

# 新潟県における地域医療構想実現の 取組や医師確保の取組について

新潟県福祉保健部

令和3年11月17日

# ○本日お話ししたいこと

**1.新潟県の地域医療構想実現への取組**

**2.公立病院再編の取組**

**3.公立病院における新型コロナウイルス感染症対応の取組**

**4.医師確保や医師派遣の取組**

**5.公立病院への財政措置の要望**

# 1.新潟県の地域医療構想実現への取組

# ○本日お話ししたいこと

**1.新潟県の地域医療構想実現への取組**

**2.公立病院再編の取組**

**3.公立病院における新型コロナウイルス感染症対応の取組**

**4.医師確保や医師派遣の取組**

**5.公立病院への財政措置の要望**

# 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 (グランドデザイン)

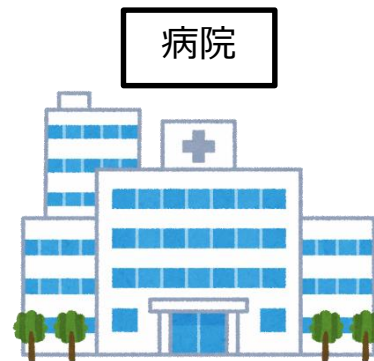
- 2024年からの医師の働き方改革や、今後見込まれる医療ニーズの変化に対応し、持続可能な医療提供体制を構築していくためには、将来に向けて各医療機関の役割分担と連携のあり方を具体化していく必要があります。
- グランドデザインは、各構想区域において具体化の検討を進めて行くに当たっての羅針盤となるよう、目指すべき役割分担のあり方に関する大枠の方向性や、議論に当たって留意すべき論点等を整理したものです。
- 令和3年4月16日開催の新潟県医療審議会で、今後の方向性について、同意をいただきました。

