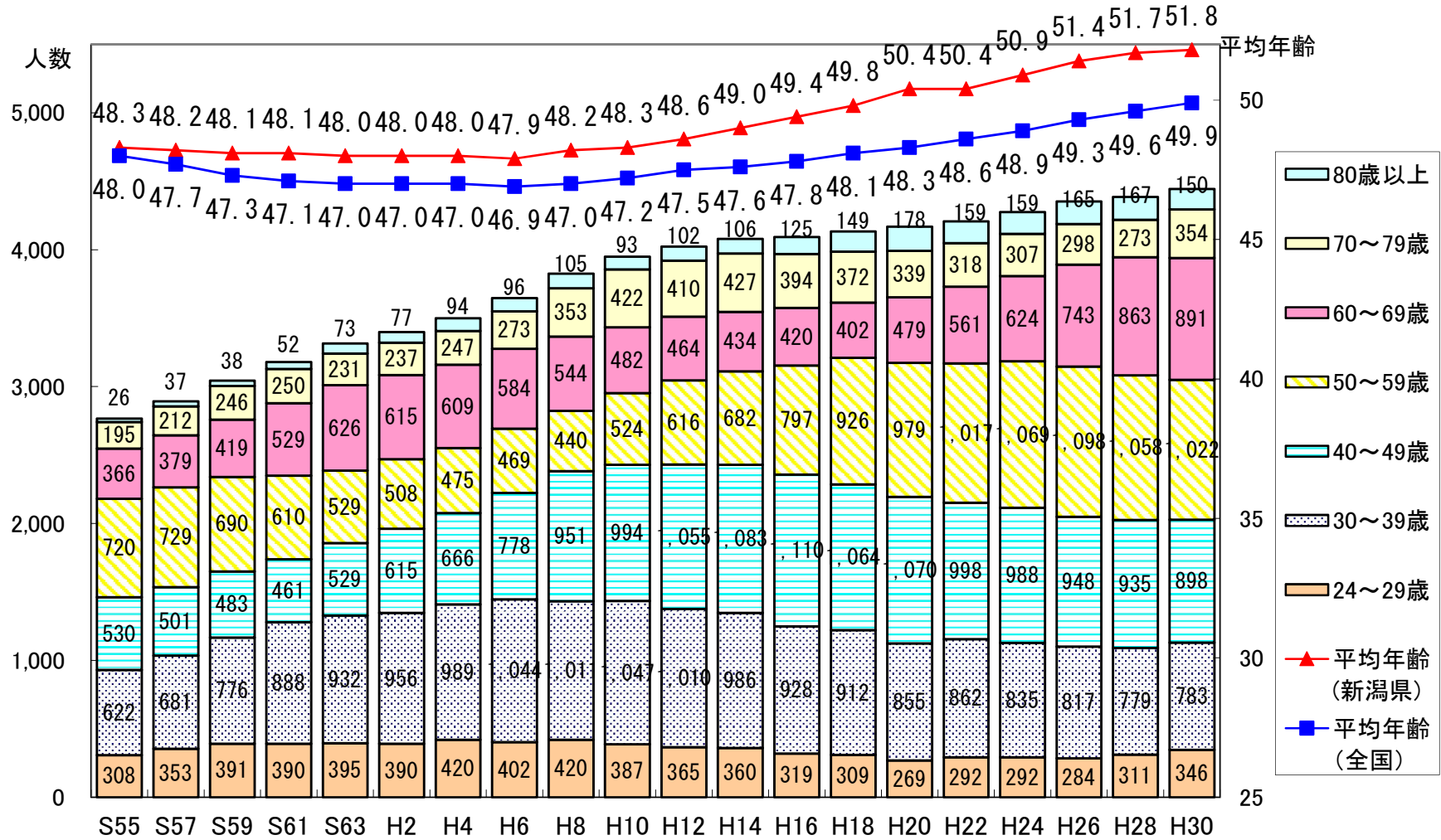
- ①当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
 ②当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
 ③同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
 ④当該保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
 ⑤同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
 ⑥当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。

4. 留意すべき論点・検討課題
(5) 医師確保について

4. 留意すべき論点・検討課題 (5) 医師確保について

- 年間不足養成数**109名の確保**に向けて、大学医学部における**地域枠の新設・拡大**が必要であるが、それに伴う**体制確保への支援**も必要になる。
- 医師の高齢化が進む中、今後も**県内に若手医師が集まり**、そこで学びたい、地域医療をがんばりたいと感じることができる**体制づくり**が一番の課題となる。
- 「地域で高度な医療を支える柱となる病院」においては、受け入れる**初期研修医・専攻医の数を増やしていく**ことが必要となる。
- **総合的な診療能力を有する医師の確保・育成**を進めることが必要。その際、後期高齢者を対象とする診療等の**社会的・医学的価値を高めていく**こと、地域や医療経営等の**マネジメント能力を育成**することが重要になる。
- 医学部の学生や研修医に対し、**地域医療の魅力**を伝えられるような**仕組み**を構築していくことが必要である。

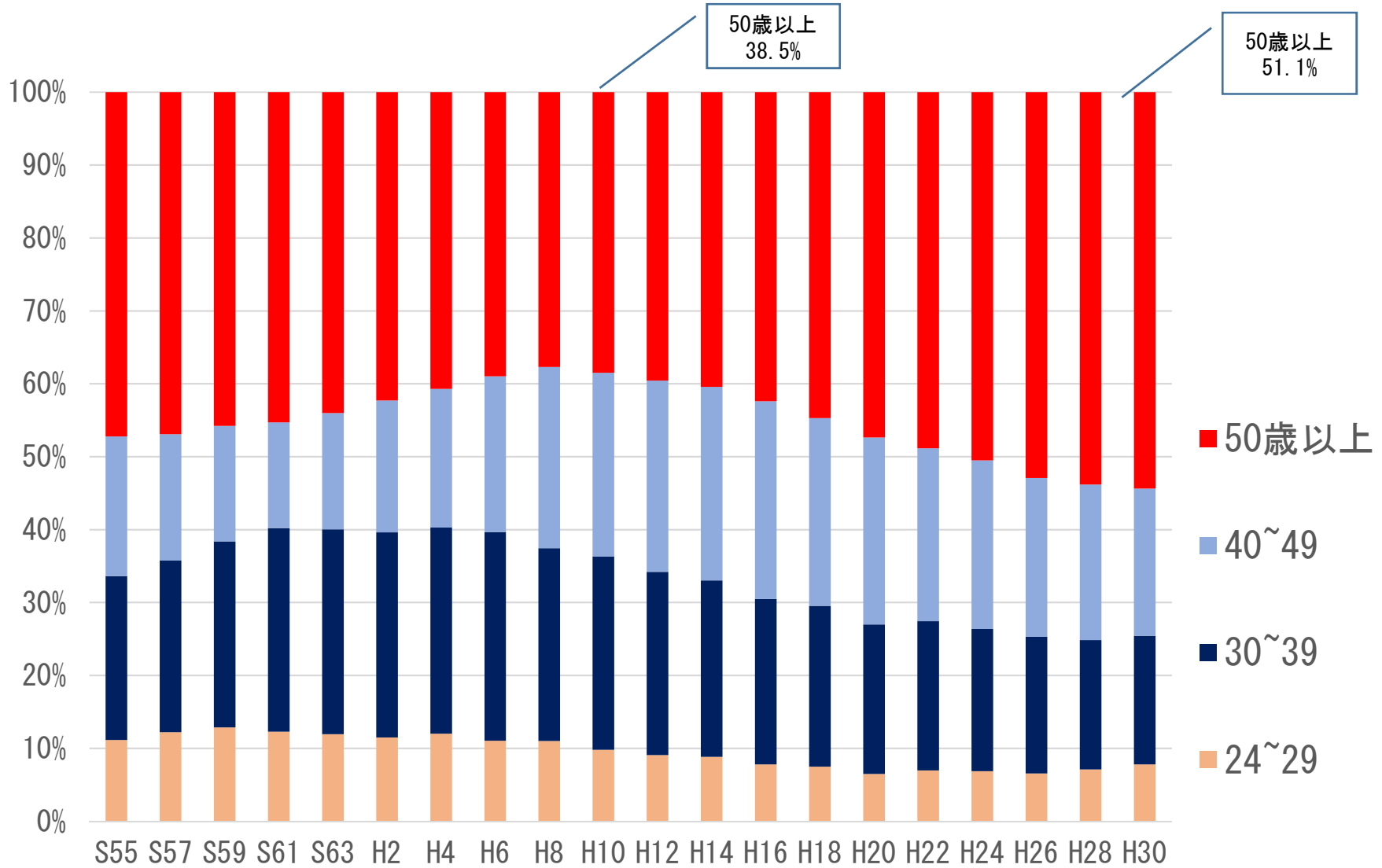
年齢階層別にみた医療施設従事医師数の推移(新潟県)



