

# 新型コロナで医療が変わる ～三位一体改革の行方～



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ  
相談役 武藤正樹

# 衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、  
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、  
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、  
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

## ■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

■ 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション  
通所介護事業所など

■ グループ職員数750名



【2021年9月時点】





富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム



横須賀

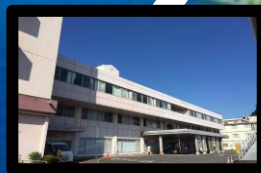
衣笠病院グループ



長瀬  
ケアセンター

浦賀

三浦



# 目次

- パート 1
  - 新型コロナと病院経営危機
- パート 2
  - 新型コロナでなぜ病床ひっ迫？
- パート 3
  - 三位一体改革の行方
    - 地域医療構想
    - 医師の働き方改革
    - 医師偏在対策
- パート 4
  - 三位一体改革と地域医療連携推進法人





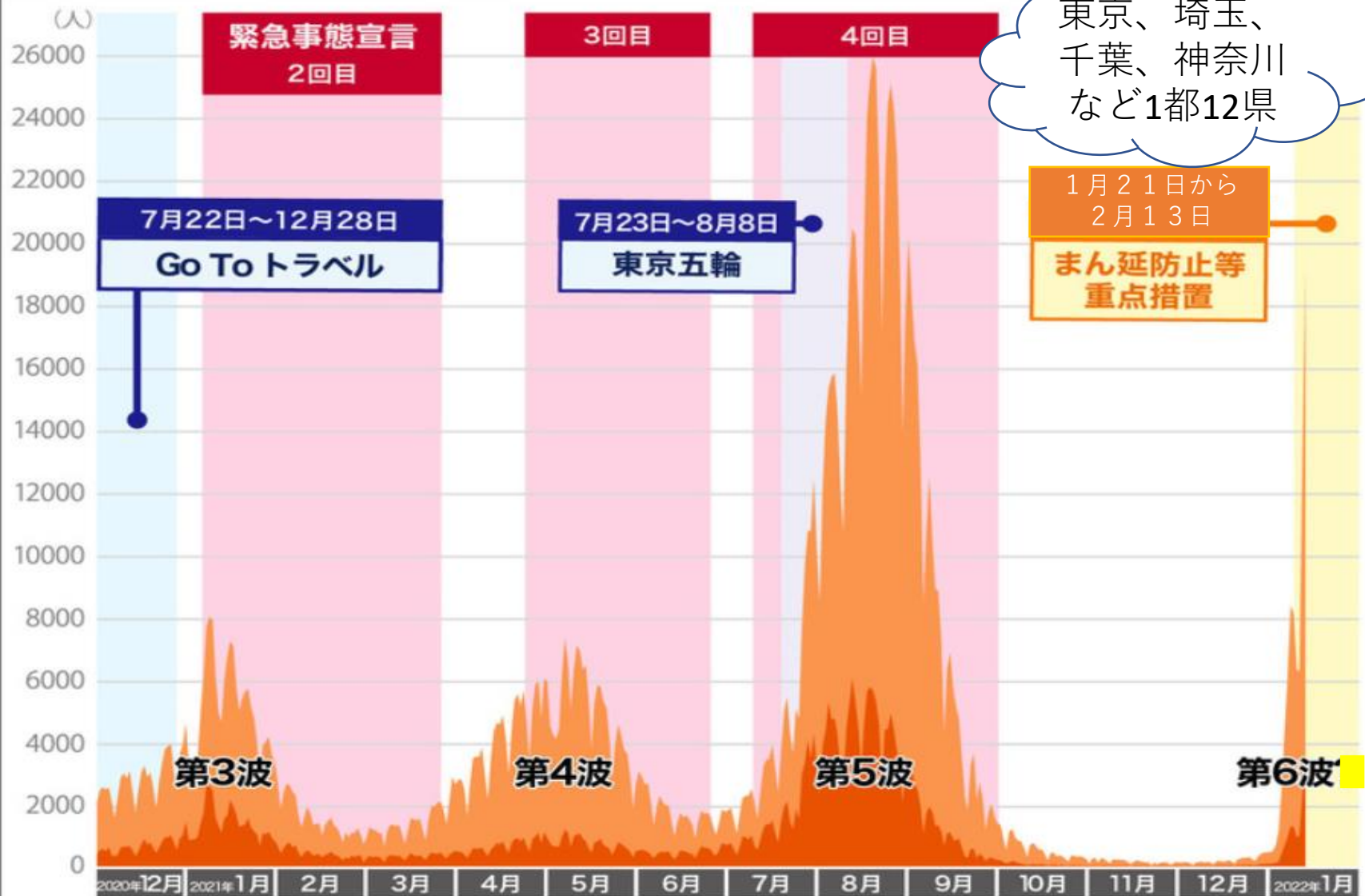
# パート 1

## 新型コロナと病院経営危機



2020年4月

# 新型コロナの感染者推移と政府の対応



東京、埼玉、千葉、神奈川など1都12県

1月21日から2月13日

まん延防止等重点措置

(厚労省、東京都のデータを元に作成)

※緊急事態宣言は東京都を対象になった期間

まん延防止等重点措置は沖縄、山口、広島県を対象

■ 全国 ■ 東京都

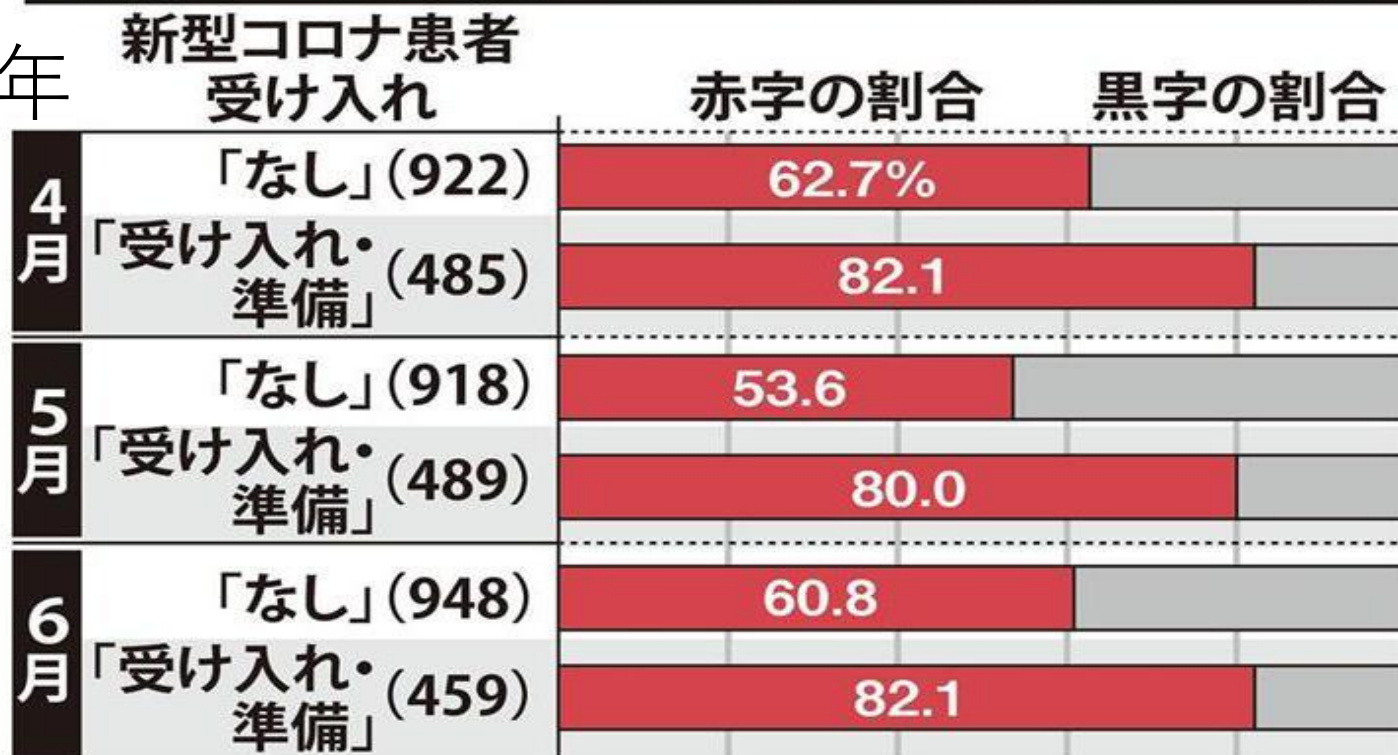


2020年3月に新型コロナウイルス肺炎第1波で  
1か月感染症病棟に入院



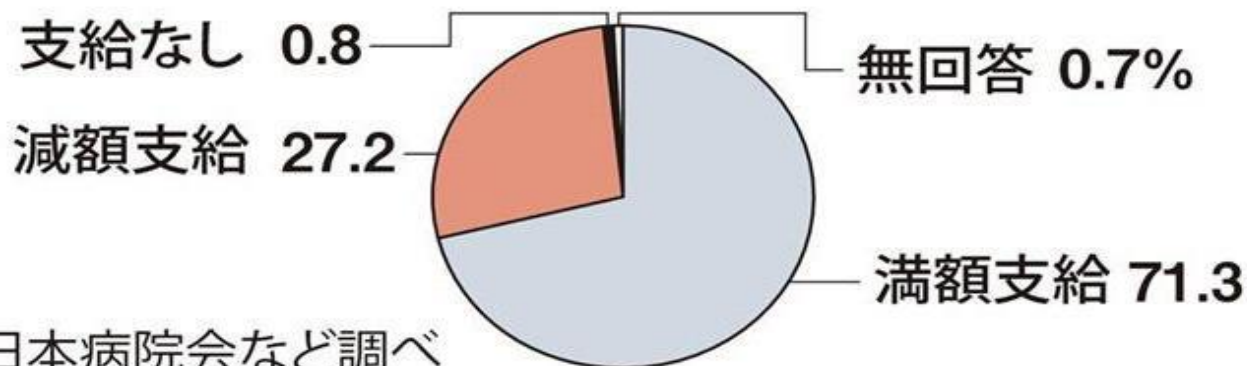
# 新型コロナ感染拡大を受けた病院経営の状況

2020年



( )は病院数、各月全体で1407病院が回答

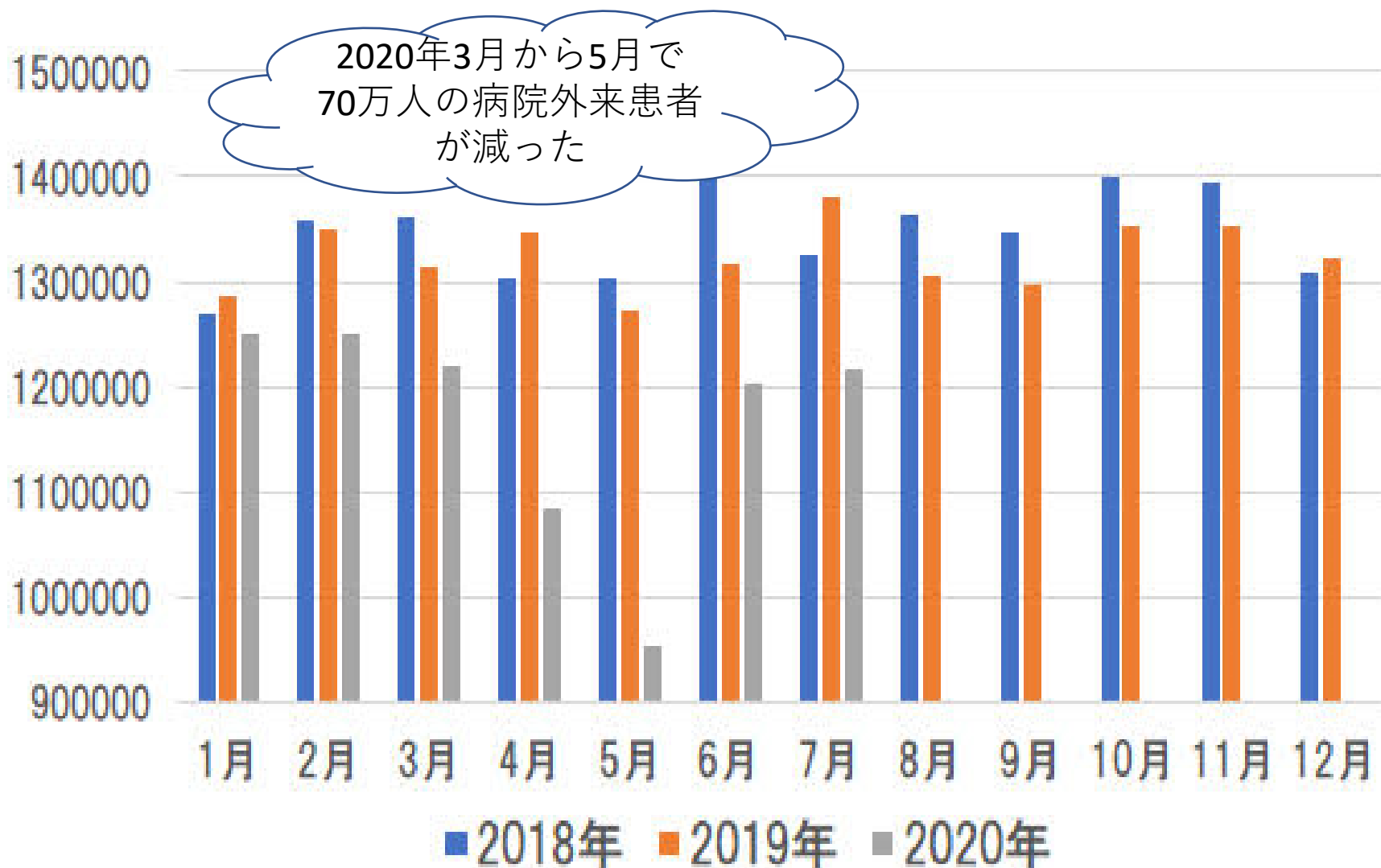
## 賞与支給への影響 (1459病院が回答)



※日本病院会など調べ

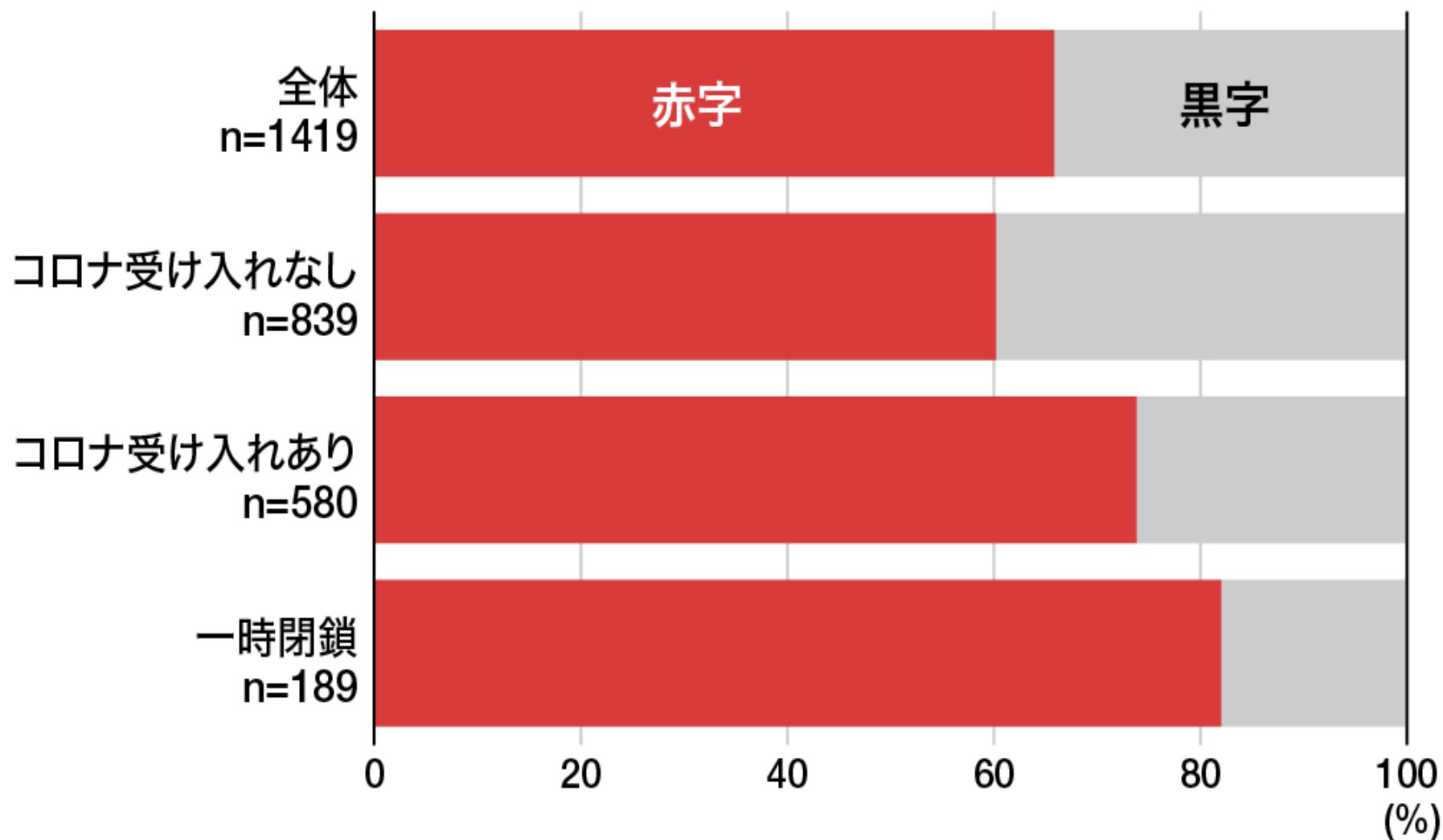


## 1日平均病院外来患者数の推移



(病院報告を基にじほうが作成)

# コロナ患者受入状況による収支比較【12月】 2020年



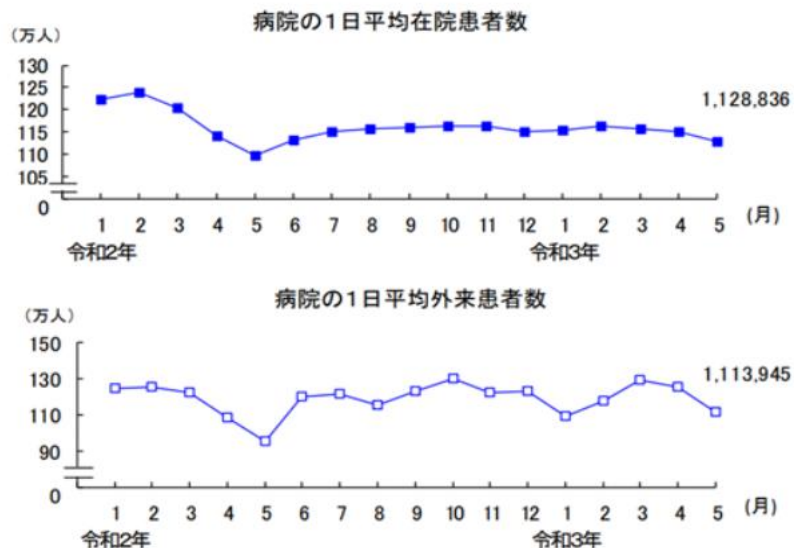
出所：「新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査」



# 1日平均患者数（病院報告2021年5月）

	1日平均患者数（人）			対前月増減（人）	
	令和3年5月	令和3年4月	令和3年3月	令和3年5月	令和3年4月
病院					
在院患者数					
総数	1 128 836	1 151 297	1 157 974	△ 22 461	△ 6 677
精神病床	269 794	270 615	270 929	△ 821	△ 314
感染症病床	10 470	6 777	4 338	3 693	2 439
結核病床	1 178	1 156	1 124	22	32
療養病床	244 330	247 160	248 496	△ 2 830	△ 1 336
一般病床	603 064	625 590	633 087	△ 22 526	△ 7 497
外来患者数	1 113 945	1 256 825	1 294 037	△ 142 880	△ 37 212
診療所					
在院患者数					
療養病床	3 161	3 159	3 271	2	△ 112

注：数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。



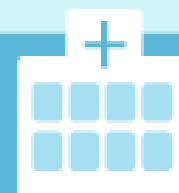
患者数は元に戻っていない

2021年4月から5月にかけて、病院の患者数は入院・外来ともに減少している（病院報告21年5月1 210820）

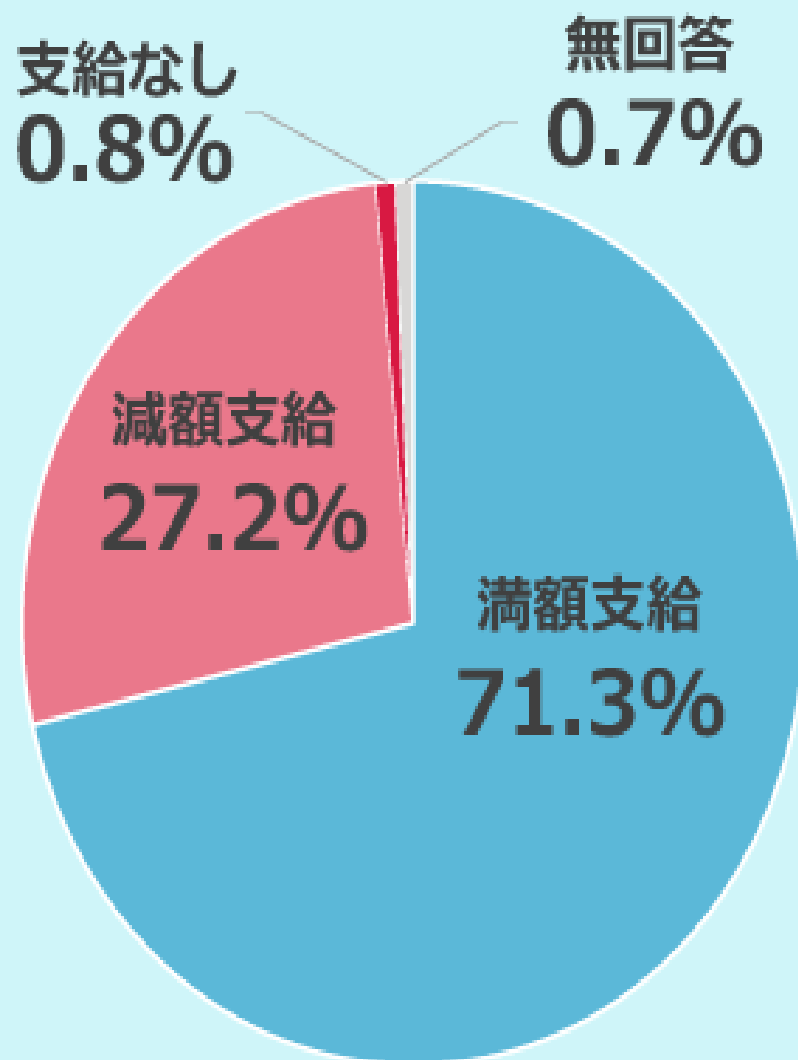
# 2020年新型コロナで 戦後最大の病院経営危機



# 2020年 夏季賞与の支給状況



※1459 病院



4分の1の病院で減額に。  
中には支給がない病院も。



# 新型コロナ影響で ボーナスカット 看護師の声

- コロナの影響で赤字となり、ボーナス一切なし。
- 2割カットです。世間から疎んじられ、消毒でガサガサになり、マスク1枚で過ごせと言われるなどしたのに減額なんて、信じられません。
- コロナの影響で大幅カット。今まで以上に忙しいのに、やる気なくなる。
- コロナによる収益減収のため、減額。  
この先も減収が続くと、  
病院は倒産する可能性が大きいと  
院長に言われた。この先が不安。
- もともと経営難だったからなおさら。  
辞められるものなら  
辞めてしまいたい。
- モチベーションは下がります。







ストライキ決行中

スト決行中

スト決行中

スト決行中

スト決行中

スト決行中

スト決行中

スト決行中

スト決行中

# 医療経営実態調査（2021年6月）

(全体) 報告書 p16

2019年

2020年

(単位：千円、%)

	前々年 (度)		前年 (度)		金額の 伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	3,353,489	99.7%	3,242,213	99.8%	▲3.3%
II 介護収益	8,467	0.3%	5,013	0.2%	▲40.8%
III 医業・介護費用	3,465,910	103.1%	3,471,957	106.9%	0.2%
IV 損益差額 (I + II - III)	▲103,953	▲3.1%	▲224,731	▲6.9%	—
※「新型コロナウイルス感染症関連の補助金」を含めた損益差額	—	—	13,217	0.4%	—
施設数	768				
平均病床数	175		173		—

(注)「全体」とは、医療法人、国公立のほか、公的（日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）、社会保険関係法人（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）、個人などを含む全体である。

コロナ補助金で  
かろじて0.4%プラス

## コロナ受け入れ病院

(重点医療機関) 報告書 p371

2019年

2020年

(単位：千円、%)

	前々年(度)		前年(度)		金額の伸び率
	金額	構成比率	金額	構成比率	
I 医業収益	8,375,722	99.9%	7,985,702	99.9%	▲4.7%
II 介護収益	8,872	0.1%	9,085	0.1%	2.4%
III 医業・介護費用	8,841,031	105.4%	8,853,143	110.7%	0.1%
IV 損益差額(I + II - III)	▲456,436	▲5.4%	▲858,355	▲10.7%	—
※「新型コロナウイルス感染症関連の補助金」を含めた損益差額	—	—	176,367	2.2%	—
施設数	149				

(注)「重点医療機関」とは、都道府県の指定を受け、新型コロナウイルス感染症患者専用の病院や病棟を設定する医療機関である。

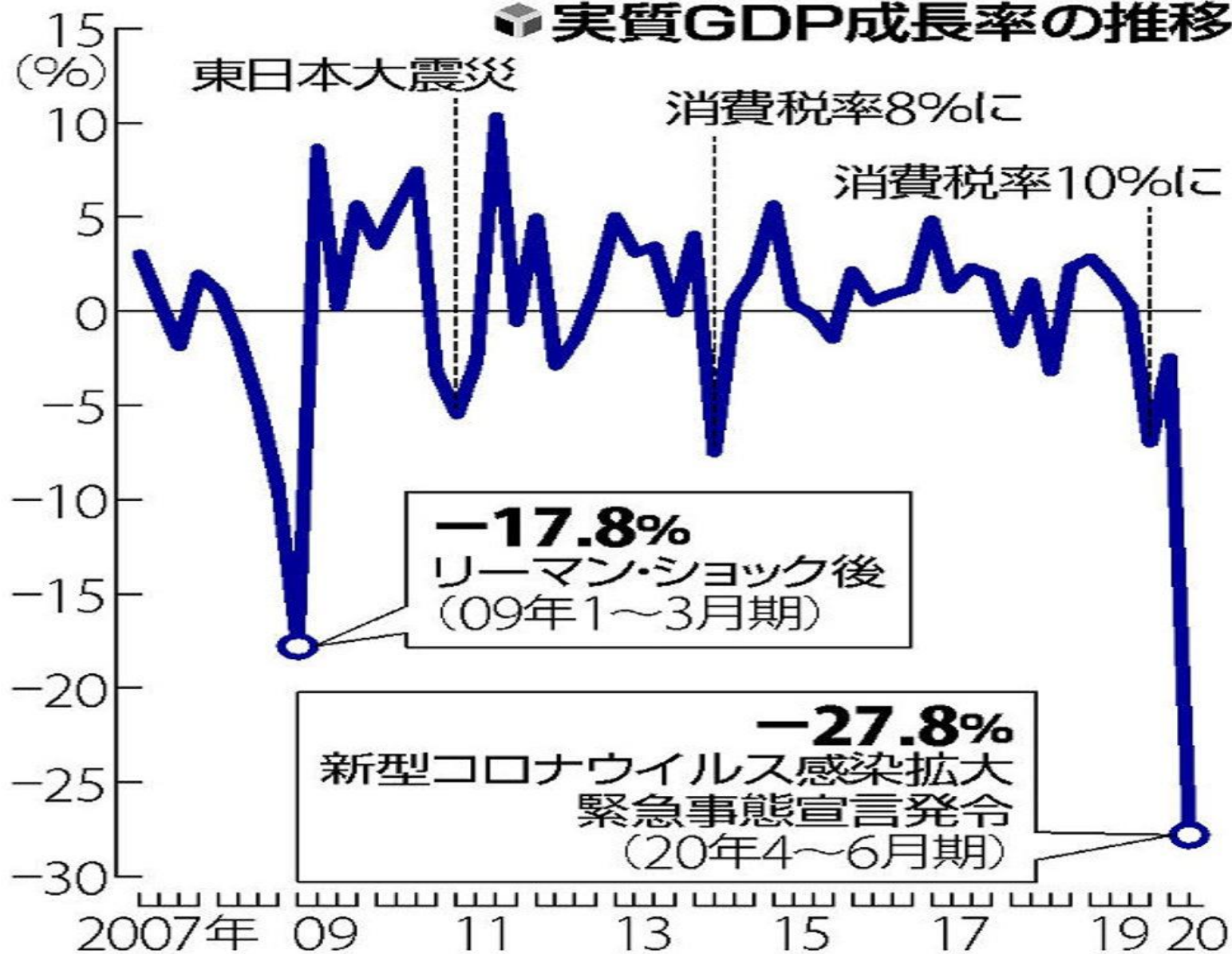
コロナ受け入れ病院では2.2%プラス



コロナで財政出動、  
国の財政は戦後最大ピンチ

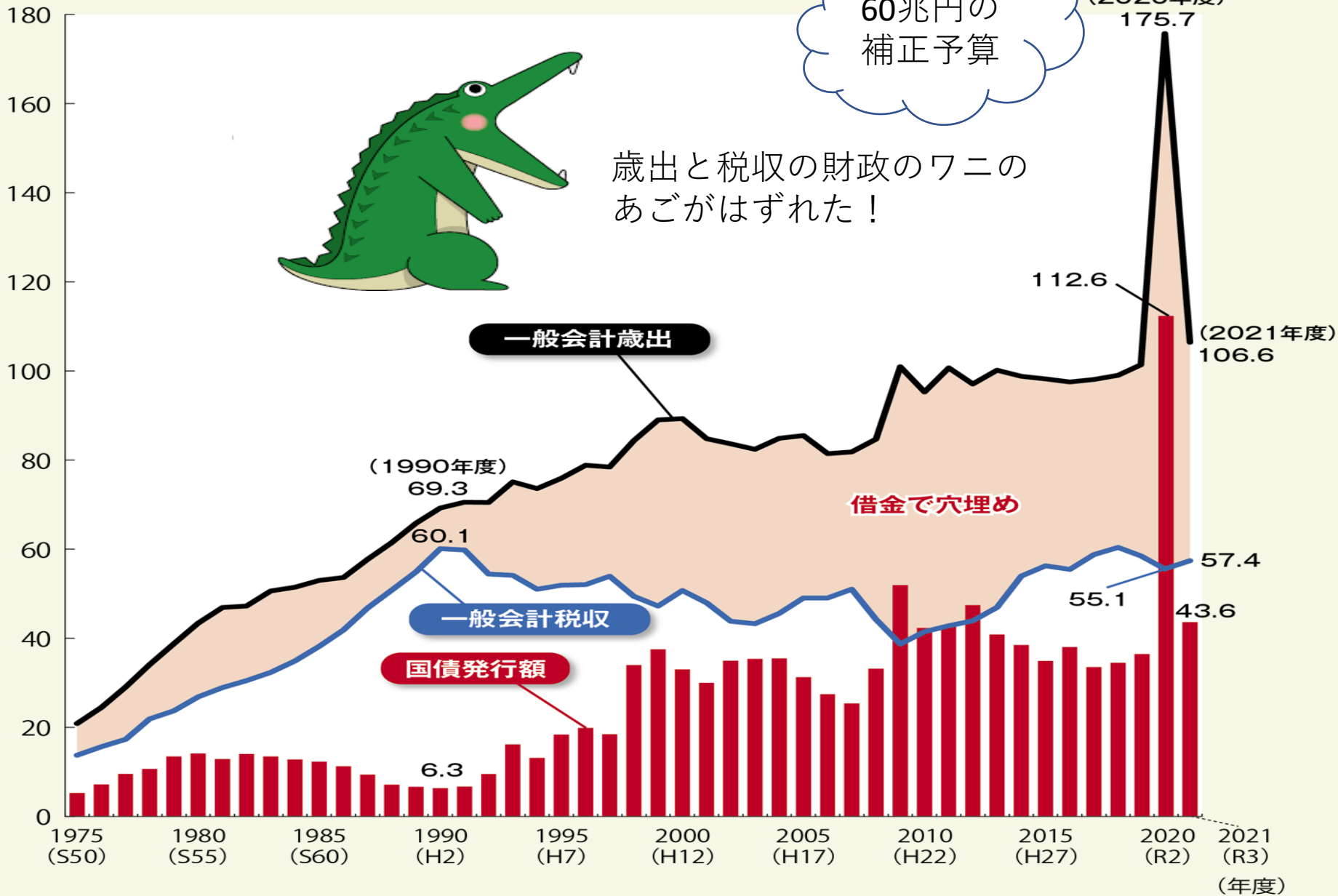


# 実質GDP成長率の推移



※四半期ごとの前期比増減率の年率換算

(兆円)



