

新潟県地域医療構想の 今後の進め方について

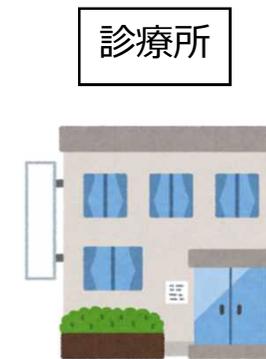
1. 地域医療構想とは
2. 地域医療構想が必要な理由「その1」
～医師の働き方改革への対応～
3. 地域医療構想が必要な理由「その2」
～人口構造と入院医療ニーズの変化への対応～
4. 何もしないとどうなるのか…
5. 地域医療構想のねらい
～「医師の働き方改革」と「人口構造と入院医療ニーズの変化」
に対応するために～
6. 地域包括ケアを支える体制について
7. 総合診療医の育成
8. 実現に向けて

1. 地域医療構想とは

地域医療構想（医療再編等）とは

- 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	○	×

現在の入院医療体制のままでは、何が問題になるのか？

→次ページ以降でご説明します

2. 地域医療構想が必要な理由「その1」

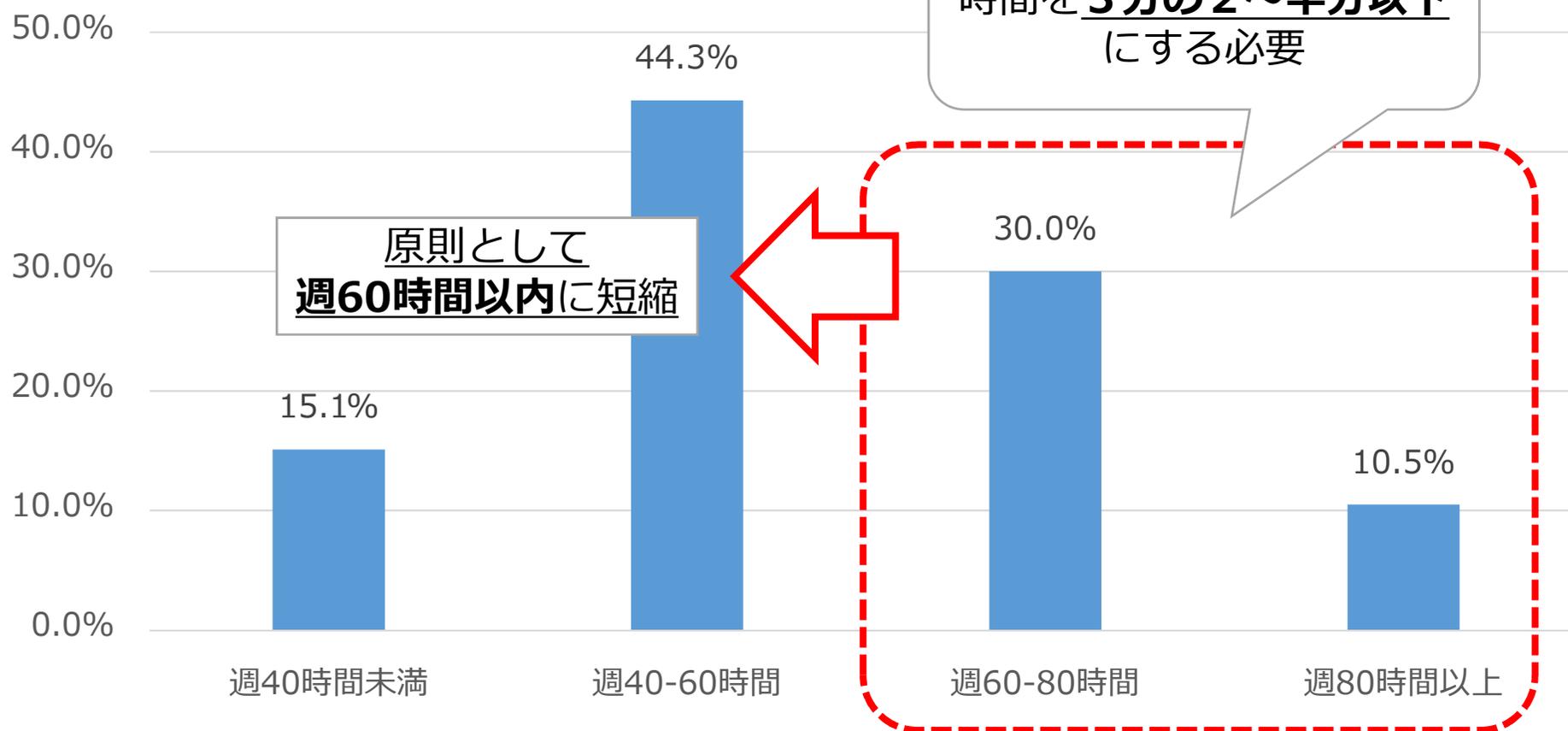
～医師の働き方改革への対応～

医師の働き方改革（医師の時間外労働の上限規制）とは

- 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

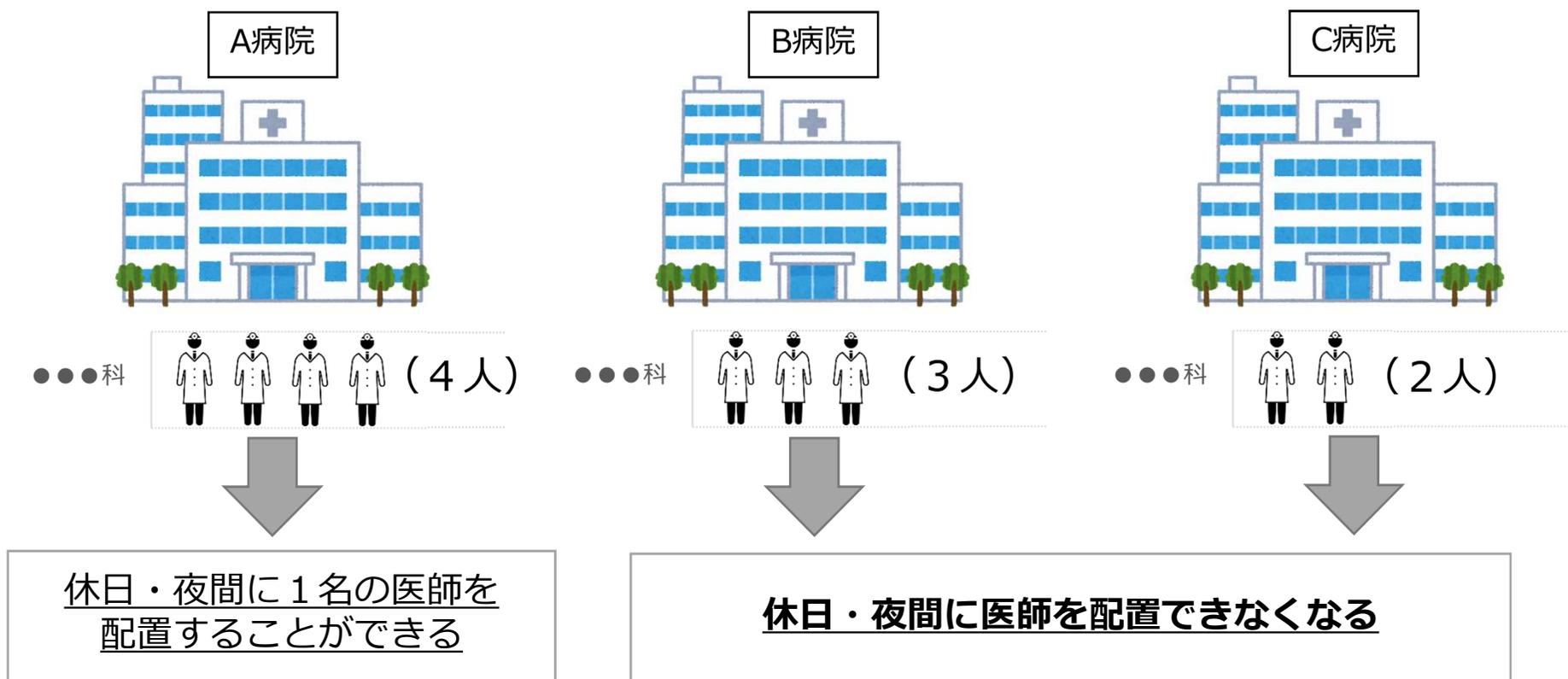
病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