※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より、各年12月31日現在

医療施設従事医師の年齢構成割合推移

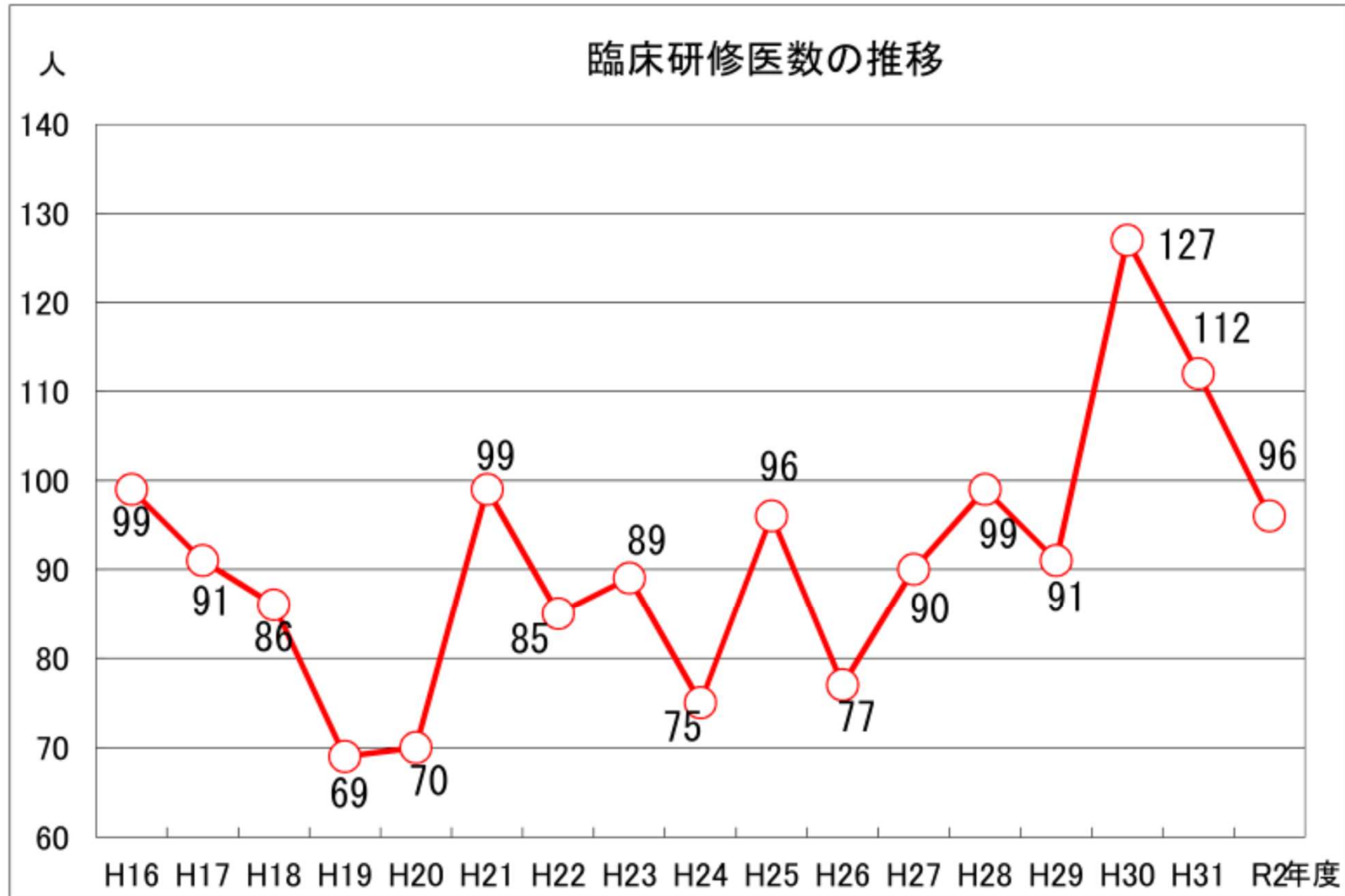
補足4-25



地域枠の定員設定状況

年度 大学名	H21 (2009年)	H22～H24 (2010～2012年)	H25～R1 (2013～2019年)	R2 (2020年)	R3 (2021年)
新潟大学	5名	10名	12名	22名	27名
順天堂大学		2名	2名	2名	2名
関西医科大学				2名	2名
昭和大学					2名
合計	5名	12名	14名	26名	33名

(単位：人)



新潟県と新潟大学医学部の「総合的な診療能力を持つ医師の養成・確保に向けた協定」締結

○協定締結日 令和3年1月19日（火）

○調印式の参加者

- ・新潟県 花角知事
- ・新潟大学医学部 新潟大学医学部長 染矢 俊幸 氏
- ・新潟大学医学部医学科 総合診療学講座 特任教授 上村 顕也 氏
- ・新潟大学医学部医歯学総合研究科 新潟地域医療学講座 特任教授 井口 清太郎 氏

○協定の目的

将来の人口構造の変化に伴う医療需要の変化等に対応し、県内のどこに住んでいても、安心して医療を受けられる環境づくりを進めるためには、今後、総合的な診療を中心的に担う医師を確保していくことが、より求められていることから、県及び新潟大学医学部は連携して、総合的な診療能力を持つ医師の卒前からの養成等に取り組む。

○協定の内容

- ・総合的な診療を中心的に担う医師の卒前からの養成等について相互に協力する。
- ・県は、地域枠など修学資金貸与医師が、地域で求められる総合的な診療能力が取得できるよう、配置等において配慮する。
- ・新潟大学医学部は、県と協力の上、地域枠など修学資金貸与医師が、総合的な診療能力を取得できるよう、必要な教育及びキャリア形成の支援する。

