

奈良県の 取り組みについて

奈良県医療政策部長 林 修一郎

知れば
知るほど **奈良**
はおもしろい



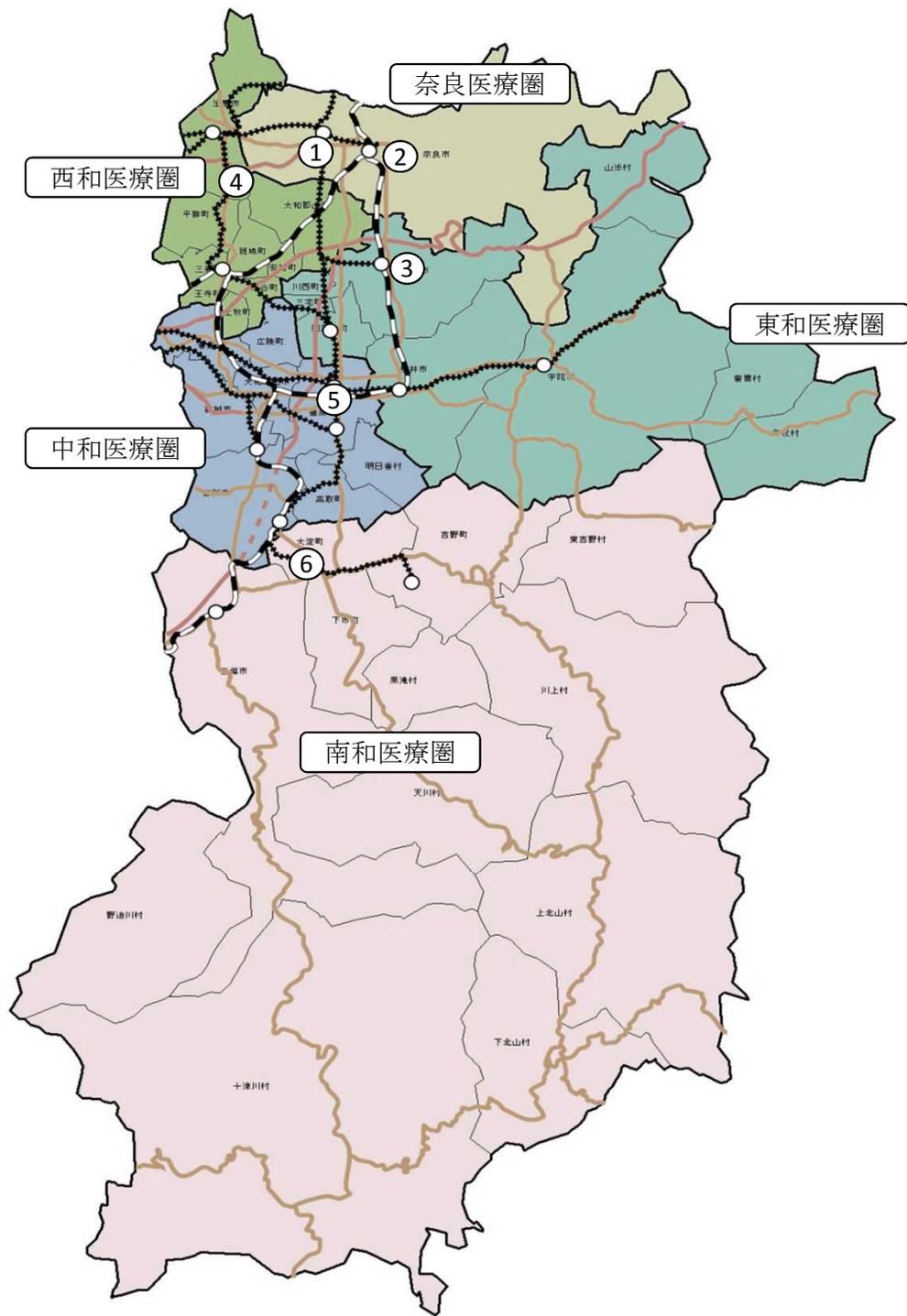
奈良県マスコットキャラクター

せんとくん

©NARA pref.

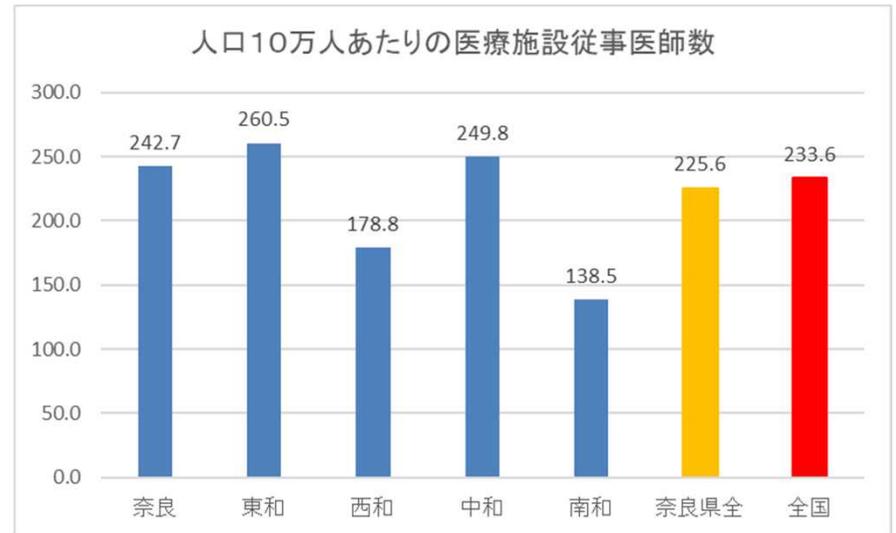
<http://www.pref.nara.jp/>

1. 奈良県の特徴



二次医療圏	区域(市町村名)	人口 (単位:人)	面積 (単位:km ²)	病院数
奈良	奈良市	362,335	276.94	23
東和	天理市、桜井市、宇陀市、山添村、川西町、三宅町、田原本町、曾爾村、御杖村	214,591	657.77	12
西和	大和郡山市、生駒市、平群町、三郷町、斑鳩町、安堵町、上牧町、王寺町、河合町	352,960	168.49	18
中和	大和高田市、橿原市、御所市、香芝市、葛城市、高取町、明日香村、広陵町	382,658	240.79	21
南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村	76,835	2346.92	5
奈良県合計		1,389,379	3690.91	79

(人口は平成27年10月1日現在 住基人口)



※平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

県内主要病院

奈良	①奈良県総合医療センター
	②市立奈良病院
東和	③天理よろづ相談所病院
西和	④近畿大学医学部奈良病院
中和	⑤奈良県立医科大学附属病院
南和	⑥南奈良総合医療センター

奈良県の医療の特徴

可住地面積が全国最小

可住地面積 856km²(全国47位)

人口あたりの医師数は 全国平均に近い

なのに

人口10万人あたり

医療施設従事医師数 225.6人

全国平均 233.6人

※平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

救急医療体制に遅れ

救急搬送時間 44.3分(全国44位)