(注1) 2019年度までは決算、2020年度は第3次補正後予算、2021年度は政府案による。  
 (注2) 2019年度及び2020年度の計数は、臨時・特別の措置に係る計数を含んだものである。

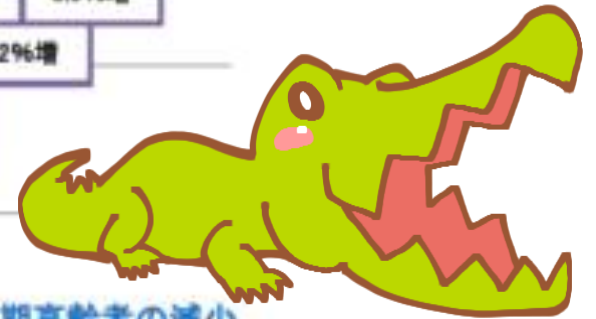
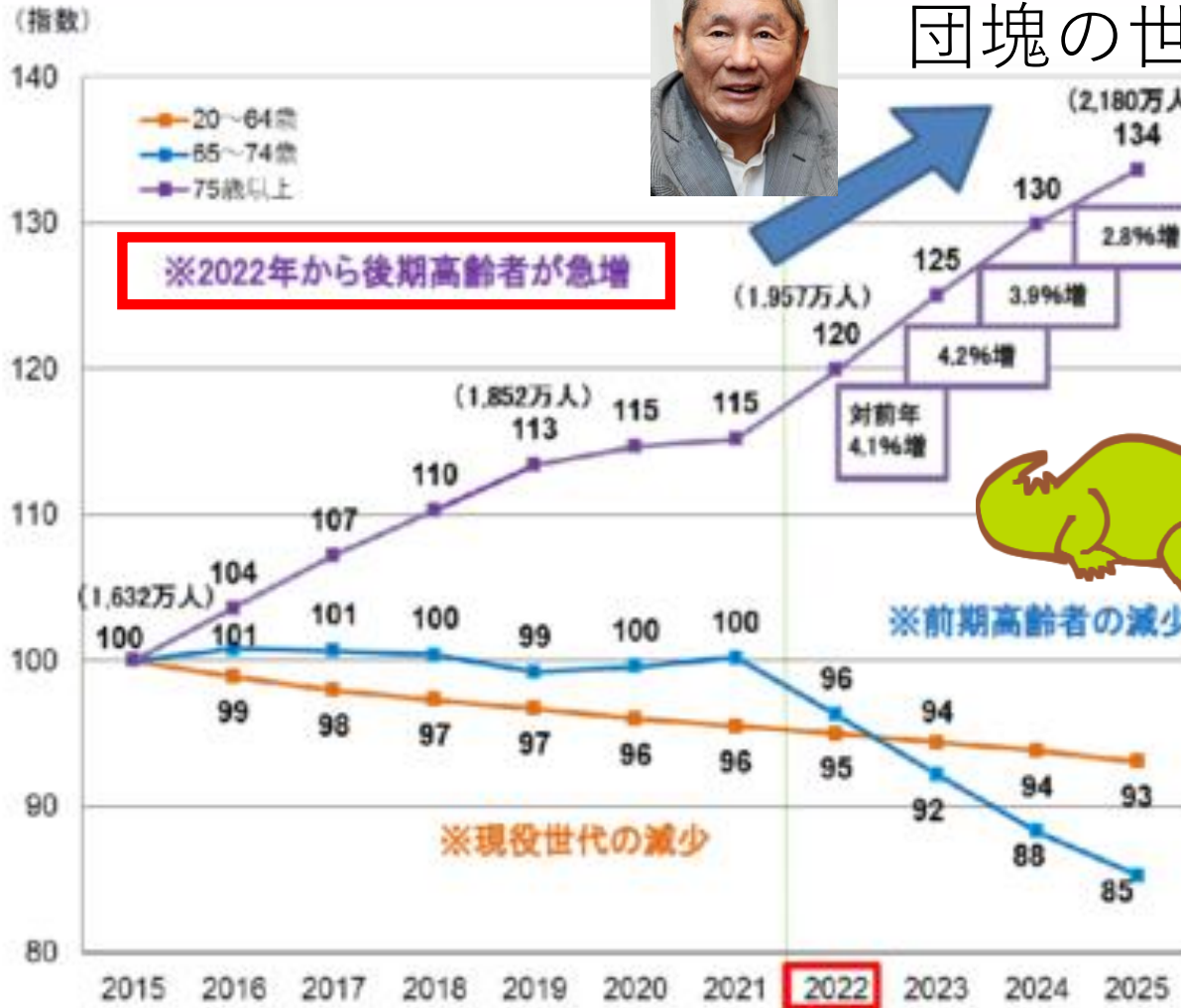
財務省資料より



# 年齢区分別人口(日本の将来推計人口・平成29年推計)



## 団塊の世代の高齢化



2022年から  
人口問題の  
ワニの口が開く

(注) 出生中位、死亡中位  
(出典) 年齢区分別人口(日本の将来推計人口・平成29年推計)をもとに健保連が作成

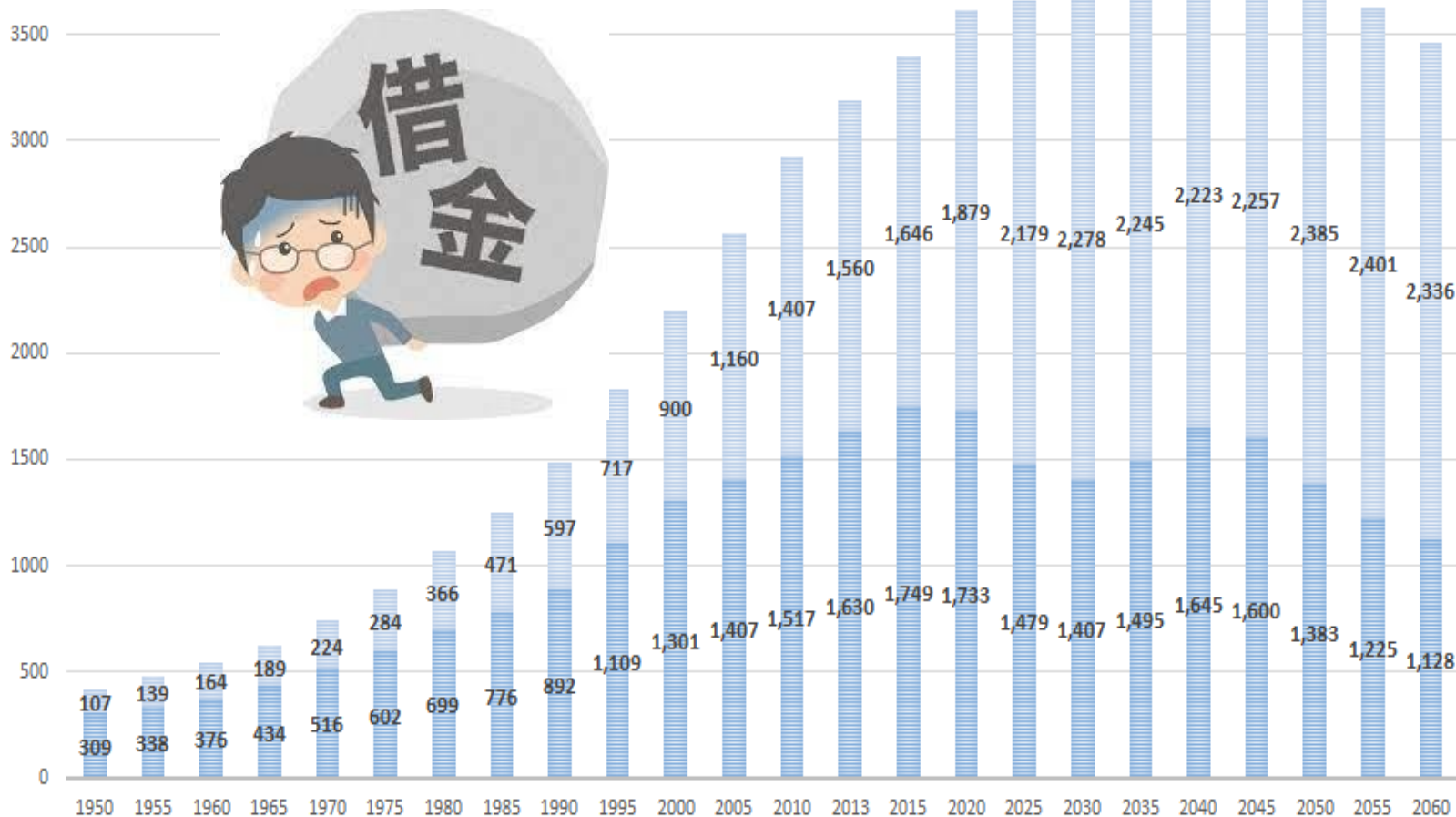
65歳以上の高齢者の人口推移

2040年

■ 65~74歳 ■ 75歳以上

万人

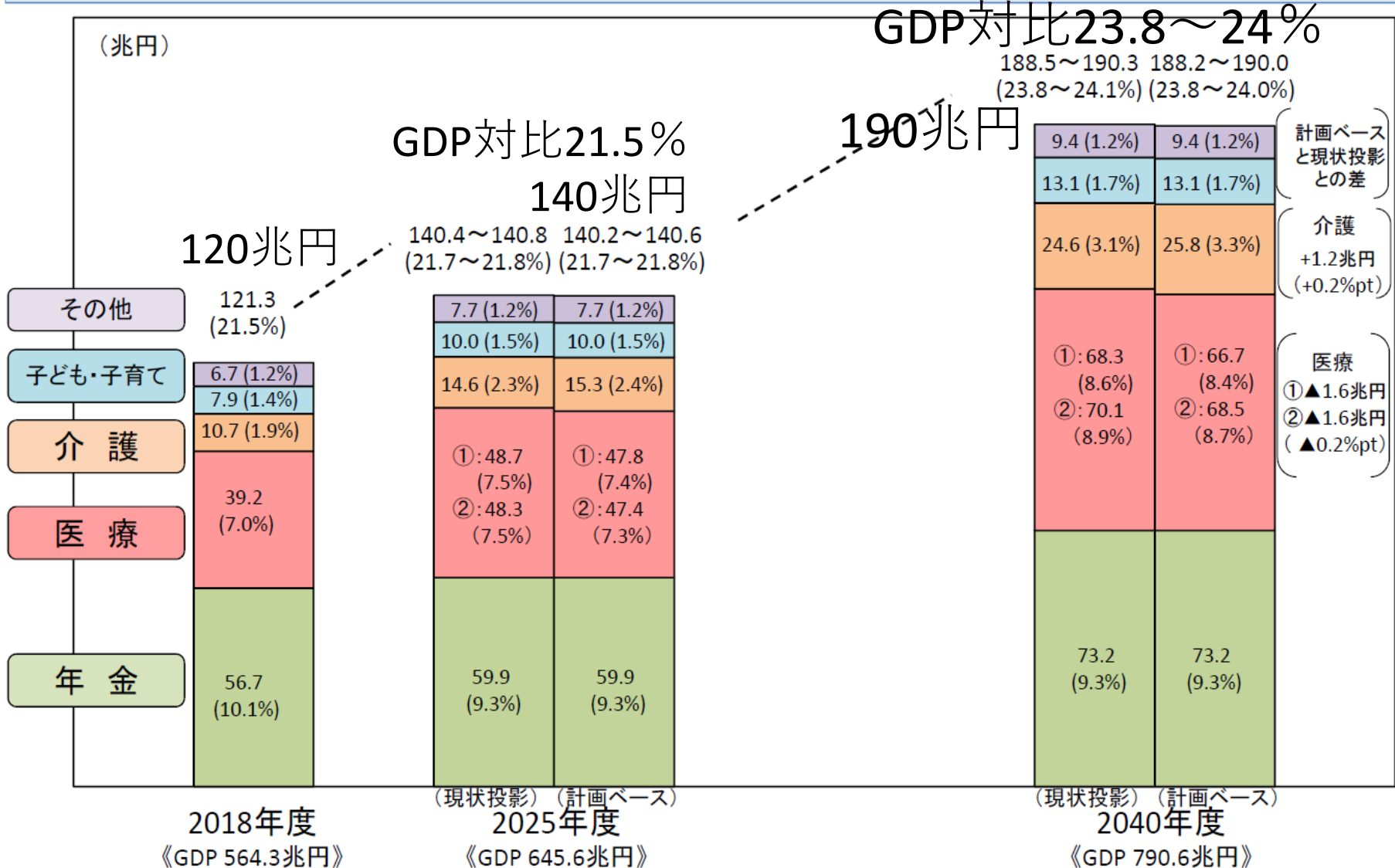
団塊世代の高齢化 2025年



# 2040年に何が起きるか？

2025年との比較を試みよう  
社会保障給付費の増大と  
人口減少

# 社会保障給付費の見通し（経済：ベースラインケース）



(注1) ( )内は対GDP比。医療は単価の伸び率について2通りの仮定をおいており給付費に幅がある。

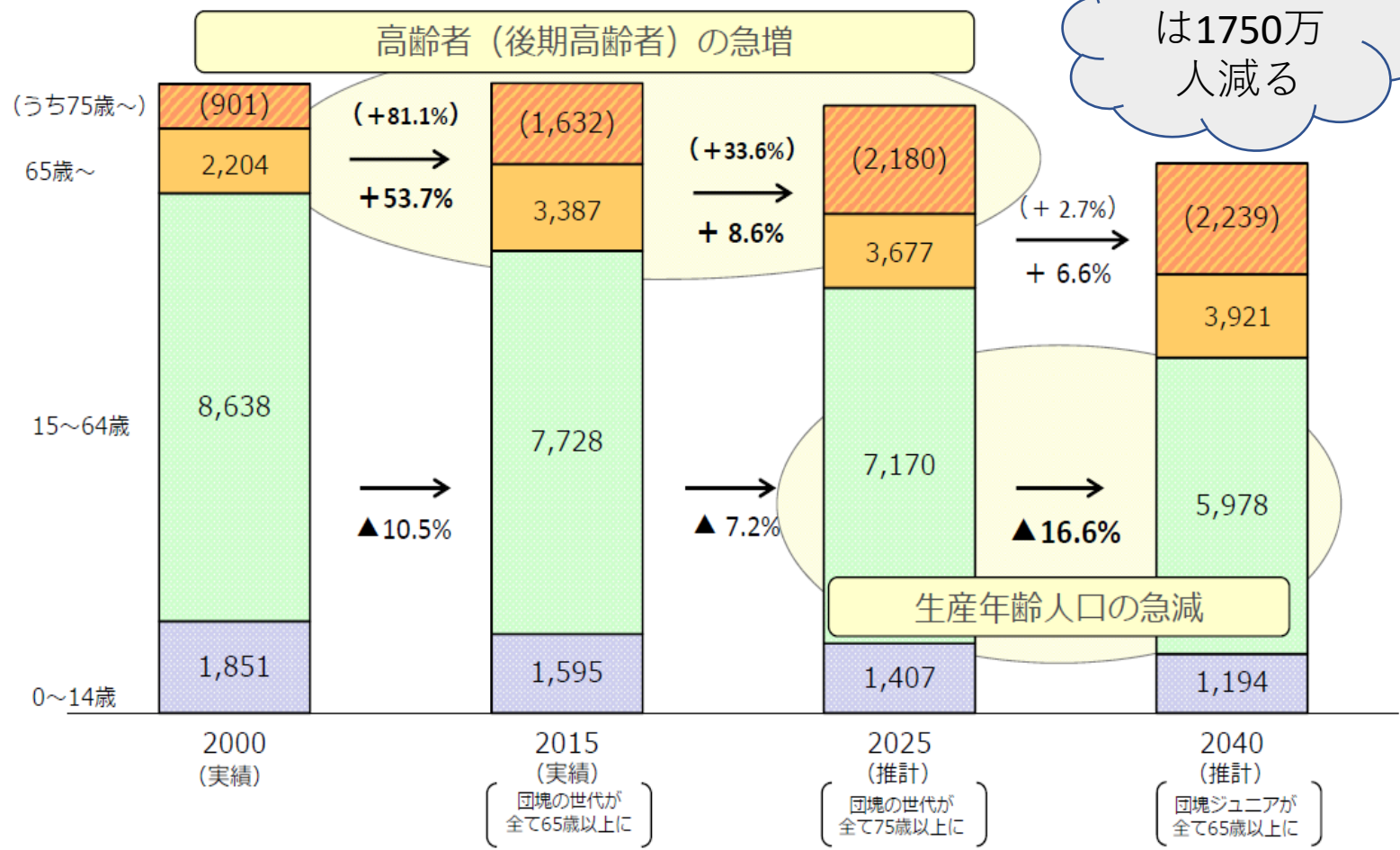
(注2) 「現状投影」は、医療・介護サービスの足下の利用状況を基に機械的に計算した場合。「計画ベース」は、医療は地域医療構想及び第3期医療費適正化計画、介護は第7期介護保険事業計画を基礎とした場合。



# 2040年までの人口構造の変化

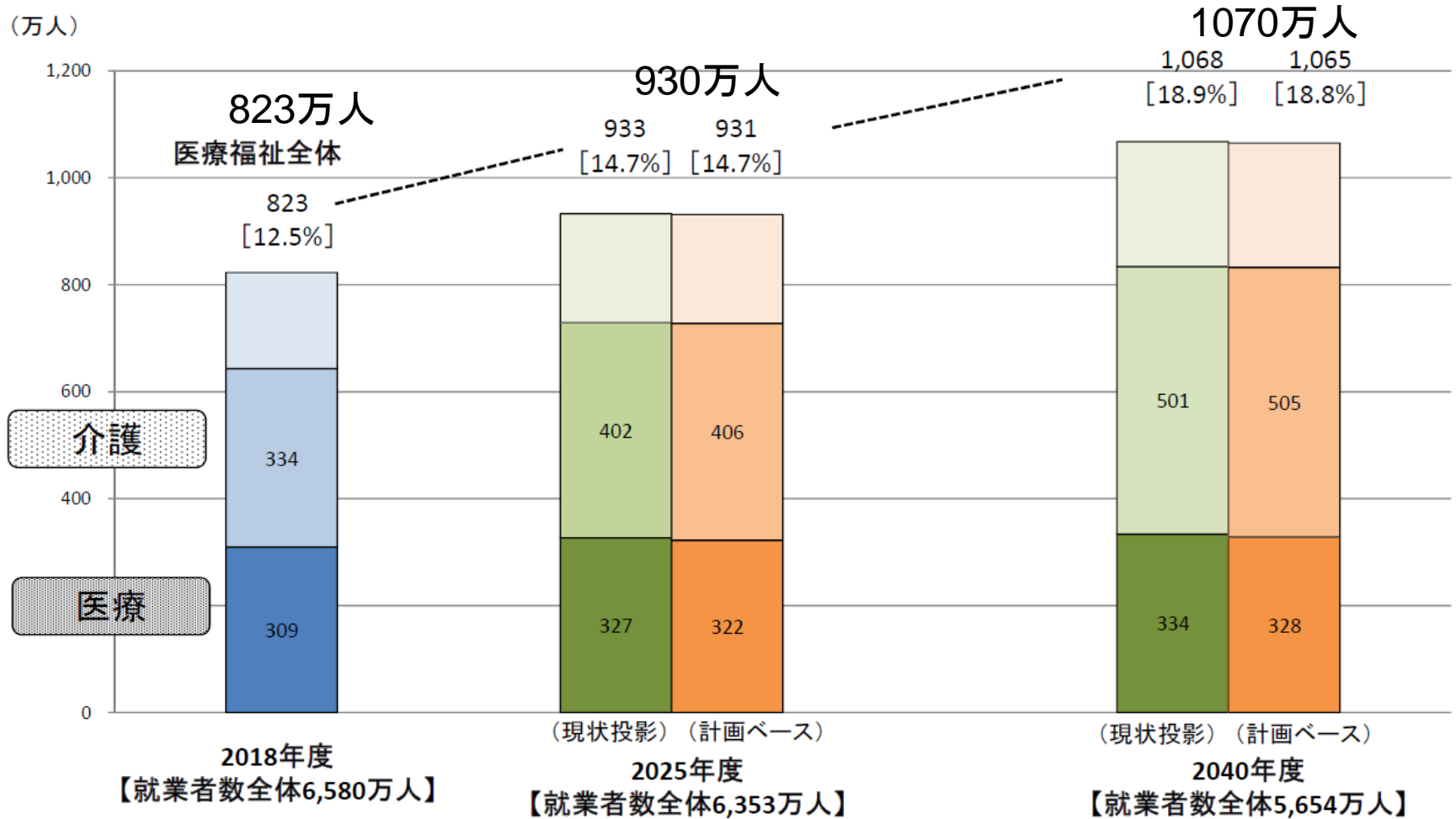
○ 我が国の人口動態を見ると、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる2025年に向けて高齢者人口が急速に増加した後、高齢者人口の増加は緩やかになる。一方で、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速。

【人口構造の変化】



(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、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」

# 医療福祉分野の就業者数の見通し



(注1) [ ]内は就業者数全体に対する割合。

(注2) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

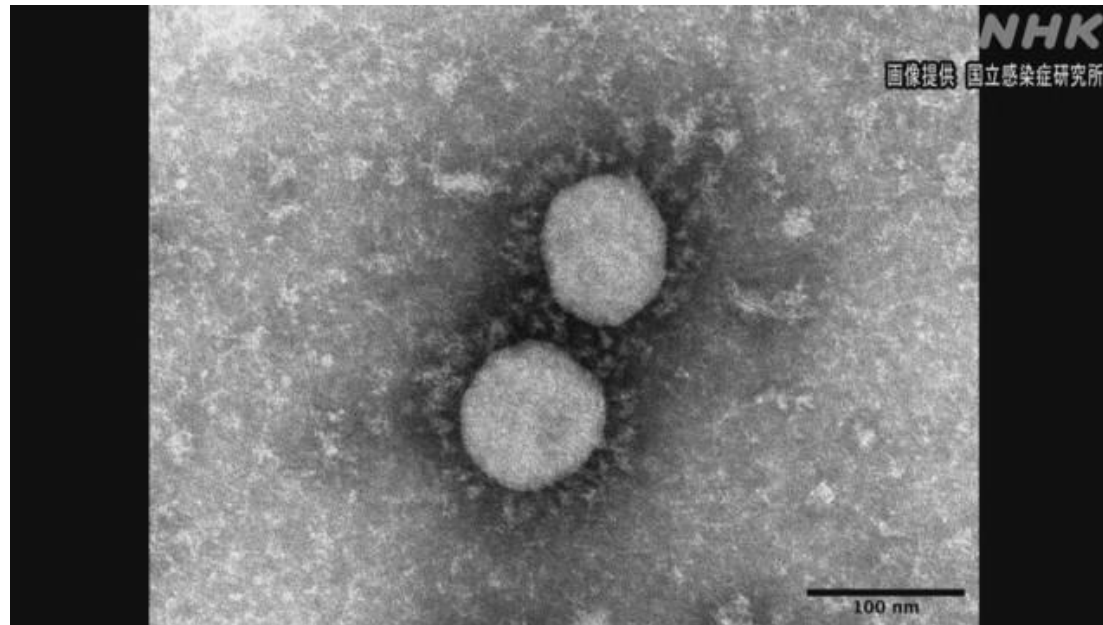
(注3) 就業者数全体は、2018年度は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年度以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位(死亡中位)推計)を元に機械的に算出している。