# 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

- 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	○	×

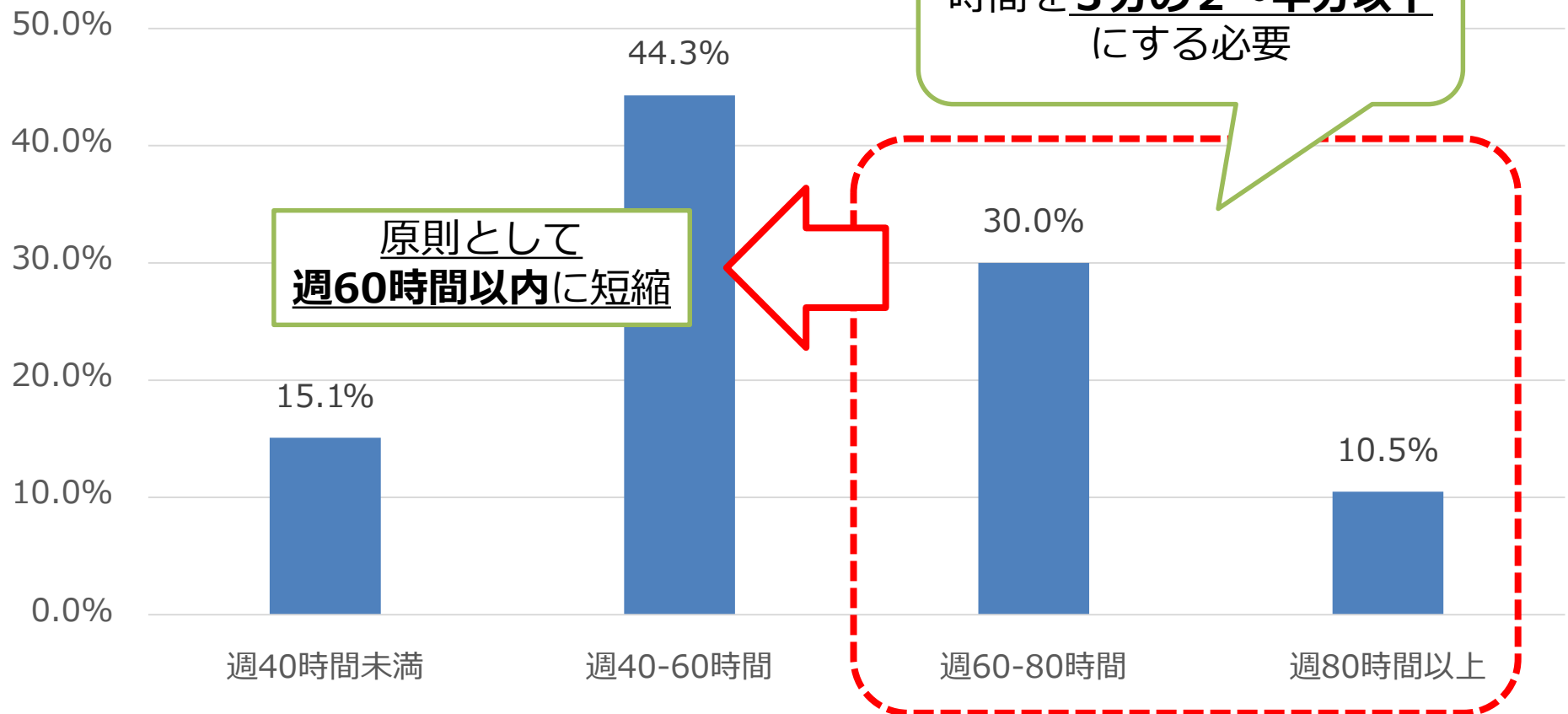
**現在の入院医療体制のままでは、何が問題になるのか？**

→次ページ以降でご説明します

- 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

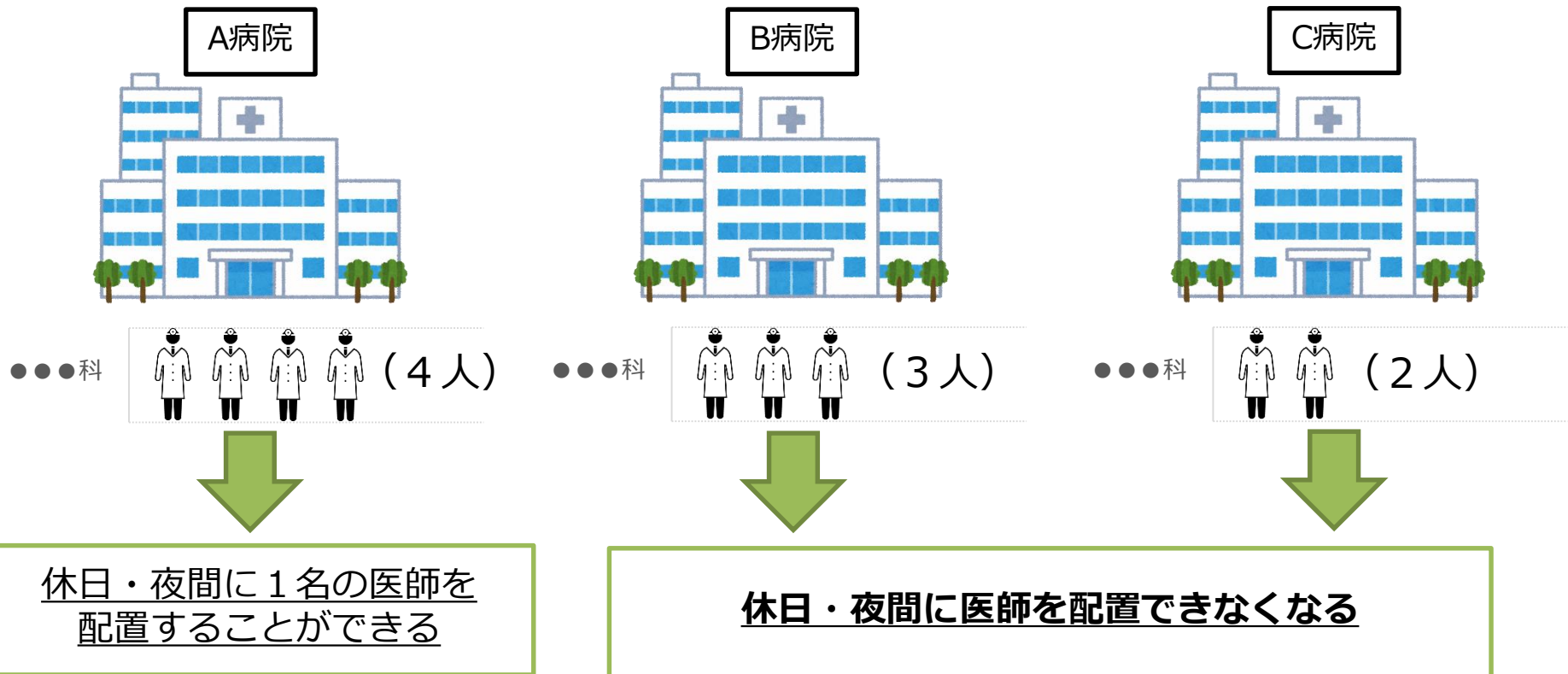
## 病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