全国平均 39.4分

※平成27年1月～12月

強い医師不足感

80%の医療機関が、医師確保を
課題としている(69病院中55病院)

※県内病院アンケート

その理由は、

大病院が少なく
中規模の病院が多い



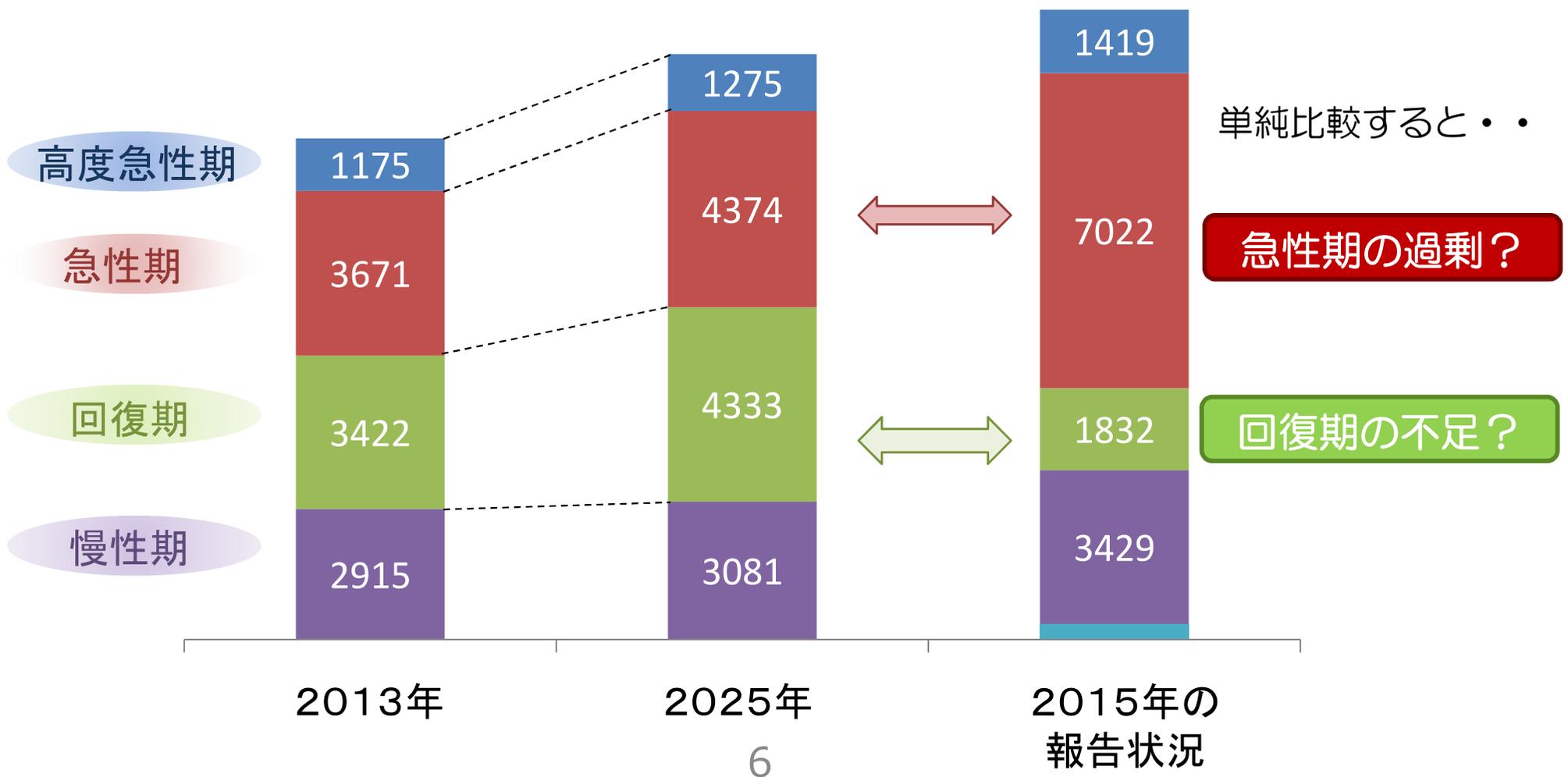
医療資源の分散
「医師偏在」ではなく
「医師散在」

2. 病床機能報告における 急性期の取り扱い

奈良県における 2013年度と2025年度の医療機能別の病床数の必要量 及び病床機能報告制度による報告状況

病床数の必要量

病床機能報告



県内の回復期病床の実情と需要について

医療現場の視点

地域包括ケア病棟

65歳以上人口10万人あたり病床数は全国平均以上

奈良県＝242.6床（全国平均＝154.9床）
H29.7.6時点 H28.10.1時点*中医協資料より

院内転棟にしか使われていない実態

地域包括病棟に入院する患者の71%は
「自院」からの転棟 *病院アンケート結果よりH28年7月～12月実績

回復期リハビリテーション病棟

65歳以上人口10万人あたり病床数は全国平均以上

奈良県＝307.1床（全国平均＝235.1床）
H28病床機能報告より H29.4.1時点*中医協資料より

県内では「回りハ病棟は空いている」の声

県内の回りハ病棟稼働率＝H28：82.4%
*奈良県調査

回復期病床は
現場感覚として充足しており
むしろ過剰感があるのではないか？

効率性の視点

県内病院の「在院患者延数」

県内の在院患者延数は増加

奈良県は増加 H28：4,698千人（H27：4,684千人）

全国は減少 H28：457,782千人（H27：458,222千人）

※増加しているのは47都道府県中16都府県

*厚労省病院報告より 各年1/1～12/31

医療費

1日あたり医療費は奈良県のみ減少

1日あたり医療費（医科入院）の伸び率（対前年比）

奈良県 ▲0.2%

全国 1.3% ※奈良県以外は全て増加

*厚労省「H28医療費の動向」より

回復期病床を増やすことは、
病院の在院日数を増加させてまで
進めるべき施策なのか

急性期機能の明確化について

- 病床機能報告制度と、地域医療構想（医療需要推計、病床数の必要量）における急性期・回復期の定義の仕方が異なっている。

病床機能報告制度

医療機能の内容

高度急性期 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

急性期 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

軽症急性期患者が含まれている可能性

回復期

- 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。
- 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）

慢性期

- 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。
- 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

医療需要推計

国の医療需要推計における医療機能区分の内容

高度急性期 医療資源量：3,000点以上

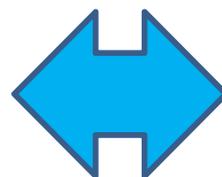
急性期 医療資源量：600点～3,000点未満

回復期 医療資源量：175点～600点未満
+回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数

軽症急性期患者が含まれている可能性

慢性期

- 〈一般病床〉
障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者
- 〈療養病床〉
療養病床（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く）－医療区分Ⅰの患者数の70%－地域差解消分