# 2040年問題のポイント

カネなしヒトなしの時代・・・  
そして医療福祉セクターが産業界の  
第1セクターに躍り出る時代

# パート 2

## 新型コロナでなぜ 病床ひっ迫？



インド由来のデルタ株

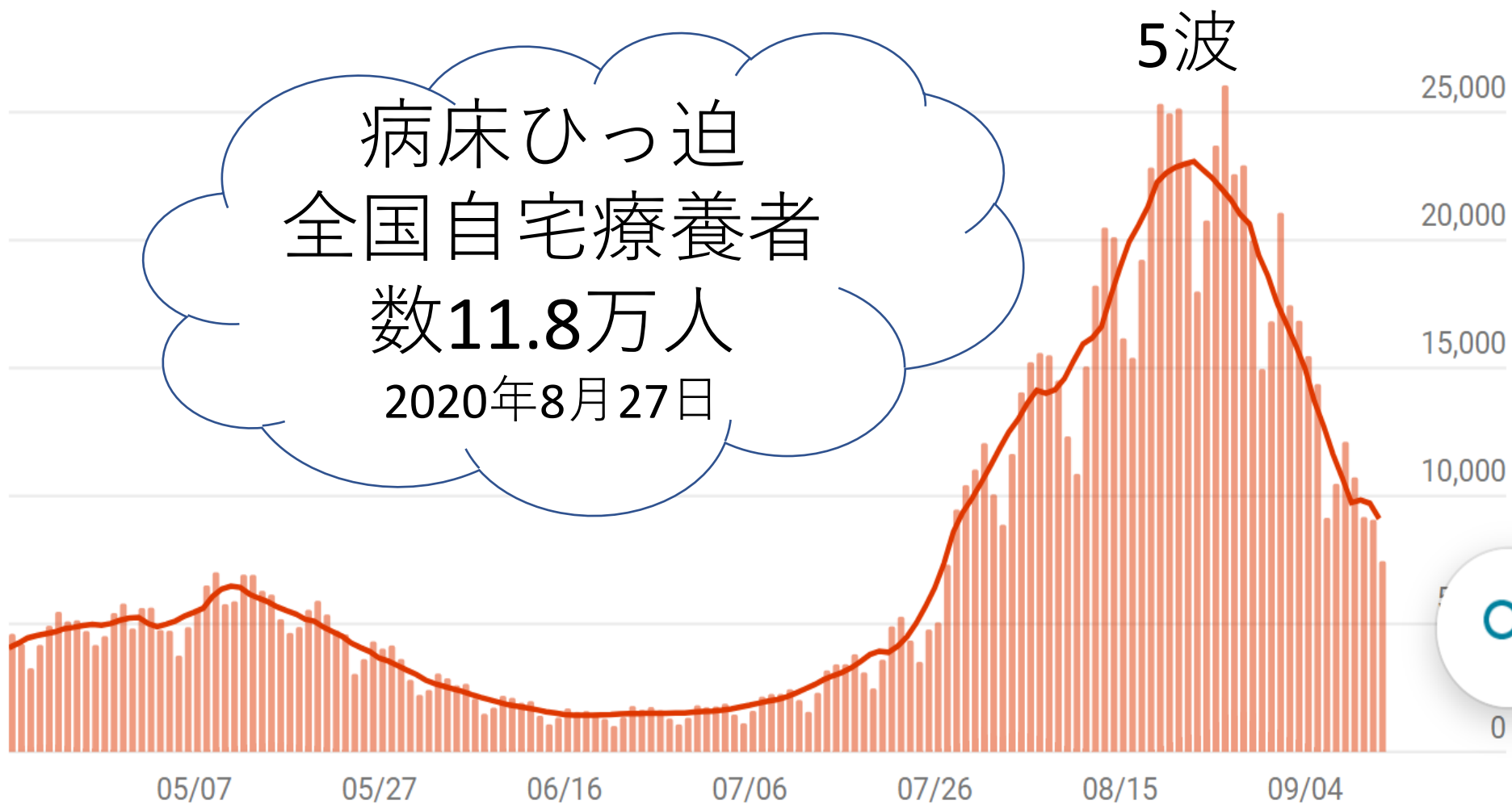


● 感染者数

● 死亡者数

● ワクチン接種

## 日別の新規感染者数



# 世界 1 位の病床大国日本で なぜ病床ひっ迫が 起きるのか？

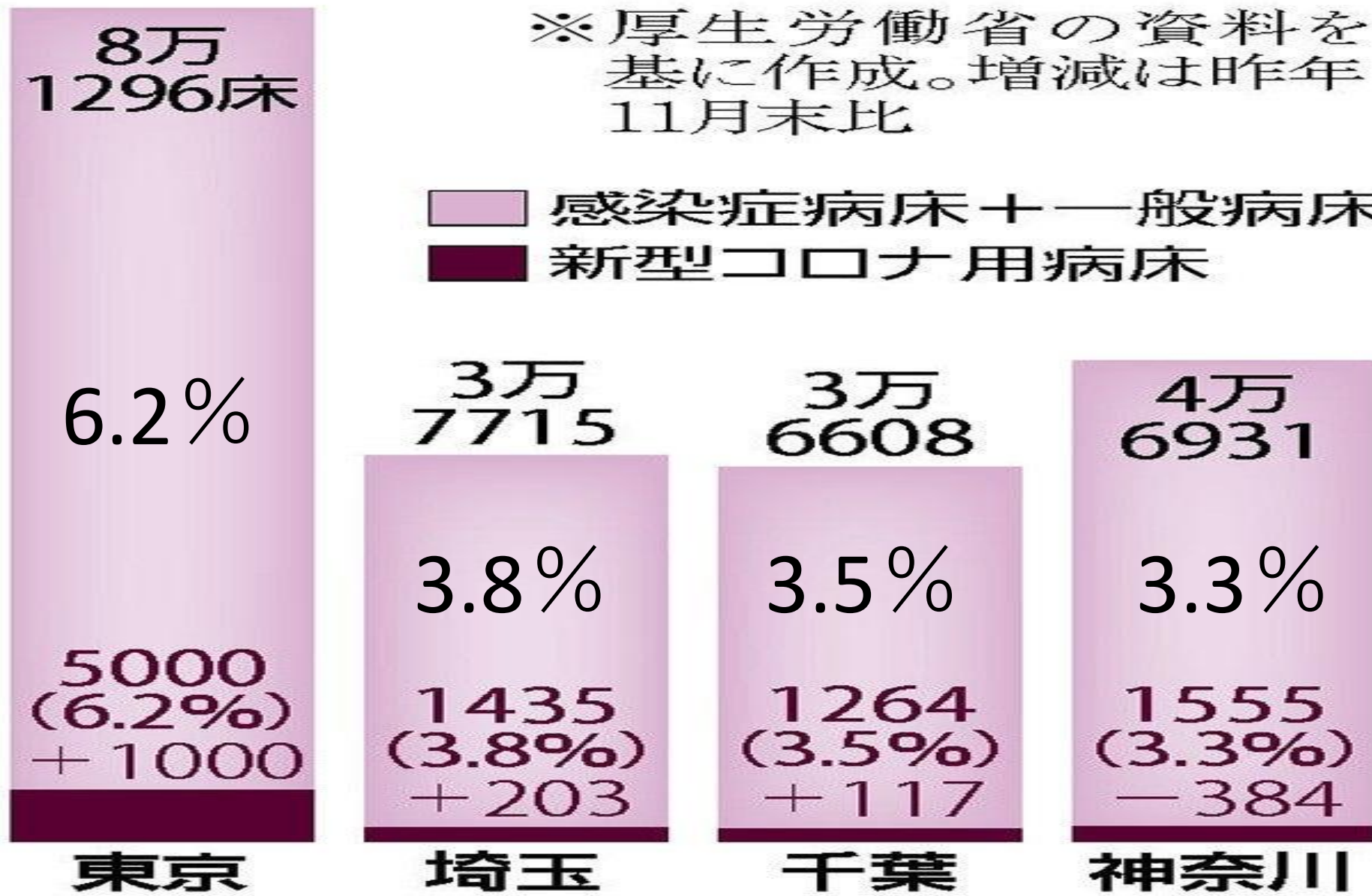


第 3 波で病床ひっ迫

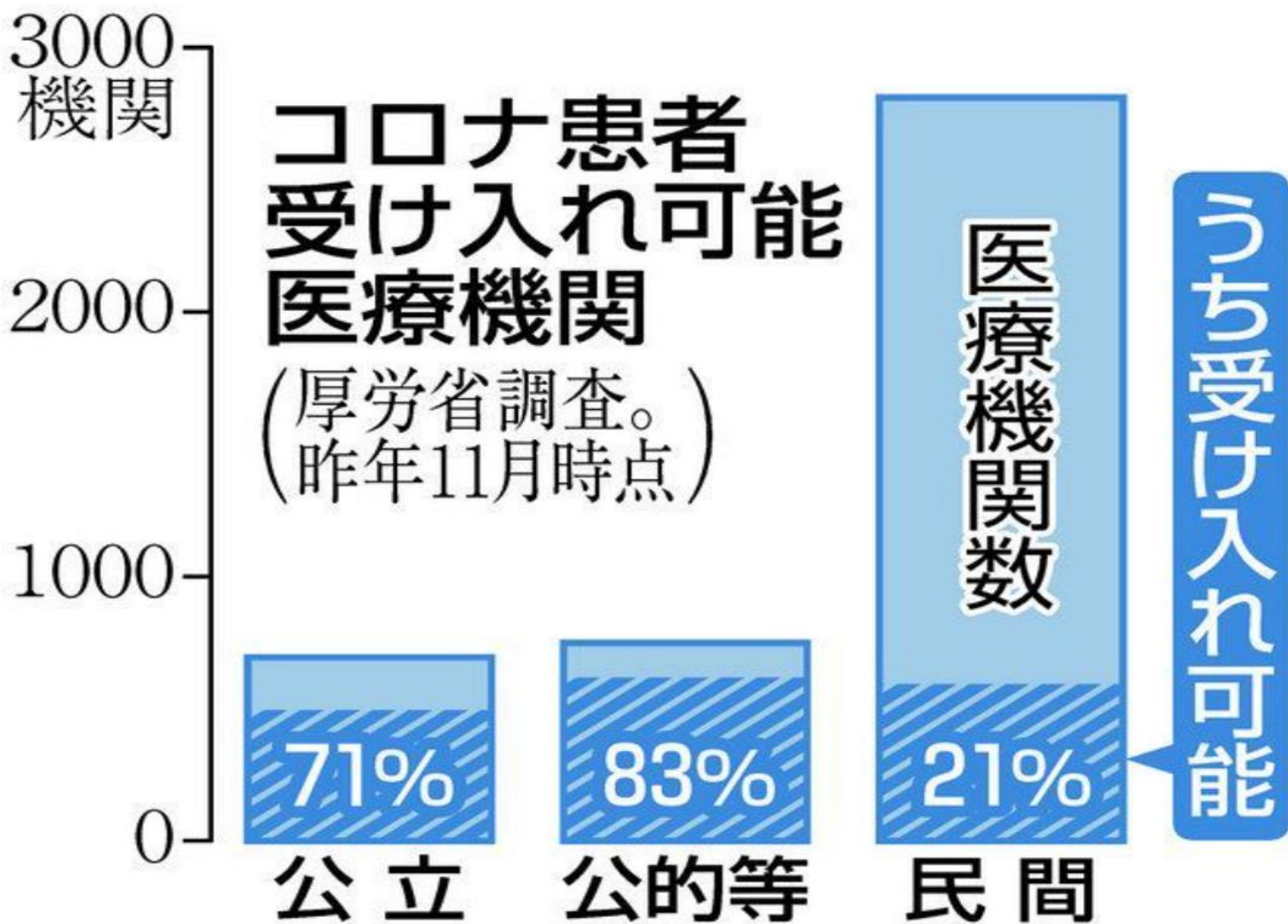
# 4都県の一般病床と感染症病床数、新型コロナ用病床数と割合 (3月3日時点)

※厚生労働省の資料を  
基に作成。増減は昨年  
11月末比

■ 感染症病床＋一般病床  
■ 新型コロナ用病床



受け入れ可能病院は  
公立・公的病院に多く、民間病院に少ない





# 日本とイギリスの病床

日本

コロナ以外

コロナ病床は一般病床88万床のうち2.8万床  
3% (2021年1月6日時点)

どうして病床大国日本がひっ迫するの？

イギリス

コロナ入院患者 30.0%

コロナ以外

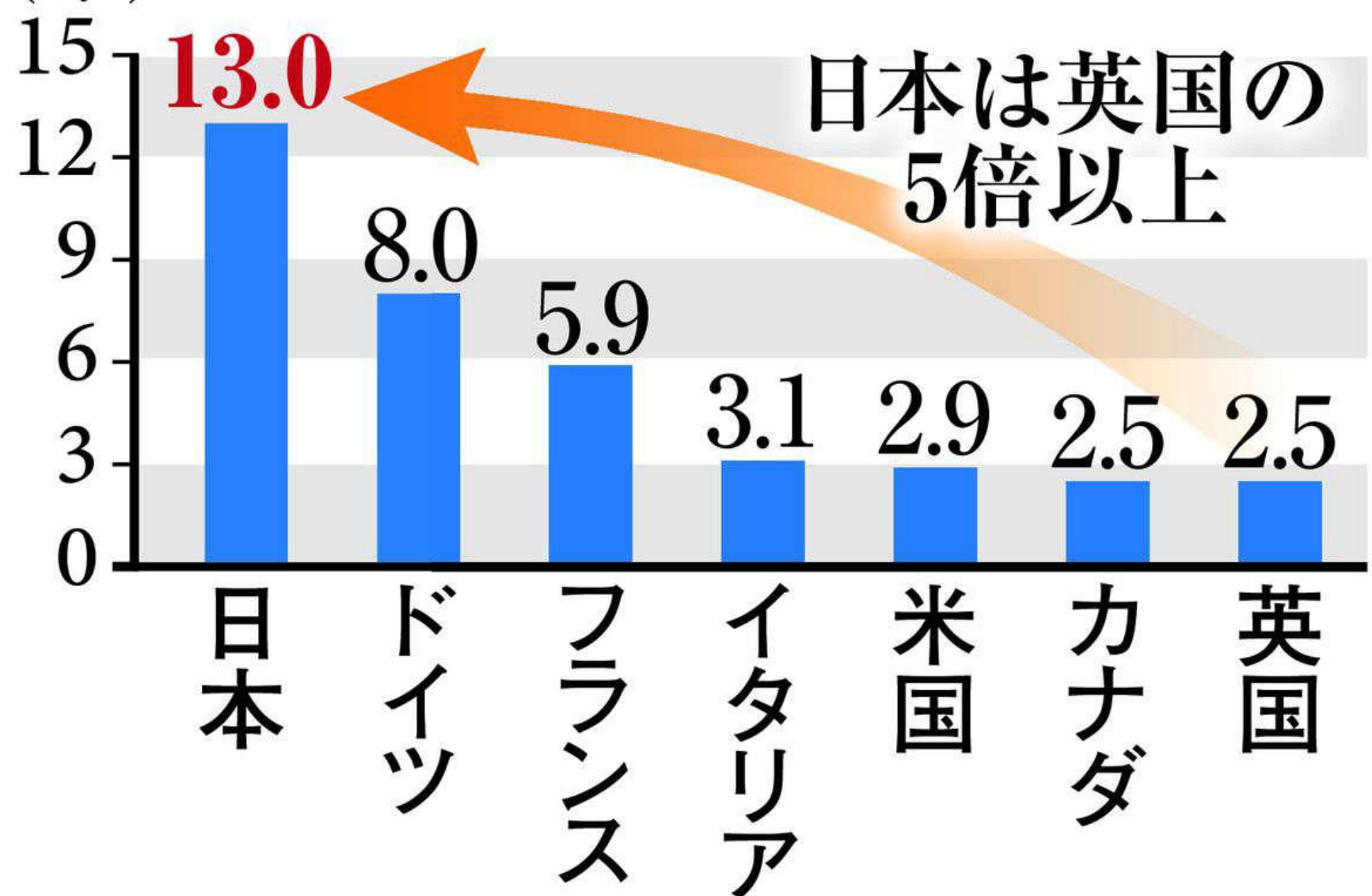
ロンドン

コロナ入院患者 50.2%

コロナ以外

イギリスは病院が**ほぼ国営**

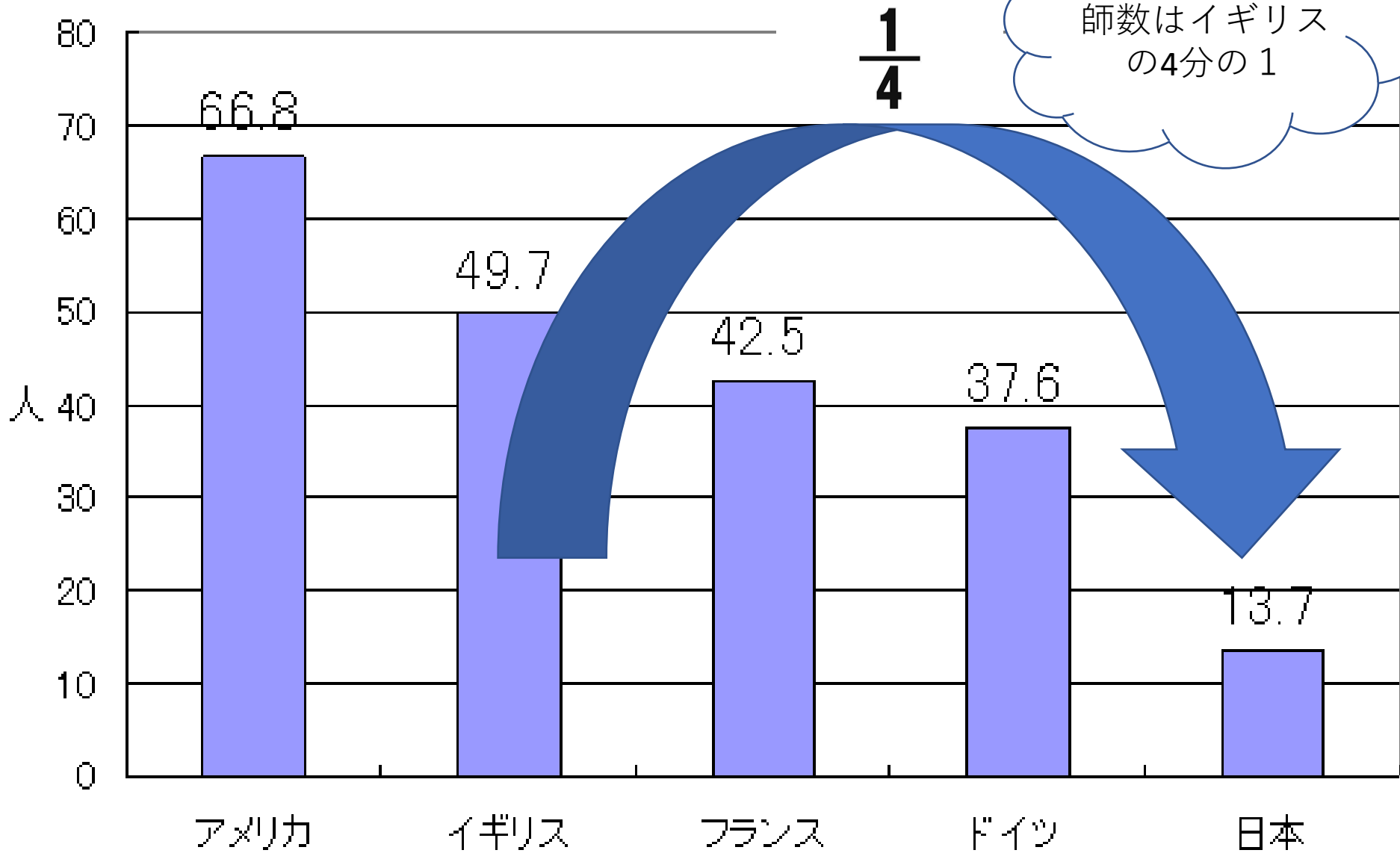
# (床) 人口千人あたりの病床数



※OECD統計(2017~19年調査)に基づく

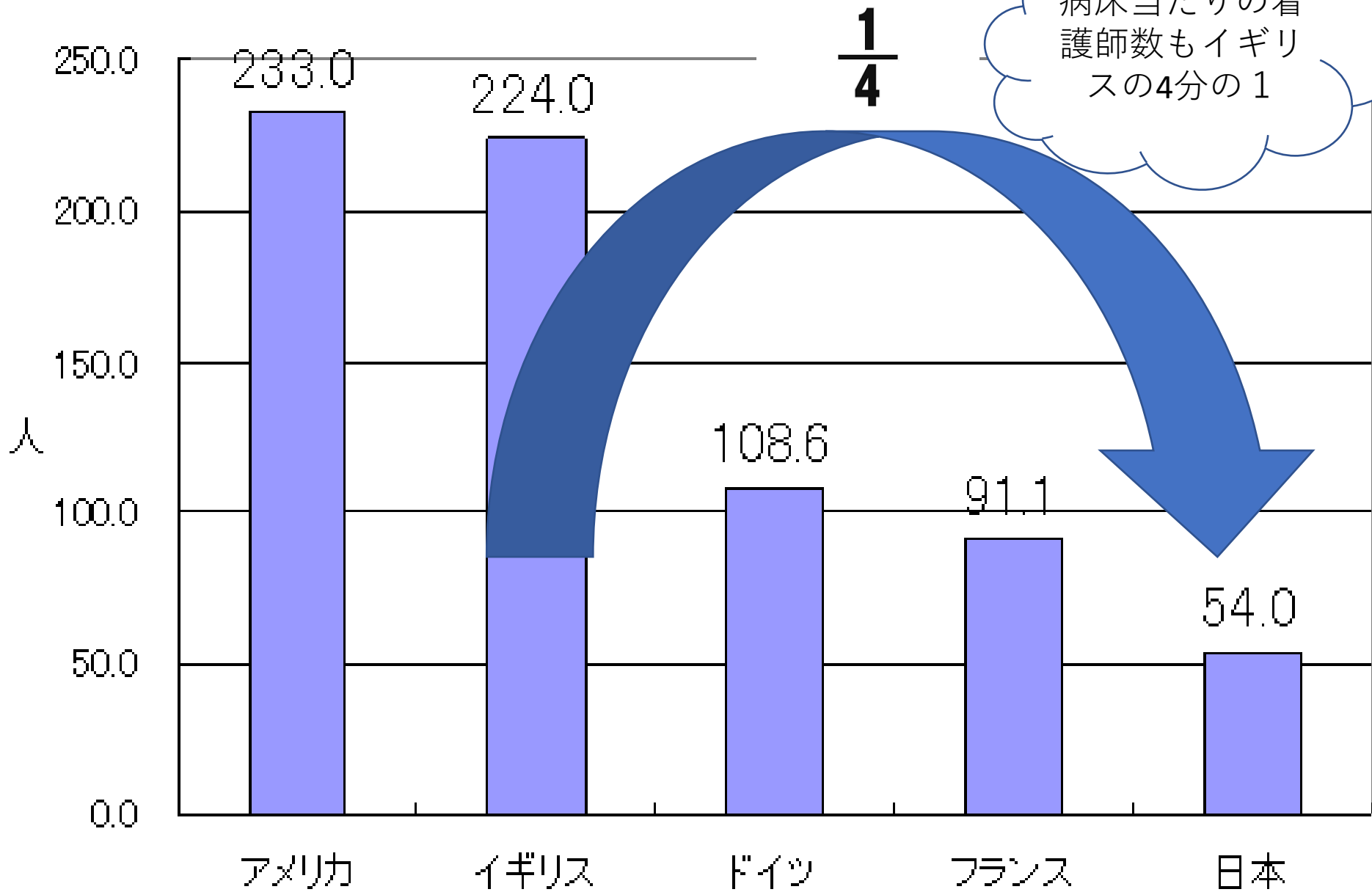
# 医師数の国際比較(02年。100床当たり)

病床当たりの医師数はイギリスの4分の1




出所: 厚生労働省06年

# 看護師数の国際比較(02年。100床当たり)



出所:厚生労働省06年



A world map with various countries colored in different shades. Two callout boxes are present: one over Europe and one over Japan. The European callout box contains Japanese text stating that public hospitals are the main body and that the number of medical professionals per bed is high. The Japanese callout box contains Japanese text stating that private hospitals are the main body and that the number of medical professionals per bed is low. The map labels include CANADA, USA, MEXICO, CUBA, BRAZIL, PERU, BOLIVIA, ARGENTINA, CHILE, ALGERIA, LIBYA, EGYPT, SAUDI ARABIA, TURKEY, IRAN, KAZAKHSTAN, MONGOLIA, CHINA, JAPAN, INDIA, PHILIPPINES, MALAYSIA, INDONESIA, AUSTRALIA, and NEW ZEALAND.

ヨーロッパは公立  
病院が主体、そし  
て病床当たりの医  
療従事者数が多い

日本は民間病院が  
主体、そして病床  
当たりの医療従事  
者数が少ない

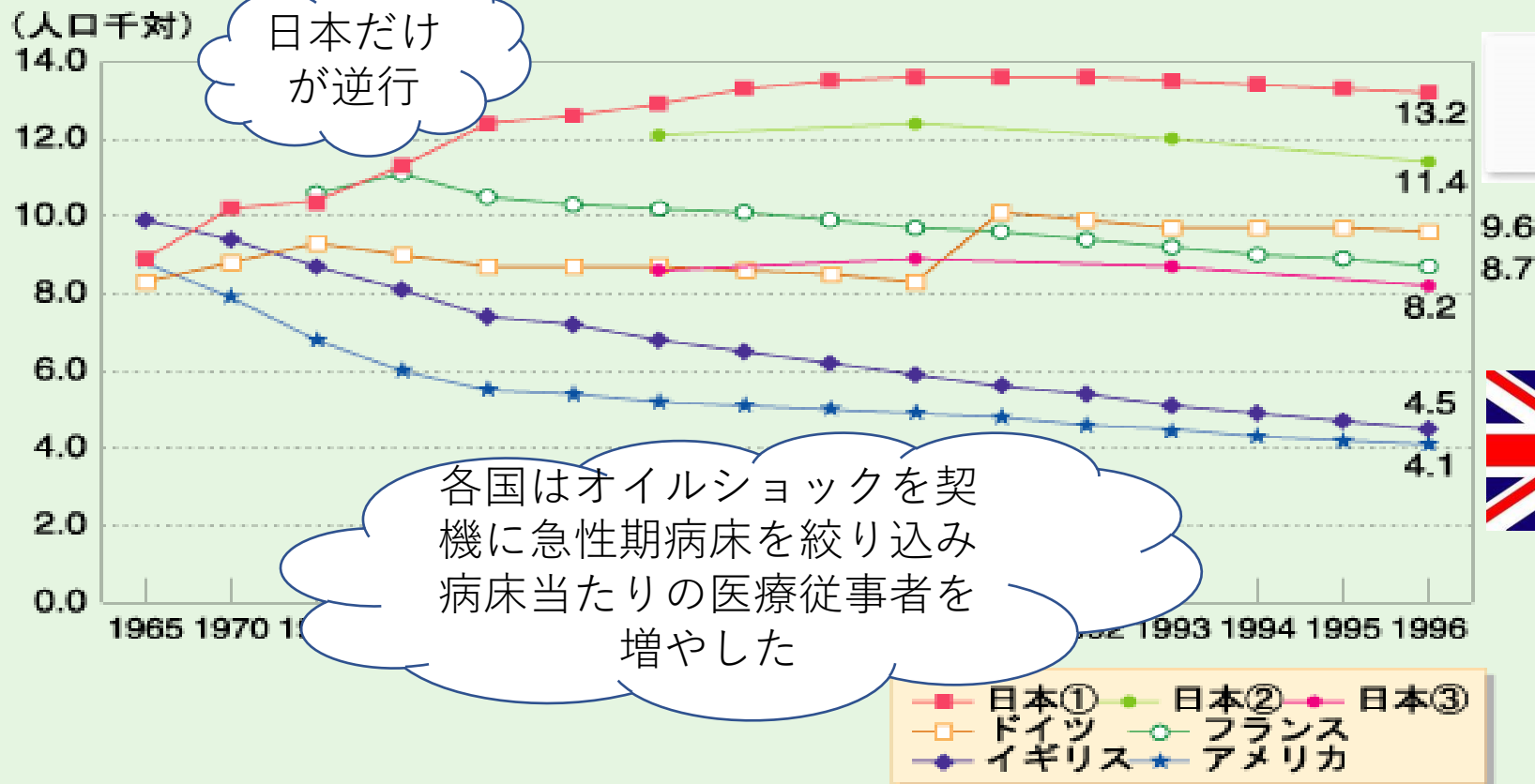


なぜ日本の病床数が多いのか？

1965年、先進各国とも人口当たりの病床数は同じだった！

## ■ 人口当たり病床数の国際比較

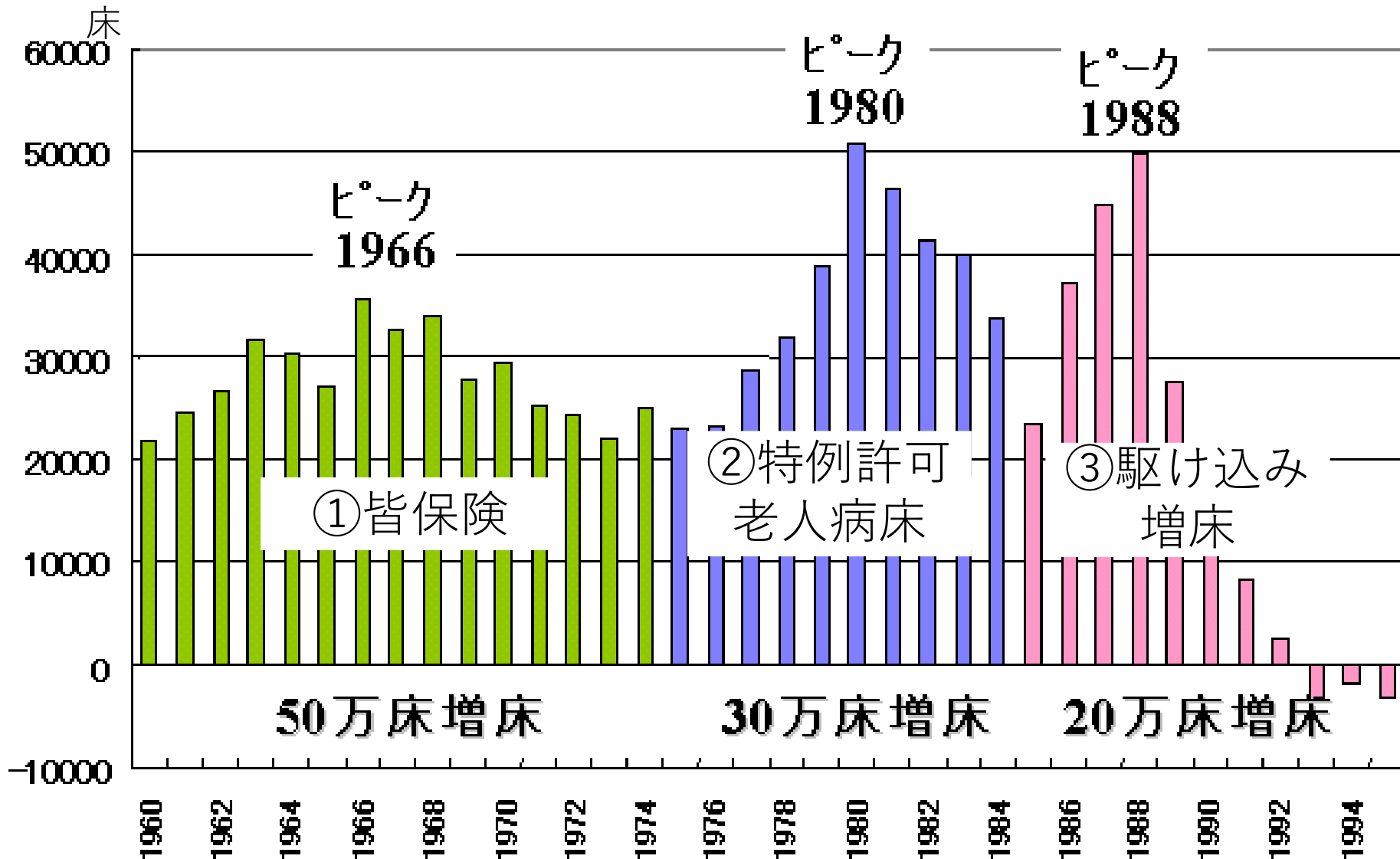
我が国の病床数は、国民皆保険の実現などにより大きく伸びたが、同時期に諸外国ではむしろ病床数の適正化が進んだ。



資料：日本「医療施設調査・病院報告」、諸外国「OECD Health Data 98」

- (注)
- 「日本①」は、病院の病床数。「日本②」は、療養型病床群等を除く病院の病床数。「日本③」は、療養型病床群等・精神病床・結核病床を除く病院の病床数。
  - 「日本②」「日本③」のデータは、3年に1度実施される医療施設静態調査による。
  - 諸外国の病床の定義は、OECDの統計に従った。概要は以下の通り。  
 ドイツ：急性期病床、精神・神経病床、リハビリ病床（1990年までは西ドイツ、1991年からは統一後の統計）  
 フランス：急性期病床、長期病床、精神病床、中毒病床（薬物、アルコール）、リハビリ病床  
 イギリス：NHS（National Health Service）の全病床  
 アメリカ：AHA（American Hospital Association）に登録されている全病院の病床