※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



- 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

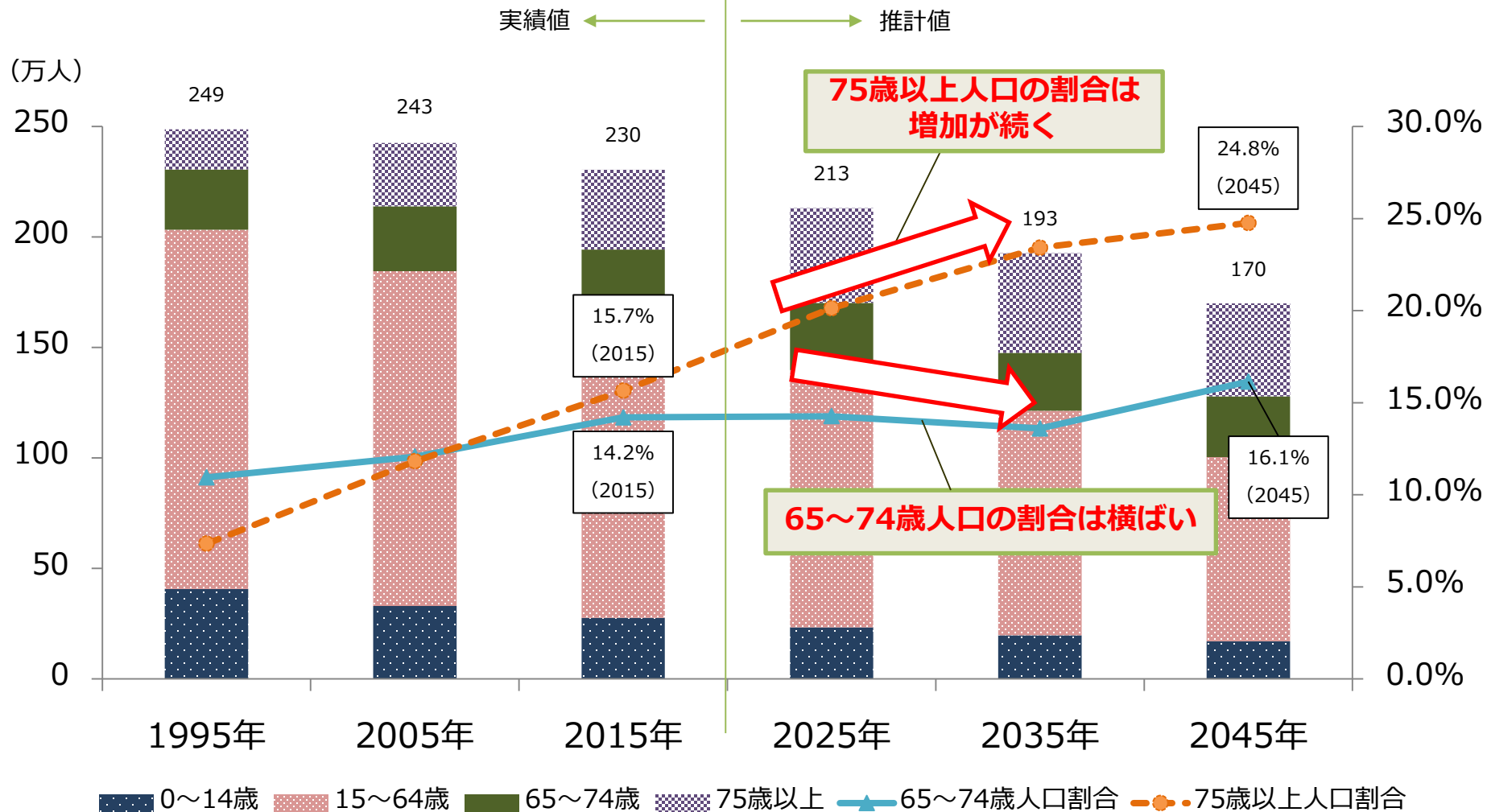
**それでも  
激務!**

(さらなる集約化も必要?)

# 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）

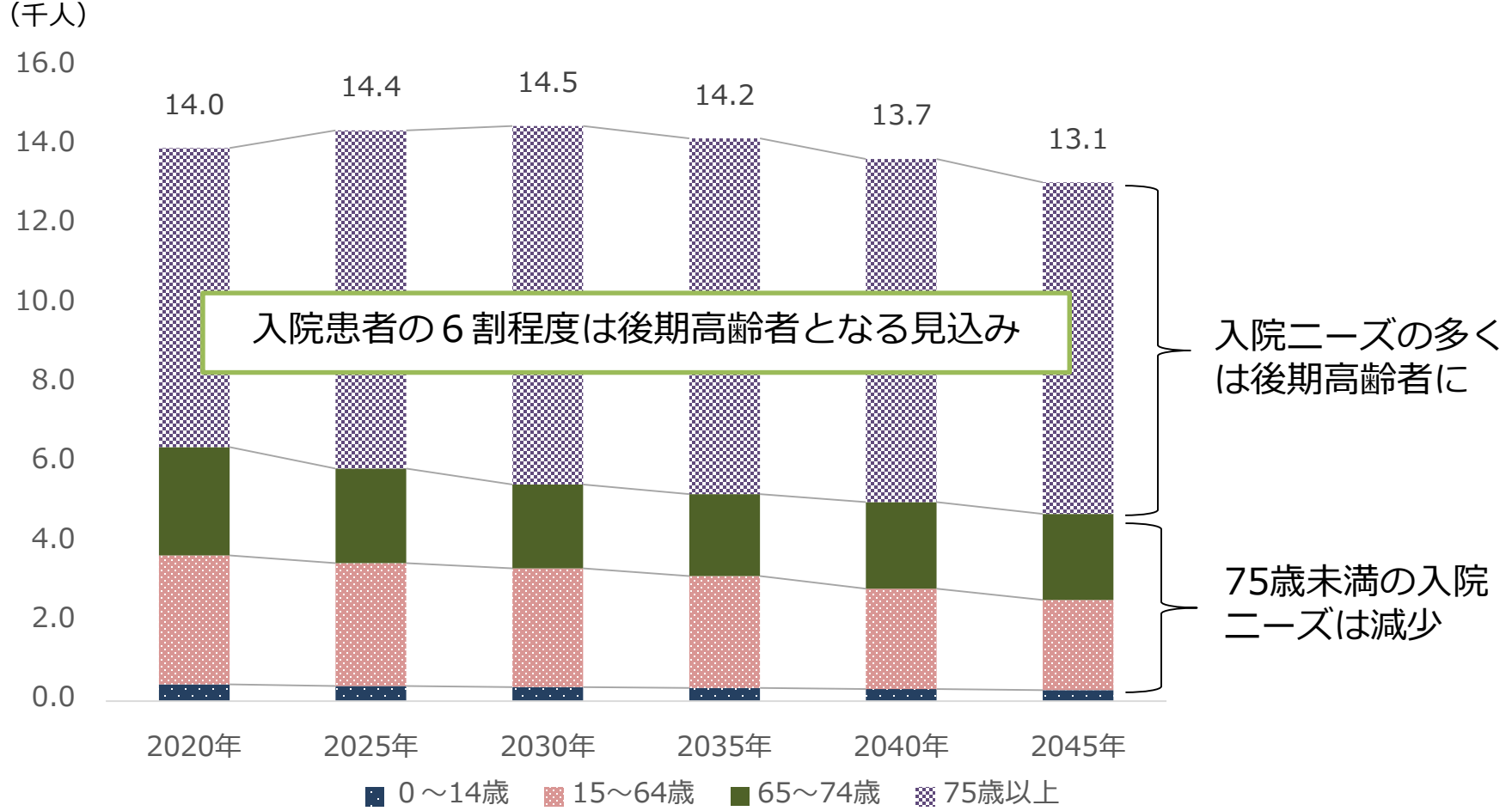
新潟県医療審議会資料  
(令和3年4月16日)

- 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）



資料：平成29年患者調査（厚生労働省）、社会保障・人口問題研究所 「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