※厚生労働省第9回医師の働き方改革に関する検討会（H30.9.3）資料4を基に作成

地域医療構想の必要性「その1」 ～医師の働き方改革への対応～

- 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！

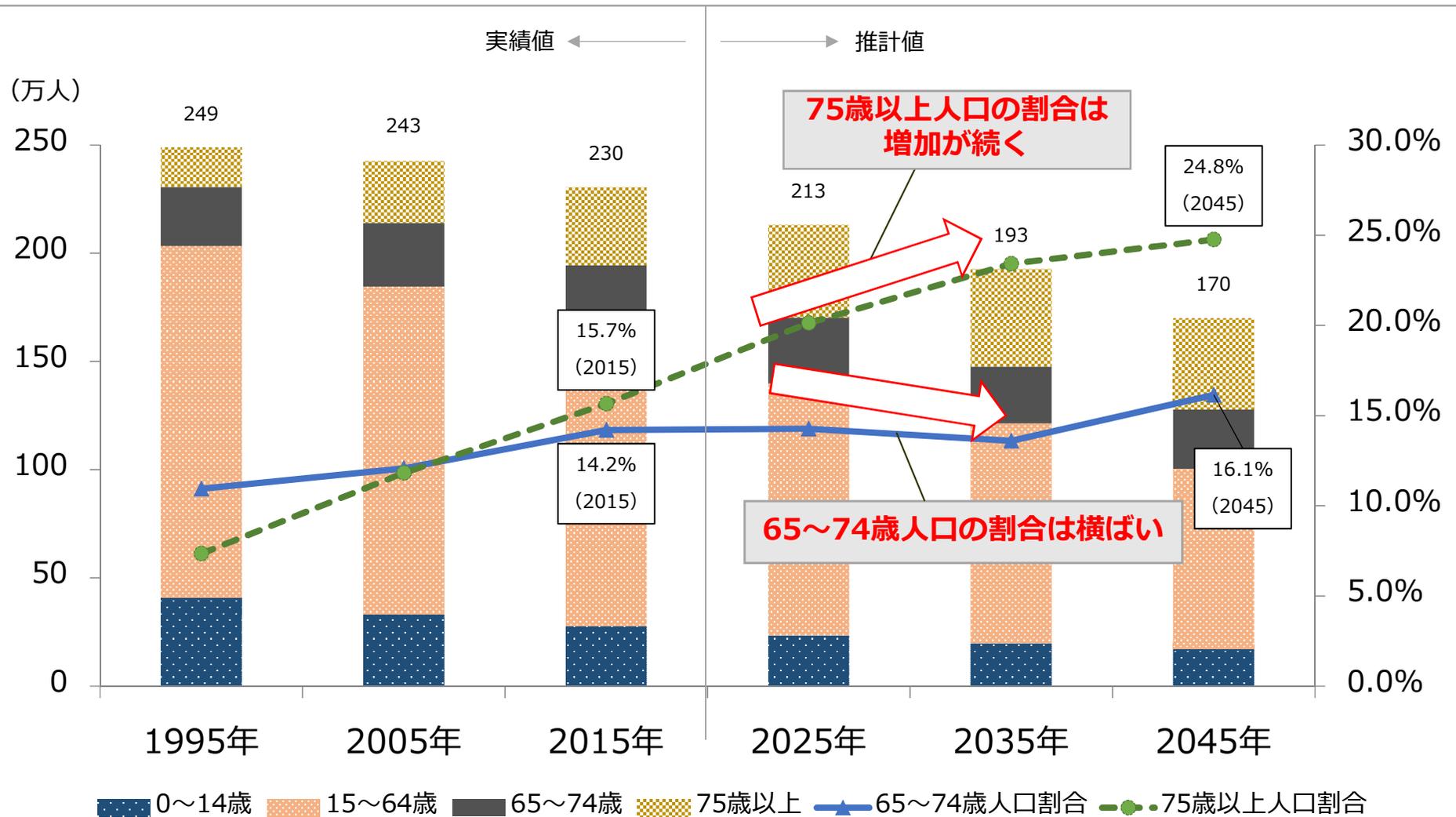
（さらなる集約化も必要？）

3. 地域医療構想が必要な理由「その2」

～人口構造と入院医療ニーズの変化への対応～

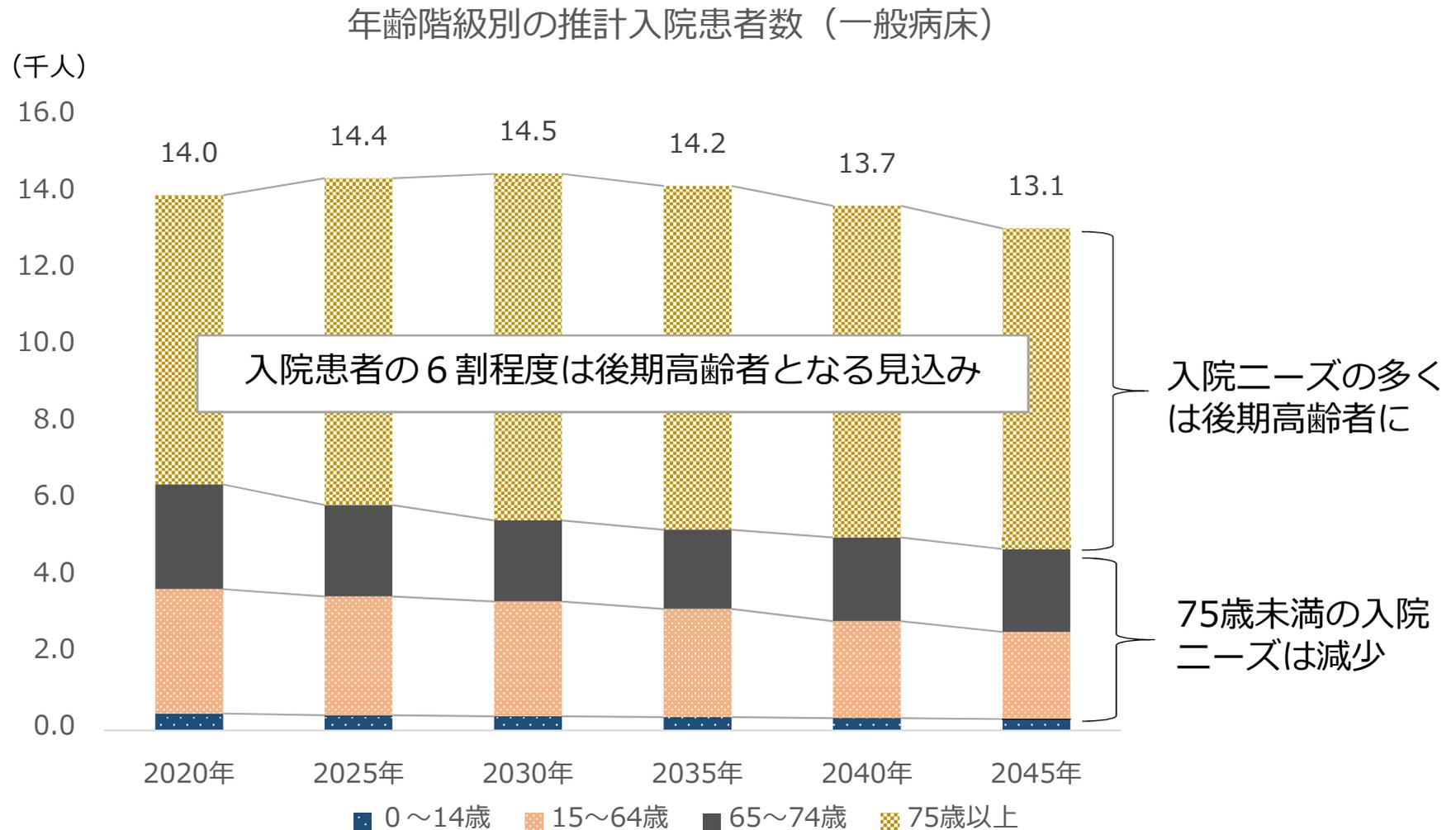
人口減少と後期高齢者の増加は確実に起こる未来（新潟県の将来推計人口）

