令和３年４月

福祉保健部

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

１　背景・趣旨

○ 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。

○ 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。

○ 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。

○ 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。

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。

3　今後の方向性

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

（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。

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を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。

（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。

（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。

（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。

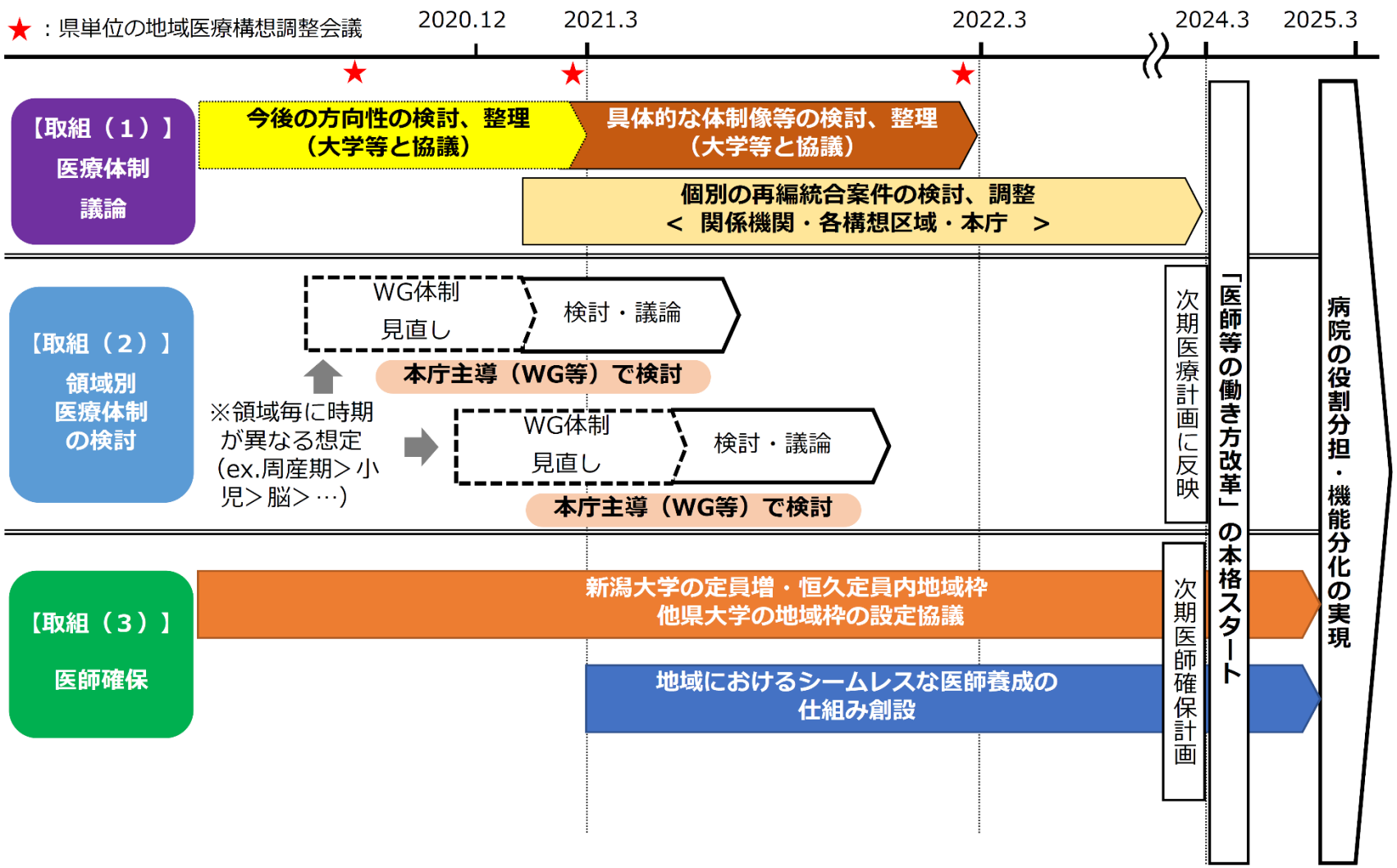
・ 「地域で高度な医療を支える柱となる病院」から周辺の病院へ医師を派遣する際に、通常の外来診療だけではなく、手術や救急外来等をサポートするような仕組みも考えていく必要がある。

（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。

（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。

地域医療構想の実現に向けた今後の進め方

ロードマップ（イメージ）