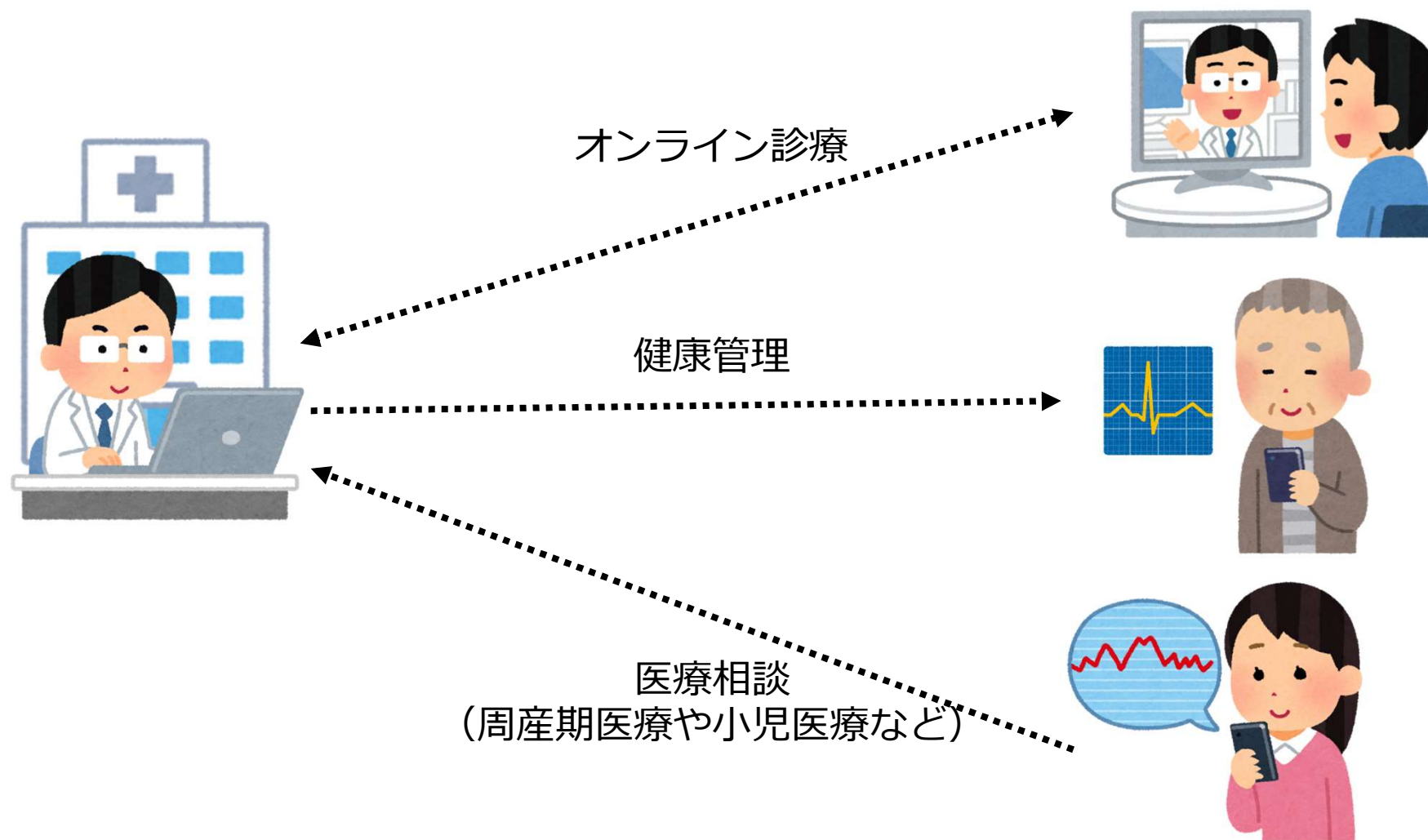


4. 留意すべき論点・検討課題
(6) その他

4. 留意すべき論点・検討課題 (6) その他

- 医療提供体制の見直しと同時に、医療相談をはじめとしたオンラインサービスや情報アクセスの充実など、**治療に至る前の段階から治療までをサポートするICT**を活用した解決策を積極的に検討していく必要がある。
- **新型コロナウイルス感染症への対応**の中で明らかになった課題や知見なども踏まえながら、**将来**の医療提供体制を検討していく必要がある。
- 医師だけでなく、**看護職員の確保**も課題であり、地域間や就業場所別の偏在が生じていることから、**偏在解消**に向けた取組を強化する必要がある。
- 地域によっては、診療所の新規開業が減少するなど、**外来医療や在宅医療の将来見通し**にも留意が必要で、近い将来、一次救急の当番医や看取りを行う医師等が大幅に減少するおそれがあり、医療提供体制の整備において留意する必要がある。
- 地域医療構想の実現のためには、救急車の適正利用や不要な受診を避けるといった、医療との上手な関わり方をはじめ、医療を取り巻く環境の変化や現状、医療資源の集約化の必要性、下り搬送等の療養場所の選択の必要性などについて、**住民の理解を深め、住民の行動変容を促す取組が必要**であることにも留意する必要がある。

- ICTを積極的に活用し、「医療機能へのアクセス」を補完



これまで以上の医療サービスの提供により暮らし・質が向上し、住んでよし、訪れて良しの新潟へ



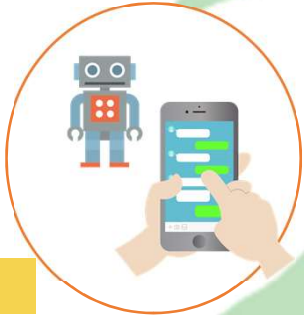
アカデミーの中で生まれた新しいサービス・プロダクト

実証地域：村上市

小児・産婦人科領域



- ◆ 妊娠から出産、乳幼児ケア、学童期の健康促進などにおける医療ICTを活用した**包括的支援パッケージの企画・導入**
- ◆ 親や子どもの精神的医療課題に対する**メンタルケアの向上**



実証地域：妙高市

救急医療領域

- ◆ 自動応答対応型の、つながる救急相談で、**県民への安心**を提供
- ◆ 軽症と判断された場合に翌日受診など、適切な受診環境を提供

実証地域：十日町市

生活習慣病予防

ICTを活用した遠隔による**生活習慣病介入プログラムの構築**



- ◆ 遠隔運動療法により効果的な生活習慣病コントロールを行い、**重症化を予防**

小児・産科分野へのヘルスケアICT活用

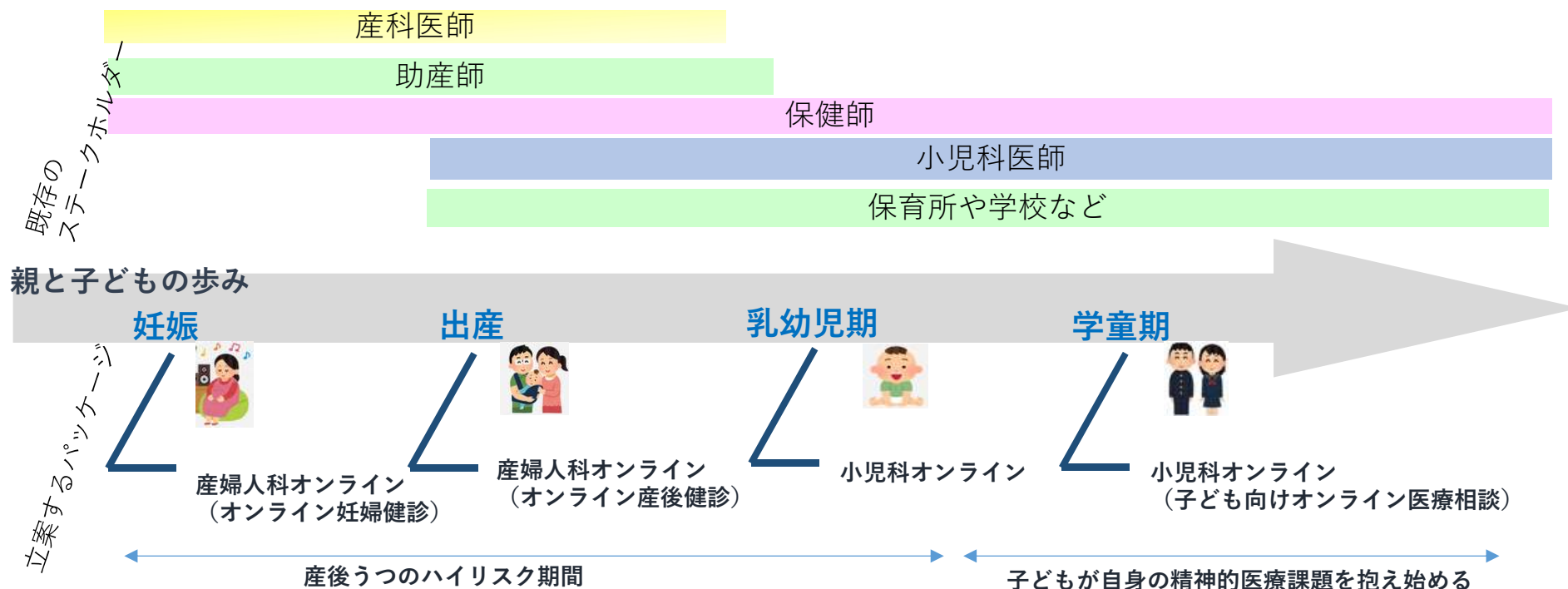
フォーカスする医療課題

- ✓ 小児科医・産婦人科医の深刻な不足がある
- ✓ 産前産後の適切な相談・心理等のサポート体制が不十分
- ✓ 小児科は外来受診が多く、夜間や休日の受診・相談需要が大きい
- ✓ 子どもの発達上の不安などを相談できる環境が少ない



目標と解決策

- ✓ 切れ目のない支援のために、ヘルスケアICTを活用
- ✓ オンライン妊婦健診によるメンタルケアの向上
- ✓ 産後の定期的なオンライン産後健診によるメンタルサポート
- ✓ 10代のメンタルヘルスに関するプライベート相談の充実



生活習慣病分野へのヘルスケアICT利用

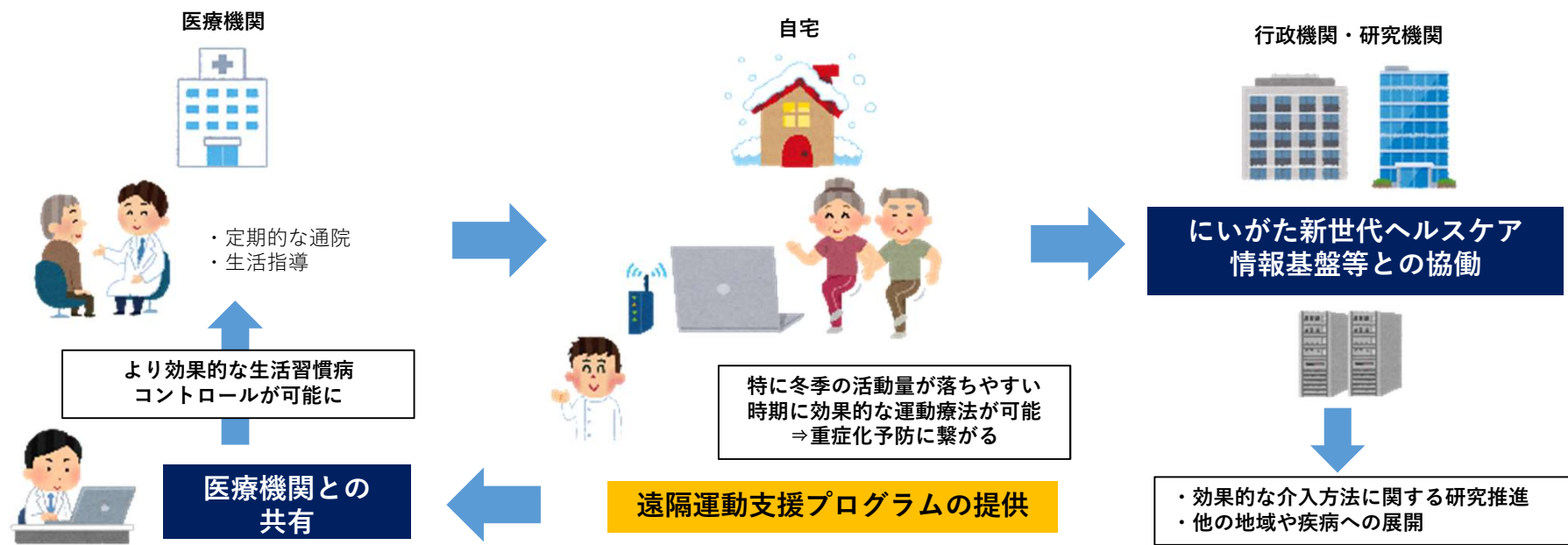
フォーカスする生活習慣病分野の課題

- ✓ 人口に占める生活習慣病患者はかなりのウェイトを占めており、さらなる対策を実施していく必要
- ✓ 新潟県においては、「肥満者割合」や「1日平均歩数」が全国平均を大きく下回っており、特に運動療法を中心とした生活習慣介入の重要性が高い状況