- 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



地域医療構想の必要性「その2」 ～人口構造と入院医療ニーズの変化への対応～

- 今後の入院ニーズの多くは後期高齢者

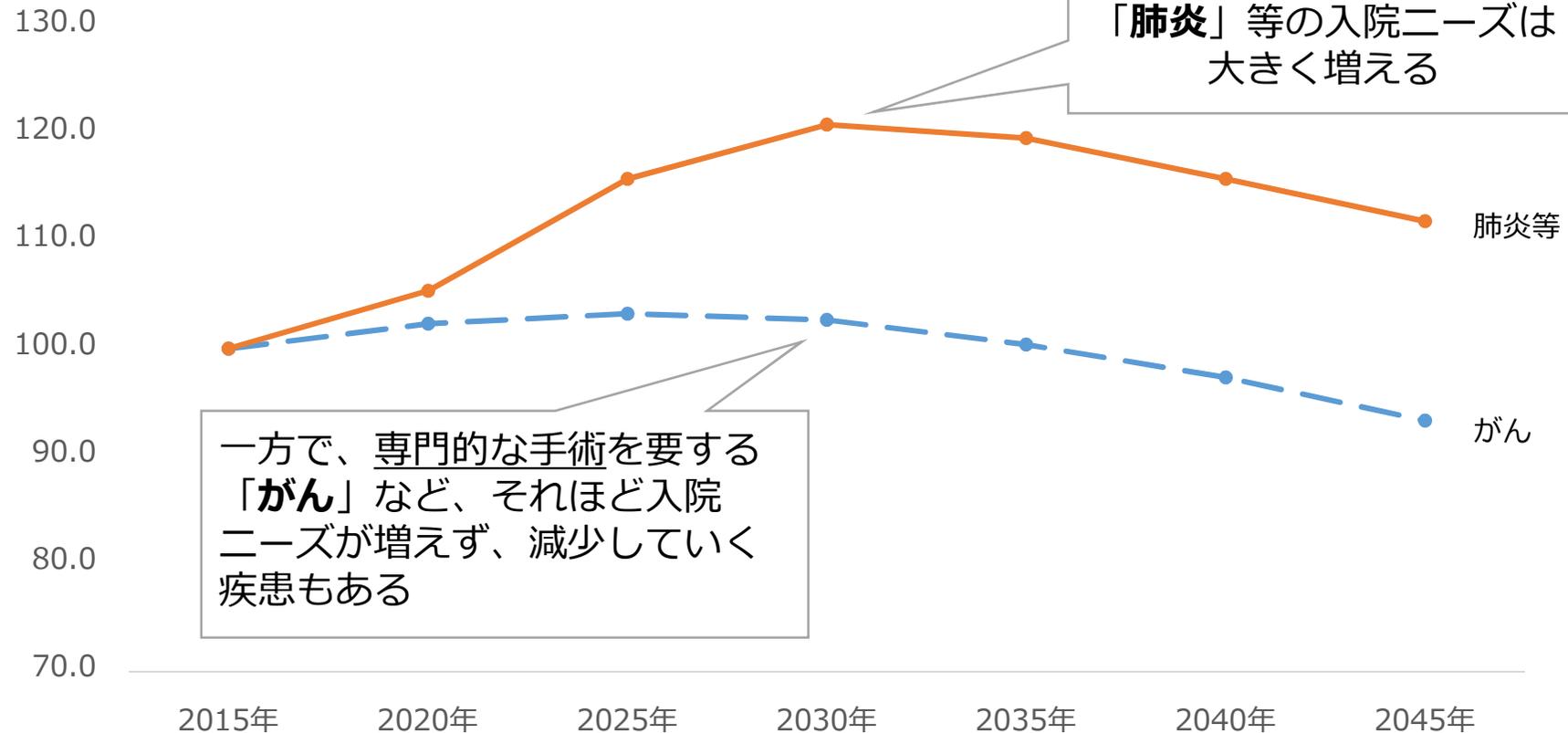


地域医療構想の必要性「その2」 ～人口構造と入院医療ニーズの変化への対応～

- 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)

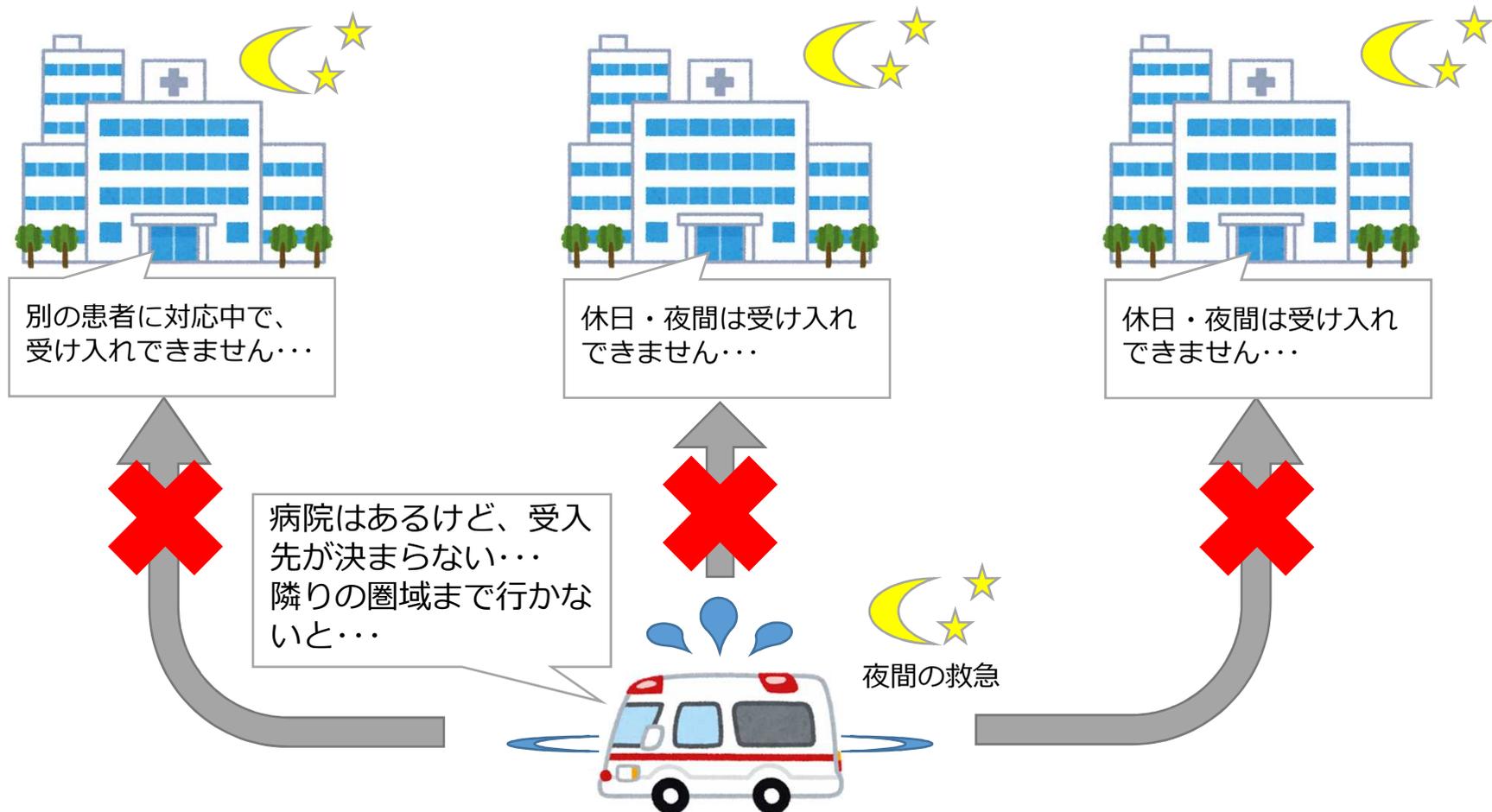


4. 何もしないとどうなるのか...