定義が異なる

地域医療構想と病院の機能（イメージ）

- 病棟・病床の機能だけでなく、病院の機能をイメージできる改革であることが必要
- 大規模病院が少なく、急性期を志す中規模病院が多いことを前提とした機能分化が必要

病床機能

高度急性期

急性期
(比較的高度・重症)

急性期の一部
(かかりつけ、比較的
軽症 等)

回復期

慢性期

想定される病院像

総合的な機能を有する病院

- ◆ 「機能の集約」による機能の向上
- ◆ 過剰投資を避ける。すでに過剰な地域では統合・縮小の検討

医療と介護の融合した「めんどうみのよい」病院

- ◆ 機能の多角化
- ◆ 在宅復帰、在宅医療・介護
- ◆ かかりつけ患者等の救急・増悪対応

機能をしぼった 専門病院

- ◆ 広域的から患者を集められる専門機能
- ◆ 必要な病院数は少ないのでは？

これからの、奈良の医療

奈良に必要なのは

「断らない病院」 と **「面倒みのいい病院」**



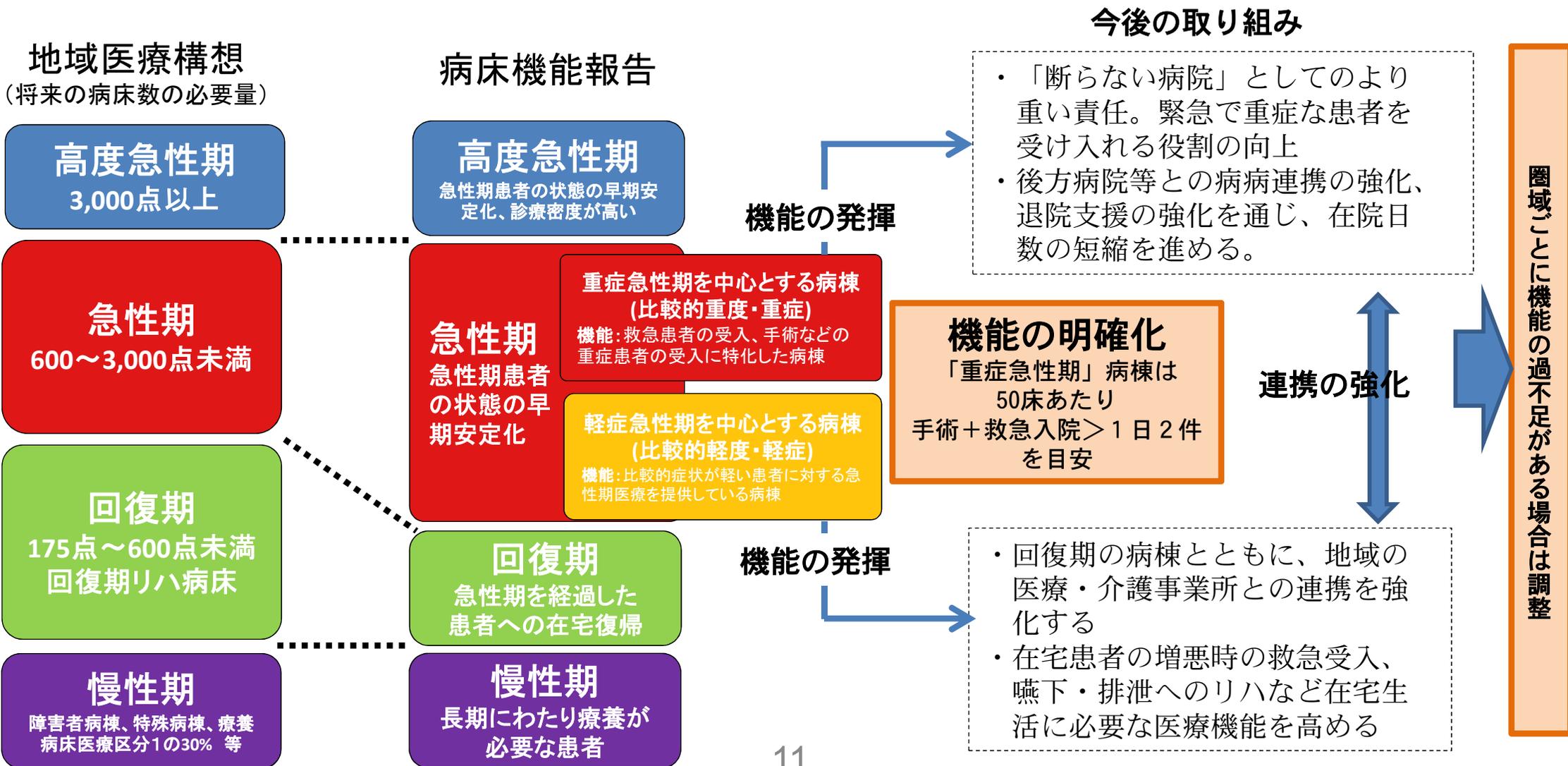
高度な医療よりも
介護事業者との連携・
重症化したときの対応など、
「めんどうみのよさ」
が求められる

医療機関の
数を絞って…
医療機能を強化

医療機能を絞って…
**在宅・介護(連携)機能を
強化**

急性期の報告の「奈良方式」

- 平成29年の病床機能報告に加え、奈良県の独自の取り組みとして、急性期を重症と軽症に区分する目安を示したうえで報告を求め、施策の対象となる医療機能を明確化し、より効果的な施策の展開を図る。(第7次保健医療計画にも反映させる予定。)



重症急性期と軽症急性期の報告結果

- 平成28(2016)年の病床機能報告で急性期と報告された病棟について、奈良県の取り組みとして、更に「重症」「軽症」いずれを中心とするか、県内医療機関から報告いただき、集計したものの。
- 「軽症急性期」「回復期」の報告を併せると、「回復期」の2025年の病床数の必要量とほぼ一致する結果となった。

病床機能の考え方 (奈良県方式)

高度急性期

急性期患者の状態の早期安定化、診療密度が高い

急性期

急性期患者の状態の早期安定化

重症急性期を中心とする病棟
(比較的重度・重症)

機能: 救急患者の受入、手術などの重症患者の受入に特化した病棟

軽症急性期を中心とする病棟
(比較的軽度・軽症)

機能: 比較的症状が軽い患者に対する急性期医療を提供している病棟

回復期

急性期を経過した患者への在宅復帰

慢性期

長期にわたり療養が必要な患者

2016年 病床機能報告

計14,216床

1,466

6,997

4,300

2,697

1,999

3,194

休棟等560

12

2025年 病床数の必要量

計13,063床

1,275

4,374

4,333

3,081

実態上は、
軽症急性期を
回復期と併せて
医療需要を
解釈してはどうか

4,696
床



休棟等560

12

急性期機能の明確化 今後の取組について

重症急性期・軽症急性期を中心とする病棟の役割について

①重症急性期を中心とする病棟

・救急患者の受け入れ、手術などの重症患者の受け入れを主とする病棟

【担うべき役割の方向性】

- 救急受入ができていない事例の分析等を通じ、緊急で重症な患者を受け入れる役割の向上。
- 後方病院等との病病連携の強化、退院支援の強化を通じ、在院日数の短縮を進める。
- 本県の救急医療の課題である救急搬送時間の短縮等に向けた「断らない病院」としてのより徹底した役割の明確化。