目標と解決策

- ✓ 生活習慣病を有する高齢者を対象に運動療法の介入を実施することで、コントロール向上や重症化予防を目指す
- ✓ 定期的に通院している生活習慣病患者に対して、ICTツールを用いた自宅等での運動支援プログラムを提供
- ✓ 将来的には当該プログラムの提供により得られたデータ・知見について、医療機関や行政への共有を行う体制を整備



救急医療分野へのヘルスケアICT利用

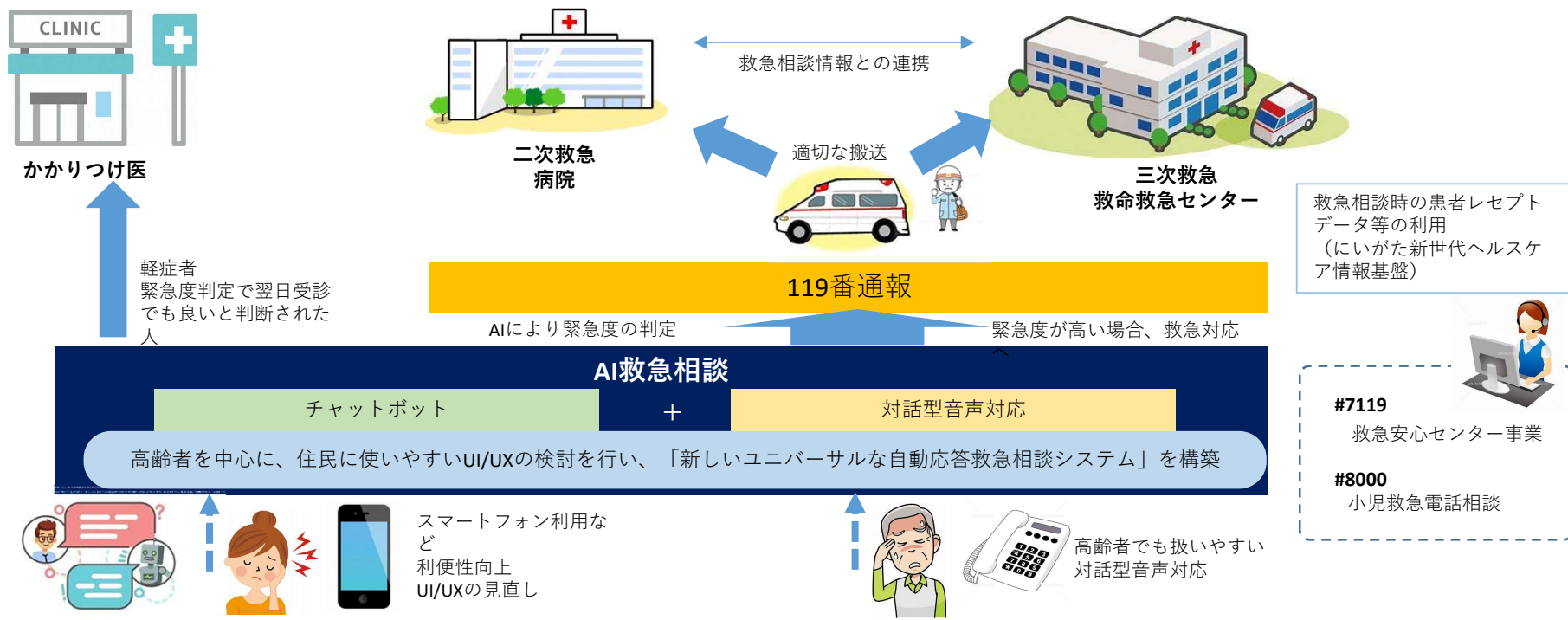
フォーカスする救急医療課題

- ✓ 医師不足や医師の働き方改革により休日夜間の救急医療体制の確保が困難
- ✓ 軽症者の救急利用は依然多い
- ✓ 電話医療相談は回線数が少なく、話中により、利用出来ないことがある



目標と解決策

- ✓ 軽症者の救急搬送を抑制し、医療体制を確保していくため、これまで以上に救急電話相談の活用を促進
- ✓ 既存の救急相談事業の負担軽減・コストダウンを図る
- ✓ 高齢者でも扱いやすいヘルスケアICTの導入
「新しいユニバーサルな自動応答救急相談システム」



ヘルスケアICT人材育成

フォーカスする人材育成課題

- ✓ ヘルスケアICTを活用する土壌（ノウハウ）の醸成
- ✓ ヘルスケアICT分野に精通した人材育成
- ✓ ヘルスケアICTに対してのメディア戦略や情報発信力の強化



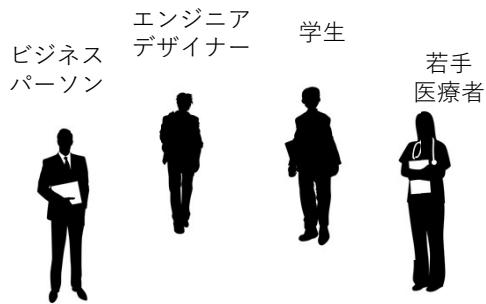
目標と解決策

- ✓ ヘルスケアICTを活用する人材コミュニティの形成
- ✓ ヘルスケアICT人材育成コース開催
- ✓ ヘルスケアICTに関する実践フィールドの提供
- ✓ メディア戦略立案・実践

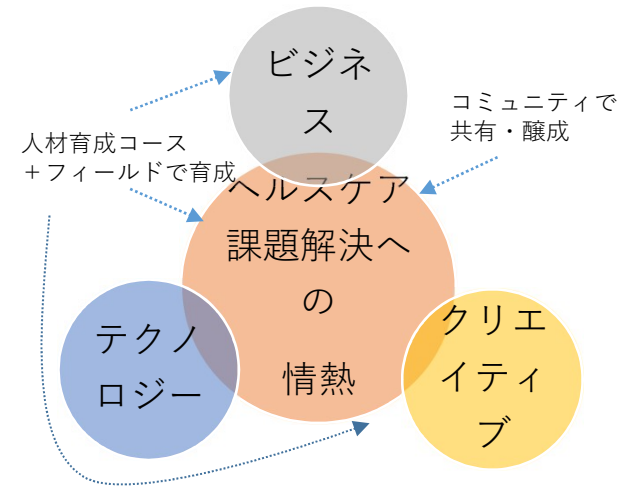
対象
新潟県におけるヘルスケア×ICT
を活用した課題解決・新規事業創出に
関心のある若手

解決策
新潟ヘルスケア
アカデミー

目指す人材像
課題解決への想いの醸成と
必要なスキル・知識の提供を行う



- 人材育成コース**
 - 専門家によるオンライン・オフライン講義
 - 課題解決・創業支援セミナー開催
- コミュニティ形成**
 - オンライン交流・情報交換・ノウハウ共有
 - オフライン交流・イベント開催
- 実践フィールド提供**
 - 本事業で得られたデータ・知見の分析
 - ヘルスケアアテック企業での実習
- メディア発信**
 - 各種一般メディアにおける発信
 - SNSにおける発信
 - 医療系メディアにおける発信