# 日本の戦後の3つの増床ピーク



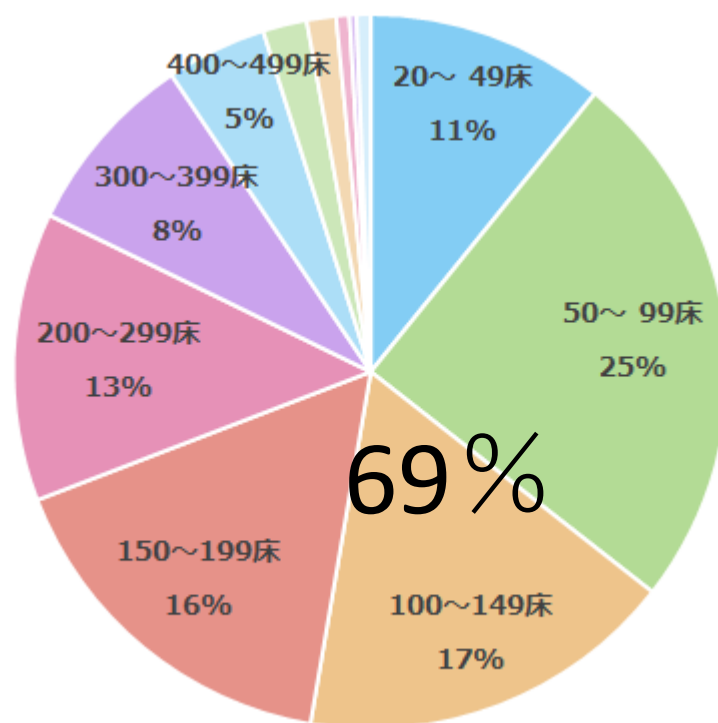


# 病床ひっ迫の理由は 病床当たりの職員数の不足 と小規模民間病院の多さ

病床はあっても職員数が足りないので  
コロナを受け入れられなかった

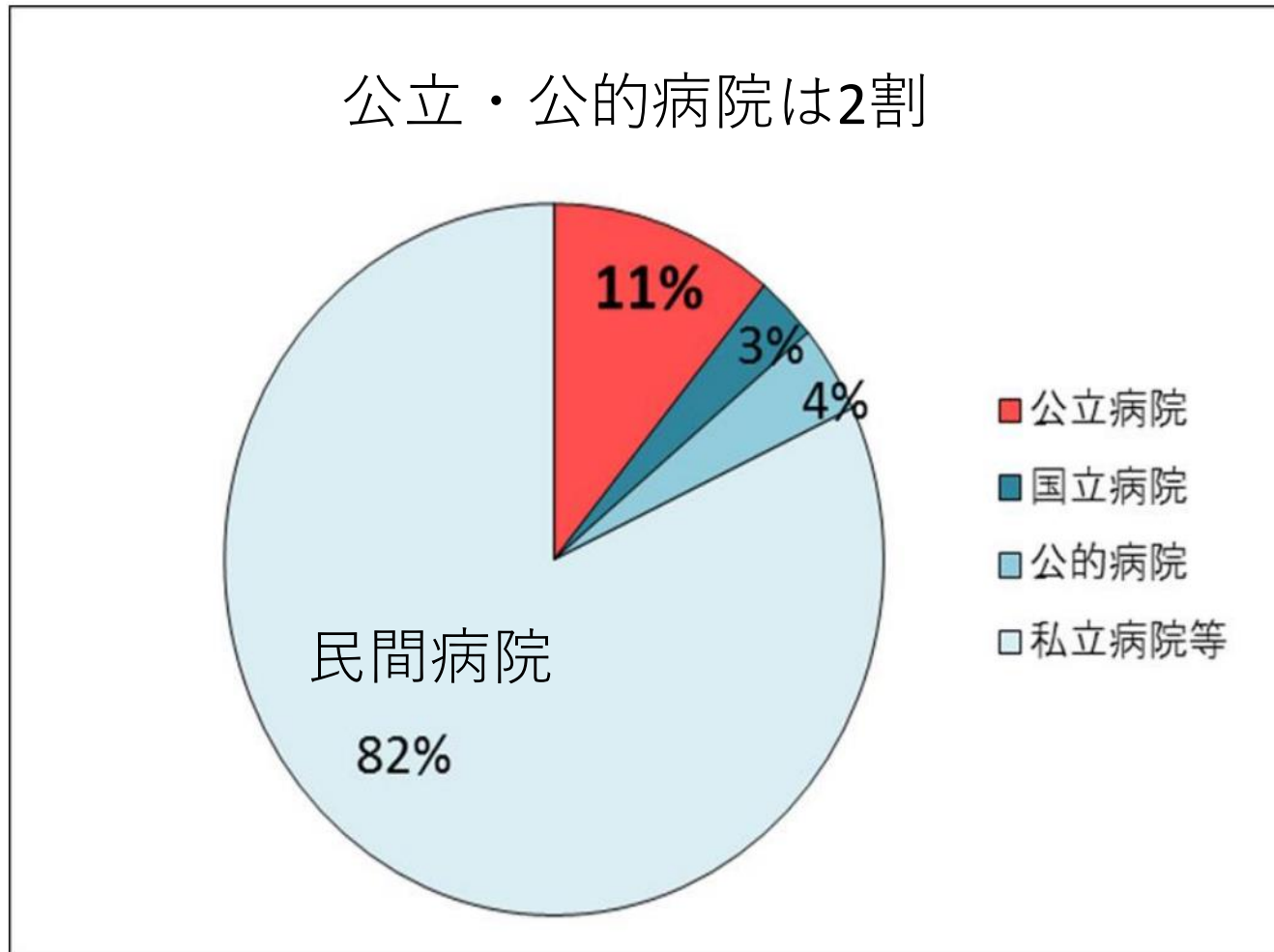
病床の構造改革を怠ったツケ

# 病院の7割が200床以下の 中小病院



# 民間病院が8割

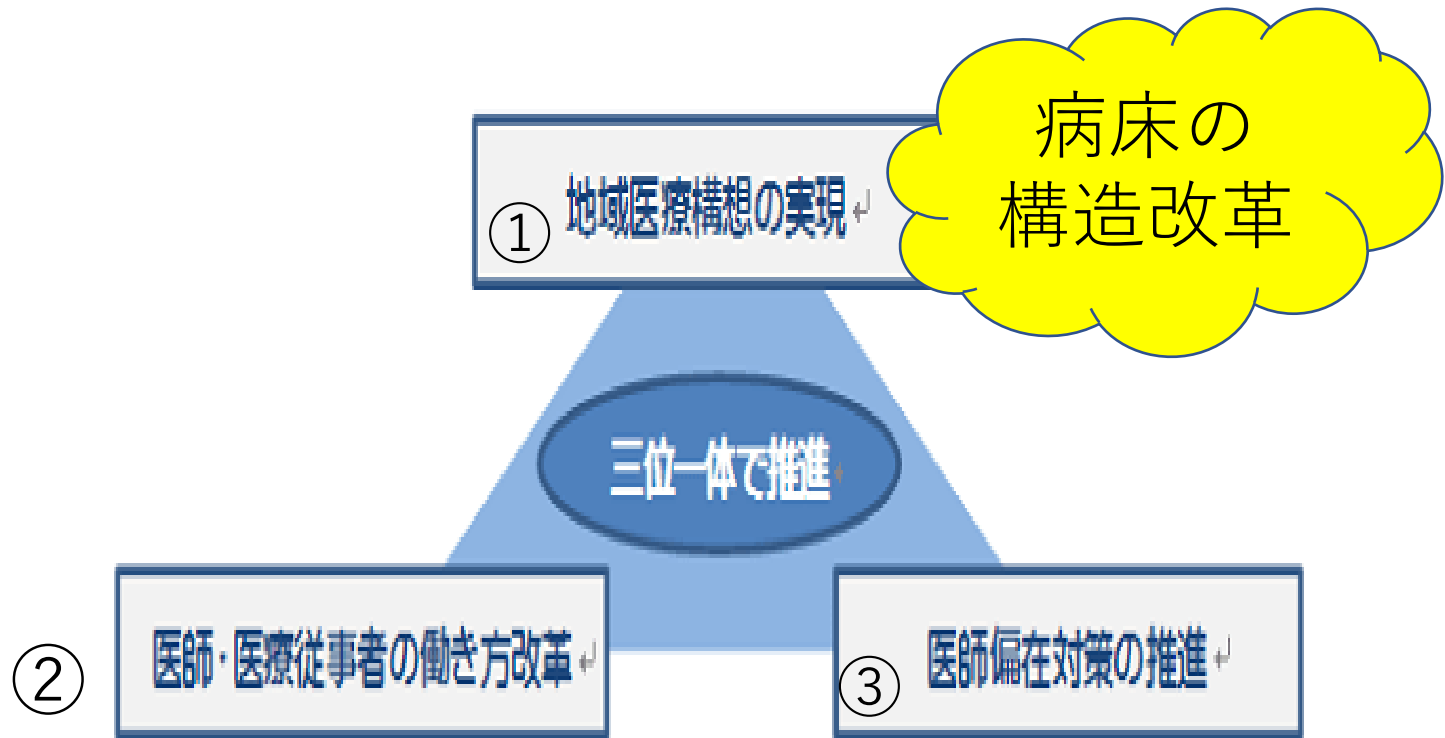
図1 公立病院の占める割合



(総務省「公立病院改革の取り組みについて」(2015)より筆者作成)

# パート 3

## 三位一体改革の行方





# 新型コロナを契機に 三位一体改革を推進すべき

社会保障審議会・医療部会（2020年8月24日）

# 三位一体改革 その①「地域医療構想」



千葉県地域医療構想調整会議

# 病床機能報告における4医療機能について

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

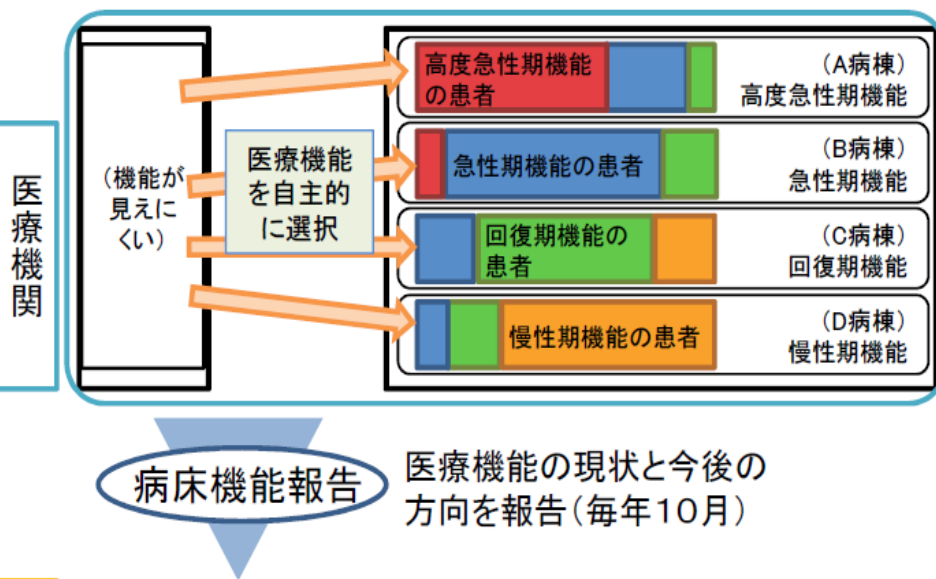
医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、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）。
慢性期機能	○ 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

- **回復期機能については、**「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、**回復期機能を選択できる。**
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。



# 地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。  
2015年  
※ 「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



## 「地域医療構想」の内容

### 1. 2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに医療需要と病床の必要量を推計
- ・在宅医療等の医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域(二次医療圏が基本)単位で推計

### 2. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)

- 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

# 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

○ 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。

（→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の推進）

○ 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。

⇒  
 ・ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期  
 ・ 慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態像に即した適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

2025年、人口減と若者減少で急性期病床のニーズが減る

## 【現 状:2013年】

134.7万床 (医療施設調査)

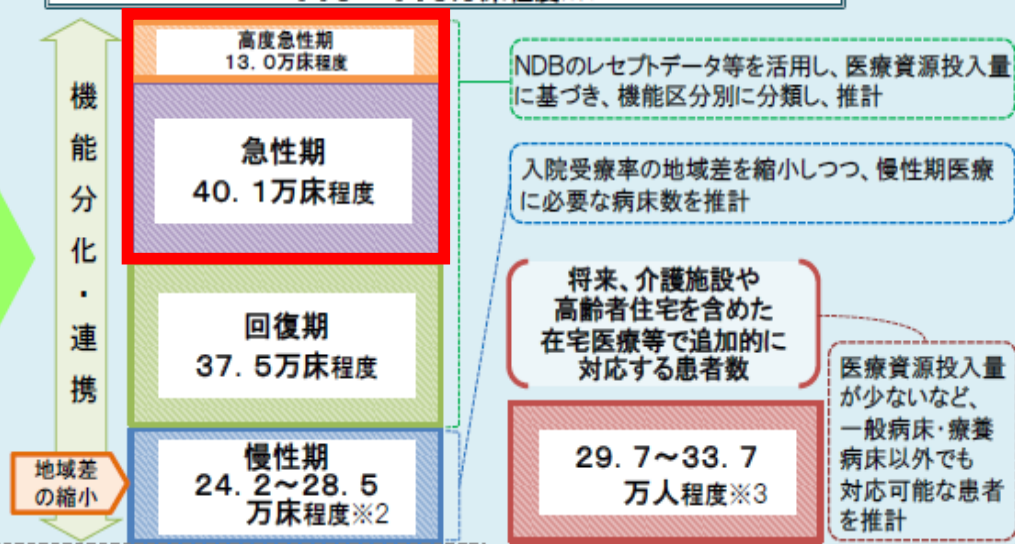
病床機能報告  
123.4万床  
[2014年7月時点]\*



## 【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないうまま高齢化を織り込んだ場合: 152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)  
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

\* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度  
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度  
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度



An aerial photograph of a coastal region. The foreground shows a large body of blue water. The middle ground features a mix of green, forested hills and a developed urban area with buildings and roads. In the background, more green hills are visible under a clear blue sky. The text is overlaid in the center of the image.

事例  
横須賀・三浦の地域医療構想を考える

# 「よこすか・みうらの地域医療構想を考える」2016年7月15日（横須賀共済病院）





# 横須賀・三浦の人口推移

## (1)人口の将来推計

図 横須賀・三浦の年齢区分別人口の推移

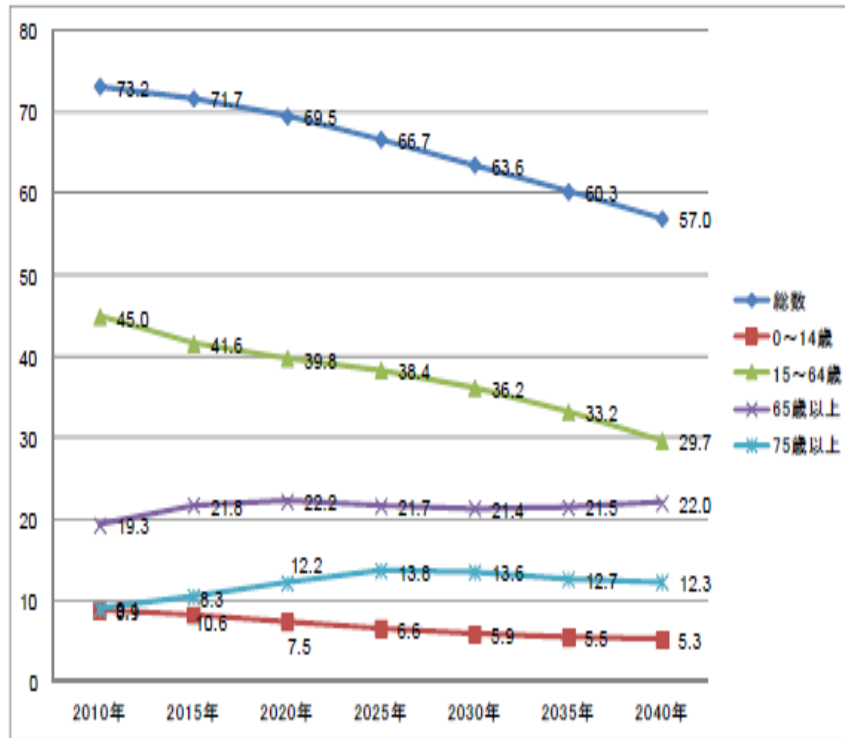
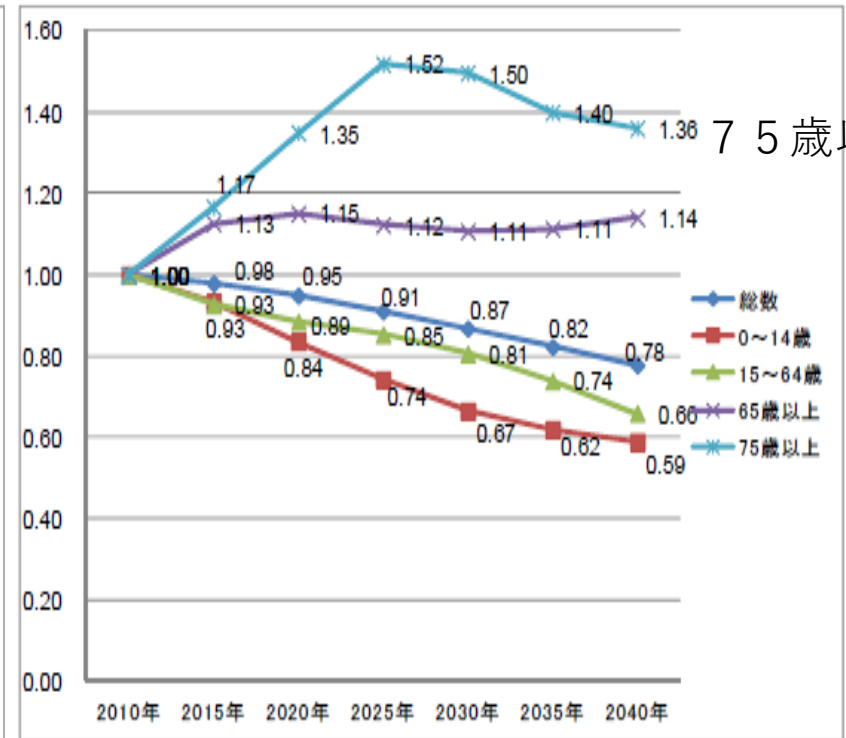


図 横須賀・三浦の年齢区分別人口の増加率の推移(2010年基準)

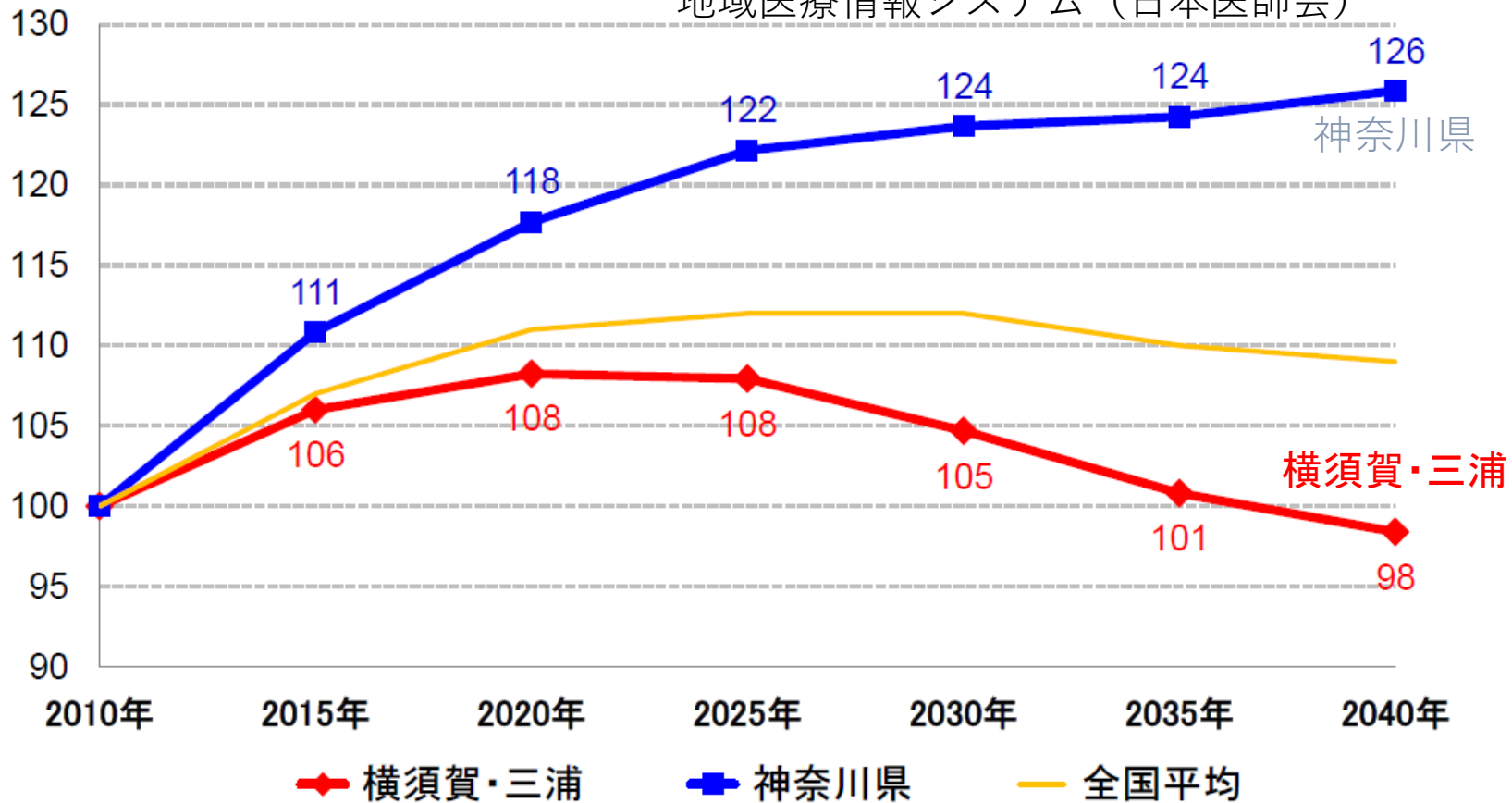


75歳以上

<出典> 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計」(平成25年3月推計)

# 医療需要予測指数 (2010年=100)

地域医療情報システム (日本医師会)



全国平均	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
医療需要予測指数	107	111	112	112	110	109

## D P C 対象病院の分布

### D P C 対象病院とは・・・

#### 急性期医療を担う医療機関

- ・ 看護師の人員配置
- ・ D P C 調査へ参加・診療録の適切な管理

#### 横須賀・三浦医療圏では7病院

D P C 対象病院：7病院

D P C 準備病院：1病院







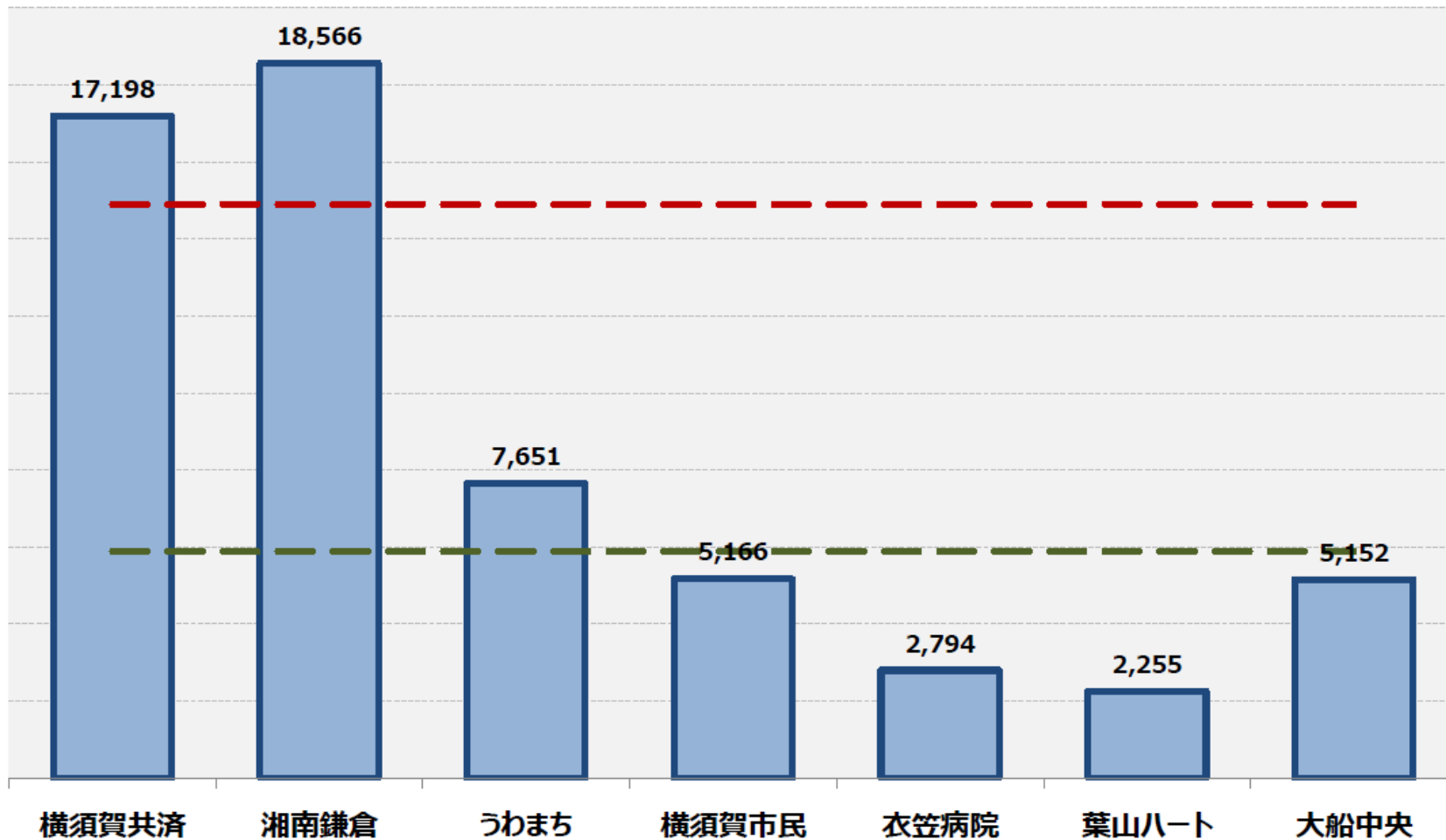
# 入院患者数

平成26年度実績

[HTTP://WWW.MHLW.GO.JP/STF/SHINGI2/0000104146.HTML](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000104146.html)