②軽症急性期を中心とする病棟（一部の重症患者・回復期患者を含めフレキシブルに受け入れる病棟）

・比較的症状が軽い患者に対する急性期医療を提供している病棟

【担うべき役割の方向性】

- 回復期の病棟とともに、地域の医療・介護事業所との連携を強化する。
- 在宅患者の増悪時の救急受入、嚥下・排泄へのリハなど在宅生活に必要な医療機能を高める。
- 緊急時に受け入れてもらいにくかった事例分析や解決策を地域で検討し、医療介護連携を推進。

急性期機能の明確化の今後の方向性について

○県内の医療提供体制の的確な把握と政策の立案のために活用します。

・県内の医療提供体制を的確に把握することにより、地域医療構想の実現に向けてより実態に即した政策を立案し、将来の医療需要の変化に対応できる医療提供体制の整備につなげます。

○各医療機関毎の医療機能の発揮に向けた施策の実施のために活用します。

・急性期機能の報告により、施策の対象となる医療機関を明確化し、各々の医療機能の発揮に向けてより効果的な施策を実施します。



急性期機能の明確化の取組を第7次奈良県保健医療計画に位置付け、施策展開を図ります。

3. 協議の進め方

(1) データ分析

徹底した「見える化」

医療機関の診療実績を、医療機関間で相互に共有するなど、医療ニーズや医療資源に関する情報の見える化を図っている。

(医療機関名入りの情報も、医療機関向けに資料として提供している。)

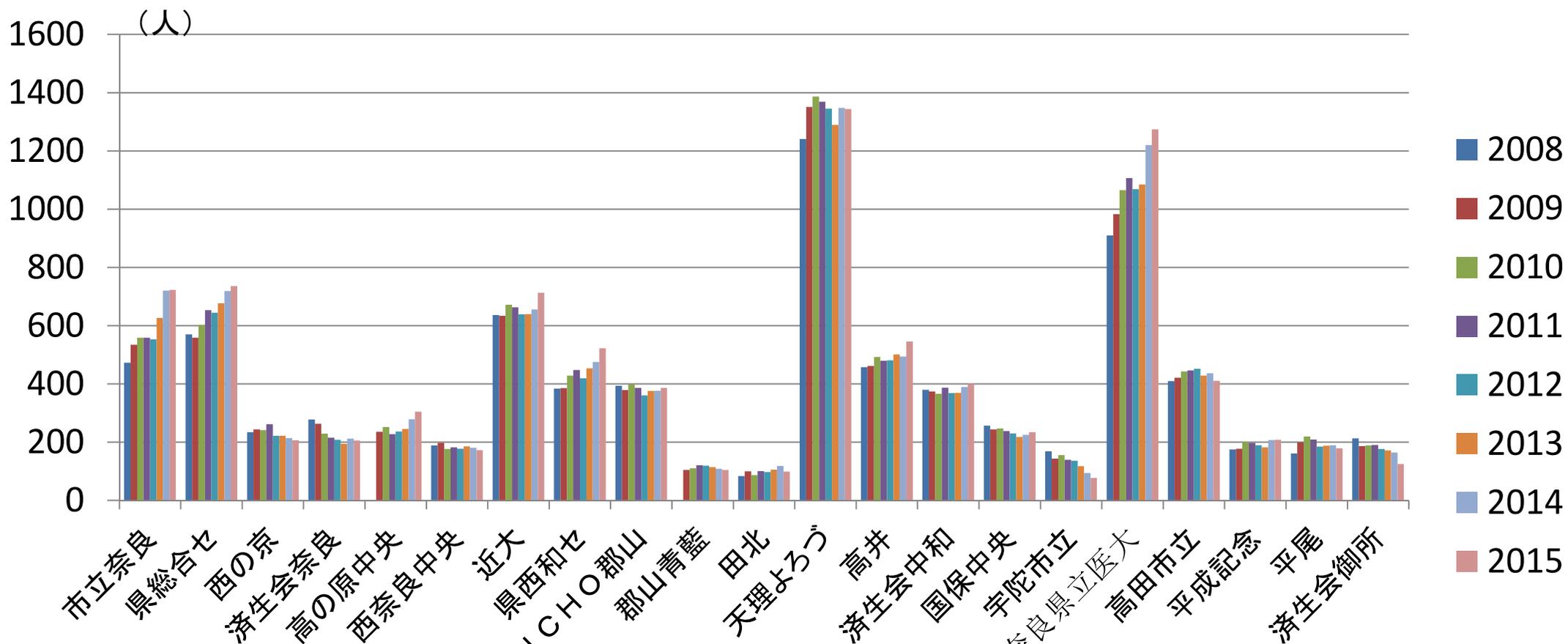
	国統計 データブック	病床機能報告	レセプト分析 国保・後期高齢のレセ プトを県が収集し独自 に分析	アンケート調査	その他
総合的な医療 機能の発揮状 況	<ul style="list-style-type: none"> ● 入院件数の推移<DPC> ● MDCごとの患者数<DPC> 	<ul style="list-style-type: none"> ● 救急搬送件数 ● 分野ごとの手術件数 ● 急性期の度合い(今村班) 	<ul style="list-style-type: none"> ● MDCごとの入院/外来患者数(全病院) ● 市町村ごとの入院先病院 	<ul style="list-style-type: none"> ● 経営上の課題 ● 今後の経営方針 	
医師数等	<ul style="list-style-type: none"> ● 病院ごとの医師数<三師調査> 			<ul style="list-style-type: none"> ● 医大からの派遣医師数 	
医療分野ごとの 質・サービス		<ul style="list-style-type: none"> ● 入院患者の退院先 	<ul style="list-style-type: none"> ● 市町村ごとの在宅医療提供状況・実施状況 ● 入院患者の要介護度 	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域包括ケア病棟の入棟経路 ● 回リハの実績指数 	
その他					<ul style="list-style-type: none"> ● 施設基準の取得状況

- 地域での議論に資するためには、二次医療圏単位ではなく、病院ごと・市町村ごとなど、よりきめ細かな情報提供が必要。

近年の入院患者数の動向

- 中規模病院の患者の減少は構造的な課題であることを実感できる資料

月平均入院患者実数(症例数)