いま、何もしないと・・・①

- 人的資源（医師等）が分散し、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)

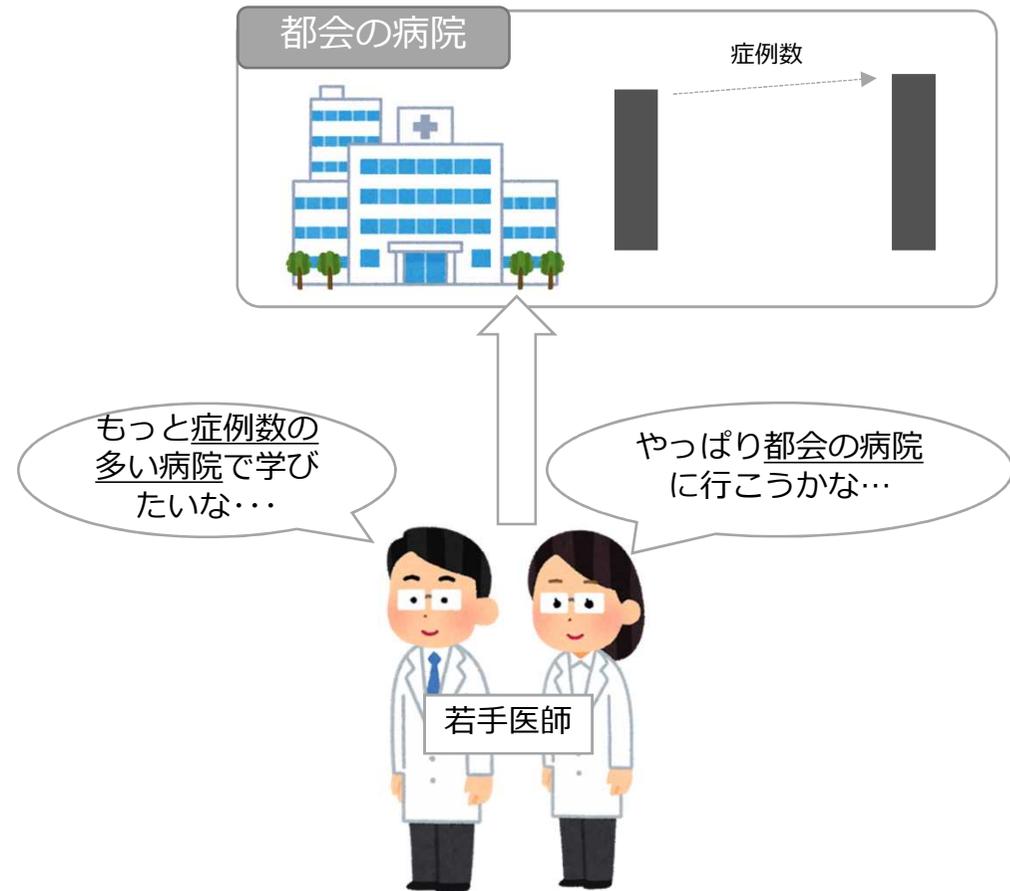
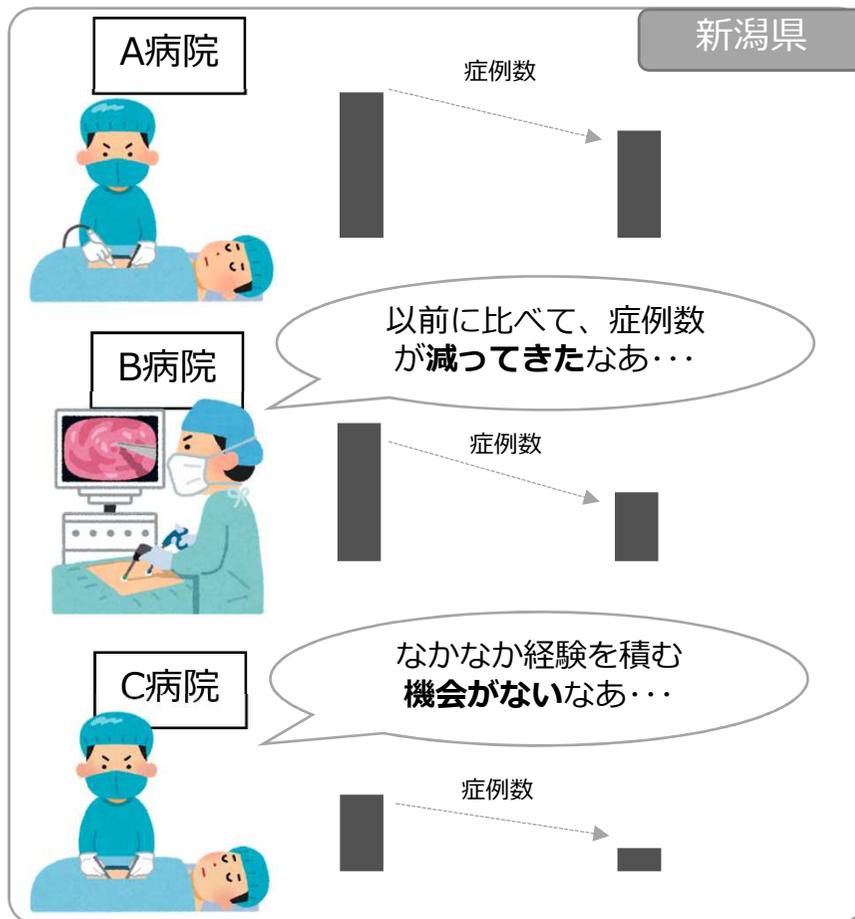