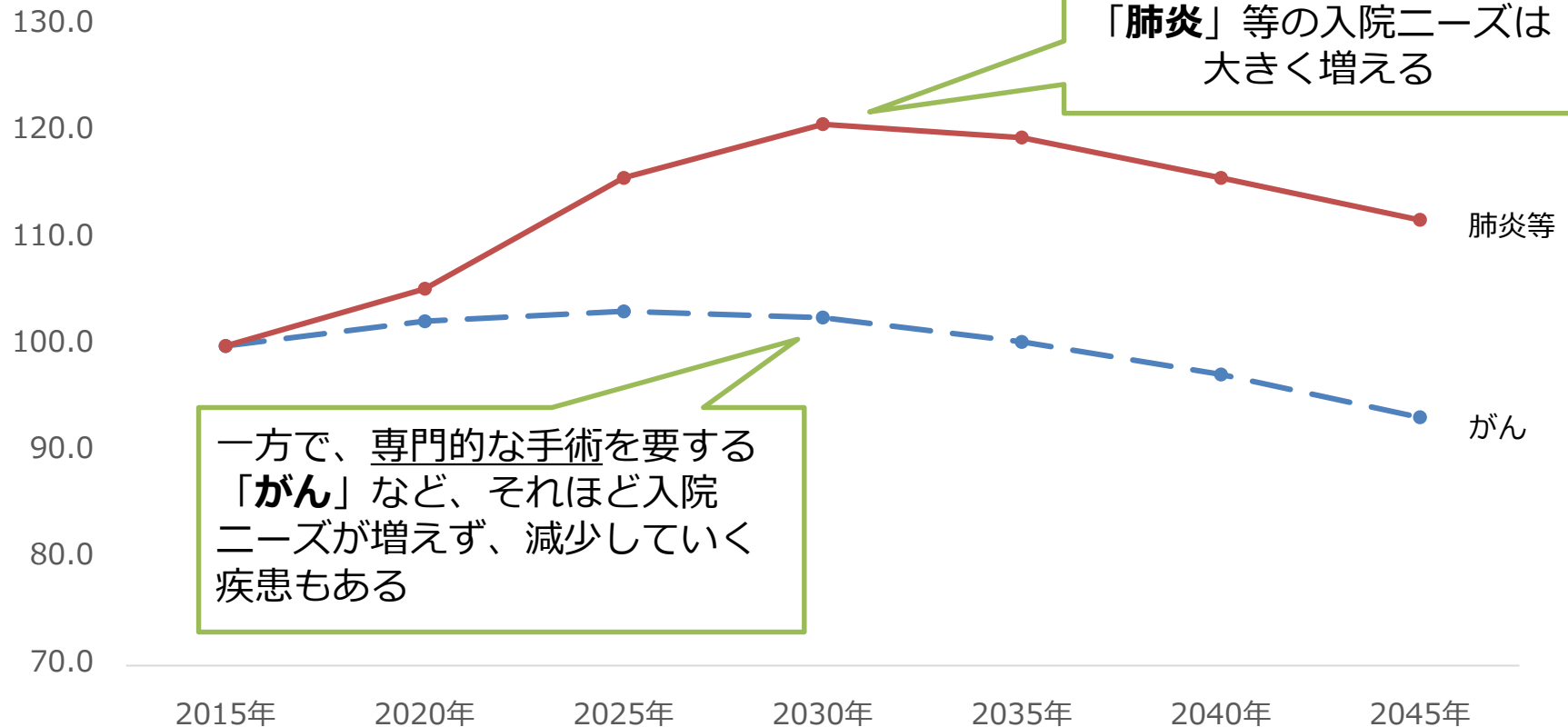
## 地域医療構想の必要性「その2」 ～人口構造と入院医療ニーズの変化への対応～

新潟県医療審議会資料  
(令和3年4月16日)

- 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)