「ヘルスケアICT立県」実現プロジェクト構想が目指す成果

【経済的価値・社会的価値の創出】

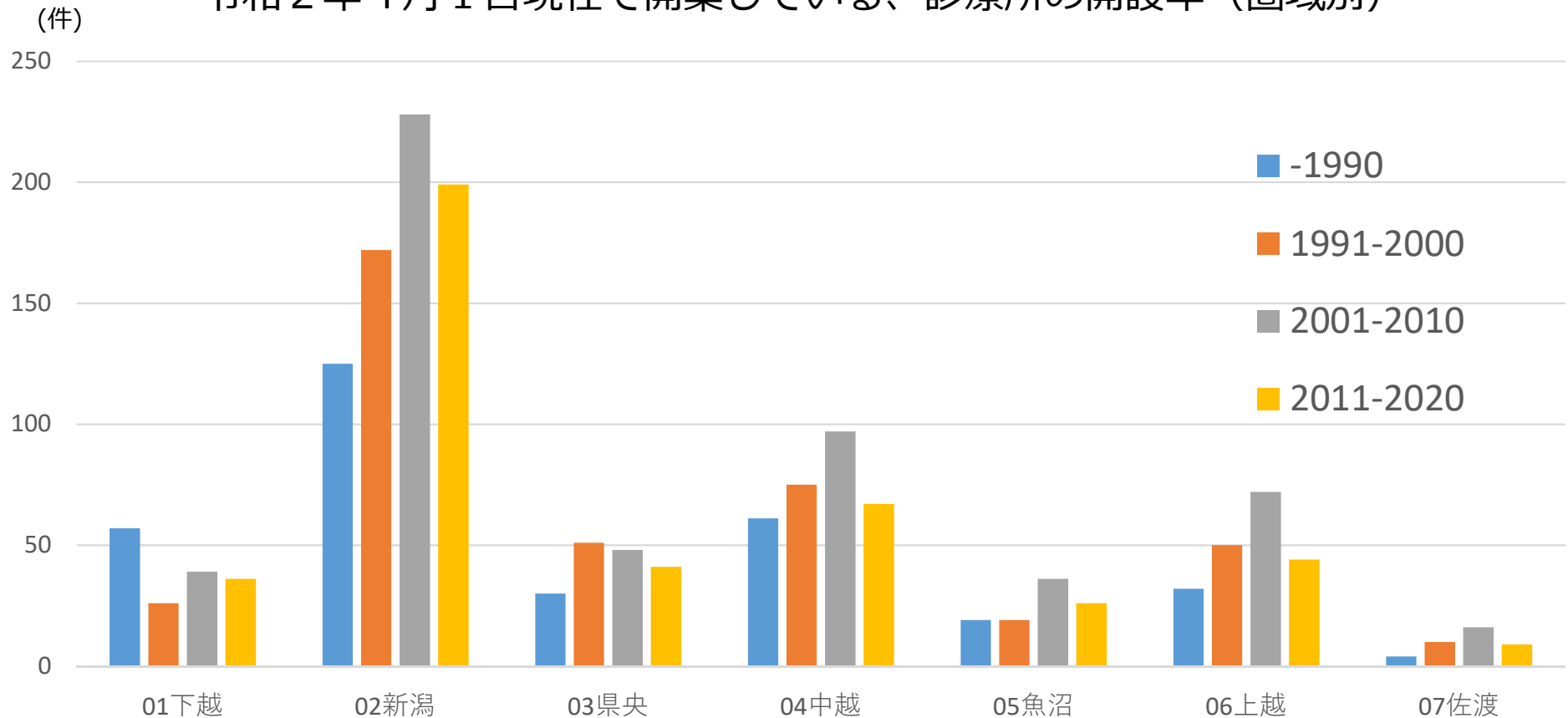
- 新規プロジェクト・サービスの創出
持続的なイノベーション創出の土壌形成
 → 医療ICT産業の形成、企業売上げ増、ビジネスの芽、エビデンスデータの産出・蓄積、
 県外企業・大学とのコラボ事業の増加
- 地域クラスターの創出
 → 地域経済効果、多方面へのシナジー効果
- 医療人材の創出・集積
 → 企業・大学・自治体・医療機関に医療ICTに精通した人材、県外からの移住人口増、
 マグネット産業

【対象者のメリット】

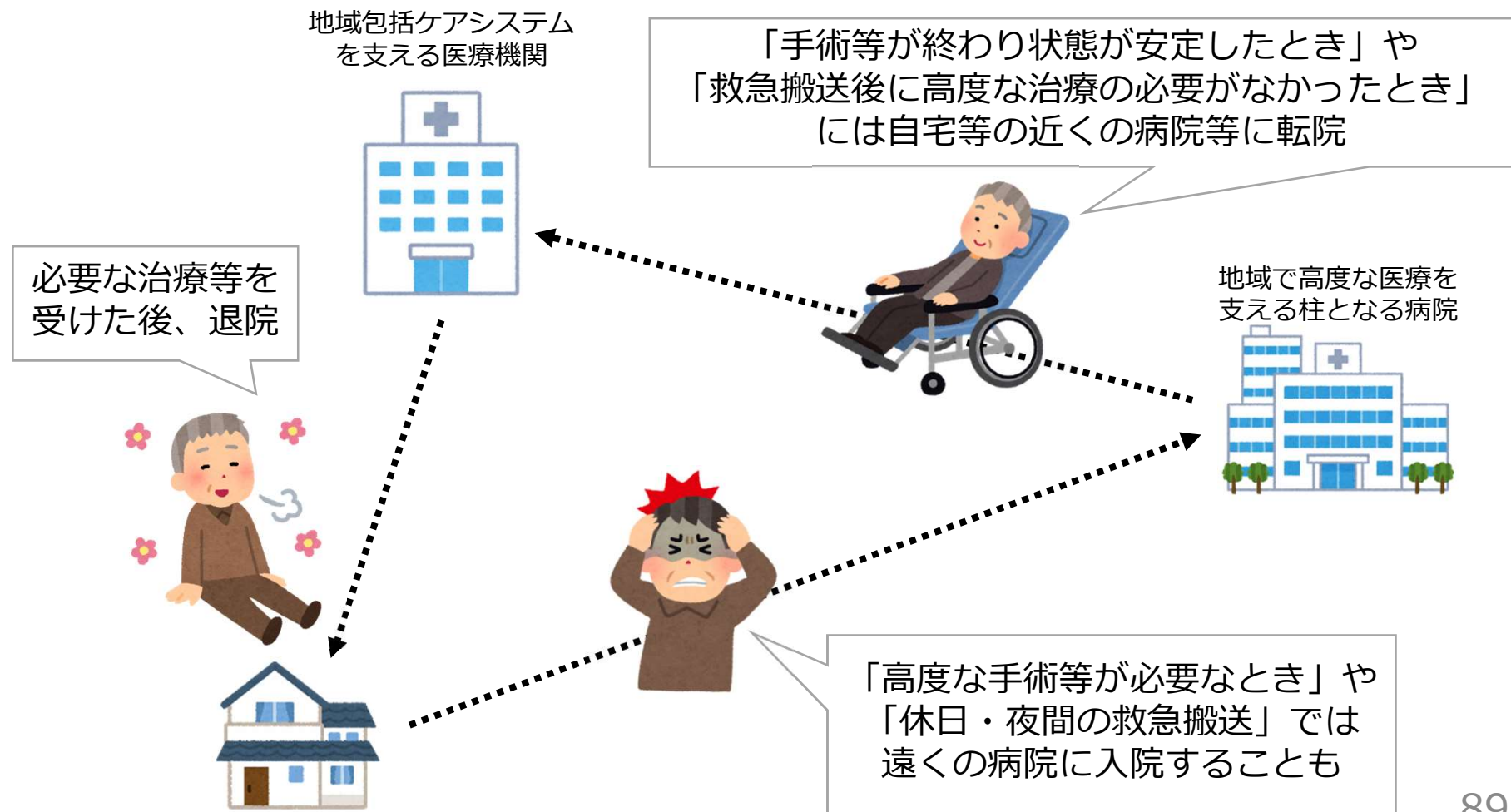
- 地域住民：安心・安全な地域医療の享受、健康増進、地域愛
- 自治体：安心・安全な地域医療の提供、地域医療構想の推進、地域型サービス提供
- 医療機関：医療従事者働き方改革、医療ICT人材確保、医療再編の促進、業務効率化
- 県内企業：パッケージ化されたサービス提供＝新規サービスの創出
 医療ICT人材確保、健康経営
- 大学：医療ICT人材確保、産学連携での研究プロジェクトの増加、データ解析OJTフィールド

- 令和2年4月1日現在で開業している診療所は、多くの圏域で2001年-2010年の開業が最多

令和2年4月1日現在で開業している、診療所の開設年（圏域別）



- 患者の状態に応じて、**必要な医療**を受けられる体制
- ひとつの病院で入院を完結するのではなく、**地域全体で患者を支える体制**



施策の柱

- 医療提供体制の再構築（柱となる病院の機能強化）
- 研修医（初期研修医・後期研修医）の確保

＜県民の皆様にとっての主なメリット＞

- ★ 県内に**若い医師**を確保できる
- ★ **必要な医療機能**を将来に渡って残すことができる
- ★ 医療サービスの更なる**質の向上**が期待できる
- ★ 地域の**外来機能の充実**が期待できる