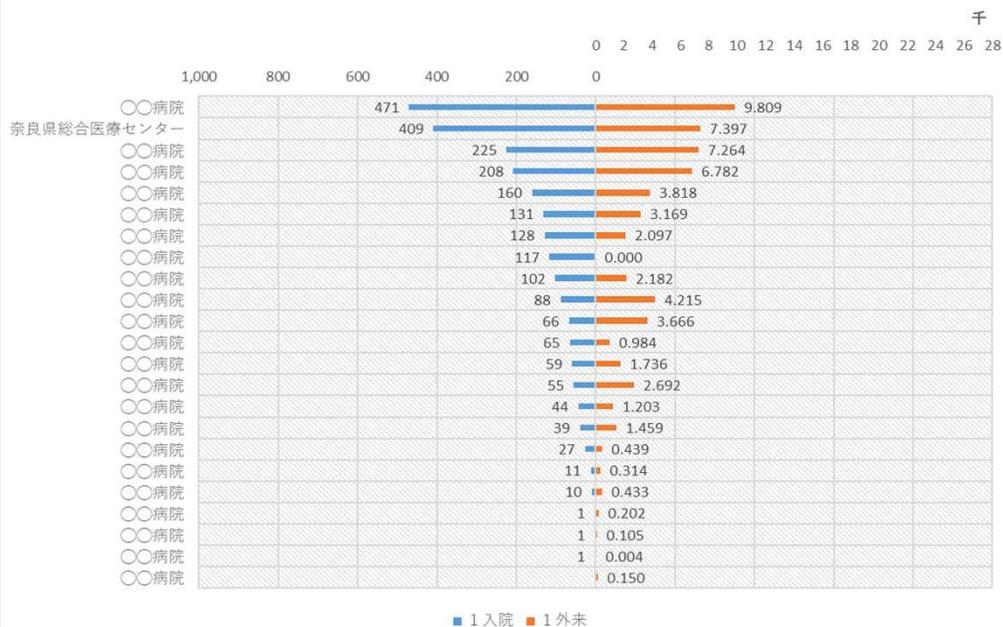


注:「DPC導入の影響評価に関する調査」に基づく月平均入院患者数。2010年までは通年の調査でないことに留意を要する。

MDC毎の入院・外来患者数

【対象データ】レセプト 【対象医療機関】全病院 【対象患者】国保、後期高齢者
 【対象期間】平成27年4月1日～平成28年3月31日

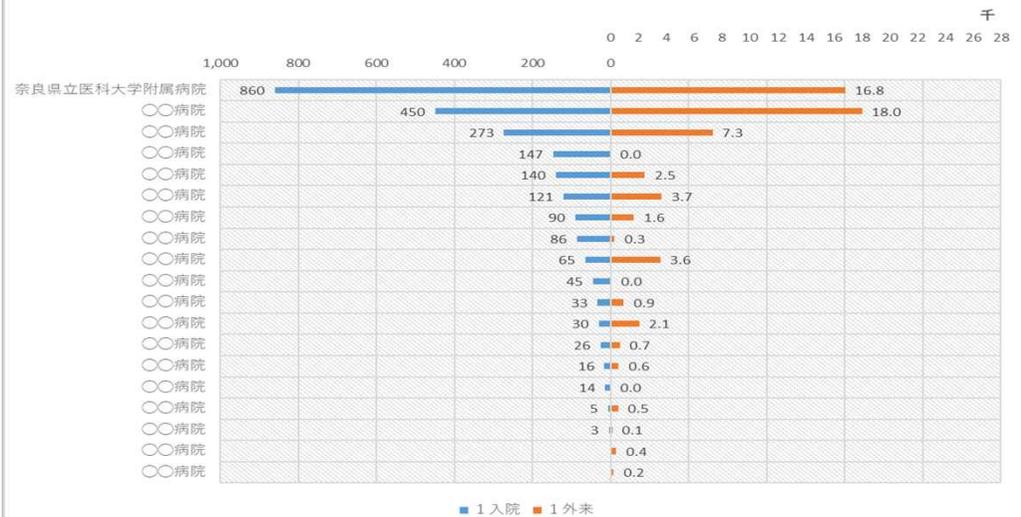
MDC 1 神経系疾患（奈良医療圏）



MDC 1 神経系疾患（西和医療圏）



MDC 1 神経系疾患（中和医療圏）



MDC 1 神経系疾患（東和医療圏）



MDC 1 神経系疾患（南和医療圏）



● 医療機関の相互の立ち位置を確認できる資料

5大がん入院患者の患者受療動向【〇〇市在住者】

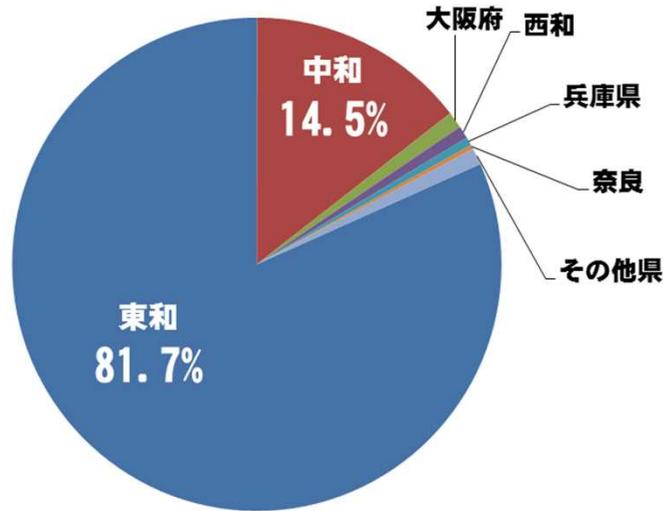
- ・〇〇市在住の5大がん入院患者のうち、70%以上は「〇〇病院、〇〇病院」に入院している状況。
- ・5大がん入院患者は、時間外入院が非常に少ないことから、時間的な緊急度は低い疾患といえる。

※急性期入院・・・入院開始日以降2週間の1日当たり平均医療資源投入量が3,000点以上の入院(入院基本料除く)

※時間外入院・・・休日、深夜、時間外の入院加算があった入院

※1～9件の数字は、「■」で表示。円グラフでは、総計10件未満の圏域及び府県の「%」を削除。

〇〇市在住者の「5大がん」入院患者の入院先医療圏



- ・奈良県市町村国保と後期高齢者医療制度の被保険者データ
- ・県内または県外の病院における入院
- ・平成27年4月～平成28年3月診療分データ
- 【留意事項】
- ・国保、後期データに限られるため、65歳未満の人口カバー率が低い

〇〇市在住者の「5大がん」入院患者の入院医療機関

医療圏	医療機関名	総計	時間内		時間外	
			急性期	急性期以外	急性期	急性期以外
東和	〇〇病院	168	145	23	0	0
東和	〇〇病院	101	87	13	■	0
東和	〇〇病院	16	■	■	0	0
東和	〇〇病院	10	■	■	0	0
東和	〇〇病院	■	0	■	0	■
中和	奈良県立医科大学附属病院	49	49	0	0	0
中和	〇〇病院	■	■	■	0	0
中和	〇〇病院	■	0	■	0	0
中和	〇〇病院	■	0	■	0	0
大阪府	〇〇病院	■	0	■	0	0
大阪府	〇〇病院	■	■	0	0	0
大阪府	〇〇病院	■	■	0	0	0
大阪府	〇〇病院	■	■	0	0	0
西和	〇〇病院	■	■	0	0	0
兵庫県	〇〇病院	■	■	0	0	0