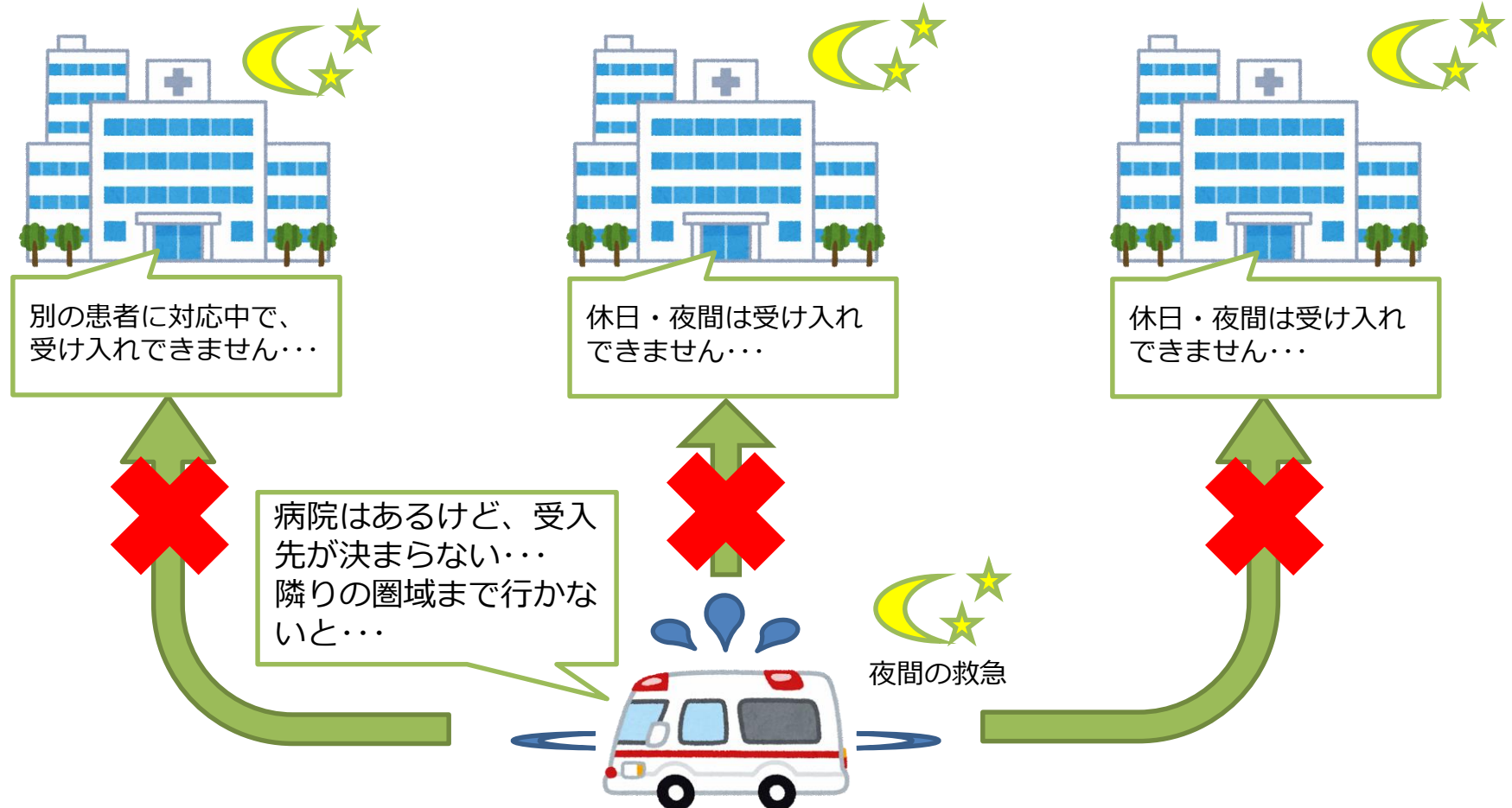


後期高齢者に多く見られる「肺炎」等の入院ニーズは大きく増える

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

○ 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)

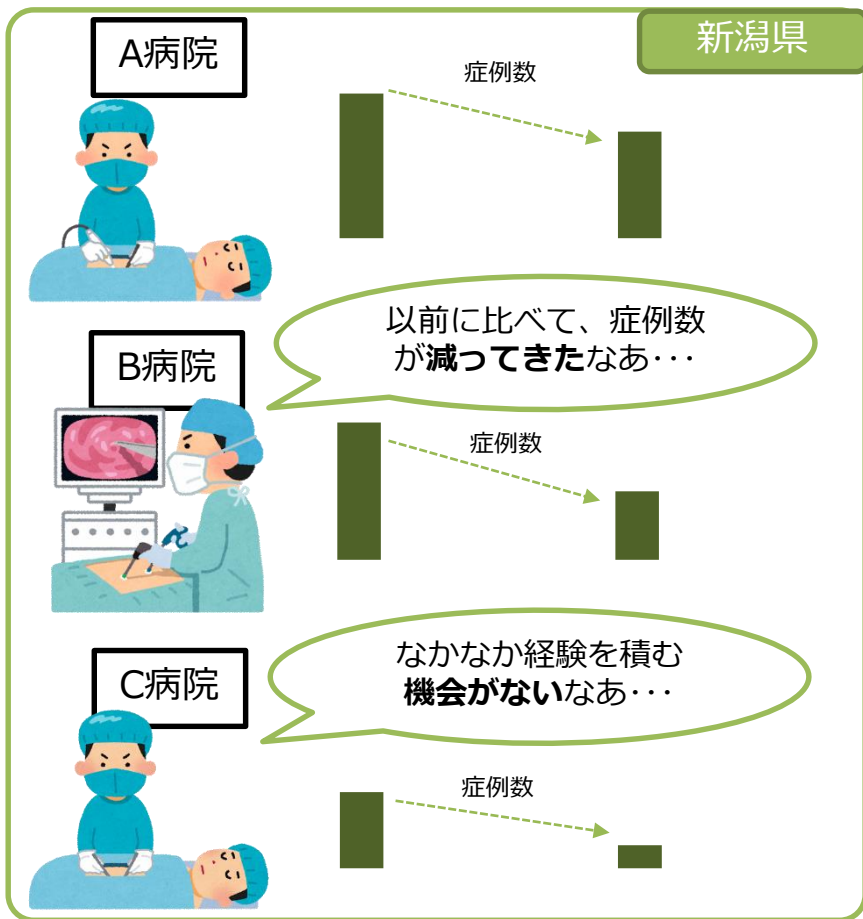


いずれの病院でも必要十分な医療提供（特に救急医療）ができなくなるおそれ・・・

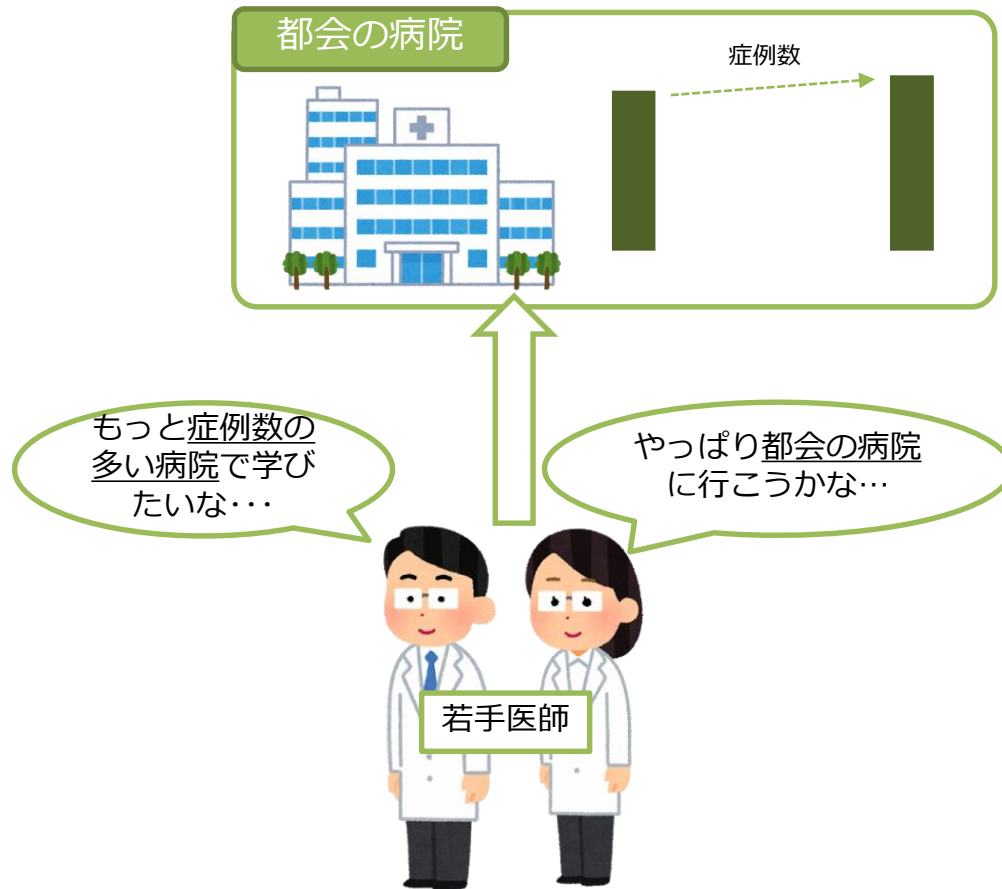
○ 高度・専門的な治療の対象患者は減少 → それぞれの病院の症例数(手術等)が減少