# 病院情報局

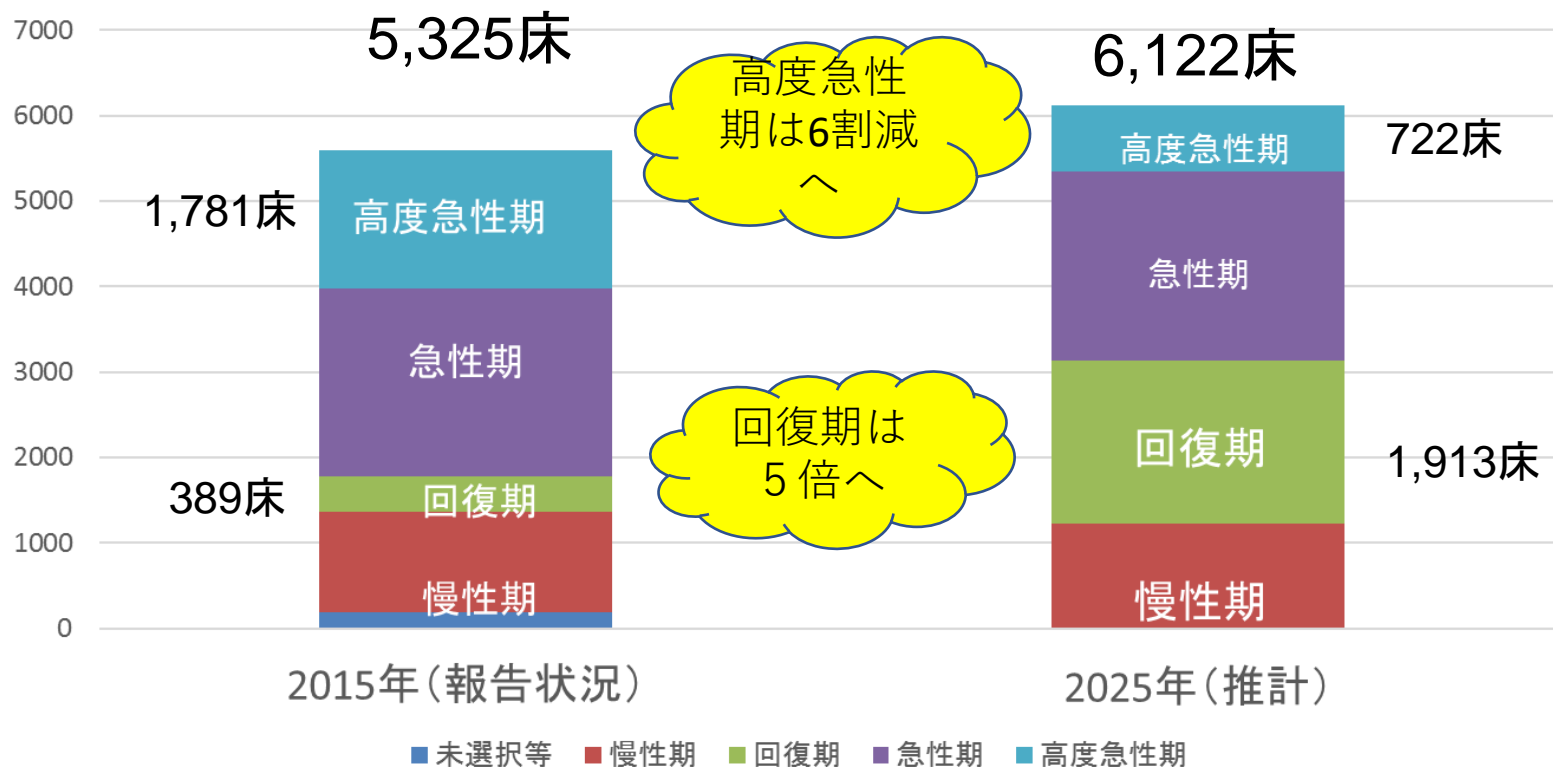
■ 症例数    ■ 大学病院平均値    ■ 全病院の平均値



# 横須賀・三浦 2025年の病床数の必要量

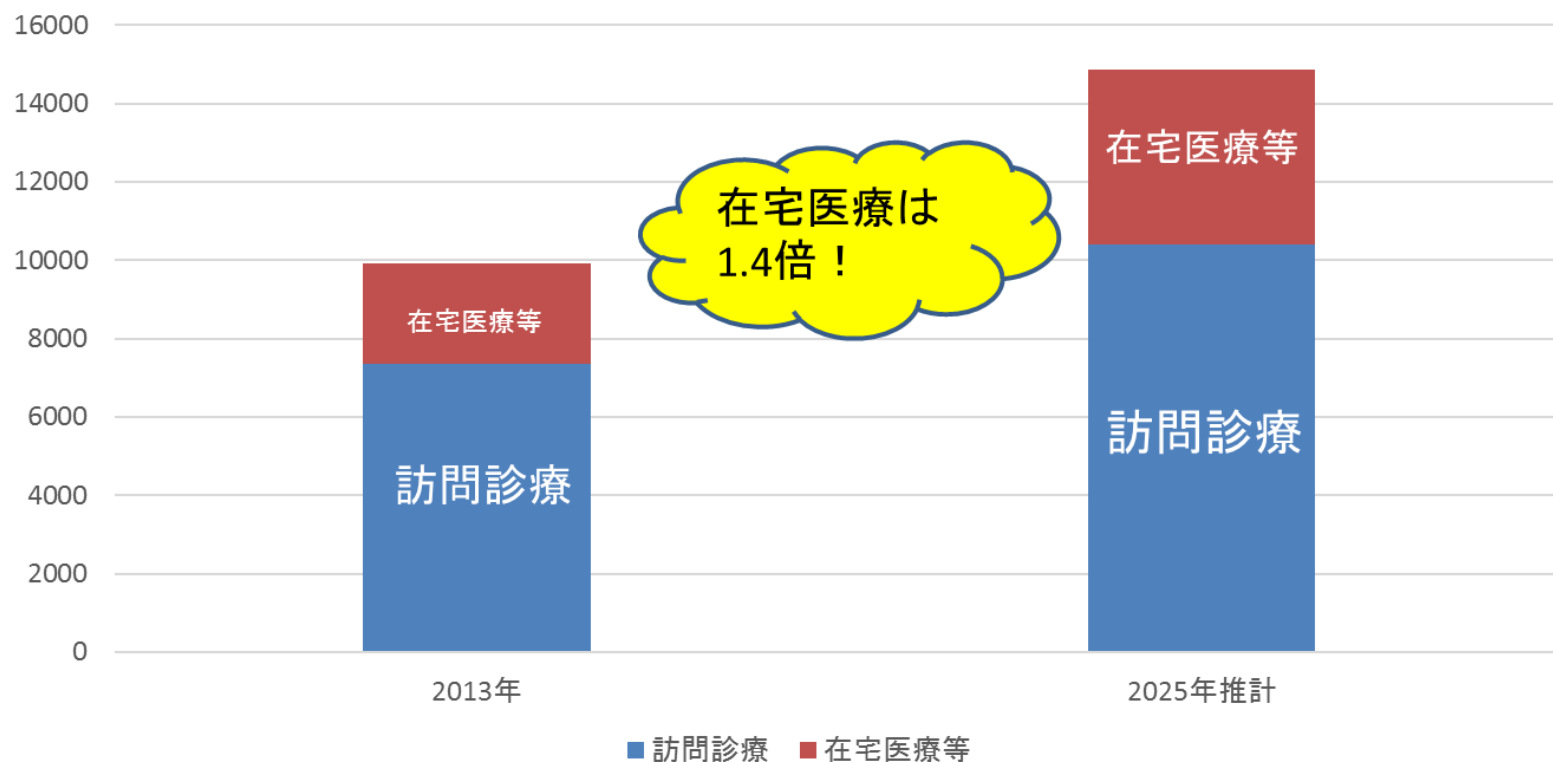
病床機能報告（厚労省）

グラフタイトル



# 横須賀・三浦 在宅医療等の必要量

グラフタイトル



在宅医療の必要量は療養病床の医療区分1の70%、  
一般病床の医療資源投入量175点未満の患者数が含まれている

地域医療構想の  
公立・公的病院版

# 公立・公的 4 2 4 病院再編リスト

地域医療構想ワーキンググループで公表  
(2019年9月26日)

経済 フォローする

# 公立・公的424病院「再編検討を」 厚労省がリスト公表

2019年9月26日 15:10

厚生労働省は26日、市町村などが運営する**公立病院**と日本赤十字社などが運営する公的病院の25%超にあたる全国424の病院について「再編統合について特に議論が必要」とする分析をまとめ、病院名を公表した。診療実績が少なく、非効率な医療を招いているため

# 424公的病院、再編必要

## 神奈川県 厚労省、異例の公表

厚生労働省は26日、全国145の公立病院や日本赤十字社の公的病院のうち診療実績が低いと判断した424の病院を初めて公表した。高齢化で膨張する医療費抑制のため、競合地域にある病院との再編・統合を促す必要があつて、異例の対応に踏み切つた。10月にも対象病院に再編・統合の格別な検討を要請し、来年9月までに結論を出してもらう考え。強制力はないが、身近な病院がなくなるとの不安から地元首長や住民の反発が予想される。

同日の会合で公表した。対象病院は全体の29.1%に当たり、ベッド数が比較的に少ない病院が多かつた。都道府県別では、新潟（53.7%）、北海道（48.6%）、宮城（47.5%）、山口（46.7%）、岡山（43.3%）の順で割合が高かつた。対象の数は北海道の54が最多、沖縄は1だった。神奈川県は10病院が対象として、厚労省は2019年度を基に、公的病院のうち、重症の「高度急性期」手術をする「対応できる14項目の診療」が9項目の診療をこなす病院が競合する病院が「以内」の場所にあり、病院名公表を判断した。

対象となる病室の一部の診療院に移すことになってもらう。

医療費は団塊75歳以上となる。このため国内で124万6ある病院のベッ

都道府県別の再編・統合対象病院割合

都道府県	公的病院数	対象病院数	割合(%)
① 新潟	41	22	53.7
② 北海道	111	54	48.6
③ 宮城	40	19	47.5
④ 山口	30	14	46.7
⑤ 岡山	30	13	43.3
⑥ 愛知	57	9	15.8
⑦ 京都	26	4	15.4
⑧ 栃木	15	2	13.3
⑨ 東京	78	10	12.8
⑩ 沖縄	14	0	0

※割合は四捨五入

定例会見 石巻市役所

“病院再編” 石巻市長憤り 村井知事「議論は必要」

# 石巻市

亀山市長

「人口減少進む地域にとって市立病院の役割大きく 国に考えを伝えていきたい」



- 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

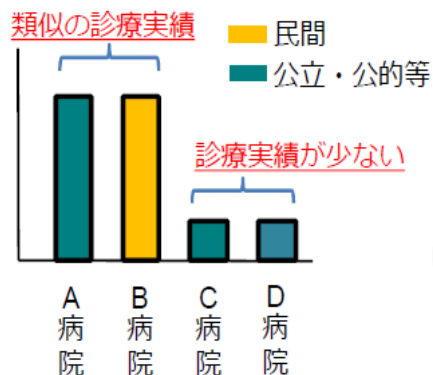
分析項目ごとに診療実績等の一定の指標を設定し、当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているか分析する。重点化が不十分な場合、他の医療機関による代替可能性があるとする。

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。

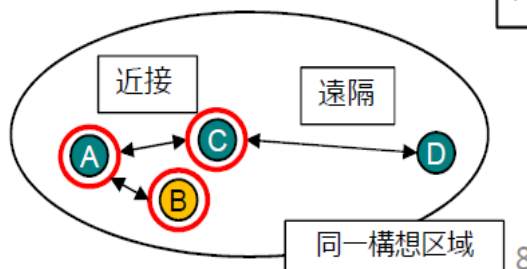
#### 分析のイメージ

- ①診療実績の**データ分析**  
(領域等(例:がん、救急等)ごと)



- ②地理的条件の**確認**

類似の診療実績がある場合のうち、**近接**している場合を確認



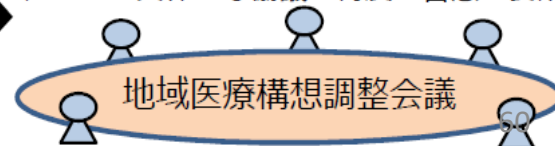
①及び②により「**代替可能性あり**」とされた公立・公的医療機関等

- ③分析結果を踏まえた地域医療構想調整会議における**検証**

医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、**医師の働き方改革の方向性**も加味して、

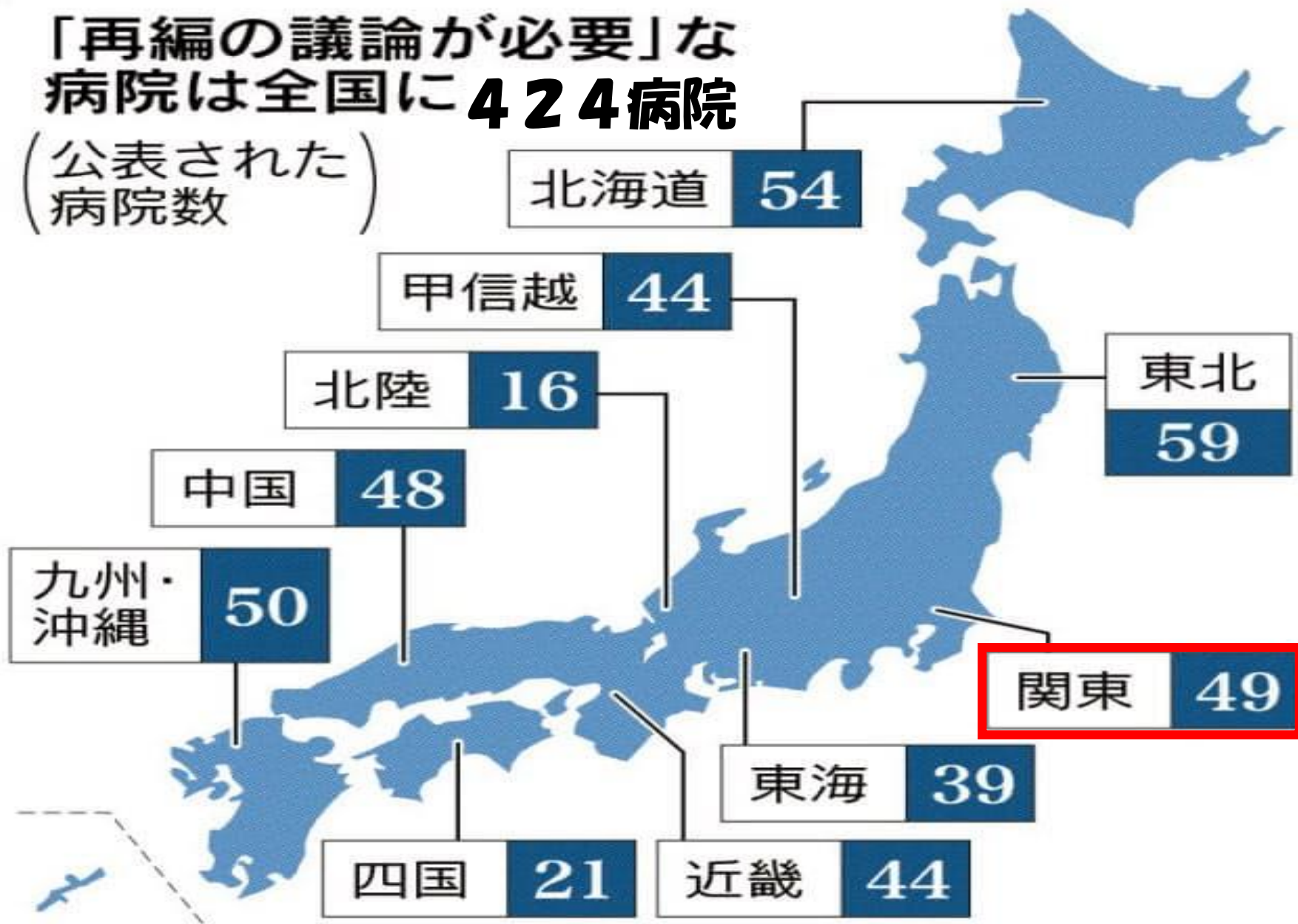
- **代替可能性のある機能の他の医療機関への統合**
- **病院の再編統合**

について具体的な協議・再度の合意を要請



# 「再編の議論が必要」な 病院は全国に**424**病院

(公表された  
病院数)



424施設から7施設を外し、20施設を加えて440施設となった



厚労省医政局地域医療計画課長の鈴木健彦氏（1月17日）

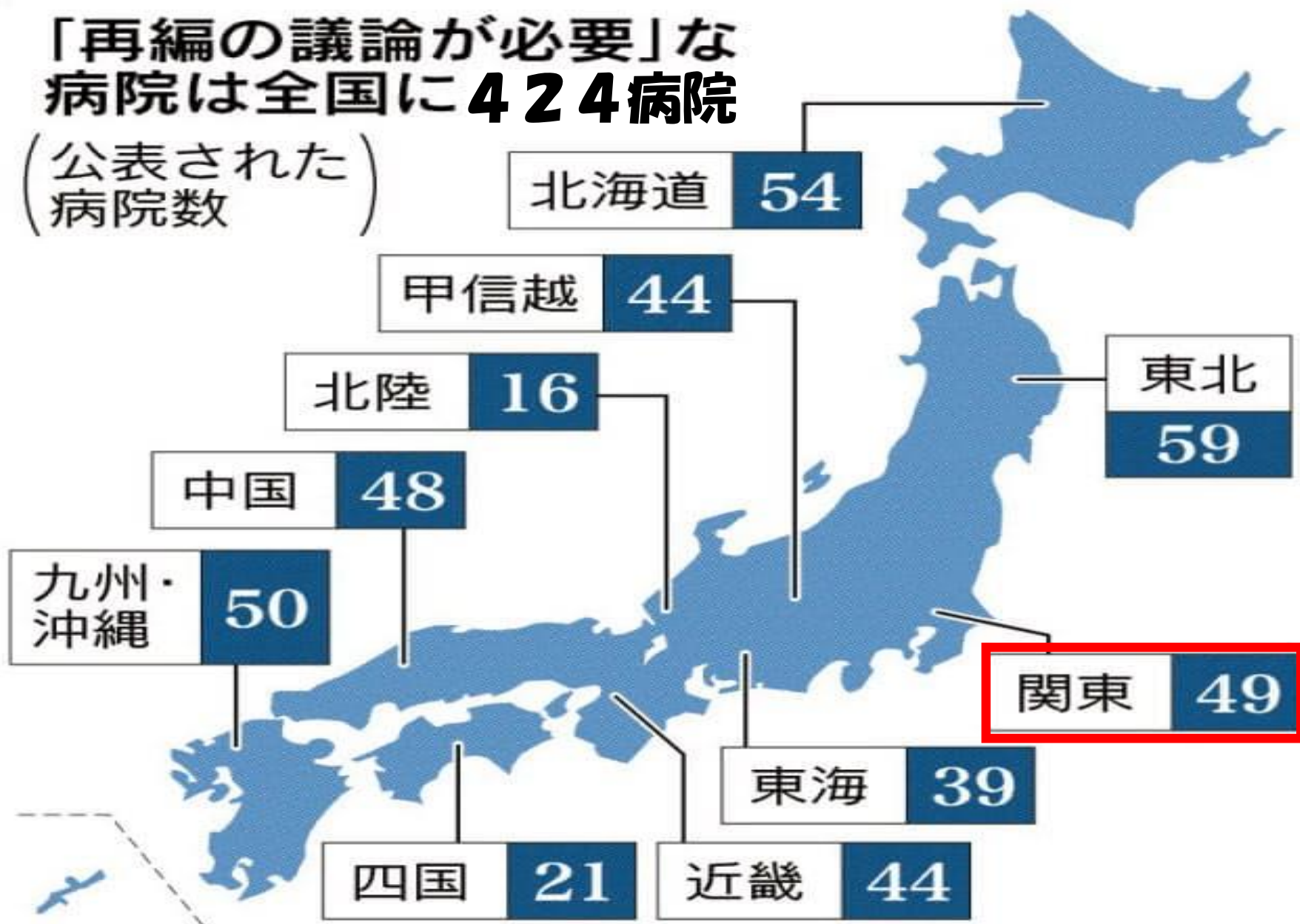
# 新型コロナで 440病院リスト見直し

- 当初、424病院リストの検証期限については、機能の見直しについては2019年度中に、再編統合については2020年秋までに行うこととしていた
- 厚労省は、2020年3月4日の通知
  - 「今回の新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から『改めて整理する』」として、事実上の「期限延長」を決めた
- このため新型コロナ感染拡大を受けて、今回の424病院リストでもその感染症病床については再考が必要
- 全国の感染症病床の9割は公立・公的病院によって占められ、424病院の内、24病院が感染症指定病院だからだ。



# 「再編の議論が必要」な 病院は全国に**424**病院

(公表された  
病院数)





再編・統合議論の要請対象とされた首都圏の医療機関

(※は近くに実績がある医療機関があることも理由)

診療実績が少ない

茨城	笠間市立病院※、小美玉市医療センター※、国家公務員共済組合連合会(KKR)水府病院※、 村立東海病院※、筑西市民病院※
栃木	独立行政法人国立病院機構(独国)宇都宮病院※
群馬	公立碓氷病院※、下仁田厚生病院※
埼玉	独立行政法人地域医療機能推進機構(独地)埼玉 北部医療センター、東松山医師会病院※、所 沢市市民医療センター※、独国・東埼玉病院
千葉	県千葉リハビリテーションセンター※、独国・千 葉東病院※、独地・千葉病院※、南房総市立富 山国保病院※、鴨川市立国保病院※、銚子市立 病院※、国保多古中央病院※、東陽病院※
東京	台東区立台東病院※、東京大学医科学研究所 付属病院※、済生会向島病院、独地・東京城東 病院、奥多摩町国民健康保険奥多摩病院、独 国・村山医療センター※、都立神経病院、国民 健康保険町立八丈病院

神奈川	済生会平塚病院※、東芝林間病院※、済生会神 奈川県病院、済生会若草病院
-----	--

静岡	JA静岡厚生連リハビリテーション中伊豆温泉 病院※、伊豆赤十字病院※、市立御前崎総合病 院※、市立湖西病院
----	---

近くに実績がある医療機関がある

茨城	独国・霞ヶ浦医療センター
栃木	独地・うつのみや病院
群馬	済生会前橋病院、一般社団法人伊勢崎佐波医師 会病院
埼玉	蕨市立病院、北里大学メディカルセンター、東 松山市立市民病院
千葉	千葉市立青葉病院、国保直営君津中央病院大佐 和分院
東京	KKR九段坂病院、済生会中央病院

神奈川	川崎市立井田病院、三浦市立病院、横須賀市立 市民病院、秦野赤十字病院、独国・神奈川病院、 相模原赤十字病院
-----	---

静岡	共立蒲原総合病院、独国・静岡てんかん・神経医 療センター、JA静岡厚生連清水厚生病院、JA 静岡厚生連静岡厚生病院、独地・桜ヶ丘病院、 菊川市立総合病院、公立森町病院、浜松赤十字 病院、JA静岡厚生連遠州病院、独・労働者健康 福祉機構浜松労災病院
----	--

# 公立・公的 病院再編事例

# 津軽地域保健医療圏における 中核病院の整備について

国立病院機構弘前病院と弘前市立病院の  
統合合意に至る経緯と課題について

青森県の  
地域医療  
構想

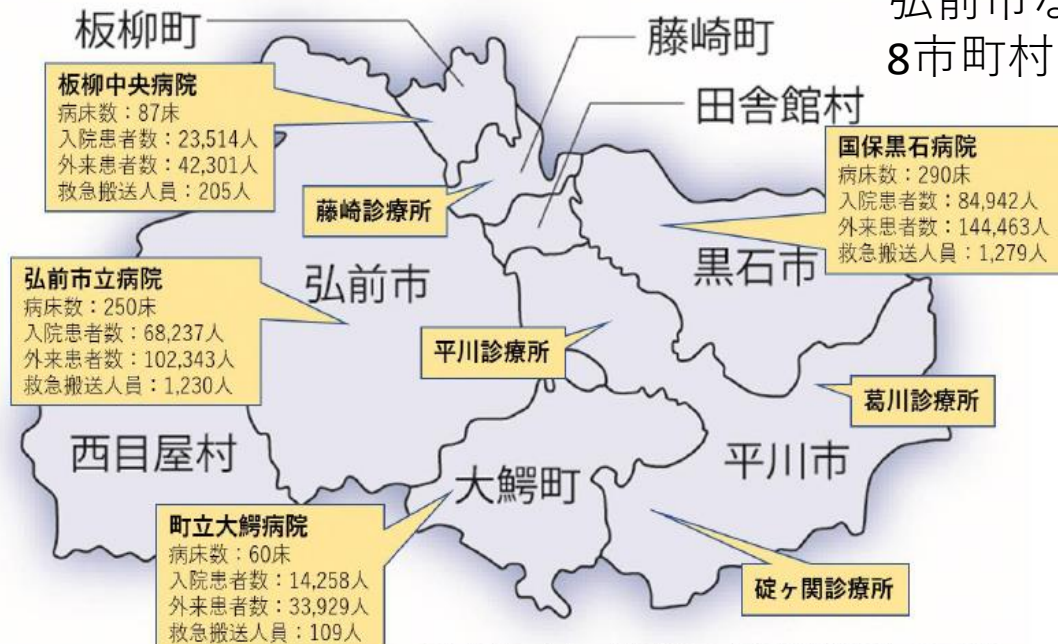
平成31年3月20日

第20回地域医療構想に関するワーキンググループ

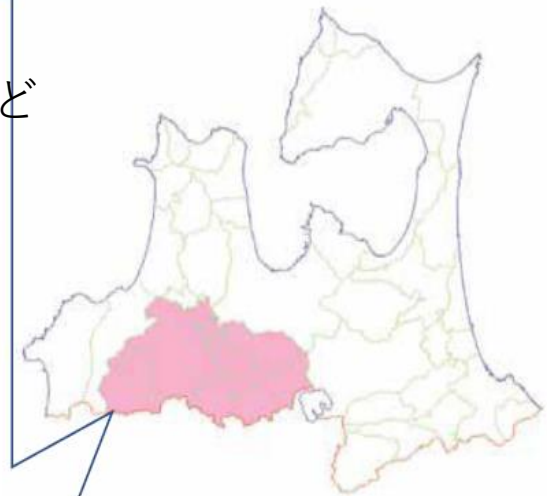
# 中核病院整備の必要性と背景

## 津軽地域保健医療圏における自治体医療機関の状況

弘前市など  
8市町村



注) 入院・外来・救急搬送の各患者数はH24年度の実績



津軽地域保健医療圏  
面積：1,597.73km<sup>2</sup>  
人口：305,342人  
※平成22年国勢調査

- ◆ 各自治体病院において医師不足が常態化していることで、二次救急医療においても輪番体制を維持することが大変厳しい状況となっている。
- ◆ 診療科の偏在により、単独の病院での自己完結型の医療提供が困難な状況もあり、病院の健全経営が大きな課題となっている。



# 津軽圏域 8 市町村による中核病院整備の検討

平成22年12月

「弘前圏域定住自立圏構想連携施策検討会議」において、自治体病院を再編成して中核病院を整備する案が黒石市より提案される。

平成24年10月

自治体病院を開業している弘前市・黒石市・板柳町・大鰐町の4市町で、病院の診療機能の再編成等について、青森県や弘前大学の助言を得ながら意見交換を進める。

<平成25年1月から、圏域内8市町村での協議を目指す → 平成26年2月に全市町村合意>

平成26年3月

2014年3月

津軽圏域の4自治体病院の機能再編による中核病院整備について概ね合意し、津軽地域保健医療圏自治体病院機能再編成推進協議会（以下「再編協議会」。）を8市町村で設立。

平成26年6月

2014年6月

医療介護総合確保推進法の成立により、各県における地域医療構想の策定等

地域医療構  
想で自治体  
の再編協議  
中止

平成27年3月

2015年3月

青森県が平成27年度中に地域医療構想を策定するとしたため、再編協議会の協議を中断し、地域医療構想の策定を待つことを市町村長間で合意。 → 事実上、協議を中止。



# 青森県地域医療構想とその具体的方策

平成28年3月

青森県が地域医療構想を策定。津軽地域保健医療圏では、施策の方向として、自治体病院等の機能再編成による機能分化・連携を推進し、中核病院を整備することが示された。

平成28年10月

2016年 国立病院機構弘前病院と弘前市立病院の統合案

地域医療構想調整会議において、国立病院機構弘前病院（342床）と弘前市立病院（250床）の機能を統合した中核病院を、現在の国立病院機構弘前病院の敷地に整備し、国立病院機構による一体的な運営を図ることが提案された。

平成28年11月

前述の再編協議会医療機能部会を情報提供の場として、青森県は中核病院の整備スケジュール例として、平成32年度を目途として稼働する想定を示した。



**国立病院機構、弘前市、青森県により、実務レベルでの協議を開始。**

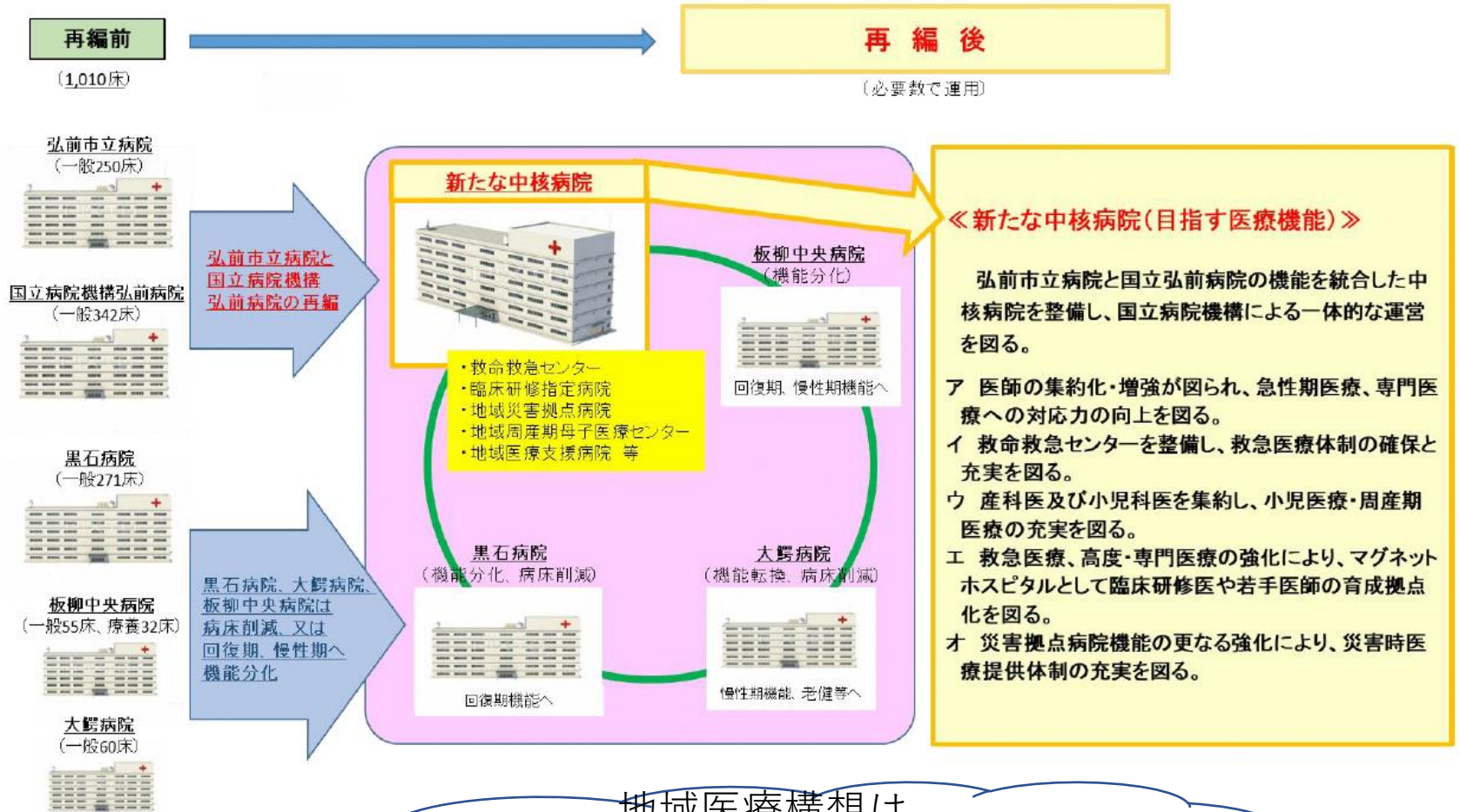
※診療機能等については、必要に応じ弘前大学から助言を受ける。

<主な協議項目>

- 中核病院の診療機能・規模
- 施設及び設備の管理形態と費用負担
- 市立病院職員の中核病院での雇用
- 地元の意見を聴く仕組みづくり等

## 津軽地域自治体病院等の機能再編成(案)

～地域医療構想に基づく取組～



地域医療構想は  
国立病院機構弘前病院への  
弘前市立病院の吸収合併案

# 市民会議の意見を踏まえた当時の市の考え

## 「ふるさと弘前の医療・福祉のあり方に関する市民会議」の開催

### <開催目的>

病院統合を含めた、将来にわたって持続可能な医療・福祉の包括的なサービスの在り方と、市として目指すべき姿を整理しようとしたもの。

- 参集団体：医療・福祉等関連27団体
- 開催期間：平成29年9月から11月まで全4回開催

弘前市長が市民会を招集  
地域医療構想反対派

### <主な意見要旨>

- ◆ 短命脱却、健康寿命の延伸、寝たきりゼロ社会を実現する地域包括ケアシステムの構築が必要不可欠。
- ◆ 地域包括ケアシステムでは、予防・医療・福祉・介護部門の一体的な連携が重要で、この連携を市が中心となって担っていくべき。
- ◆ 地域包括ケアシステムの要である中核病院の役割は特に重要であり、中核病院の運営についても市が責任を持って担うべき。
- ◆ 専門家の意見も踏まえ実現に向けて取り組むべき。