- 地域ごとに、医療の流出を含めた需要の大きさや、相互の立ち位置を確認できる資料

3. 協議の進め方

(2) 協議の場

病院へのメッセージ

- 地域医療構想はマーケティング
 - 厳しい経営環境の中で医療機関を支援するのが県の姿勢
 - ただし、局所最適と全体最適のすりあわせが必要
- 奈良に求められるのは「断らない病院」と「めんどうみのよい病院」
- 改革への3段階
 - 最終的な解決策は「医療機関の統合」



©NARA.pref

これからの、奈良の医療

奈良に必要なのは
「断らない病院」と「面倒みのいい病院」



20

医療機関の生きる道

Step 1 今すぐできる

- 急性期と回復期の病病連携
- 病院と診療所の病診連携
- 医療と介護の連携

連携の強化

Step 2 今からやる

地域の需要に基づいた経営ビジョン
(例)
専門・高度医療の集約化
後期高齢者の需要に応じた事業の多角化(在宅医療、訪問看護事業、介護事業など)

自法人の
構造改革

Step 3 今から考える

医療機関の統合などを通じた経営基盤(財務、医師獲得力等)の強化

複数医療機関での
構造改革

これまでに実施した意見交換会

H28年度

11月30日	奈良県病院協会 臨時役員会(26病院)で意見交換
12月19日	奈良県病院協会 管理者研修会(45病院)で意見交換
12月21日	奈良県医師会 病院連絡協議会(18病院、地区会長、役員)で意見交換
1月 10,11,23,26,27日	第1回奈良県地域医療構想調整会議(奈良、東和、西和、中和、南和)
2月17日	奈良県医療審議会
2月	県内病院へのアンケート調査実施

その他、奈良県立医科大学長、役員との意見交換/教授会等で意見交換

地域毎の病院意見交換会 『地域医療構想実現に向けた意見交換会』

- ・ 県の方針の説明
- ・ 医療機関名入り実績データの提示
- ・ グループワーク



H29年度

4月14,25,28日 5月12日	地域毎の病院意見交換会(奈良、東和、西和、中南和)
6月27日 7月10日 8月23,29日	テーマ毎の病院意見交換会 (高度急性期、急性期・回復期、慢性期、在宅医療・地域包括ケア)
8月	病床機能報告における急性期機能の県への報告

テーマ毎の病院意見交換会 『在宅医療・地域包括ケアについて考えるシンポジウム』

- ・ 基調講演
 - ・ パネルディスカッション
- ※52病院・170名が参加



テーマ毎の病院意見交換会 『慢性期医療の今後に関する懇談会』

- ・ 取り組み事例の話題提供
- ・ 医療機関名入り実績データの提示
- ・ グループワーク

※37病院・96名が参加



意見交換の結果（医療機関の感想、県の印象）

医療機関の感想

「連携の重要性を再認識した」

- ・病院間で「顔の見える関係」を築く必要がある。
- ・ほとんどの病院で地域連携を担う部署が設置されているが、活動状況は病院によって差がある。

「医療関係者で話し合う場の必要を感じた」

- ・多くの病院が連携について話し合う場の必要性を感じていることが分かり有意義だった。
- ・自病院が中心になって、近隣の病院を集めた連携会議を始めたい。

「データ分析により、自病院を客観的に見ることが必要だと感じた」

- ・県がビッグデータを分析して、医療ニーズや医療資源の「見える化」を行い、医療機関間で相互共有を図ってくれることは非常に意味あることだと思う。
- ・データ分析を通じて、効率的な医療提供体制を構築していきたい。

県の印象

■地域医療構想への病院の関心は総じて高い

- ・意見交換会は県と病院協会の共催で実施→会議への参加率も高く、県からのメッセージや情報を適切に届けられた

■民間医療機関の取組の度合いには大きな差

- ・地域医療構想の目指すゴールに既に到達している医療機関
- ・将来に楽観的で、現状維持を望む医療機関
- ・呼びかけに応じて議論をスタート→加速する医療機関
- ・意見交換会に出席していただけない医療機関

■病院間の自発的な動きに繋がる働きかけが必要

- ・「病病連携」「医療介護連携」など、病院間の協議の仕組みが必要
- ・既存の枠組みを活用するほか、それが無い地域では、病院間の自発的な取り組みが行われるよう調整を図る

4. 地域医療の課題

県内の公立・公的病院の課題と今後

- 地域医療構想・新公立病院改革プラン・公的医療機関等2025プランの策定等を通じて、県と各医療機関が意見交換を重ね、課題を共有し、改革に向けたディスカッションを行っている。
- 病院の規模や地理的状况に応じて、抱える課題や今後の方向性に違いがある。

県全域の医療を担う 中核的病院 (大学、大規模な県立病院)

これまで・現状

- 奈良県には大規模の病院が少ないため、患者数が伸びており、競合は表面化していない。
- 病院の関心は手術など高度の医療の提供にあるが、県としては、これに加え、優先課題として、救急医療の提供を促し、実現が図られてきた。

課題・今後

- 各病院にとっての最大の課題は収支の均衡。
- 県は、様々な角度から、周辺の医療機関との連携を促す取り組みを進めている。
- 一部の高度な機能については、県内で過剰感が出てきているが、民間も含めた病院間で、各機能の供給の調整を図る手法は確立していない。

人口10万人前後の市・地域の医療を担う急性期病院

これまで・現状

- 地域内の最大の急性期病院(200~300床台)として、住民の医療の多くを担ってきた。
- 地域内で、規模が類似する民間の他の急性期病院(100~200床台)と競合しているケースが多い。民間病院とは、重点とする診療科に差がある。

課題・今後

- 各病院にとっての最大の課題は医師の確保。規模が縮小するにつれ医師確保がより難しくなるジレンマ。
- 次いで大きな課題は患者の減少。公的病院が担う分野は患者が漸減傾向にあるが、地域にとっては重要性が高い。また、競合する病院がある場合は重点分野の転換を図りにくい。
- 民間も含めた機能の再編や集約化は、難しい状況。

人口3万人前後の市・地域の医療を担う急性期病院

これまで・現状

- 当該自治体内の唯一の急性期病院として、住民の医療を担ってきた。
- 人口が急激に減少するとともに、医師不足のため、病院の機能が大きく低下する傾向。
- 南和地域では、近隣に類似した状況の自治体病院があったため、急性期機能の集約を含む再編を実施。

課題・今後

- 各病院にとっての最大の課題は医師の確保。医局派遣医師数が減少しており診療科を縮小せざるを得ない。
- 3万人程度の人口規模では、高機能の急性期病院は成立しがたい。
- 仮に更に規模を縮小して、地域住民に身近な医療介護を提供するとしても、医師の確保が必須の課題。