限りある医療資源を大切に！

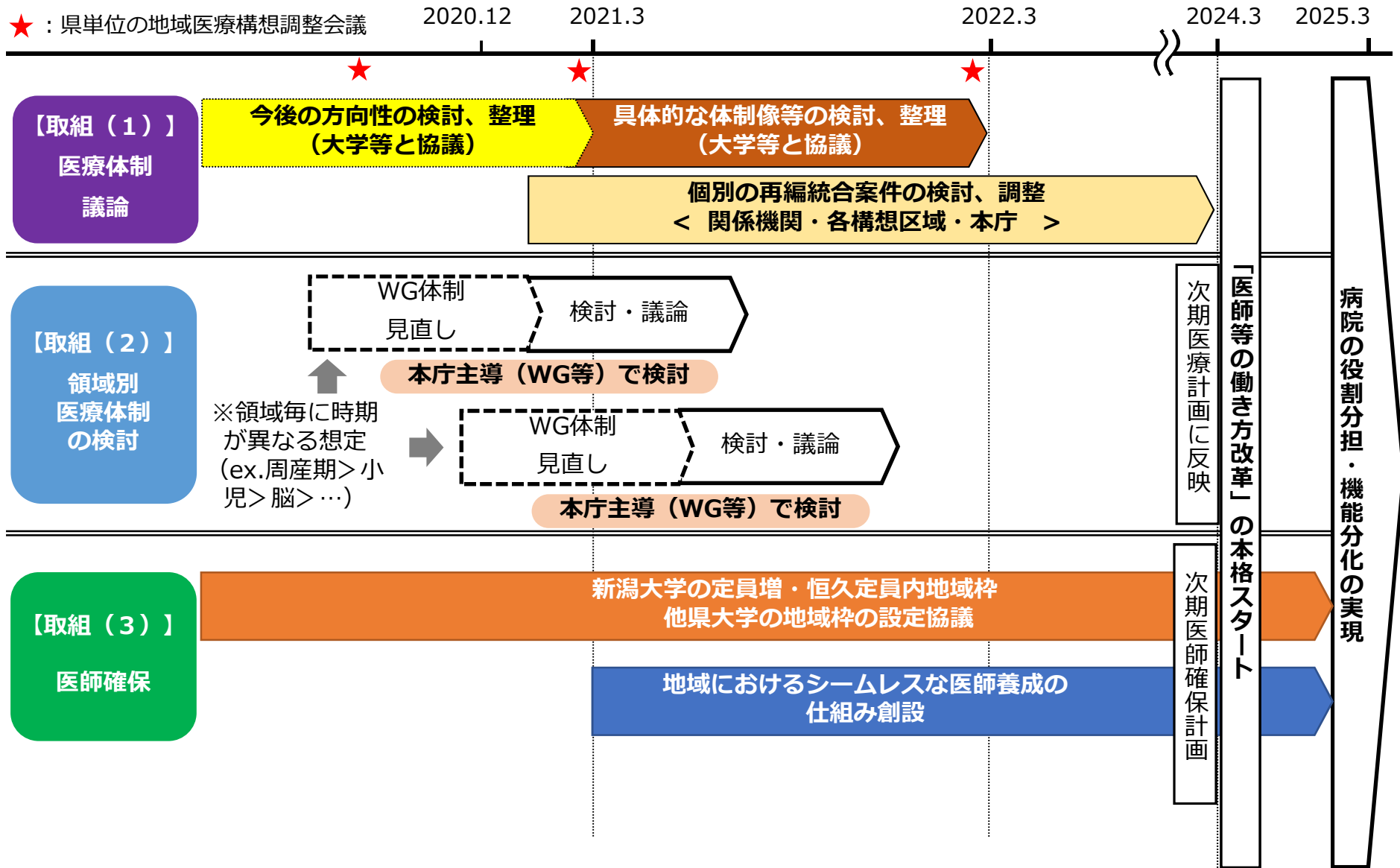
- ◎ 救急車の適正利用（救急医療電話相談の活用）
- ◎ コンビニ受診や不要な時間外受診をしない
- ◎ 病院間の転院（下り搬送）への理解



医療機関・大学・行政による協働と、県民の皆様の医療に対する意識改革が不可欠！

參考資料

ロードマップ (イメージ)



2040年の医療提供体制を見据えた3つの改革

2040年に向けて新たな課題に対応するため、**I.地域医療構想の実現に向けた取組**、**II.医療従事者の働き方改革**、**III.医師偏在対策**を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施

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

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～)

- 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

3つの施策の中長期的見通し

事項	年度	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	
地域医療計画・ 地域医療構想	第7次医療計画	→					←					→								
	☆ 地域医療構想調整会議での協議 ☆ 公立・公的の具体的方針の検証～/ PDCA																			
医師偏在対策・ 養成	☆ 医師確保計画策定	医療計画へ			☆ 基づく地域枠・地元枠の増員開始															(達成目標年)
	☆ マクロ均衡見込み	<p>医師偏在対策においては、地域枠・地元枠の増員効果がある程度蓄積した時点で、都道府県における医師の需給均衡を達成するという考え方で、達成目標年を設定。</p>																		
働き方改革 (時間外上限規制)	<ul style="list-style-type: none"> 実態調査 医師の労働時間短縮のための実効的な支援策により暫定特例水準の対象をなるべく少なくする努力 必要に応じて追加的支援策の実施・規制水準の検証 						施行											2036.3		
								(実態調査・検討)						(実態調査・検討)						2035年度末を 目標に終了年限
								(B) 水準：実態調査等を踏まえた段階的な見直しの検討										(C) 水準：研修及び医療の質の評価とともに中長期的に検証		

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定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。）

県央構想区域の重点支援区域の選定について

県の申請により、8月25日付けで県央構想区域が重点支援区域に選定
 ※1月末に引き続き2回目の選定であり、これまで本県を含め、全国で9道県12区域が重点支援区域となった。

重点支援区域

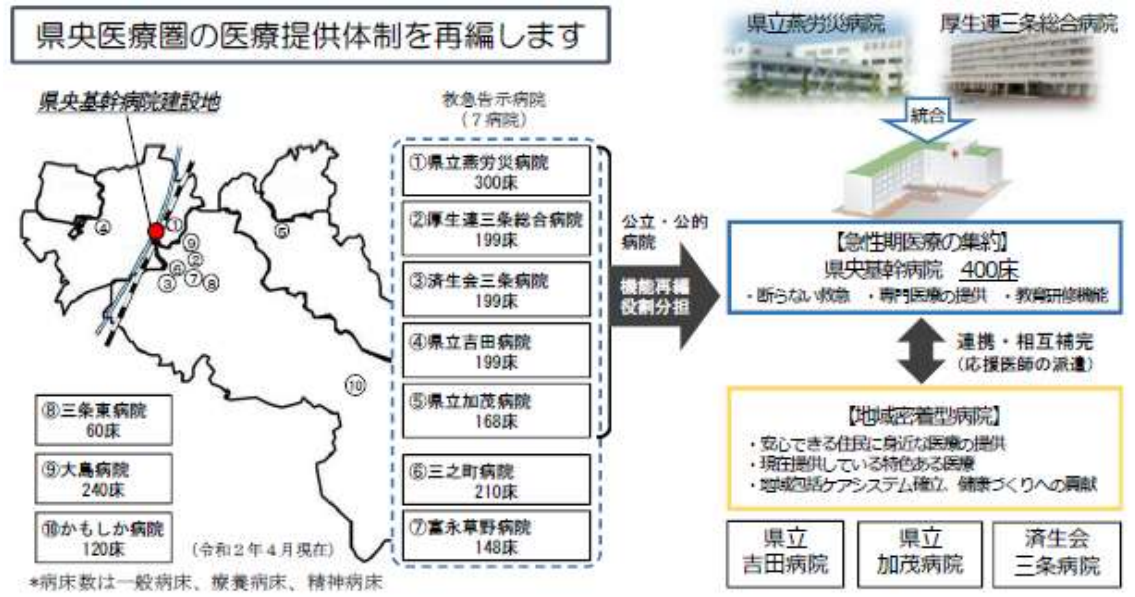
県央構想区域
 (三条市、加茂市、燕市、弥彦村、田上町)

再編統合（機能連携等を含む） の対象となる医療機関名

- ・ 県立燕労災病院
- ・ 新潟県厚生農業協同組合連合会三条総合病院
- ・ 県立加茂病院 ・ 県立吉田病院
- ・ 新潟県済生会三条病院

申請理由

- 県央構想区域では、若手の医師が少なく病院勤務医は高齢化しており、勤務医数も減少している。中小規模の病院が多く、救急患者を受ける中核病院がないために、救急の圏域外搬送が多くなっている。さらに、医師の働き方改革への対応も必要となることから、急性期機能の確保が困難な状況となっており、急性期機能を担う中核病院とその後方支援機能を担う地域密着型病院に機能再編する医療再編を進めている。
- 後方支援機能を担う周辺病院の機能・規模の検討や、既存病院と県央基幹病院との役割分担、隣接構想区域との連携など、医療再編後の医療提供体制の具体化に向け、国の支援を活用しながら円滑に再編を進める。