市長は、平成29年12月第4回市議会定例会において、  
青森県が提案した2病院の統合案を進めたうえで、  
市が中核病院の整備運営の主体となる可能性を示した。



葛西市長

# 附属機関の設置による検討の方向性

## 「地域包括ケア検討委員会」の設置

### <開催目的>

市民会議からの意見を受け、地元の医療関係者等のほか医療政策の動向に専門的な知見を持つ方々を委員に迎え、超高齢社会への対応や平均寿命と健康寿命の延伸という地域課題の解決に向け、医療・健康・福祉の分野が連携する地域包括ケアシステムの構築と、それを前提とした中核病院の整備について、当委員会からの答申を受け、市の方針を定めようとするもの。

### <諮問内容>

「地域の医療・福祉の将来像を見据えた中核病院の機能と運営体制について」

- 委員構成：学識経験のあるもの（弘前大学長ほか）・・・3名  
保健・医療関係者（国立病院機構副理事長ほか）・・・11名  
社会福祉関係者（青森県介護支援専門員協会津軽支部会長ほか）・・・3名  
その他市長が必要と認めるもの（市民会議座長）・・・1名 合計18名
- 開催期間：平成30年2月から4回程度開催予定

平成30年3月までに2回開催後、  
同年4月に市長選挙が施行され、**市長交代**となる。



- ◆ 同委員会での協議を中断、その後、新市長のもと中核病院整備の協議方針を決定。
- ◆ 同年9月に委員会を廃止。

地域医療構  
想賛成派



桜田部長



# 新市長のもとでの中核病院整備方針

救急医療体制の維持が困難となっているなどの逼迫している課題を解決し、長期にわたり安心・安全で良質な医療を提供するため、青森県の提案を国立病院機構と確認しながら、**中核病院整備に関する協議を優先的に進める**こととした。

## 協議を進めるポイント

- ◆ 中核病院の整備及び運営の主体を国立病院機構とし、市は施設等を所有しない。
- ◆ 二次救急医療への対応と初期救急医療との連携について。
- ◆ 周辺道路の整備及び交通の再編等について。
- ◆ 中核病院の整備費及び運営費に係る市の負担額について。
- ◆ 市立病院職員の処遇について。 ほか

地域医療  
構想を受け入れ



桜田市長

**平成30年10月4日 青森県、弘前大学を含めた関係4者において基本協定を締結**

<協定の主な内容>

- 中核病院整備の事業主体及び運営主体は、国立病院機構とする。
- 救急搬送経路の確保等、周辺道路の整備が必要とされる場合は、弘前市が青森県と協議を行う。
- 弘前市は整備費分として40億円するほか、運営費分として2億5千万円を中核病院開設以後40年間負担する。
- 中核病院の適切な運営に資する意見を徴するため、運営委員会を設置する。
- 中核病院等において引き続き就労を希望する弘前市立病院の医療職員については、選考の上、原則として採用する。
- 中核病院等に採用した医療職員に対して、国立病院機構が支給する業績手当及び退職手当については、弘前市立病院での在職期間を通算して支給する。（差額については弘前市が負担する。）



## 統合・整備のイメージ



国立病院機構弘前病院  
(342床、18診療科)



弘前市立病院  
(250床、12診療科)

病院機能を統合

# 新中核病院

(450床程度、24診療科)

※国立病院機構が整備・運営の主体


救急医療センター（二次救急）  
臨床研修指定病院  
地域災害拠点病院  
地域周産期母子医療センター  
地域医療支援病院 等

新中核病院  
仮称弘前総合医療センター  
2022年4月1日に開院



# 地域医療構想 重点支援地域

地域医療構想を進めるにあたって、国が「重点支援区域」の設定を通じて、技術的支援や財政的支援を行うもの。



新潟県の  
地域医療構想



# 重点支援区域について

## 1 背景

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

## 2 基本的な考え方

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

## 3 選定対象

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

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

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

- ・医療の効率化の観点から、ダウンサイジングや、機能の分化・連携、集約化
- ・不足ない医療提供の観点から、機能転換・連携 等の選択肢が含まれる。

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

### 【優先して選定する事例】

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

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

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

## 4 支援内容

重点支援区域に対する国による**技術的・財政的支援**は以下を予定。

### 【技術的支援】

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

### 【財政的支援】

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

## 5 スケジュール等

重点支援区域申請は**随時募集**することとしており、**1月31日に1回目の重点支援区域（3県5区域）の選定を実施。**

### 【1回目に選定した重点支援区域】

- ・宮城県（仙南区域、石巻・登米・気仙沼区域）
- ・滋賀県（湖北区域）
- ・山口県（柳井区域、萩区域）



# 地域医療構想 重点支援区域

2020年10月1日 医療計画の見直し等に関する検討会資料<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000684860.pdf>をもとに作成

## <重点支援区域（2020年1月・1回目選定）>

### ■宮城県

- ・仙南区域（公立刈田総合病院、みやぎ県南中核病院）
- ・石巻・登米・気仙沼区域（登米市立登米市民病院、登米市立米谷病院、登米市立豊里病院）

### ■滋賀県

- ・湖北区域（市立長浜病院、長浜市立湖北病院、長浜赤十字病院、セフィロト病院）

### ■山口県

- ・柳井区域（周防大島町立大島病院、周防大島町立東和病院、周防大島町立橘病院）
- ・萩区域（萩市立萩市民病院、医療法人医誠会都志見病院）

## <重点支援区域（2020年8月・2回目選定）>

### ■北海道

- ・南空知区域（岩見沢市立総合病院、北海道中央労災病院）
- ・南檜山区域（北海道立江差病院、厚沢部町国民健康保険病院、乙部町国民健康保険病院、奥尻町国民健康保険病院、町立上ノ国診療所、上ノ国町立石崎診療所）

### ■新潟県

- ・県央区域（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）

### ■兵庫県

- ・阪神区域（市立伊丹病院、公立学校共済組合近畿中央病院）
- ・阪神区域（市立川西病院、医療法人協和会協立病院）

### ■岡山県

- ・県南東部区域（玉野市民病院、玉野三井病院）

### ■佐賀県

- ・中部区域（多久市立病院、小城市民病院）

### ■熊本県

- ・天草区域（天草市立牛深市民病院、天草市立栖本病院、天草市立新和病院、天草市立河浦病院）

## 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、医療機能再編等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

※ 今般の新型コロナへの対応を踏まえ、地域における今後の感染症対応を見据えた医療提供体制の構築に向けた検討に資するよう、国の検討会等における議論の状況について情報提供を行う。

### 【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
- ・新たな病床機能の再編支援を一層手厚く実施

# 第1回新潟県上越地域医療構想調整会議

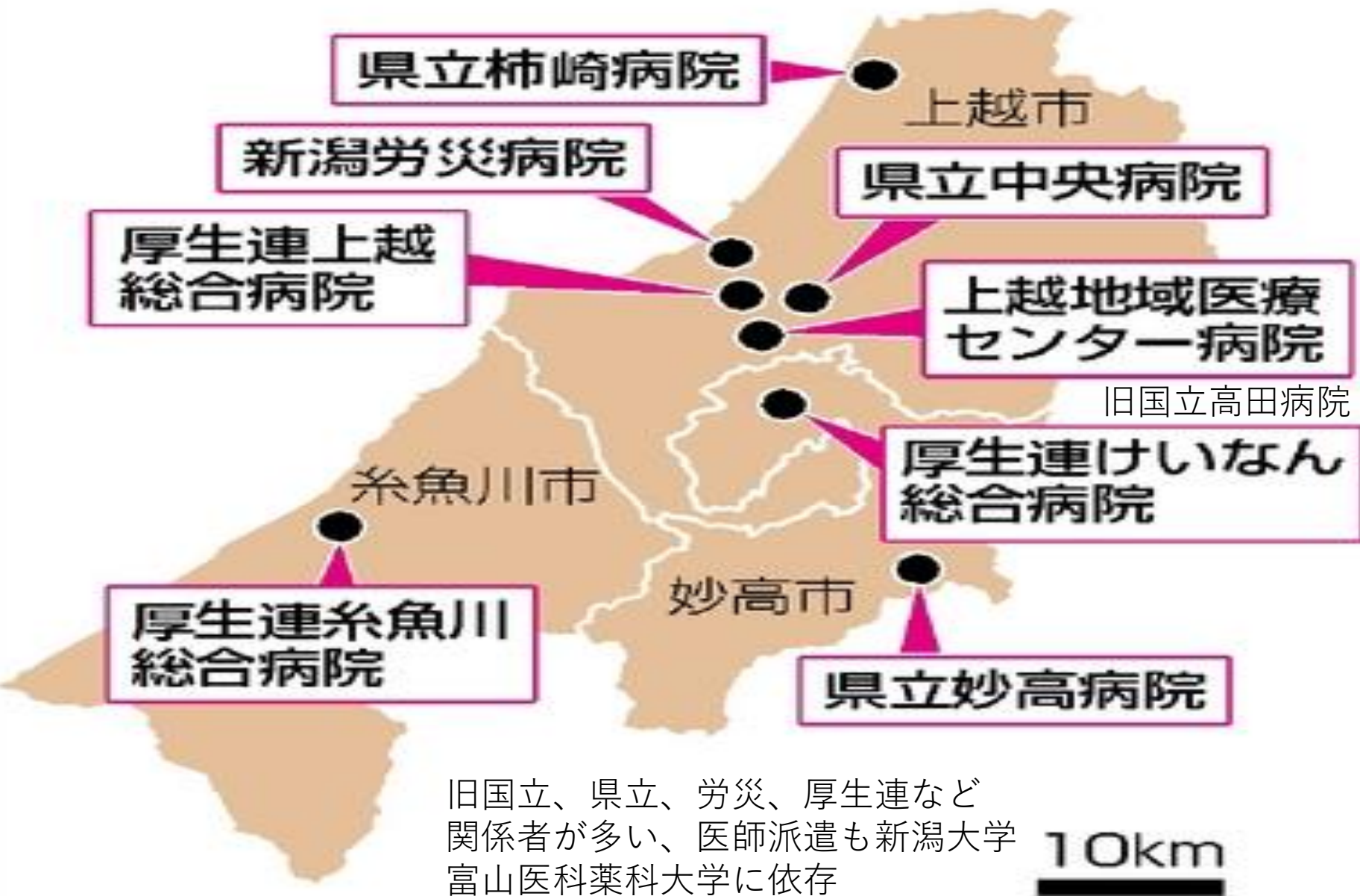
2021年6月15日

重点支援地域申請  
医師確保のため、  
新潟大、富山大に  
医師派遣要請が必要なため

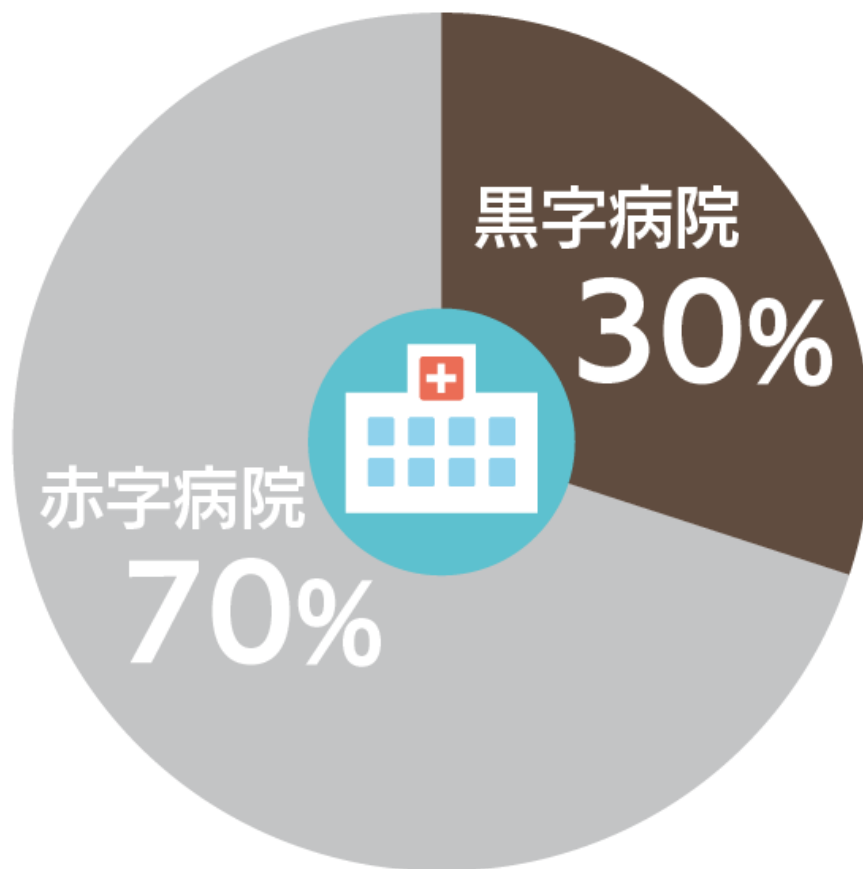
「地元からビジョンや具体的アイデアを出す」、「地元の議論を活性化した上で国から支援を受けるという順番ではないか」



# 申請対象となる上越医療圏の8病院



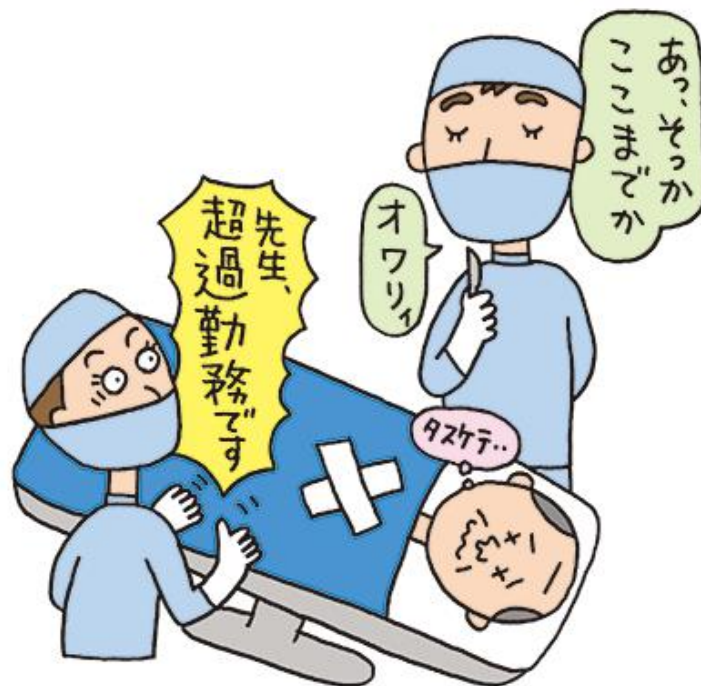
# 公立・公的病院の問題 ～赤字病院が7割～



「病院運営実態分析調査の概要」 (2016年)  
933病院 (自治体492、その他公的216、私的190、国立・大学35) より <sup>82</sup>



# 三位一体改革 その② 医師の働き方改革



# 相次ぐ労基署の 病院への立ち入り



# 聖路加国際病院 医師の長時間労働指摘2016年6月



# 研修医の過労死自殺が起きた 新潟市民病院

## 患者のみなさまへ

当院は、新潟労働基準監督署の指導により、医師の労働時間を縮減し、適正化を図ることにいたしました。

今後も、病院として最大限の努力を払って診療の質と安全性の確保をいたしますが、従来と異なる対応となる場合が出てくる可能性があります。

この点につき、ご理解のほどお願い申し上げます。

平成29年6月6日  
新潟市民病院  
院長 片柳 憲雄





# 労働基準監督署のあいつぐ 是正勧告

- 特定機能病院で労基法違反残業のあいつぐ摘発
  - 大学病院付属病院で労基法違法残業や残業代の未払いが相次ぎ発覚している。
  - 報道によれば全国85の特定機能病院のうち、7割超の64病院で労働基準法違反があったとして労働基準監督署が是正勧告し、少なくとも28病院に複数回の勧告を行っていたことが2018年2月に明らかになった。
- 自治体病院でもあいつぐ摘発
  - 全国自治体病院協議会の調査によれば44都道府県170の自治体病院に労基署による摘発が行われた
  - 沖縄の県立病院18億円、好生館病院8億円の支払い等
  - 東京都立小児総合医療センター、1.2億円の支払い

佐賀県医療センター好生館、未払い残業代5億6  
千万円支給へ労基署から是正勧告 (2017年)



# 沖縄の県立病院2年間で医師の 残業代の支払い**18億円**（2017年）



(資料写真) 県立南部医療センター・こども医療センター

# 医師の働き方改革





## 働き方改革関連法

### 時間外労働（残業）の上限を規制



大企業

2019年4月～

中小企業

2020年4月～

#### 【原則として】

🕒 月45時間・年360時間

#### 【例外でも】

🕒 年720時間以内（※休日労働を含まない）

🕒 単月100時間未満、  
2~6か月平均80時間以内（※休日労働を含む）



医師への適用は 2024年4月～、  
上限時間も別に設定



# 医師の時間外労働時間の上限規定

- 超過重労働（上位10%、2万人）の時間外労働短縮が最優先事項
  - 「時間外労働年1860時間」は36協定でも超えられない上限
- 水準A（2024年度以降適用される水準）
  - 勤務医に2024年度以降適用される水準
  - 時間外労働年960時間以内・月100時間未満
- 水準B（地域医療確保暫定特例）
  - 地域医療確保暫定特例水準
  - 時間外労働年1860時間以内・月100時間未満
- 水準C（技能向上）
  - 若手医師が短期間に集中的に行う技能向上のため
- \* 連続勤務時間制限28時間、勤務間インターバル9時間
- 働き方改革を進めるためには、地域での医療連携、さらには医療機関の集約も必要

# 2024年4月とその後に向けた改革のイメージ②(案)

- 2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなり、暫定特例水準対象の医師についても、時間外労働が年960時間以内となるよう労働時間短縮に取り組んでいく。

## 病院勤務医の働き方の変化のイメージ

(時間外労働の年間時間数)

現状



2024.4  
上限規制適用

2024.4以降、暫定特例水準を超える時間外労働の医師は存在してはならないこととなる

2023年度末までに  
解消

約1割  
約2万人

約3割  
約6万人

1,900~  
2,000時間程度

水準B  
暫定特例水準  
2035年度末までに解消

960時間

2024年度以降適用される

水準A

約6割  
約12万人

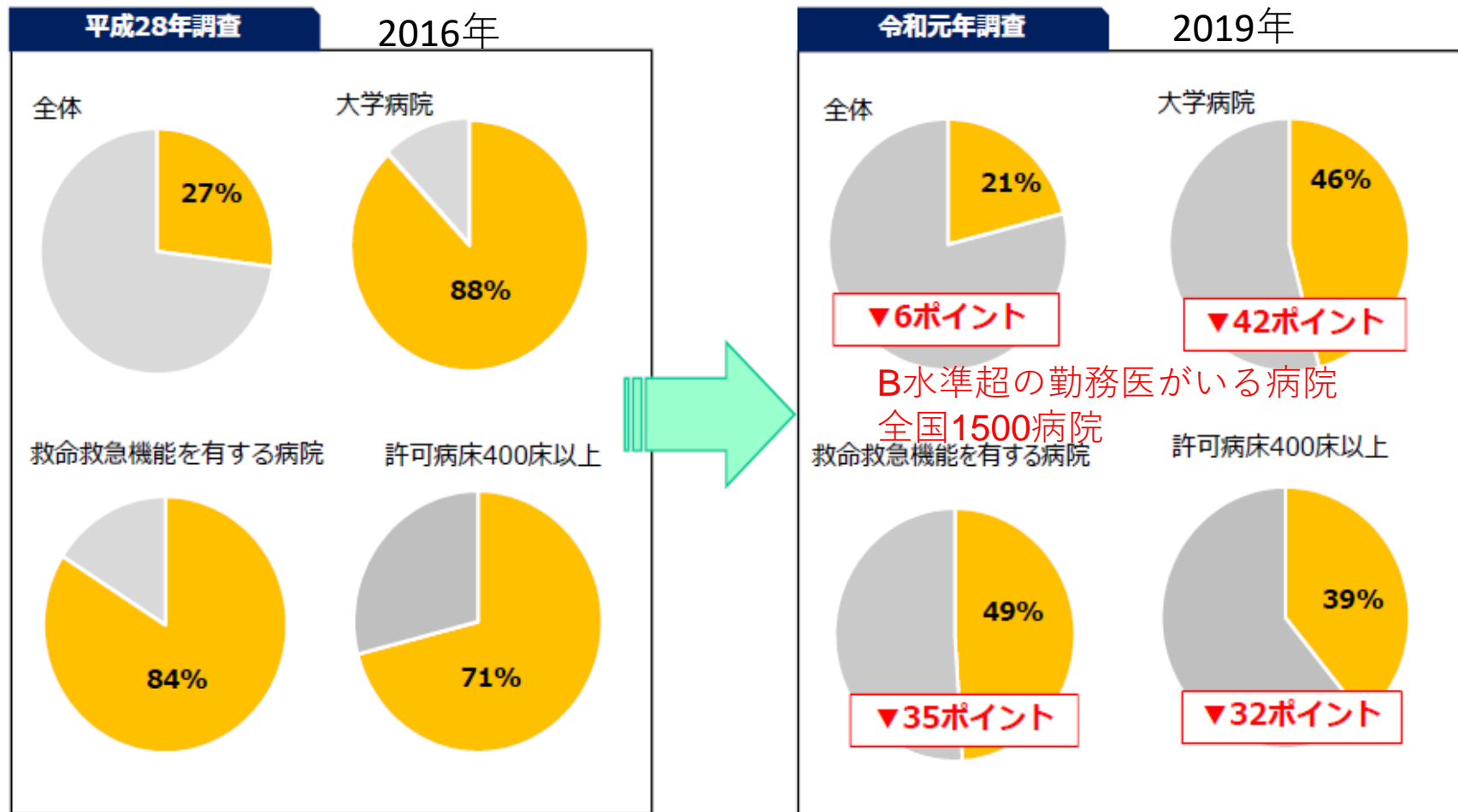
暫定特例水準対象についても、  
時間外労働が年960時間以内と  
なることを目指し、さらなる  
労働時間短縮に取り組む

暫定特例水準対象を除き、  
2024.4以降、年960時間を超え  
る時間外労働の医師は存在し  
てはならないこととなる

# 地域医療確保暫定特例水準を超える働き方の医師がいる病院の割合

時間外労働が年1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

- 平成28年調査と比較し、時間外労働が年1860時間を超えると推定される、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる病院の割合が減少している。
- 大学病院・救命救急機能を有する病院・許可病床400床以上の病院においては、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる割合が7割～8割を占めていたところ、いずれも割合が大幅に減少し、労働時間の短縮が認められる。



※ H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診察外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

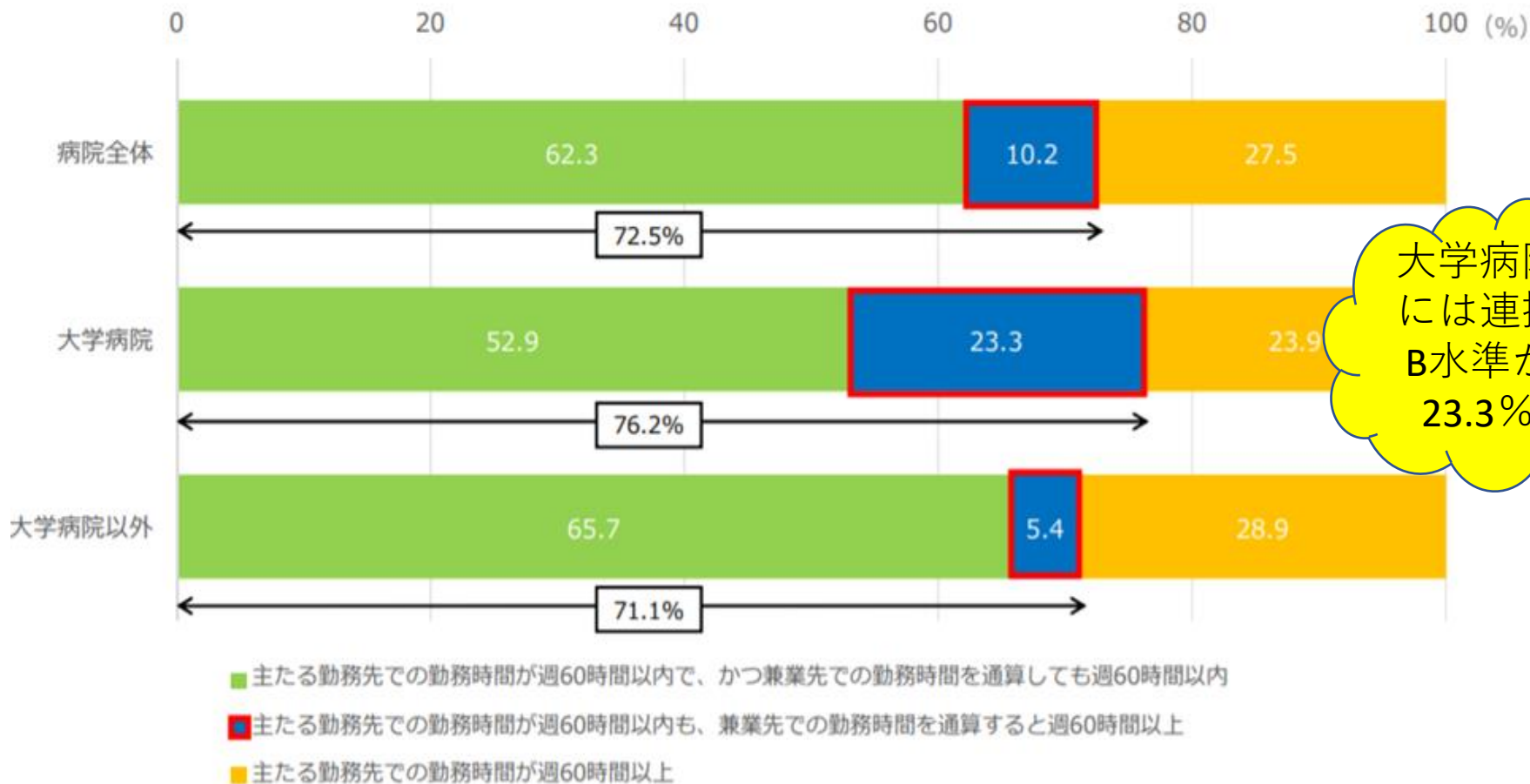
※ R元年調査：診療外時間から指示の無い診察外時間を除外し、宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

※※ 平成30年病床機能報告救急機能とは、救急告示病院、二次救急病院、救命救急（三次救急）病院のいずれかに該当するもので、救命救急機能は、三次救急病院に該当するもの。なお、救急車受入件数は、平成30年病床機能報告で報告された件数から抽出した。



## 副業・兼業：主たる勤務先と兼業先の勤務時間（全体・大学病院・大学病院以外）

○ 主たる勤務先である大学病院での勤務時間が週60時間（年間時間外・休日労働960時間換算）の範囲内に収まる医師は全体の76.2%であるが、兼業先での勤務時間を通算すると週60時間を超過する医師が全体の23.3%と、大学病院以外の医師よりもその割合が高い。

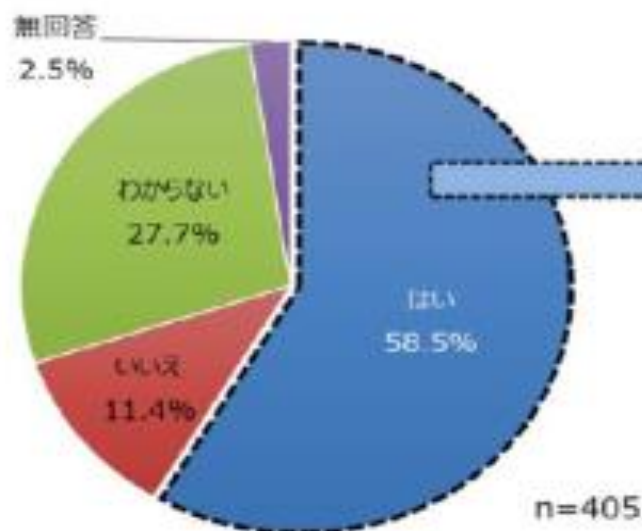


大学病院には連携B水準が23.3%

※ 宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

⑤ 医師の時間外労働の上限規制は、地域医療の崩壊を招く危険性があると思いますか。

	病院数	割合
はい	237	58.5%
いいえ	46	11.4%
わからない	112	27.7%
無回答	10	2.5%
合計	405	100.0%



⑥ ⑤で「はい」と回答した病院にお聞きします。どのような影響があると考えますか。（複数回答可）

	病院数	割合
救急医療からの撤退	211	89.0%
外来診療の制限・縮小	152	64.1%
病院の経営破綻	151	63.7%
産科・小児科医療からの撤退	139	58.6%
医療の質の低下	121	51.1%
過疎地・へき地医療の確保	116	48.9%
長時間手術の制限	98	41.4%
医師のプロフェッショナリズム・モラルの低下	85	35.9%
医療へのアクセスや利便性の低下	84	35.4%
研修医教育の制限	81	34.2%
高度医療の提供制限	69	29.1%
その他	5	2.1%
無回答	2	0.8%

n=237



# 【医師】医療機関での勤務形態（派遣・受け入れ）

	%
専ら医師を派遣する病院である	4.1%
医師の派遣、受け入れは概ね半々程度の病院である	12.0%
専ら医師を受け入れている病院である	83.9%
合計	100.0%

(n=3,549)

派遣元...受入先の各医師の勤務時間を全て掌握することになる？  
受入先...各医師の勤務時間を派遣元に全て報告することになる？  
半々 ...両方に対応する必要がある

《把握しなければならない人数が多い→事務作業の煩雑化？》



各医療機関での対応は可能？

外来や宿日直  
を派遣医師に  
頼っている

医師の働き方改革の実現  
のためにも地域医療再編  
が必要



## 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)



救急医療  
の集約

H29.3ドクターヘリ  
運用開始

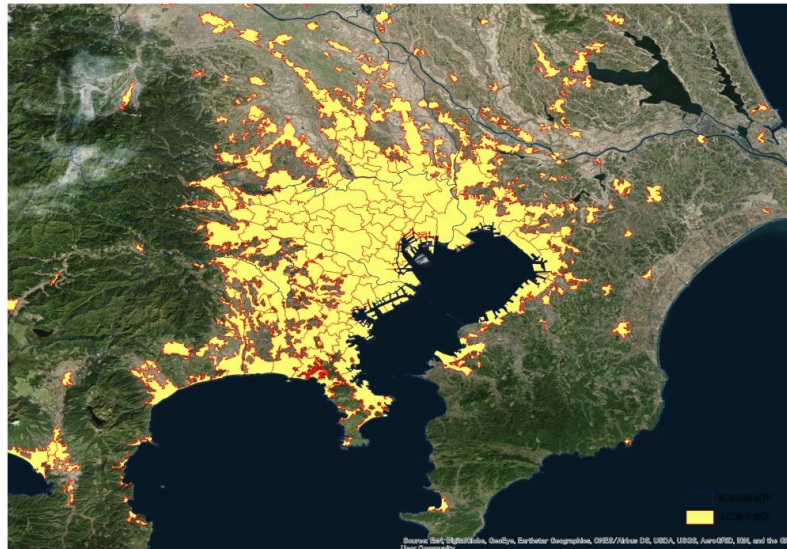


### 連携の成果

- ・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

# 三位一体改革 その③ 医師偏在対策



医師も東京一極集中



A wide-angle photograph of a large conference room. Numerous people, mostly men in dark suits, are seated around a long, dark wood conference table. The room has a high ceiling with several large, square recessed light fixtures. The walls are wood-paneled. In the foreground, several people are seen from behind, looking towards the center of the room. The table is set with microphones, papers, and green water bottles. The overall atmosphere is professional and formal.