⇒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

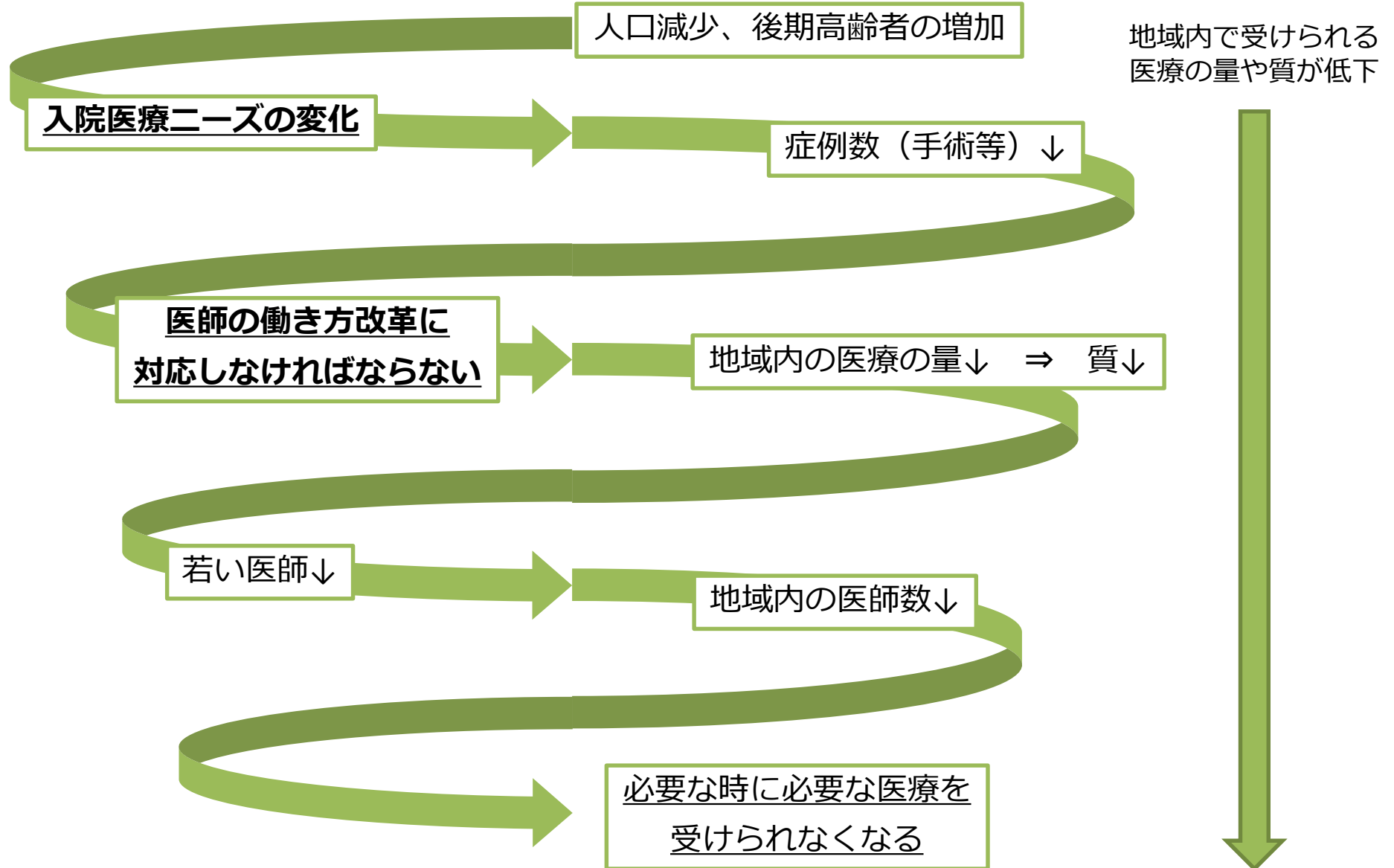


医療の質低下



若手医師流出

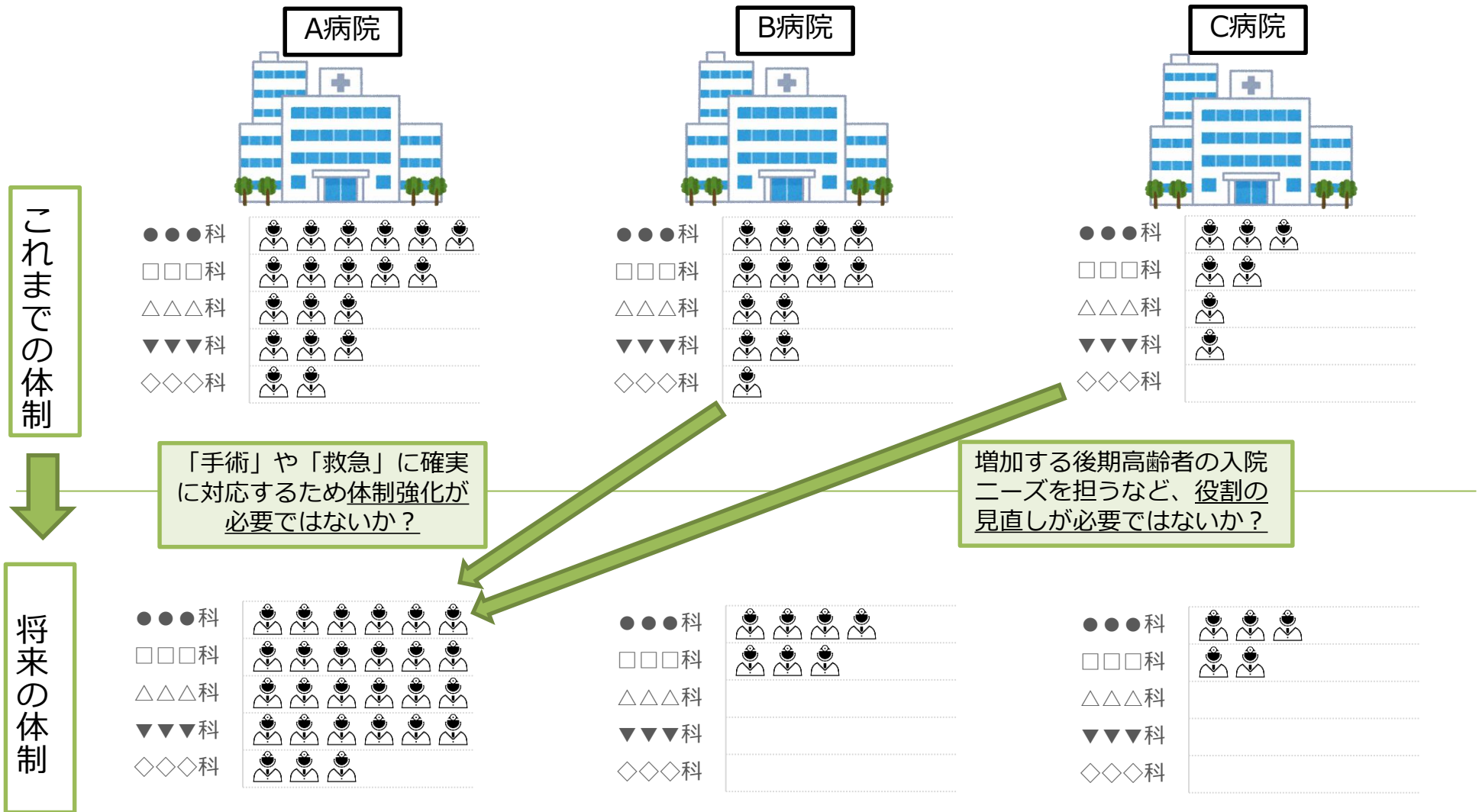
- どこかで流れを変えないと、抜け出せなくなります



- 「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



- 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**