いずれの病院でも必要十分な医療提供（特に救急医療）ができなくなるおそれ・・・ 12

○ **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**

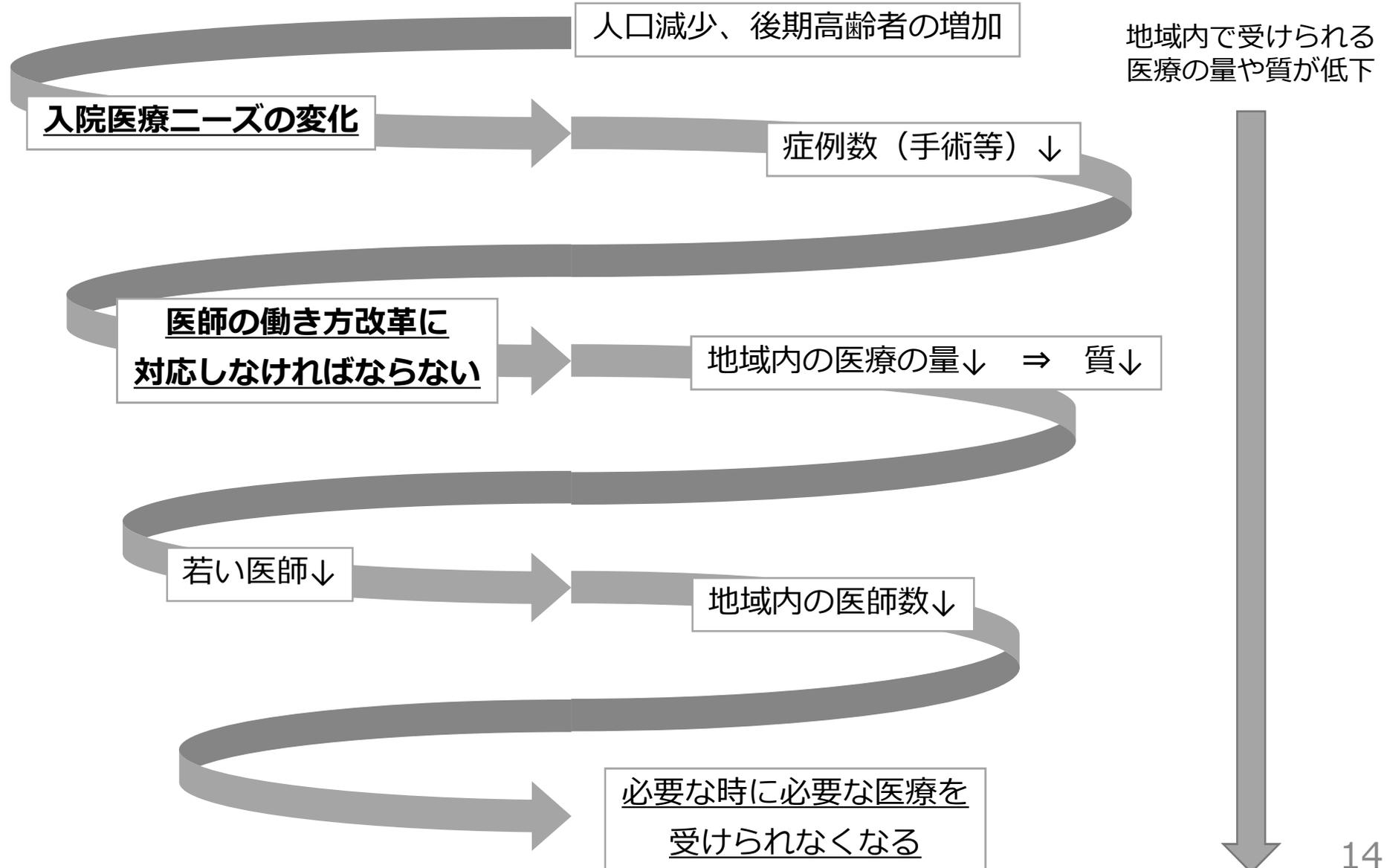
⇒① **医療の質低下**

⇒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**



いま、何もしないと・・・③

- どこかで流れを変えないと、抜け出せなくなります



5. 地域医療構想のねらい

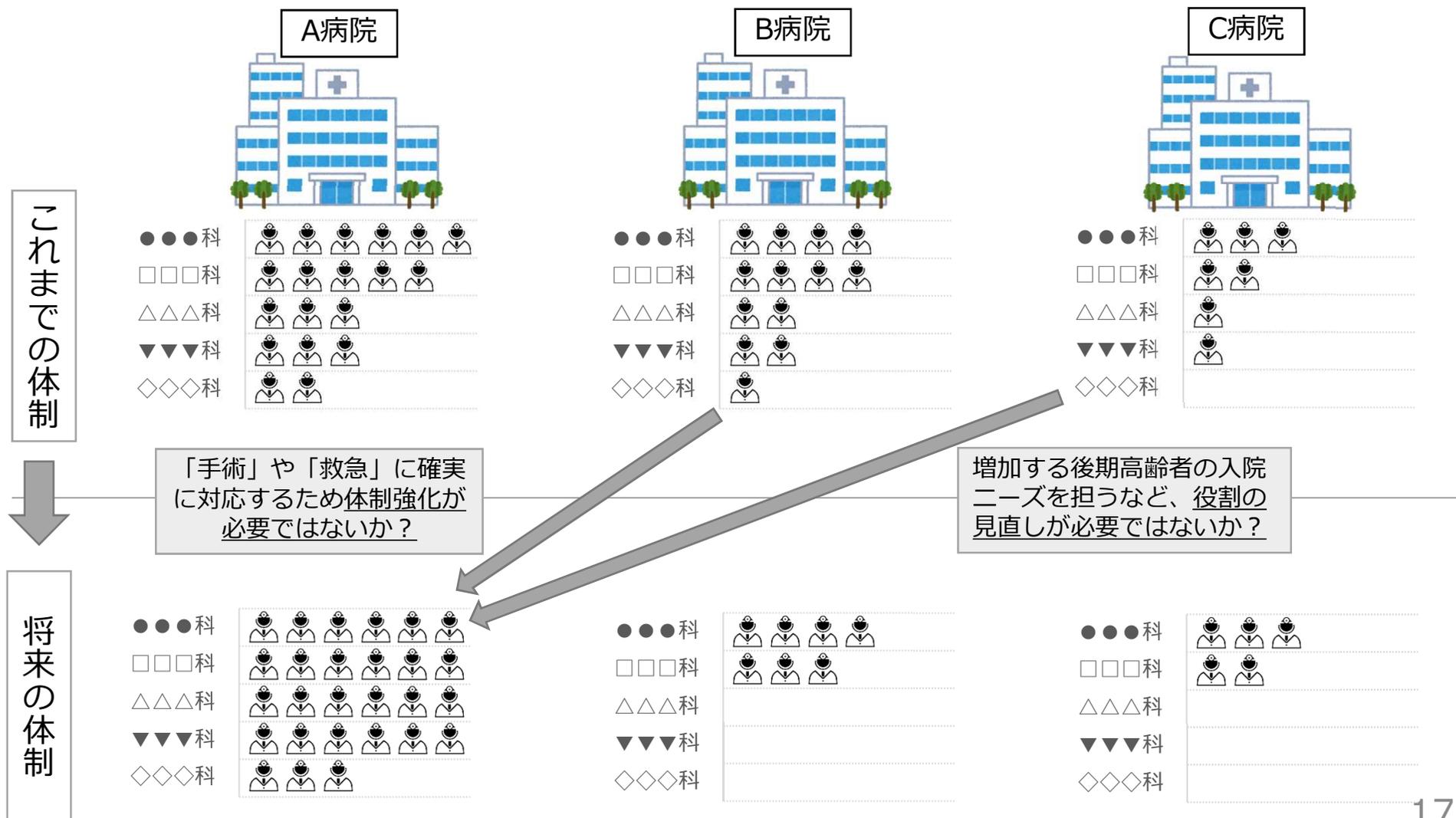
「医師の働き方改革」と
「人口構造と入院医療ニーズの変化」
に対応するために

- 「医師の働き方改革」 と 「人口構造と入院医療ニーズの変化」の両者に対応しながら、医療の質を確保・向上していくためには、医療資源（医師等）の効果的・効率的な活用がこれまでよりも一層重要になります

- 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（医師等）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になります

地域医療構想の必要性を踏まえた整理

- 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



今後の方向性

<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**

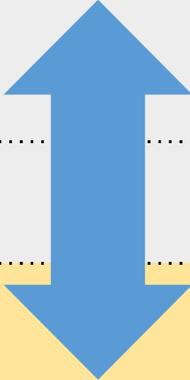
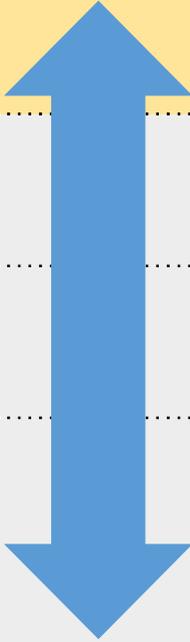
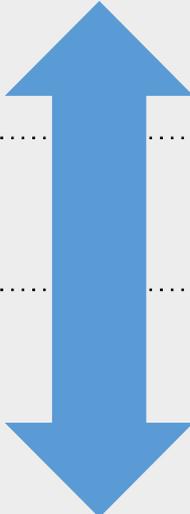
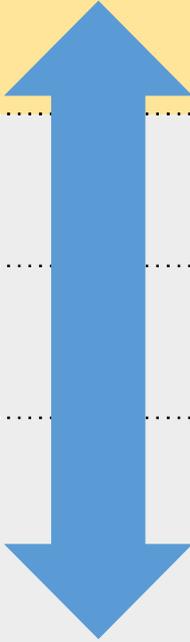
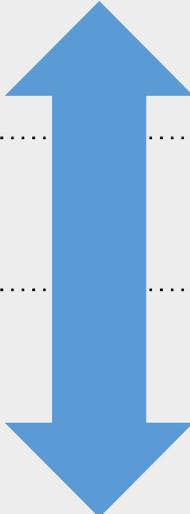
高度・専門的な手術、脳卒中、急性心筋梗塞などに対応することができ、救急車を断らない病院