第28回 医療従事者の需給に関する検討会  
医師需給分科会（2019年2月18日）

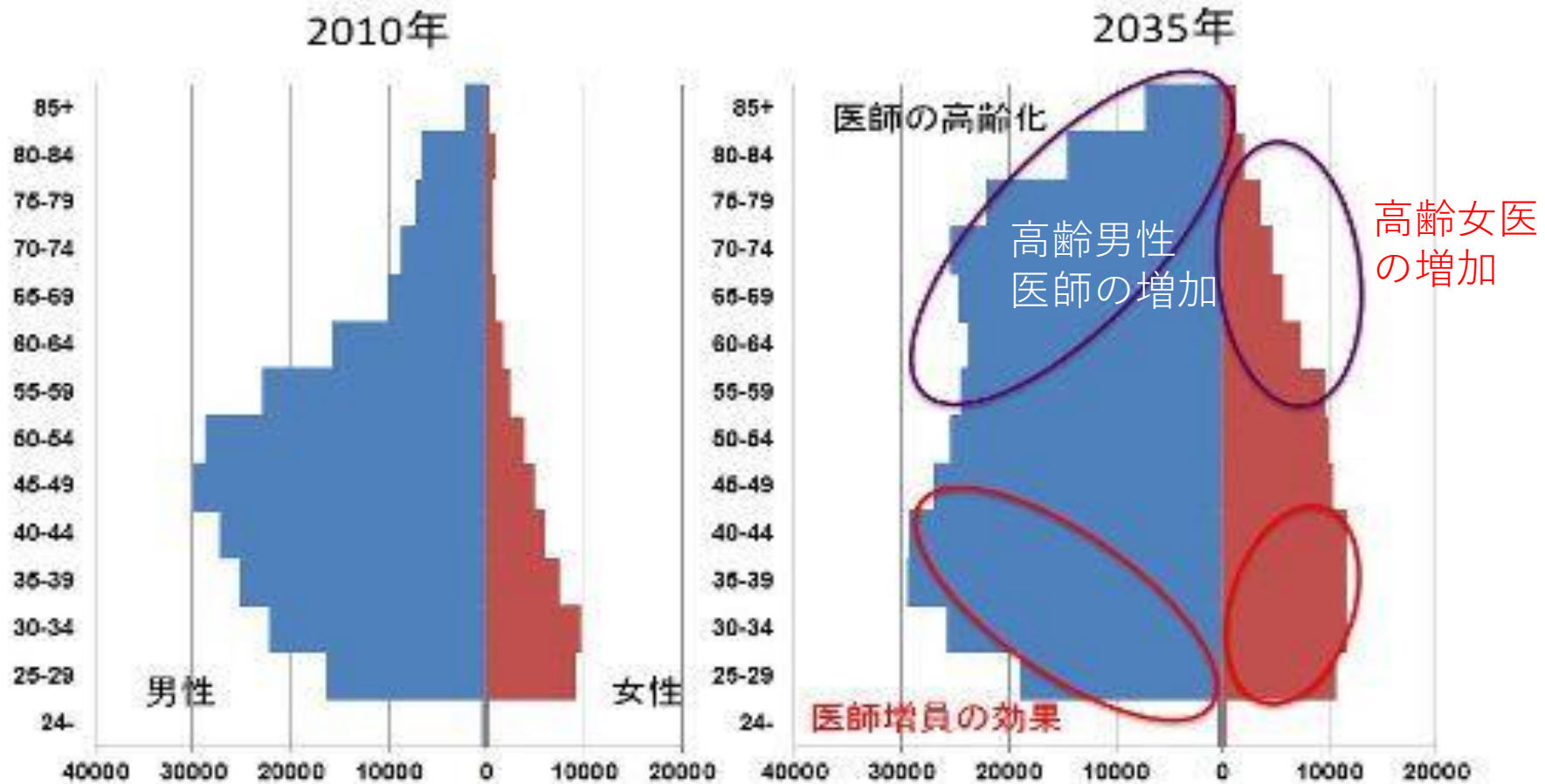
# 医師偏在指標

これまで長らく  
「人口**10**万人対医師数」が指標として  
用いられてきた



人口10万人対医師数における課題	医師偏在指標における対応
1-1. 人口構成(性・年齢構成)の違いを反映できていない	地域ごとの医療需要について、人口構成の違いを踏まえ、受療率を用いて性年齢調整を行ったものを用いてはどうか。
1-2. 患者の流出入等を反映できていない	昼間人口と夜間人口のそれぞれを用い、実態に応じた一定の重み付けを行ったものを用いてはどうか。 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととしてはどうか。
1-3. へき地等の地理的条件を反映できていない	法律上、医師確保対策の対象とされている「医師の確保を特に図るべき区域」に、医師少数区域以外の二次医療圏に存在する無医地区、準無医地区(へき地診療所設置済み地区を含む。)も一定の考え方の下、含めることを検討してはどうか
1-4. 医師の性別・年齢分布について反映できていない	医師の性・年齢階級別の平均労働時間で重み付けを行ったものを用いてはどうか。
1-5. 入院、外来などの機能ごとの偏在の状況、診療科別の医師の偏在の状況を反映できていない	入院外来別の医師偏在については、外来医療機能の不足・偏在等への対応について検討する際に併せて検討することとしてはどうか。 診療科別の医師偏在については、喫緊の対応として小児科と産科についての指標を暫定的に作成してはどうか。

# 医師が高齢化し、女性医師が増える



日本の総医師数は、2010年の27.1万人→2035年の39.7万人と46%増加する。  
60歳以下の医師数は21.6万人から25.5万人の18%増加にとどまる  
60歳以上の医師数は5.5万人(医師全体の20%)から14.1万人(同36%)へ増加

## (参考) 現時点の医師偏在指標について

医療従事者の需給に関する検討会  
第23回 医師需給分科会(平成30年10月24日)  
資料3-1(抜粋・一部改変)

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}(\ast 1)}$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比}(\ast 1) = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率}(\ast 2)$$

$$\text{地域の期待受療率}(\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

注) 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。  
へき地などの地理的条件については、「医師の確保を特に図るべき区域」として、一定の考え方の下で考慮することとする。

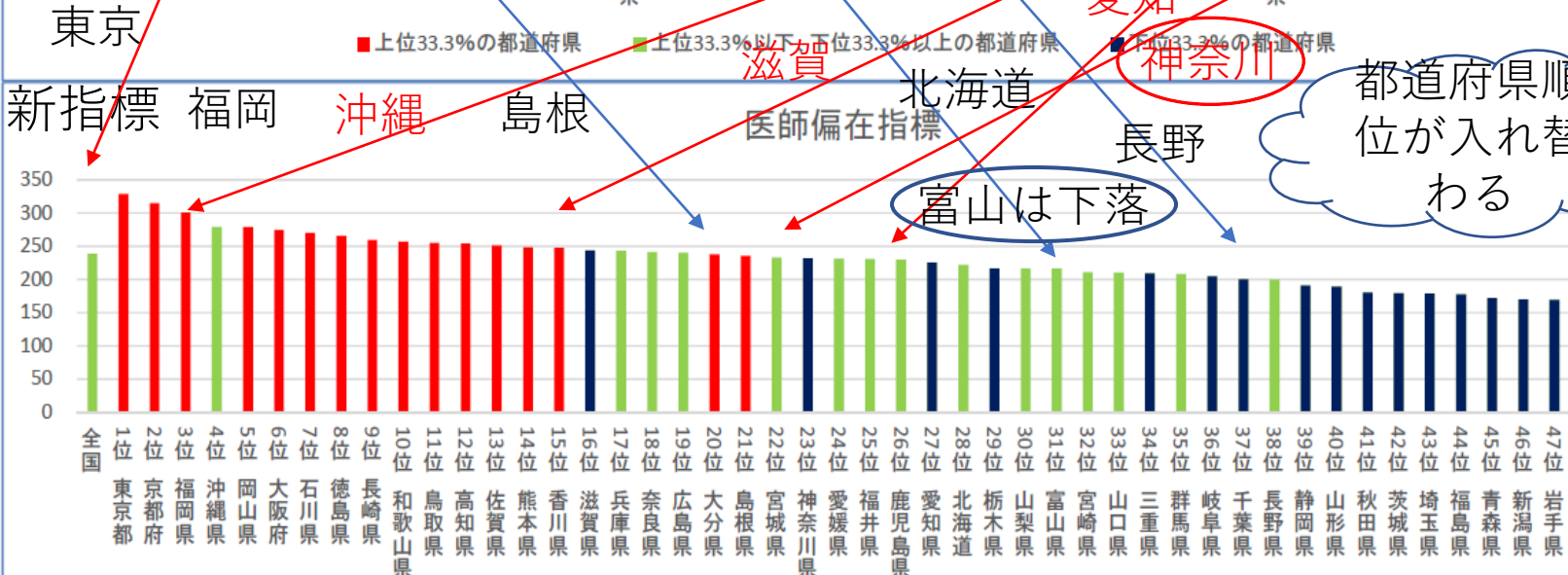
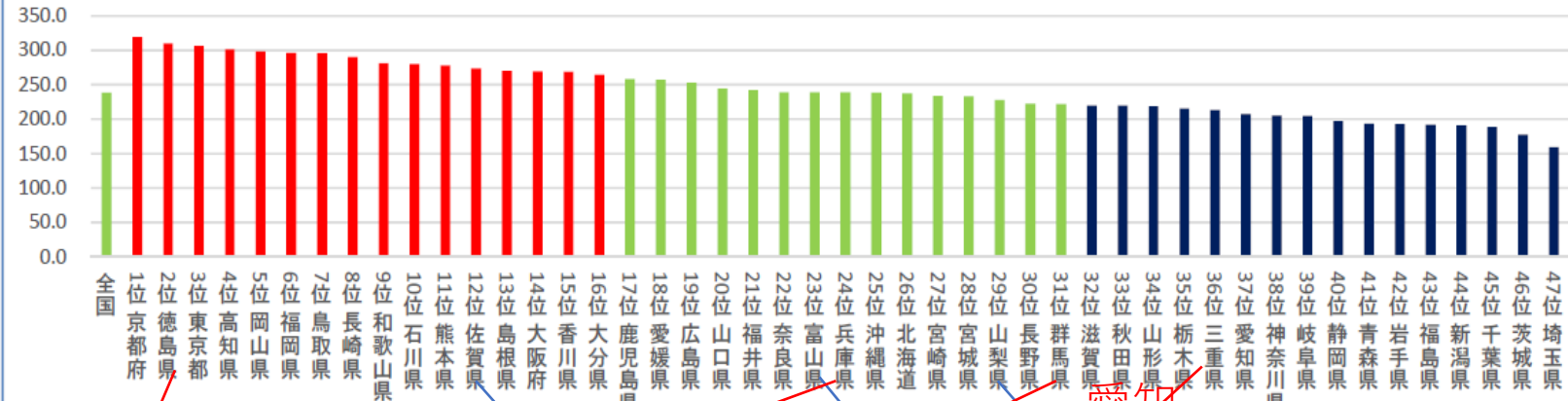
# 流出入を考慮した都道府県ごとの医師偏在指標

平成31年  
4月24日

第66回社会保障  
審議会医療部会

参考資料  
1-3

人口10万人対医師数



都道府県順位が入れ替わる

富山は下落

長野

愛知

神奈川

滋賀

北海道

島根

沖縄

福岡

東京

参照)  
 ・平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査  
 ・平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査

・平成26年患者調査  
 ・平成27年国勢調査

・「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)



●三次医療圏別医師偏在指標（暫定）（指標値降順）

・本資料における医師偏在指標は、患者の流入を反映した指標である。

	上位33.3%
	下位33.3%

都道府県コード	医療圏名	医師偏在指標	順位
	全国	238.3	
13	東京都	329.0	1
26	京都府	314.9	2
40	福岡県	300.5	3
47	沖縄県	279.3	4
33	岡山県	278.8	5
27	大阪府	274.4	6
17	石川県	270.4	7
36	徳島県	265.9	8
42	長崎県	259.4	9
30	和歌山県	257.2	10
31	鳥取県	255.0	11
39	高知県	254.3	12
41	佐賀県	251.3	13
43	熊本県	248.5	14
37	香川県	247.8	15
25	滋賀県	243.5	16
28	兵庫県	243.0	17
29	奈良県	241.1	18
34	広島県	240.4	19
44	大分県	238.0	20
32	島根県	235.9	21
04	宮城県	232.7	22
14	神奈川県	231.8	23

都道府県コード	医療圏名	医師偏在指標	順位
38	愛媛県	231.0	24
18	福井県	230.9	25
46	鹿児島県	229.8	26
23	愛知県	225.3	27
01	北海道	222.0	28
09	栃木県	216.7	29
19	山梨県	216.4	30
16	富山県	216.2	31
45	宮崎県	210.6	32
35	山口県	210.3	33
24	三重県	208.8	34
10	群馬県	208.2	35
21	岐阜県	204.7	36
12	千葉県	200.5	37
20	長野県	199.6	38
22	静岡県	191.1	39
06	山形県	189.4	40
05	秋田県	180.6	41
08	茨城県	179.3	42
11	埼玉県	178.7	43
07	福島県	177.4	44
02	青森県	172.1	45
15	新潟県	169.8	46
03	岩手県	169.3	47

# 二次医療圏別医師偏在指標

医師偏在指標（暫定） 二次医療圏

医療圏コード	都道府県名	医療圏名	医師偏在指標	順位
全国			238.3	
1301	東京都	区中央部	759.7	1
1304	東京都	区西部	508.0	2
4006	福岡県	久留米	453.3	3
0806	茨城県	つくば	442.9	4
2304	愛知県	尾張東部	431.3	5
1001	群馬県	前橋	425.4	6
3203	島根県	出雲	421.8	7
2501	滋賀県	大津	416.9	8
4001	福岡県	福岡・糸島	407.9	9
2604	京都府	京都・乙訓	399.6	10
0905	栃木県	県南	399.1	11
4312	熊本県	熊本・上益城	382.1	12
4601	鹿児島県	鹿児島	368.3	13
2701	大阪府	豊能	365.4	14
4101	佐賀県	中部	363.4	15
1702	石川県	石川中央	361.6	16
3001	和歌山県	和歌山	353.6	17
3103	鳥取県	西部	350.5	18
4201	長崎県	長崎	348.0	19
1303	東京都	区西南部	347.5	20
4703	沖縄県	南部	347.1	21
2007	長野県	松本	339.6	22
1311	東京都	北多摩南部	337.9	23
4501	宮崎県	宮崎東諸県	337.5	24
3505	山口県	宇部・小野田	337.2	25
3301	岡山県	県南東部	334.6	26
1302	東京都	区南部	334.4	27

上位33.3%  
下位33.3%

1位東京都  
区中央部  
759.7

医療圏コード	都道府県名	医療圏名	医師偏在指標	順位
全国			238.3	
0803	茨城県	常陸太田・ひたち	96.4	315
1206	千葉県	山武長生夷隅	96.1	316
0508	秋田県	湯沢・雄勝	94.3	317
3202	島根県	雲南	94.0	318
3303	岡山県	高梁・新見	93.8	319
1704	石川県	能登北部	92.9	320
4306	熊本県	阿蘇	91.9	321
0121	北海道	根室	91.7	322
0706	福島県	相双	91.7	323
0102	北海道	南檜山	91.5	324
4611	鹿児島県	熊毛	90.6	325
2201	静岡県	賀茂	89.6	326
2311	愛知県	東三河北部	87.9	327
0808	茨城県	筑西・下妻	87.7	328
0804	茨城県	鹿行	86.9	329
0307	岩手県	宮古	86.8	330
4609	鹿児島県	曾於	81.7	331
1903	山梨県	峡南	81.5	332
0111	北海道	日高	80.4	333
0116	北海道	宗谷	79.0	334
0502	秋田県	北秋田	69.6	335

上位33.3%  
下位33.3%

第335位  
秋田県  
北秋田  
69.6

区中央部と北秋田で  
10倍の格差！

# 医師養成と 医師偏在対策

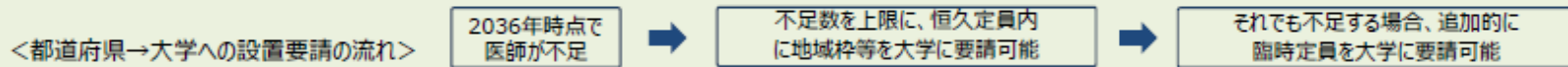
# 医師養成課程を通じた医師偏在対策

長期的には医師供給が需要を上回ると考えられるが、地域偏在や診療科偏在に引き続き対応する必要があることから、医師養成過程の様々な段階で医師の地域偏在・診療科偏在対策を進めている。

## 大学医学部 - 地域枠の設置 (地域・診療科偏在対策)

医師需給分科会

- 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される (一部例外あり)
- 将来的に医師供給量過剰とならないように、令和4年 (2022年) からの地域枠に係る医学部定員の設定・奨学金貸与について検討中

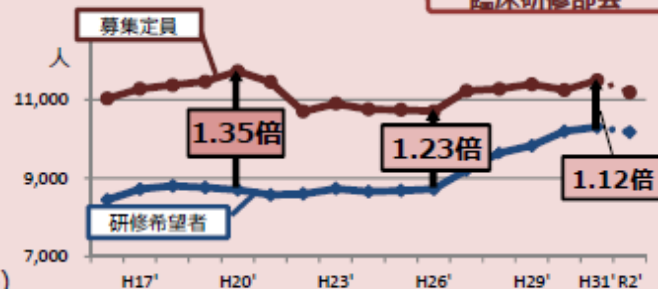


## 臨床研修 - 臨床研修制度における地域偏在対策

臨床研修部会

- 都道府県別採用枠上限数の設定
- 全国の研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小
- 医師少数区域へ配慮した都道府県ごとの定員設定方法を検討中
- 地域医療重点プログラムの新設 (2022年～)

※臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限を都道府県へ移譲する (2020年4月～)

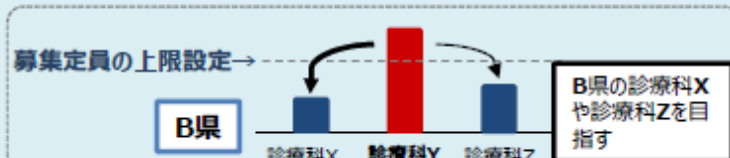
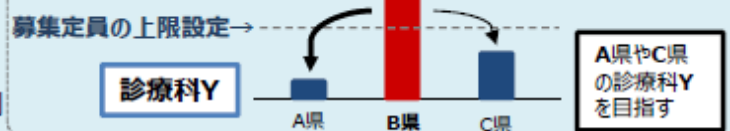


## 専門研修 - 専門医制度における地域・診療科偏在対策

専門研修部会

- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別採用上限数を設定 (シーリング)
- ※5大都市を対象としたシーリング→厚生労働省が算出した都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更されている (2020年度研修～)

- 医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施
- 2021年度に向けては、日本専門医機構において各学会・自治体を交え検討中



医師養成課程

入学時点

臨床研修

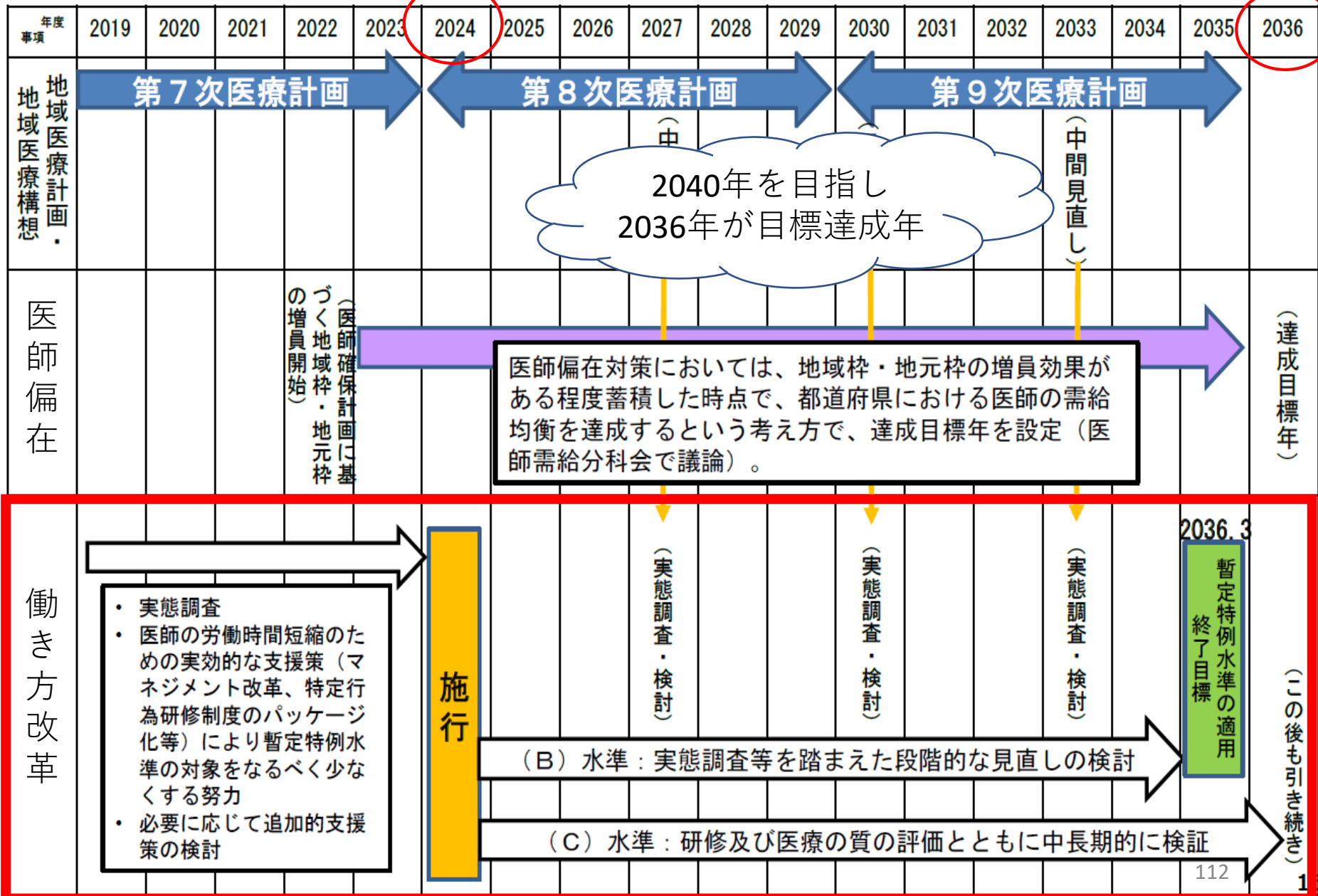
専門研修



# 三位一体改革の工程表

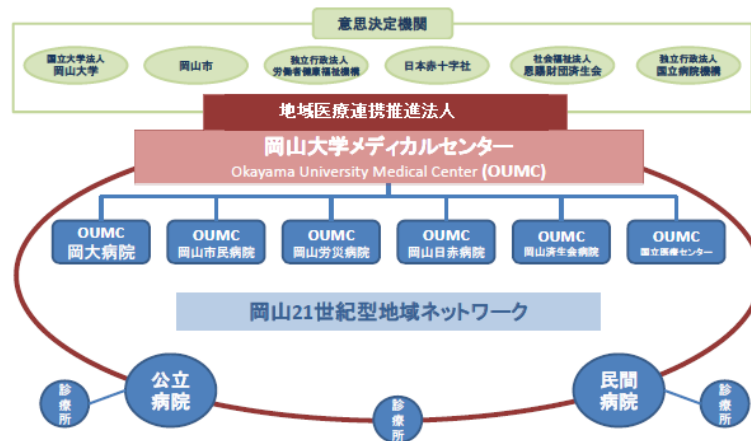
- ①地域医療構想（医療計画）
- ②医師偏在対策（医師確保計画）
- ③働き方改革

# 三位一体改革の工程表

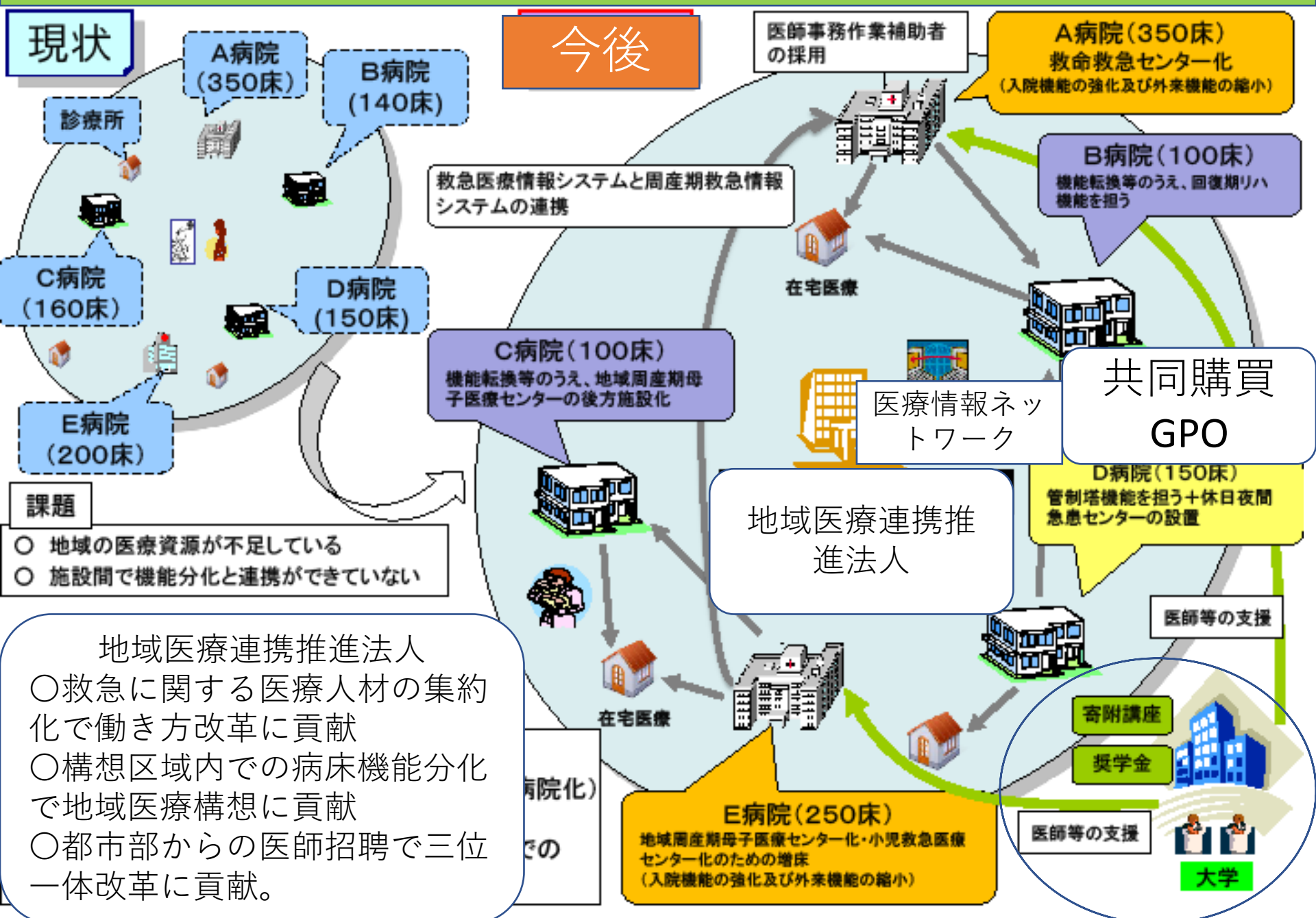


# パート4

## 三位一体改革と 地域医療連携推進法人



# 三位一体改革の切り札 地域医療連携推進法人



地域医療連携推進法人

- 救急に関する医療人材の集約化で働き方改革に貢献
- 構想区域内での病床機能分化で地域医療構想に貢献
- 都市部からの医師招聘で三位一体改革に貢献。



# 地域医療連携推進法人

地域連携から地域統合へ



全国26法人

# 医療法人の事業展開等に関する検討会



2013年12月



# 非営利ホールディングカンパニー型法人制度（イメージ）

## 制度の目的等

- 複数の医療法人及び社会福祉法人等を束ねて一体的に経営することを法制上可能とする非営利ホールディングカンパニー型法人（仮称）を創設（本年末までに検討を進め、その後速やかに制度的措置を講じる）。  
→ 産業競争力会議では、その意義として、病床の機能分化や医療・介護等の連携が容易になり、高齢者が必要とするサービスを切れ目なく体系的に提供できるようになることや、病床や診療科の設定、高額医療機器の導入等を統合して行える他、資金調達の一括化による調達コスト抑制など、経営の効率化が可能となることを挙げている。