南和地域の広域医療提供体制の再構築

発想の契機

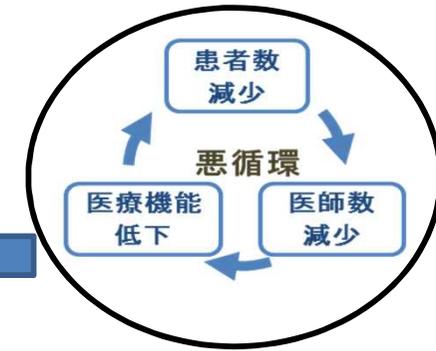
- ・町立大淀病院
- ・県立五條病院
- ・国保吉野病院

3つの公立病院(急性期)がそれぞれ医療を提供

連携内容

医療機能が低下している3つの公立病院を、1つの救急病院(急性期)と2つの地域医療センター(回復期・療養期)に役割分担し、医療提供体制を再構築

12市町村とともに、県が構成員として参加する全国でも珍しい一部事務組合で3病院の建設、改修、運営を実施



南和広域医療企業団

回復期・慢性期

吉野病院
改修 (H28年4月)



急性期・回復期
南奈良総合医療センター
新設 (H28年4月)

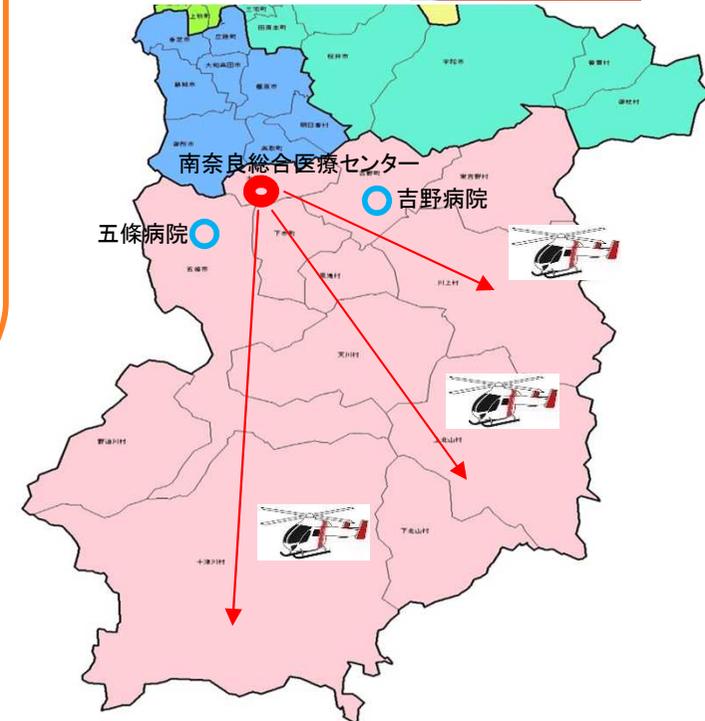
回復期・慢性期

五條病院
改修 (H29年4月)



連携

H29.3ドクターヘリ
運用開始



連携の成果

- ・急性期から慢性期まで**切れ目の無い医療提供体制を構築**
- ・救急搬送受入数 計 5.7件→**11.2件/日**(H28年度実績)
- ・病床利用率 65.0%→**88.8%**(H28年度実績)
- ・**へき地診療所との連携強化**
(医療情報ネットワークで結び、病院の予約や検査結果の相互利用)

南和地域の医療提供体制の再構築、ドクターヘリの運用により、救急医療、へき地医療、災害医療等が充実

南和地域の病院再編による医師確保への効果

再編前

3病院の医師数
(常勤換算)
※全て急性期病院

五條病院 25.7人
大淀病院 13.0人
吉野病院 9.7人
(計 48.4人)

(参考)

南和医療圏
人口 78,116人
(2015年)
医師数 107人
(2014年)
人口10万人あたり医師数
137人
(2014年)



再編後

集約化のメリット

集約化による急性期機能の向上

3病院の医師数計
48.4人 ⇒ 60.8人 (H28.4月時点)
(1.26倍)

に対し

救急搬送受け入れ件数
2,086件 ⇒ 4,104件 (H28実績)
(1.97倍)

症例集積や研修機能の向上による若手医師への魅力向上

- ✓ 専門研修基幹施設(1領域)
総合診療科
- ✓ 専門研修連携施設(12領域)
内科、外科、小児科、整形外科、
救急科、脳神経外科、麻酔科、
皮膚科、病理、形成外科
放射線科、総合診療科
- ✓ 基幹型臨床研修指定病院の指定
申請(H31年度 of 受入を目指す)

病院の役割の明確化による医局からの協力

- ✓ 医大医師配置センターから
3病院への派遣人数 (H28.4派遣)
- 要請人数 52人(25診療科)
- 派遣人数 51人(25診療科)

24時間365日の救急体制の
ために必要な医師数

スケールメリットによる診療科の増加・強化

- ✓ 再編後に開始した診療科
 - 産婦人科
 - 歯科口腔外科
 - 精神科
 - 救急科
- ✓ 小児科の機能強化
 - 南奈良総合医療センターに
機能集約
 - 小児科救急輪番の充実
輪番日以外にも宿直対
応、
 - 夕診、午後診も実施

地域医療構想を進めるためには……

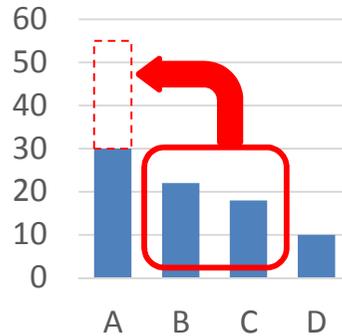
地域の特徴
(実例を踏まえたイメージ)

各病院の医師数

対応例と、その場合の課題

人口10万人に
基幹病院の機能が不足

- ◆ 医師数の少ない病院しかなく、総合的な機能を24時間発揮できる病院は存在しない。
- ◆ 複数の病院の急性期機能を集約できれば、救急医療などに対応する機能の向上が望める。



A,B,C病院の再編・統合により、機能を強化した急性期病院を設けることができないか？

- ・A病院からみると…自らの力ではこのような再編は困難であり、大学医局、関係市町村や、B・C病院の設置者の協力が不可欠。
- ・B,C病院からみると…急性期機能を縮小した場合、医師確保がより困難。

人口40万人に
基幹病院が1つ

- ◆ 総合的な機能を24時間発揮できるのは1か所の基幹病院のみ。(この基幹病院の救急医療・小児医療対応力が地域の医療を左右する。)
- ◆ 他の病院の急性期機能を集約できれば、地域の救急医療等の向上が望める。