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

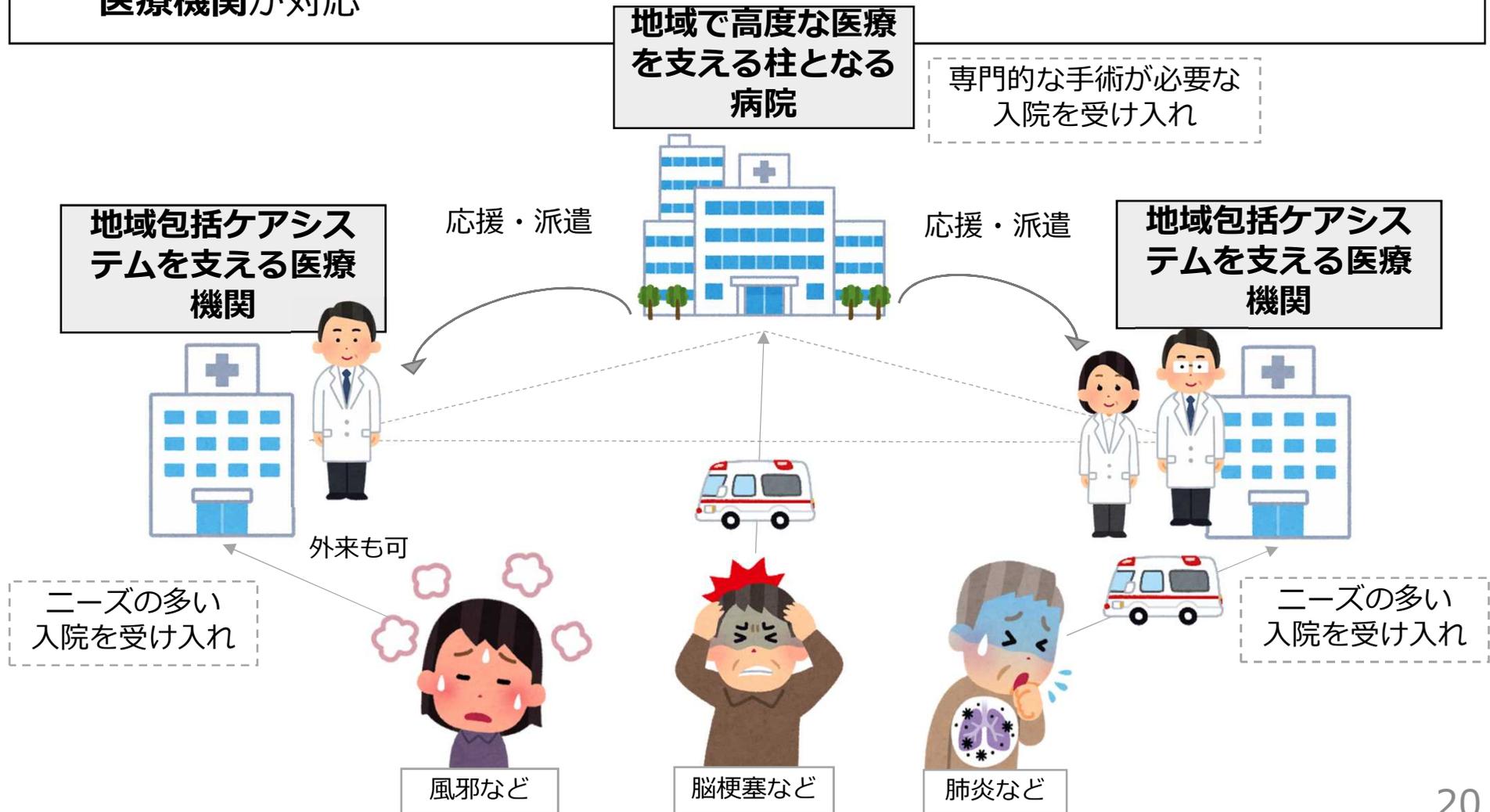
＜各病院の役割の基本的なイメージ＞

	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。

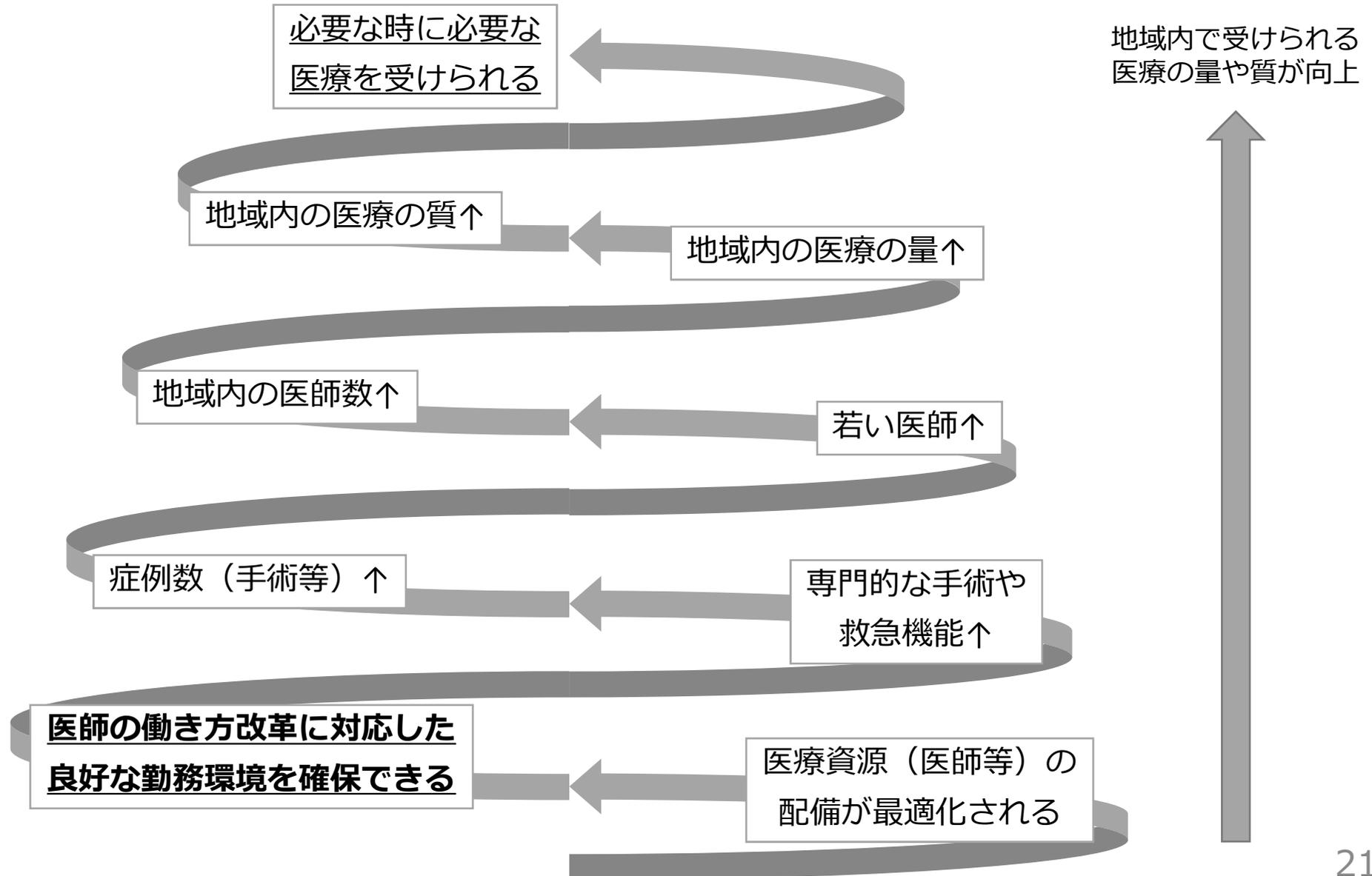
地域医療構想の実現に向けた医療提供体制の方向性（イメージ）

- 「**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



いま、手を打てば

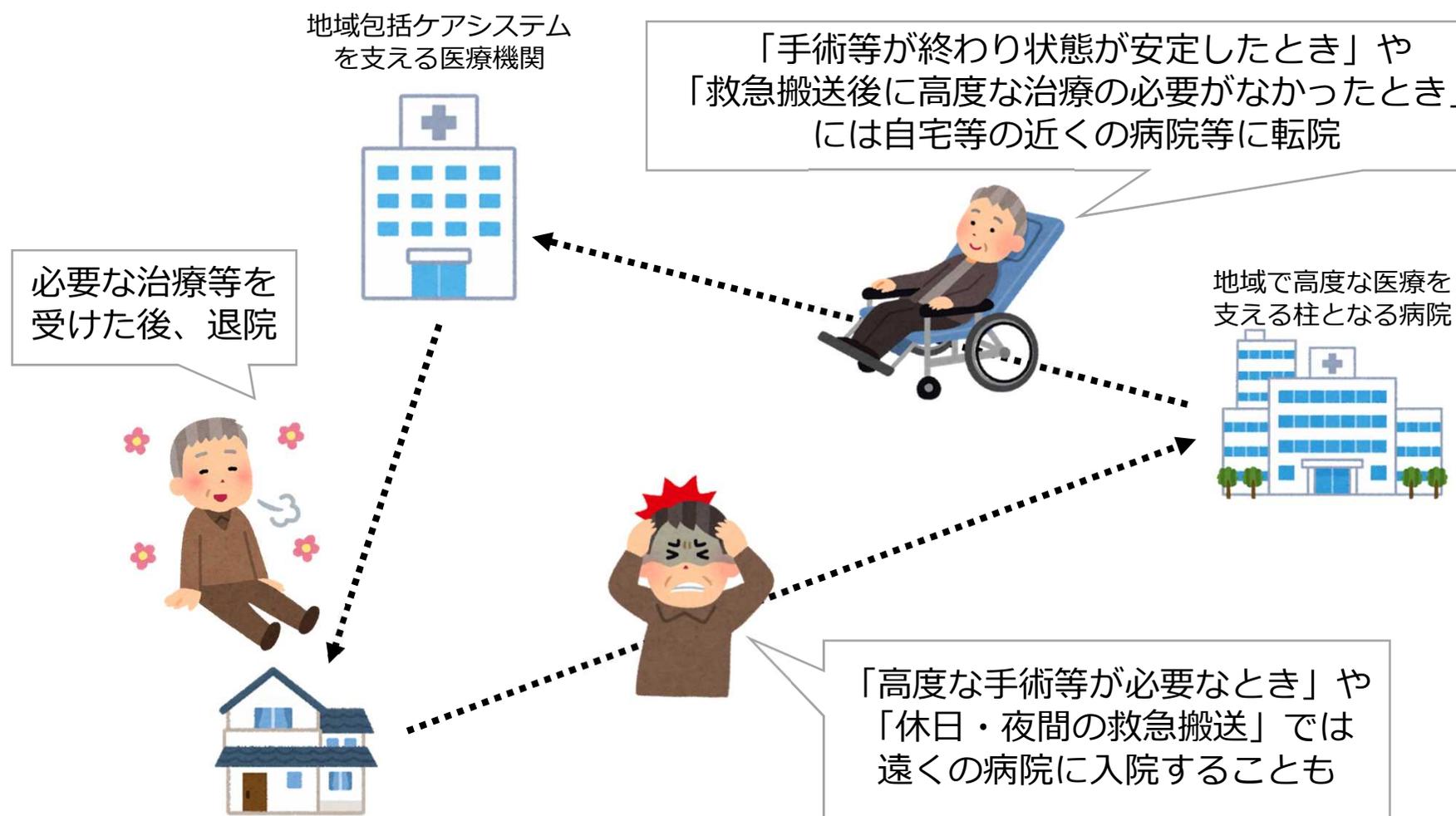
- いま手を打てば、流れを変えることができます



6. 地域包括ケアシステムを 支える体制について

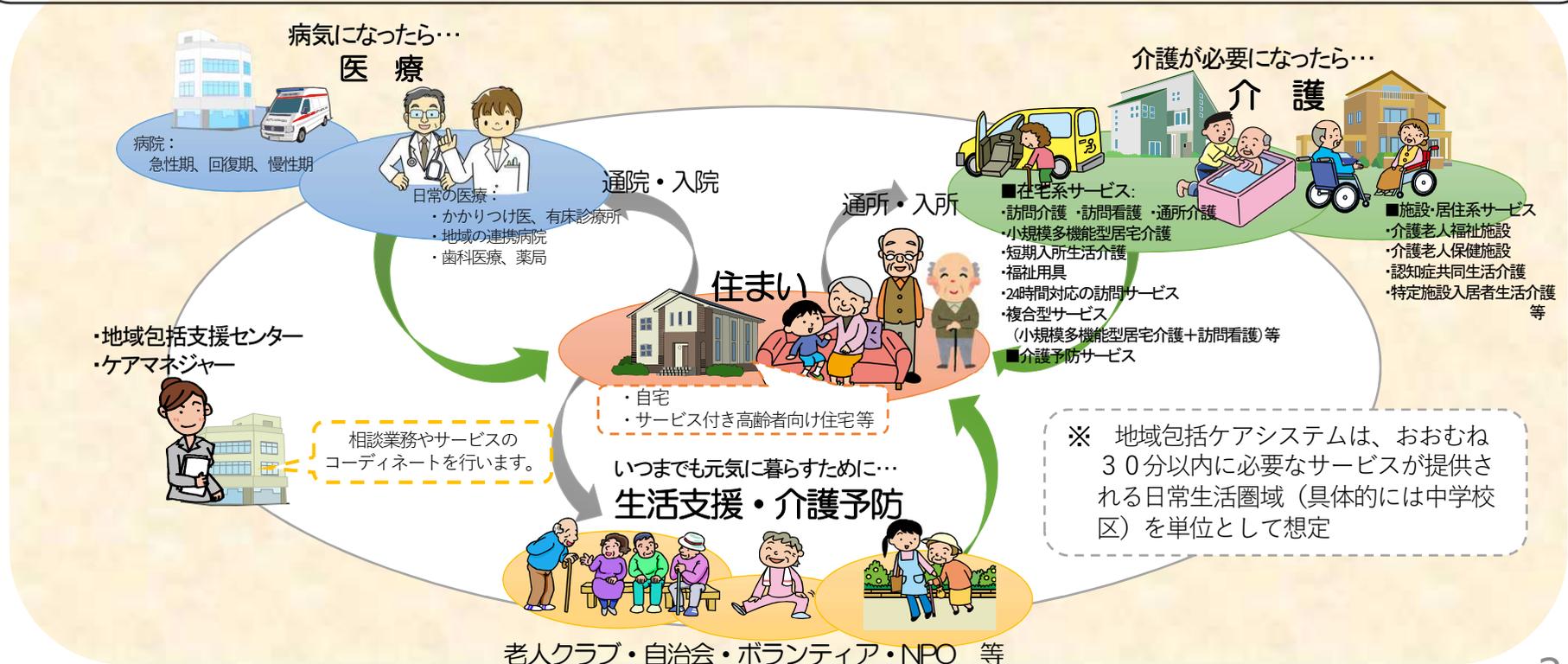
地域全体で支える医療

- 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**

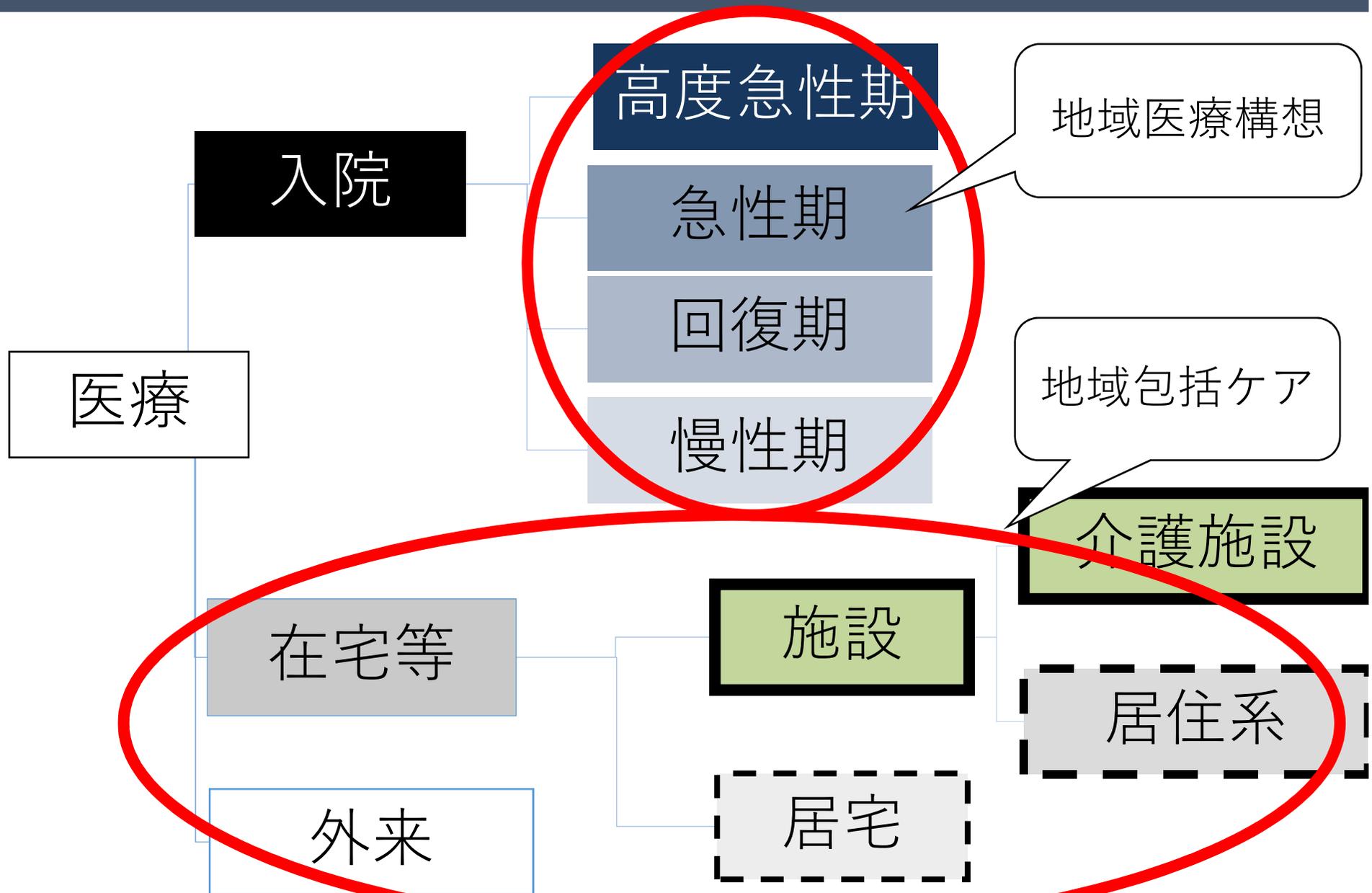


地域包括ケアシステムの構築

- 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



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の課題

- 「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>

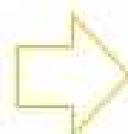
- 退院先（介護施設等（特に介護医療院）との連携）をどのように確保していくか
- 救急患者の受入をどの程度行えるのか（かかりつけ患者のみ、在宅患者の急変時対応、特に休日・夜間の対応（宿日直基準を満たすには休日・夜間の対応は困難ではないか）など）

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

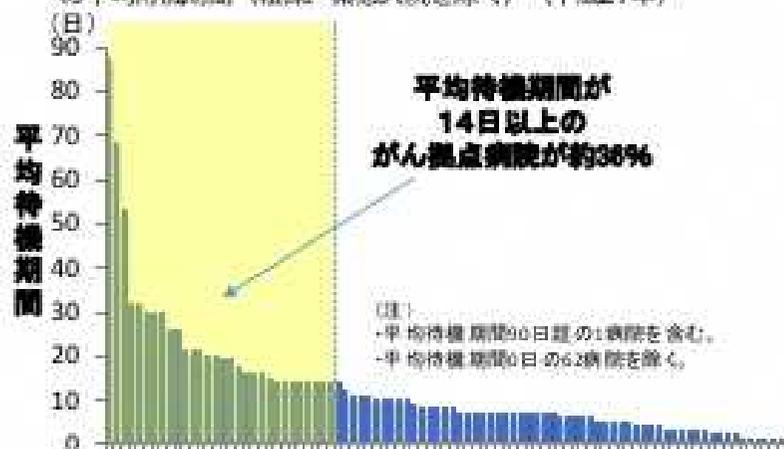