## 検討の方向性

- 非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等において、以下の3点を共有等できる仕組みとする方向で検討。（今後、本検討会において具体的に検討）

### ① 理念を共有すること

- 非営利ホールディングカンパニー型法人及びこれに参加する医療法人等が協力して、社会に対してどのような貢献をしていくのかを明確化した「理念」を策定する。

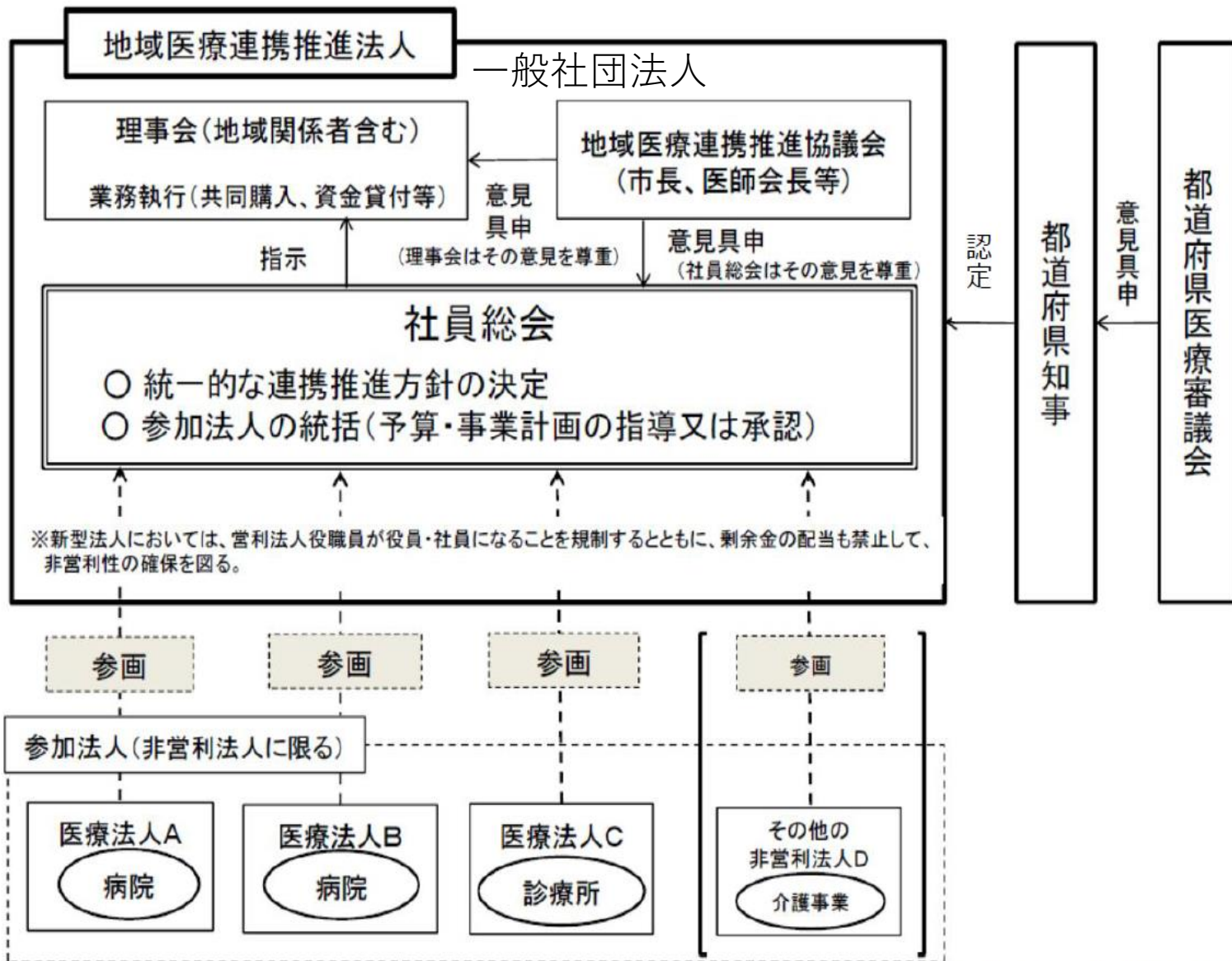
### ② この理念を実現するために行われる、意思決定を共有すること

- 上記の理念を実現するため、非営利ホールディングカンパニー型法人が行う個々の意思決定に従って、参加する医療法人等が法人運営を行うよう、必要なガバナンスの仕組みを設ける。  
→医療法人等の社員総会又は評議員会の過半数を、非営利ホールディングカンパニー型法人やその理事又は社員が占める。

### ③ この理念等を実現するため、ヒト・カネ・モノを有効に活用すること

- 上記の理念や意思決定を実現するため、参加する医療法人等のヒト・カネ・モノを有効に活用する。  
→個人に配当しない非営利法人の間で資金の融通ができるようにする。  
→非営利ホールディングカンパニー型法人が株式会社（介護事業等）に出資できるようにする。

# 参考)地域医療連携推進法人の仕組み





都道府県	地域医療連携推進法人名	認定年月日
北海道	南檜山メディカルネットワーク	2020年9月1日
	上川北部医療連携推進機構	2020年9月1日
青森県	上十三まるごとネット	2021年3月29日
山形県	日本海ヘルスケアネット	2018年4月1日
福島県	医療戦略研究所	2018年4月1日
	ふくしま浜通り・メディカル・アソシエーション	2019年10月1日
茨城県	桃の花メディカルネットワーク	2019年11月29日
栃木県	日光ヘルスケアネット	2019年4月1日
千葉県	房総メディカルアライアンス	2018年12月1日
神奈川県	さがみメディカルパートナーズ	2019年4月1日
岐阜県	県北西部地域医療ネット	2020年4月1日
静岡県	ふじのくに社会健康医療連合	2021年4月7日
愛知県	尾三会	2017年4月2日

都道府県	地域医療連携推進法人名	認定年月日
滋賀県	滋賀高島	2019年4月1日
	湖南メディカル・コンソーシアム	2020年4月1日
大阪府	北河内メディカルネットワーク	2019年6月12日
	弘道会ヘルスネットワーク	2019年6月12日
兵庫県	はりま姫路総合医療センター整備推進機構	2017年4月3日
	川西・猪名川地域ヘルスケアネットワーク	2021年4月1日
岡山県	岡山救急メディカルネットワーク	2021年3月30日
島根県	江津メディカルネットワーク	2019年6月1日
広島県	備北メディカルネットワーク	2017年4月2日
高知県	清水令和会	2020年3月31日
	高知メディカルアライアンス	2020年12月28日
佐賀県	佐賀東部メディカルアライアンス	2021年1月29日
鹿児島県	アンマ	2017年4月2日

# 地域医療連携推進法人 日本海ヘルスケアネット 2018年1月



栗谷理事長

# 山形県庄内地方の地域医療連携 推進法人構想(イメージ)

## 日本海ヘルスケアネットワーク

- 人工透析の検査は  
日本海総合病院に一本化
- 医師の派遣
- 薬や資材の共同購入
- 老人保健施設の空き情報の共有 など





		病床数等		診療科	職員数	備考
1	地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構					
	日本海総合病院	計	646	27診療科	計 942	救命救急センター PET-CT・ヘリポート・LDR
	酒田医療センター	療養 回復期	35 79	内科、リハビリテーション科	計 107	回復期リハ デイケア
2	医療法人健友会	一般 地域包括ケア 療養 老健施設	80 24 50 100	内科、外科、整形外科、 泌尿器科	計 428	介護老健 訪問看護ステーション 地域包括支援センター 有料老人ホーム
3	医療法人宏友会	診療所 老健施設	6 100	外科、胃腸科、肛門科など	計 160	介護老健 在宅介護支援センター 地域包括支援センター 訪問看護ステーション
4	社会福祉法人光風会	老健施設	100		計 320	介護老健 地域包括支援センター 特別養護老人ホーム
5	一般社団法人酒田地区医師会	会員数	203		計 16	訪問看護ステーション、 スワン
※他、薬剤師会、歯科医師会などが オブザーバー参加			1,170床		総計1,973人	



日光ヘルスケアネット  
2019年4月

# 栃木県日光市に日光ヘルスケアネット 地域医療連携法人 2019年4月設立へ

- 日光市と同市内の医療機関が連携し、安定した医療体制の確保を  
目指す「地域医療連携推進法人」に、ついで市は4月12日、市内  
の11団体（富田富一行）が3月末までに地域医療連携を  
くみかかずにし、4月1日の設立を目指す。全国では7  
とあり、本県では初めての設立になる。
- 同市議会議員全員協議会で明らかにした。2018年1月以降、日  
光市内の7医療法人（8病院）は県が行う「日光地域の医療連携  
に関する勉強会」に参加してきた。今月の勉強会で、さらに3診  
療所が最終的な参加の意思を示した。
- 同市を加えた11団体が3月末までに一般社団法人を設立し、  
その法人が知事に認定を申請する。市は設立後も市内の医療機  
関に参加を呼び掛ける。
- 下野新聞 2019年2月13日
-



## 勉強会開催状況

(参加メンバー) 足尾双愛病院、今市病院、川上病院、獨協日光医療センター、日光市民病院、日光野口病院、森病院、  
上都賀郡市医師会、日光市、県 (オブザーバー) 県医師会、野村HSA

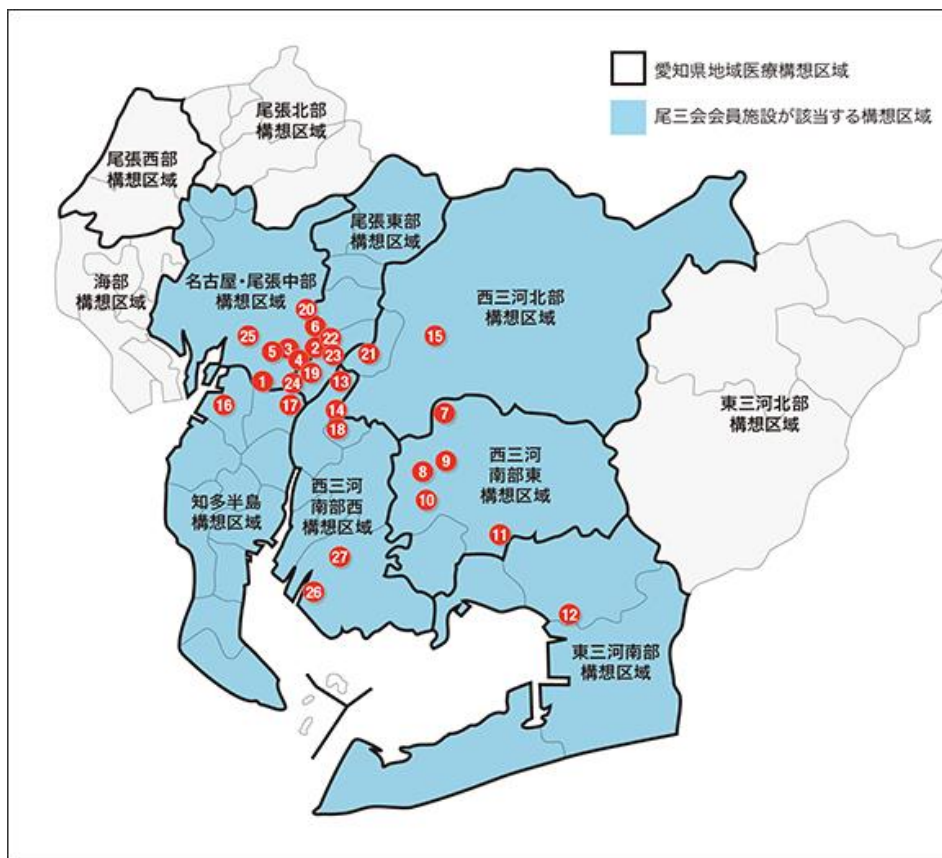
- 第1回(1月25日) 地域医療連携推進法人に関する勉強会  
【野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー社による講演】
- 第2回(3月7日) 日光市における診療科・疾病ごとの受療状況について(県説明)  
日光地域の医療連携体制及び各病院の機能に関する意向調査依頼
- 第3回(5月1日) 意向調査の回答内容の発表
- 第4回(6月11日) 意見交換  
・日光地域にあると良いと考える診療科  
・医療機能の分担について ・地域の人材確保について 等  
地域医療連携推進法人に関する意向調査の依頼
- 第5回(7月9日) 地域医療連携推進法人に関する意向調査結果の説明  
意見交換(地域医療連携推進法人モデルの説明)







# 尾三会 地域連携推進法人



N0.	施設名	所在地
1	南医療生活協同組合 総合病院南生協病院	名古屋市緑区
2	医療法人清水会 相生山病院	名古屋市緑区
3	医療法人なるみ会 第一なるみ病院	名古屋市緑区
4	医療法人コジマ会 ジャパン藤脳クリニック	名古屋市緑区
5	医療法人 みどり訪問クリニック	名古屋市緑区
6	医療法人並木会 並木病院	名古屋市天白区
7	医療法人愛整会 北斗病院	岡崎市
8	医療法人鉄友会 宇野病院	岡崎市
9	医療法人十全会 三嶋内科病院	岡崎市
10	医療法人葵 葵セントラル病院	岡崎市
11	雷田病院	岡崎市
12	医療法人宝美会 総合青山病院	豊川市
13	医療法人明和会 辻村外科病院	刈谷市
14	医療法人社団同仁会 一里山・今井病院	刈谷市
15	公益財団法人 豊田地域医療センター	豊田市
16	医療法人贈恩会 小嶋病院	東海市
17	医療法人利靖会 前原整形外科リハビリテーションクリニック	大府市
18	医療法人 秋田病院	知立市
19	学校法人藤田学園 藤田保健衛生大学病院	豊明市
20	社会福祉法人あかい寿老会 特別養護老人ホーム 寿老苑	日進市
21	たきざわ胃腸科外科	みよし市
22	医療法人名翔会 老人保健施設 和合の里	愛知郡東郷町
23	社会福祉法人東郷福祉会 特別養護老人ホーム イースト・ヴィレッジ	愛知郡東郷町
24	社会福祉法人福田会 特別養護老人ホーム 豊明苑	豊明市
25	医療法人財団善常会 善常会リハビリテーション病院	名古屋市南区
26	医療法人社団福祉会 高須病院	西尾市
27	医療法人秀麗会 山尾病院	西尾市

# 電子カルテ共同利用、 給食セントラル化

- 電子カルテ等システムの共同利用
  - 高度急性期医療から在宅医療までの一連の流れの中で効率的に患者情報を電子的に共有し利用するため、高度急性期医療を担う藤田医科大学病院の電子カルテシステムを他参加法人へ拡張する方法等について検討する。
  - 画像データ（CTやMRI）の情報共有化を実施する。
- 病院給食、介護・福祉給食サービスの共同化
  - 藤田医科大学病院が実施している適時適温の食事提供システムを、参加法人施設で共同実施することを目指し、実現の可能性調査を実施し検討する。





備北メディカルネットワーク  
設立の動機



### 自治体病院の倫理綱領

#### 使命

地域住民によってつくられた自治体病院は、その地域における医療に積極的に参画するとともに、地域の医療機関や保健福祉機関との連携を図りながら、公平・公正な医療を提供し、地域医療の維持・増進を図り、地域の発展に貢献することを使命とする。

#### 行動指針

1. 地域医療の確保  
自治体病院は、都市部から離島等へき地にかけての地域において、住民のニーズに対応した適正な医療を提供する。
2. 医療水準の向上  
自治体病院は、総合的医療機能を基盤に、へき地医療、先端医療等を担い、さらに、医療従事者の研修の場として果たし、地域の医療水準の向上に努める。
3. 患者中心の医療の確立  
自治体病院は、患者に対し十分な説明と同意のもとに医療を行う。診療情報を積極的に公開し、患者の権利を遵守する患者中心の医療を確立する。
4. 安全管理の徹底  
自治体病院は、安心して医療を受けられる環境を整備し、安全対策を徹底し、安全文化の醸成と安全意識の向上を推進する。
5. 健全経営の確保  
自治体病院は、公共性を確保するとともに、合理的な医療提供に努めることにより、健全で自立した経営を確保する。

平成14年11月13日

広島県の中山間地域の医師不足解消が法人設立の動機

地域医療連携推進法人 備北メディカルネットワーク  
代表理事 中西 敏夫

市立三次中央病院 院長



庄原市

備北二次医療圏

三次市

備北メディカルネットワーク

設立の動機

# 備北メディカルネットワーク

## 地域医療連携推進法人

従来

市立三次中央病院  
(三次市)

三次地区医療センター  
(三次地区医師会)

庄原市立西城市民病院  
(庄原市)

庄原赤十字病院  
(日本赤十字社)

## 備北メディカルネットワーク

市立三次中央病院  
(三次市)

三次地区医療センター  
(三次地区医師会)

庄原市立西城市民病院  
(庄原市)

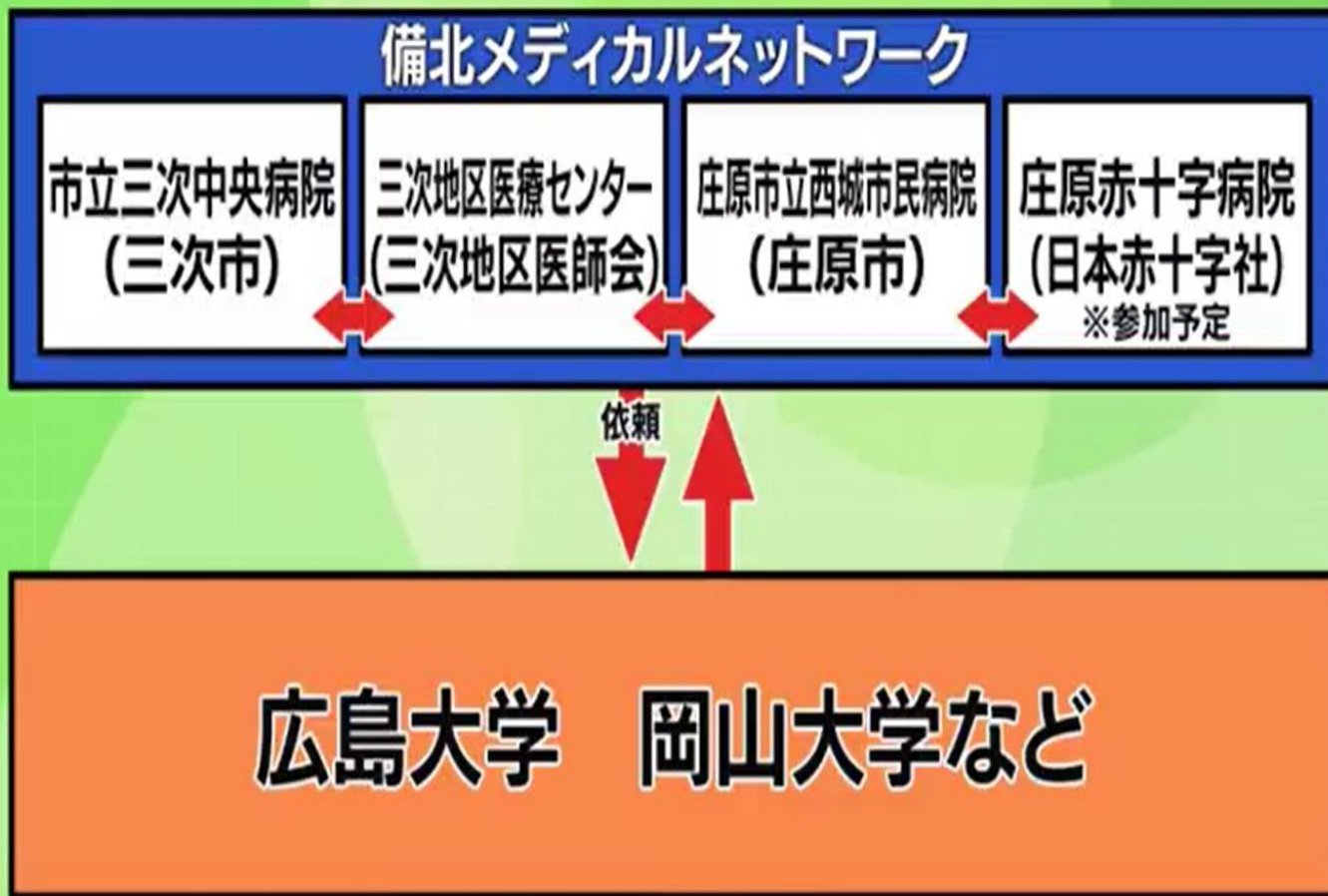
庄原赤十字病院  
(日本赤十字社)

合計  
855床

医療機関の機能分化・連携を推進し安定的に医療提供体制を継続



## これからの医師確保の形態(配置調整)



備北メディカルネットワーク

設立の動機



## 医療機関の経営の効率化

### 備北メディカルネットワーク

市立三次中央病院  
350床

三次地区医療センター  
150床

庄原市立西城市民病院  
54床

庄原赤十字病院  
301床

合計855床

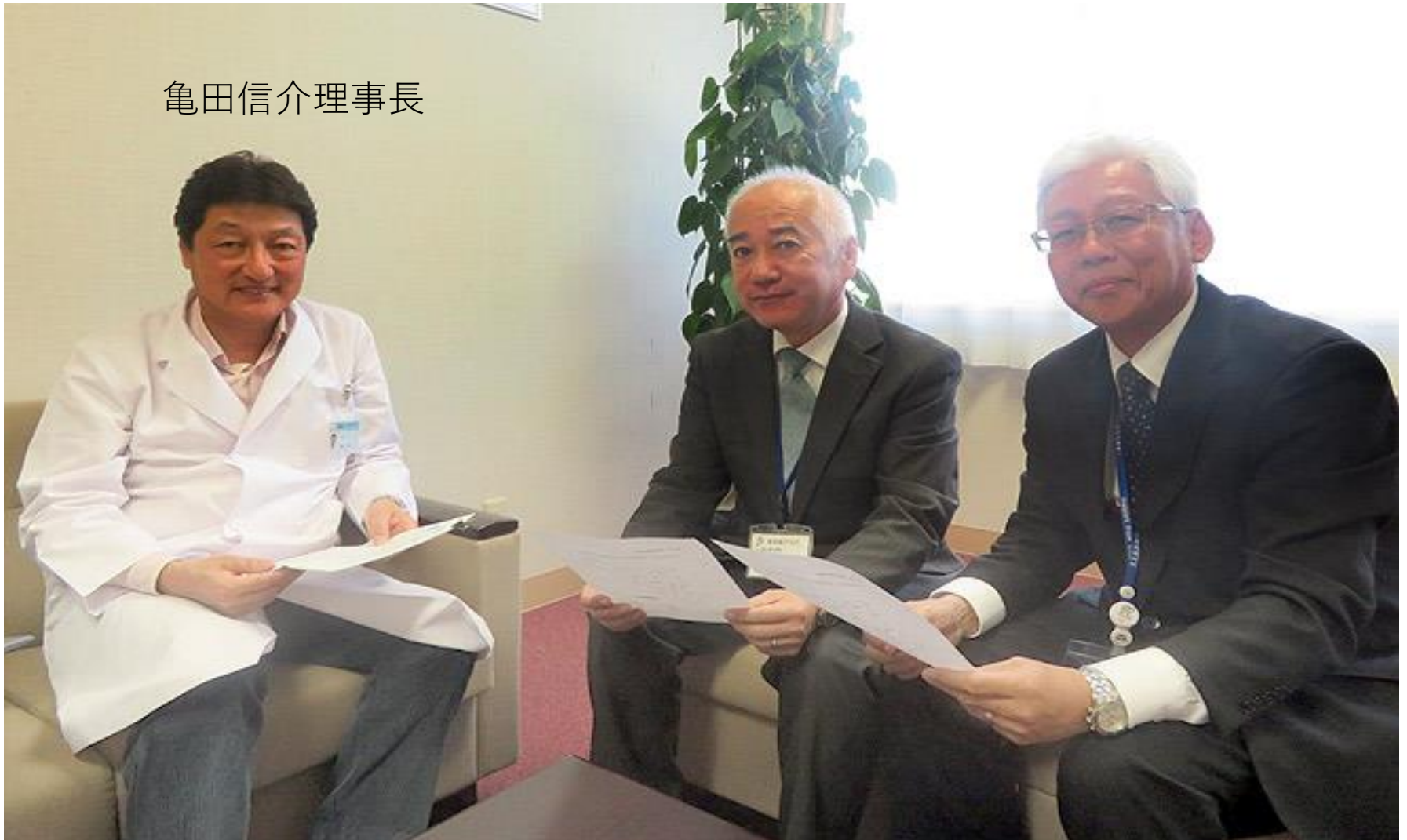


共同購入(共同交渉)

医療機器・材料・医薬品など

# 房総メディカルアライアンス 千葉県（2018年12月1日）

亀田信介理事長



# 房総メディカルアライアンス

- 代表理事、太陽会亀田信介理事長
  - 社会福祉法人の太陽会が運営する安房地域医療センター（149床、館山市）
  - 南房総市立富山国保病院（50床、南房総市）
- 2020年3月、富山国保病院に24床のコロナ専門病床を設置した。
  - 同病院の24床を充て、医師3人、看護師24人を配置
  - 富山国保病院の受け入れる患者は軽症者または無症状の回復期にあるコロナ患者
  - 新型コロナ患者の受け入れにあたっては院内感染を防ぐため、富山国保病院の22人の入院患者については一時的に転院させた。
- 地域医療連携推進法人として初のコロナ病床設置となった

# 地域医療連携推進法人は 結婚以下、同棲以上



結婚にはお金がかかる



地域医療  
連携推進  
法人



同棲だとすぐ別れる

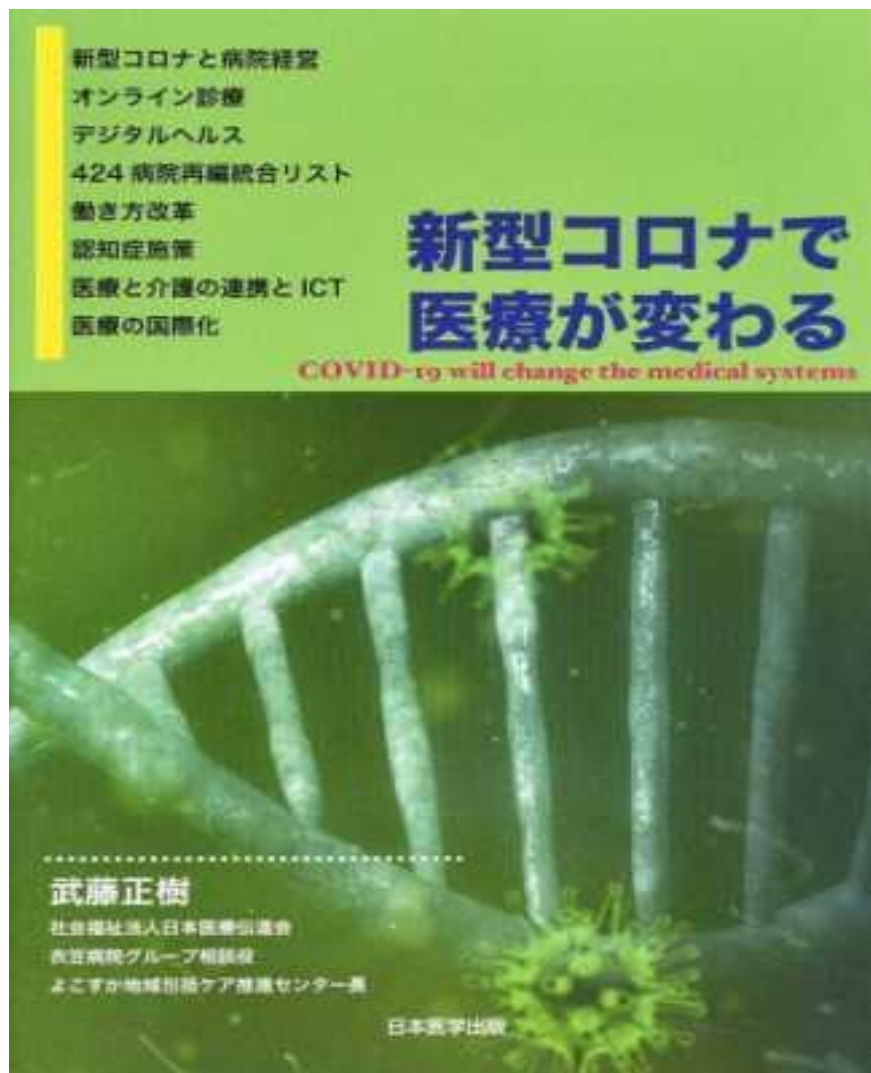


2040年  
地方は地域連携推進法人  
だらけ・・・

# 講義のまとめ

- 新型コロナで医療提供体制の弱点が露呈
- 新型コロナで医療提供体制が変わる
- 地域医療構想で公的・公立病院の  
病床当たりの職員密度を上げる
- 地域医療構想、働き方改革、医師偏在を同時に進
- 地域連携推進法人が三位一体改革のひとつの解決  
地域連携から地域統合へ

# 新型コロナで医療が変わる



- 新型コロナと病院経営危機
- オンライン診療
- デジタルヘルス
- 424病院再編統合リスト
- 働き方改革
- 認知症施策
- 医療と介護の連携とICT
- 医療の国際化

日本医学出版より  
8月発刊！

# ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

[muto@kinugasa.or.jp](mailto:muto@kinugasa.or.jp)