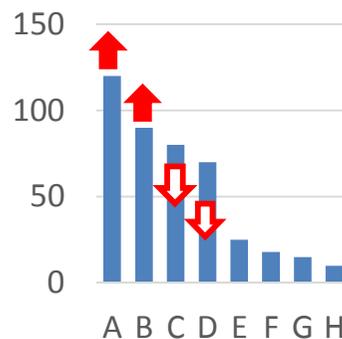


B,C病院の機能分化により、機能をより強化した急性期病院を設けることができないか？

- ・B病院からみると…大学医局、関係市町村や、B・C病院の設置者の協力が不可欠。
- ・C病院からみると…急性期機能を縮小した場合、医師確保が困難に。転換にかかる損失・費用なども課題。

人口30万人に
多数の基幹病院

- ◆ 人口に比して多くの基幹病院が存在し、医師確保に苦慮しているほか、病床も過剰。
- ◆ 急性期機能の集約が図れば、さらに医療の高度化に対応できる。



一様に病床削減を行うのではなく、重症患者の急性期機能をA,B病院により集約し、C,D病院の機能転換を図ることができないか？

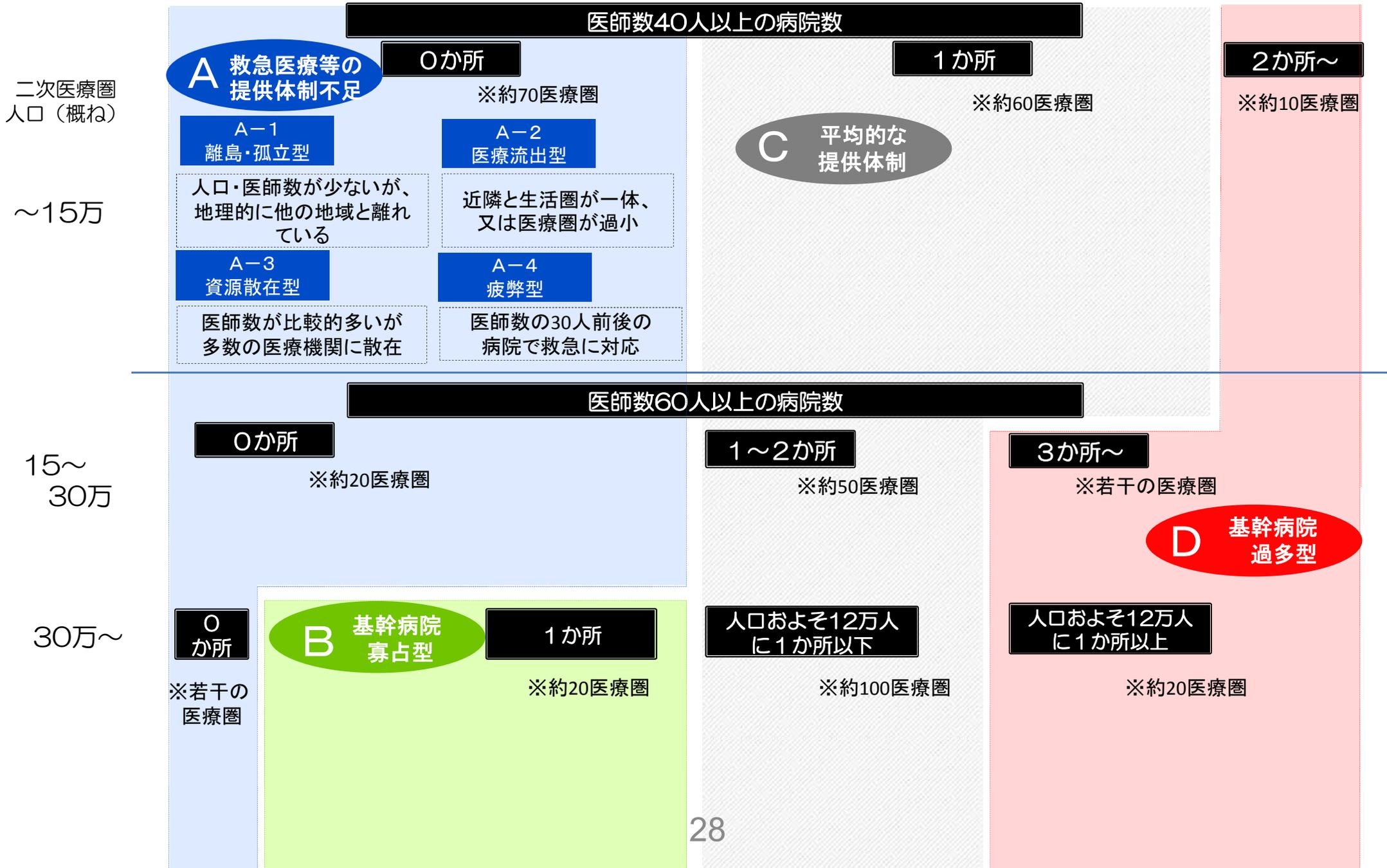
- ・C,D病院からみると…機能転換後の収益性、医師確保や、転換にかかる損失等が課題。
- ・E~H病院からみると…C,D病院と新たに競合分野が生じることは脅威。

圧力よりも、生じる課題への有効な対策を！

病床数だけでなく、地域における病院の機能に着目を！

二次医療圏の急性期医療の課題

～二次医療圏の規模・基幹病院数に着目し、資源集約の度合を簡素に表現する方法の提案～



課題解決に向けて求められる対応

- 地域の課題の解決のためには、より構造的な問題に踏み込んで対応する必要がある。
- そのための、制度的枠組みや、地方が実施できる手段の確保を。

地域医療構想の進め方

初期



今後は、地域の真の課題を言語化・明確化し、構造的な問題への対応に深化させることが必要

課題の性質

医療資源不足

医療資源散在

供給体制過多

医療資源偏在

連携・信頼やマネジメントの不足

・回復期病床の不足

具体的な課題の例

- ・ 地方の救急・急性期医療の確保
- ・ 在宅医療の確保
- ・ 総合診療医の確保

- ・ 都市部の大病院過多
- ・ 病床数の過多

- ・ 都道府県間医師偏在
- ・ 都道府県内医師偏在

- ・ 病病連携、病診連携、医療介護連携の薄さ
- ・ 地域の課題の分析・調整能力の確保

- ・ 医療機関の自主的取り組み
- ・ 地域における協議
- ・ 建築・改築への補助

政策手段(例)

・ 医療機関統合や、複数医療機関を含む機能再編の促進
(制度的枠組みの整備、インセンティブ、減損損失への対応、起債・金融面での支援 など)

- ・ 総合診療医のキャリアパスの確立
- ・ 在宅中心医療機関の参入促進

- ・ 地方の中核医療機関の制度化と報酬
- ・ 大学と都道府県協議会の連携

- ・ 事業縮小そのものへの補助(減損損失への対応等)

- ・ 大学、前期・後期研修等の定員調整
- ・ 大学と都道府県協議会の連携

- ・ 協議の積み重ね
- ・ 地域の課題解決へのインセンティブ
- ・ 実践力ある人材育成

課題の性質に応じた政策手段の開発・確保が必要