- 緩和ケア病棟入院料について、待機患者の減少と在宅医療との連携を推進する観点から、平均待機期間や在宅への移行実績に関する要件に応じ、入院料の区分を設ける。

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	

緩和ケア病棟に入院した患者の申し込みから入院するまでの平均待機期間（転棟・緊急入院を除く）（平成27年）



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

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。

7. 総合診療医の育成

総合的な診療能力を持つ医師養成等に係る新潟県と新潟大学との協定締結について

1 協定締結の目的

○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一層必要。

➡ 県と新潟大学医学部が連携して、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ため協定を締結

2 両者の役割等

	新潟県	新潟大学医学部
総合的な診療能力を持つ医師の卒前からの養成や確保等	<ul style="list-style-type: none">・総合診療医等の確保に向け県外への新大の取組の情報発信・総合診療医の魅力等を伝える専門研修プログラム説明会の開催 等	<ul style="list-style-type: none">・医学生に対する総合診療に係る教育等の実施・医師に対する魅力的な総合診療医プログラムの提供・各領域別診療科の専門医の総合的な診療能力取得の支援 等
地域枠医師などの総合的な診療能力の取得	<ul style="list-style-type: none">・<u>地域枠医師等の配置先について配慮</u>	<ul style="list-style-type: none">・<u>地域枠学生・医師等に対する教育及びキャリア形成の支援等</u>
医療情報の提供・活用	<ul style="list-style-type: none">・県内の各種医療統計情報等を新大医学部へ提供	<ul style="list-style-type: none">・医療統計情報等を教育現場等で活用