- 内容・ねらい：今後の**人口減少**等への対応を見据え、現在の「入院医療」体制を再構築するもの
- 検討対象：病院等の入院病床

地域医療構想（医療再編等）の検討対象



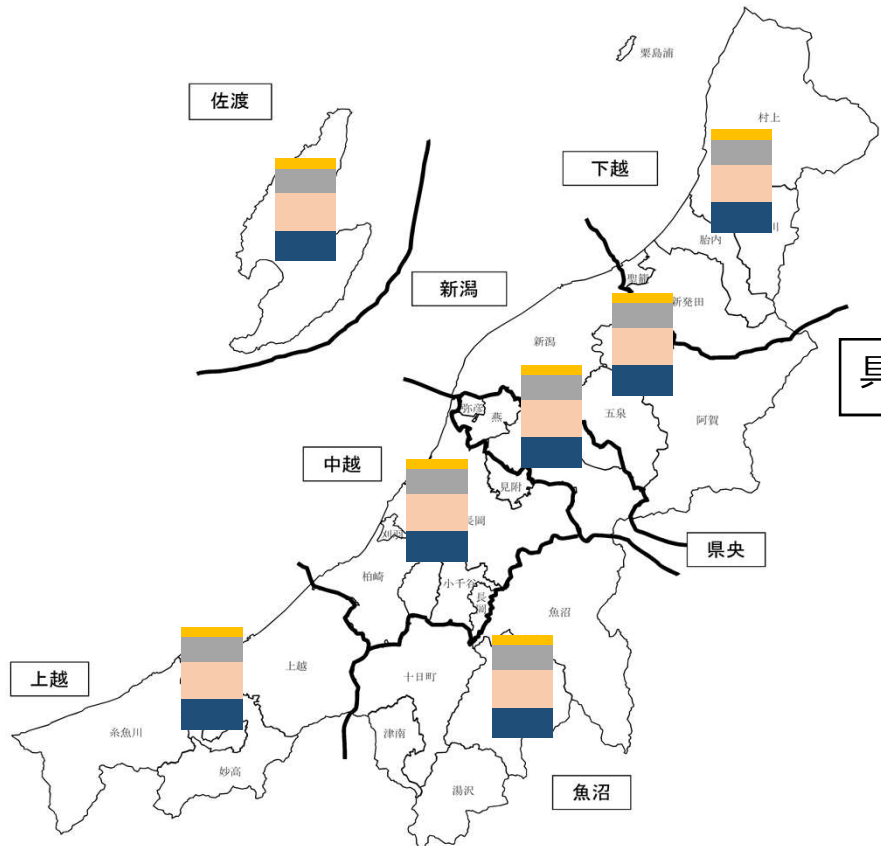
※診療所の中の、出産を取り扱う産科クリニックなどのような入院医療を提供する「有床診療所」は地域医療構想の対象

	病院	診療所
名称	■ ■ 病院 など	▲ ▲ クリニック、 ◆ ◆ 医院 など
外来医療	○	○
入院医療	○	×

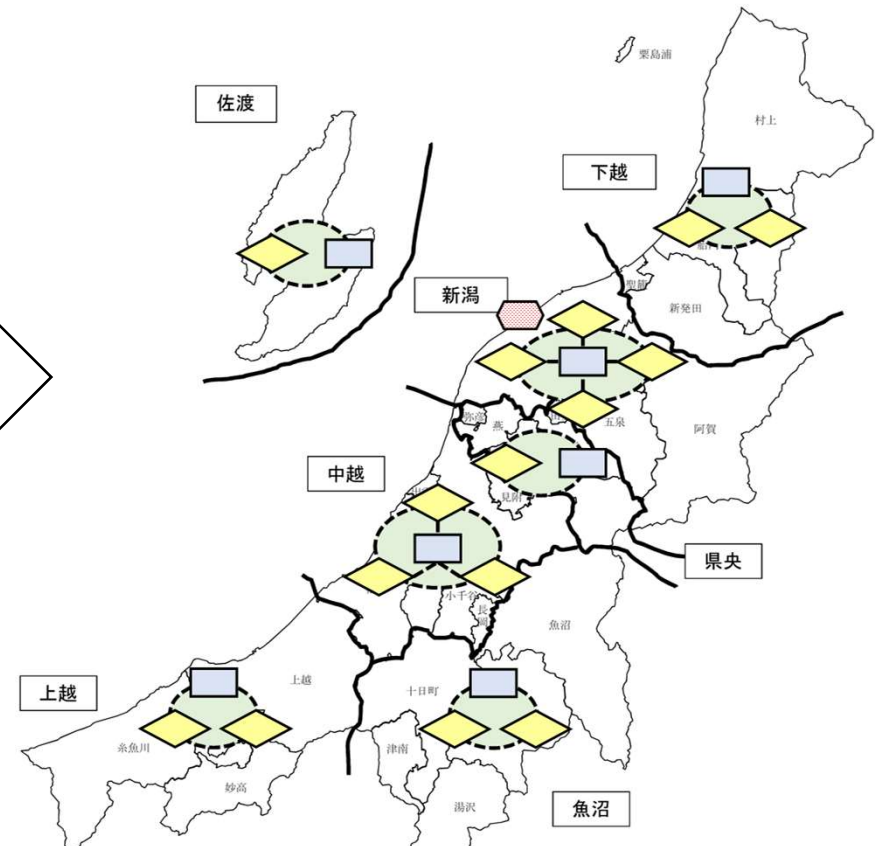
- 地域医療構想の策定により、将来必要になると考えられる入院需要量（病床数）は示したものの、当事者間の協議だけで具体的な将来像を描くことは困難。
- 医師の働き方改革への対応も視野に入れ、持続可能な入院医療体制の確保に向けた具体的な体制像を検討、提示する必要がある。