総合的な診療能力を持つ医師の養成・確保の必要性等

- 新潟県地域医療構想を進めていくためには、「地域包括ケアシステムを支える医療機関」における総合的な診療能力を持つ医師等の養成・確保が必要である。

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の課題

- 「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

（参考）専門研修制度における総合診療医の育成状況等

- ・新たな専門研修（H30～）では、臨床研修後に9割超の医師が専攻医取得を目指している。
- ・一方、総合診療科を選択する医師は限られており、地域の医療ニーズとの乖離が生じている。

(参考資料) 新潟大学医学部の総合診療医育成の取組概要 (取組イメージ図)



【新潟方式】による総合診療医育成 (NTMG)

本事業の目標：新潟から全人的に包括的な医療を提供でき、臓器専門的な診療のみならず、複数臓器横断的に基本的な全身診療が可能な医師を育てる！

【新潟方式】総合診療医育成コース：Niigata Training Methods for Generalist (NTMG)

新潟大学、新潟県を中心とするオール新潟体制で、総合診療学講座による卒前・卒後の一貫した総合診療教育体制のもと、総合診療専門医プログラムによる専門医育成、増加、配置、キャリア支援を行い、また基本領域専門医を対象とする総合診療研修を行い、総合的な診療能力を持つ医師を養成するシステム



(新潟大学ホームページより)

厚生労働省の「総合的な診療能力を持つ医師の養成推進事業」(R2新規)を受託

＜事業要件 (大学が持つ機能等)＞

- ① 教員、指導医等の派遣等を通じ、都道府県域を横断した総合診療研修施設間の広域ネットワークの構築
- ② 地域枠学生に限らず全医学生に対する総合診療医の授業・実習をコーディネート・実施
- ③ 総合診療医を希望する地域枠医学生等の選考時から卒後のキャリア支援までの一貫した指導等

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。



8. 実現に向けて

実現に向けて

- 行政・大学・病院が協働して、体制づくりに取り組んでいきます
- 県民一人ひとりの医療や医師に対する意識改革も必要になります