<地域医療構想>

各構想区域に将来必要になると考えられる入院需要量（病床数）を医療機能ごとに推計したもの。

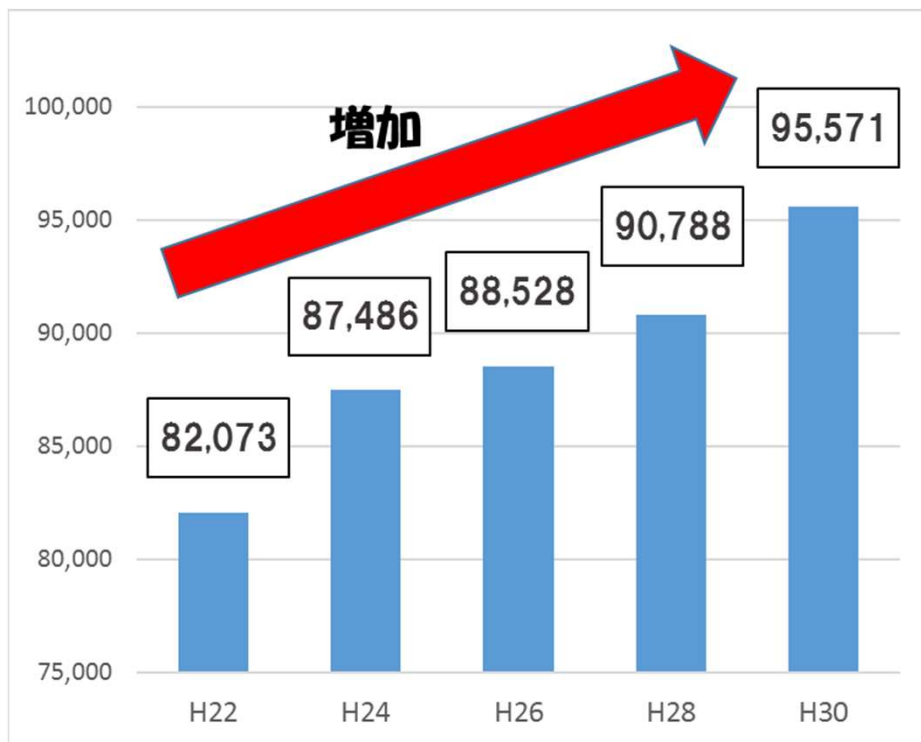


<将来の医療提供体制の具体像（イメージ）>

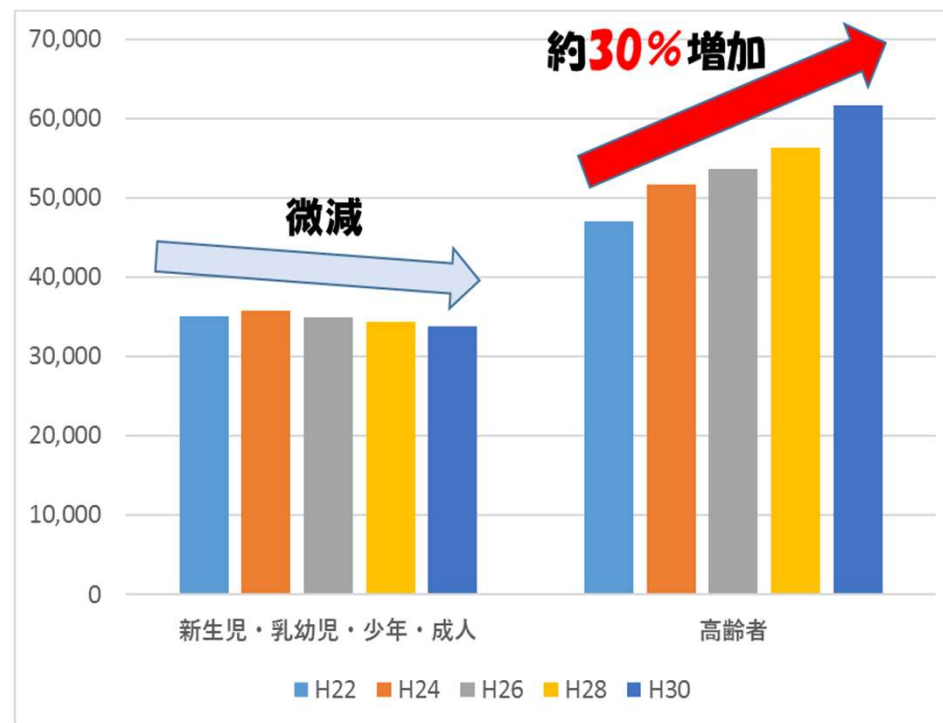


- 県内の救急搬送人員は、年々**増加傾向**
- 年齢区分別に見ると、成人以下は微減しており、**高齢者が増加**

新潟県の救急搬送人員（単位：人）

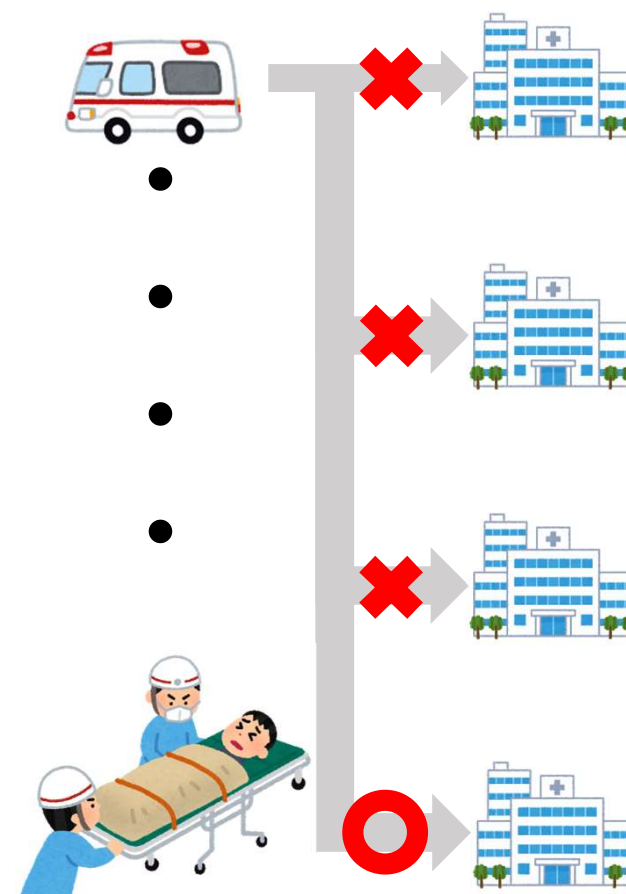
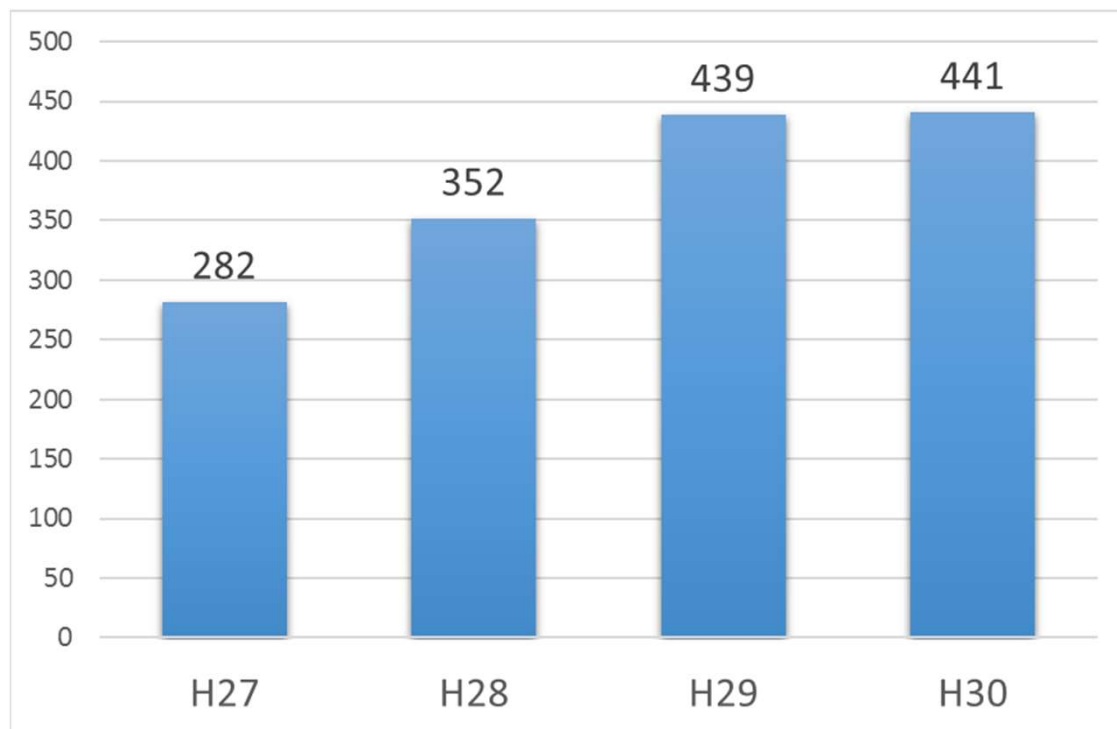


新潟県の年齢区分別搬送人員（単位：人）

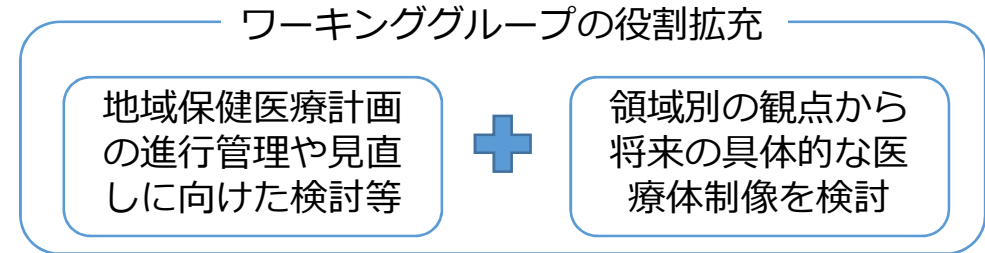
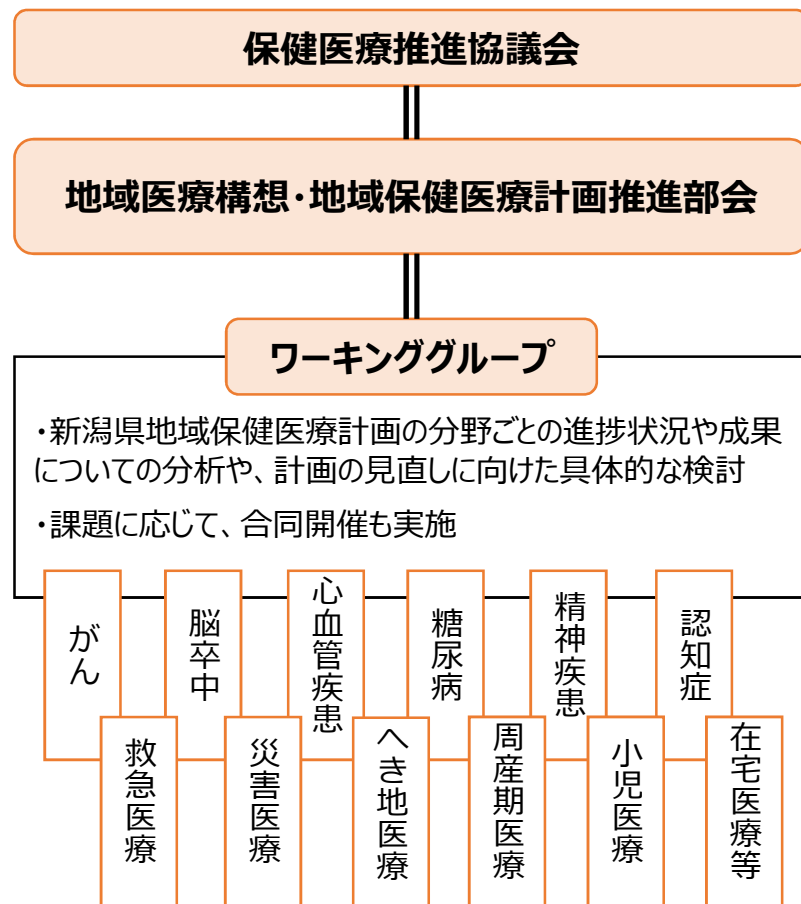


- 重症以上の傷病者の救急搬送において、医療機関に**4回以上受入れ照会**を行った搬送件数が**増加傾向**
- 受入先が早期に決まらないと、病院に収容される**時間が長くなってしまうおそれ**

重症以上傷病者の搬送において、医療機関に4回以上受入れの照会を行った件数



- 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。



R2		R3			
11	12	1	2	3	4~
各WG体制等の見直し					
領域別の議論を開始					