## <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

今後二一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

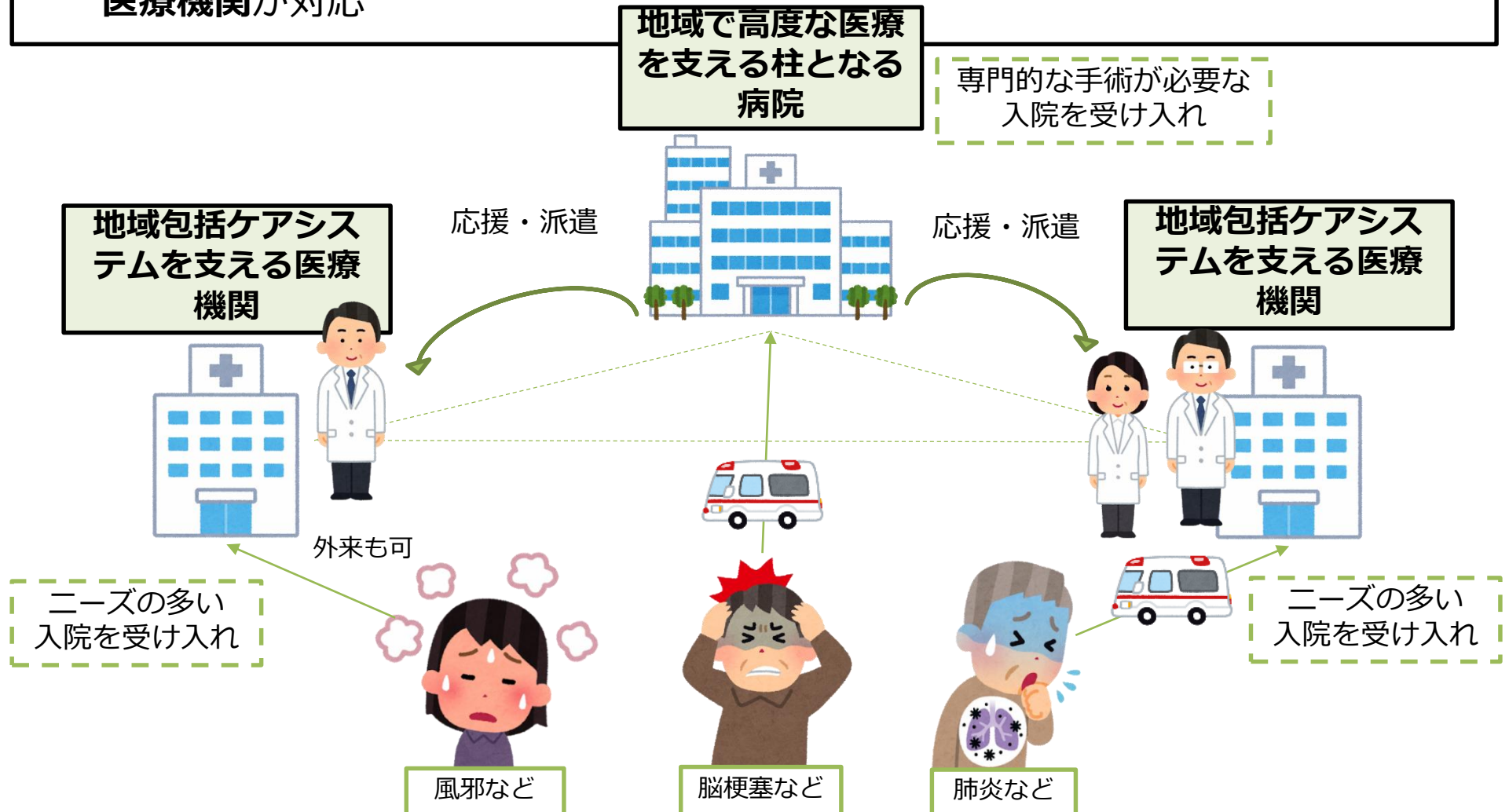
# <各病院の役割の基本的なイメージ>

新潟県医療審議会資料  
(令和3年4月16日)

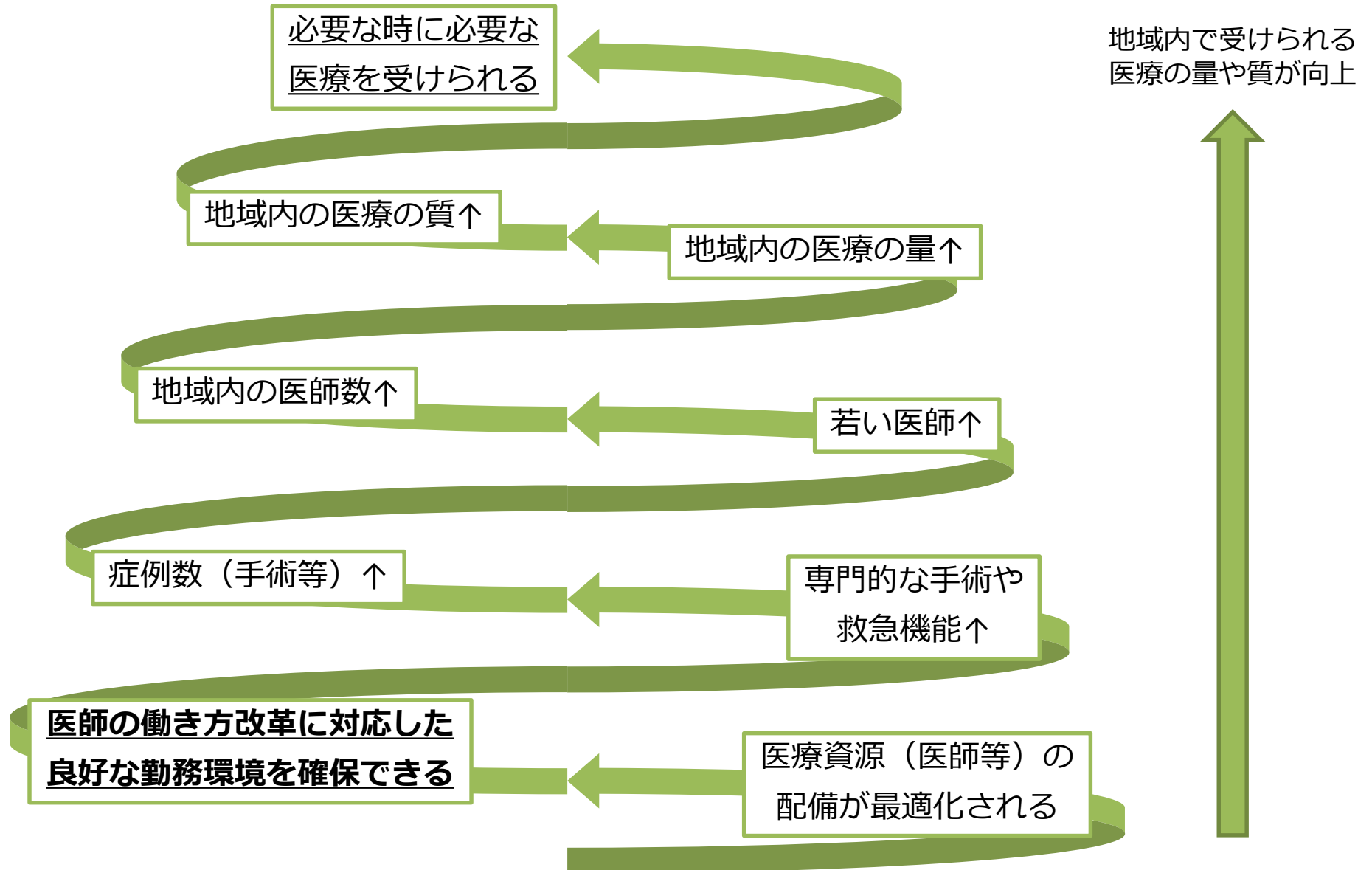
	地域で高度な医療を支える柱となる病院	地域包括ケアシステムを支える医療機関	
		救急拠点型	地域密着型
脳卒中・急性心筋梗塞等の高度・専門的な治療、手術機能	↑ ↓		
重症患者の救急受入れ機能			
<b>休日・夜間の救急受入れ機能</b>			
サブアキュート機能（軽・中等症患者の救急受入れ機能）			↑
在宅医療の後方支援機能（かかりつけ患者の救急受入れ機能等）			↑
ポストアキュート機能（長期急性期患者や回復期患者の受入れ、治療機能）		↓	↓

※ 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。

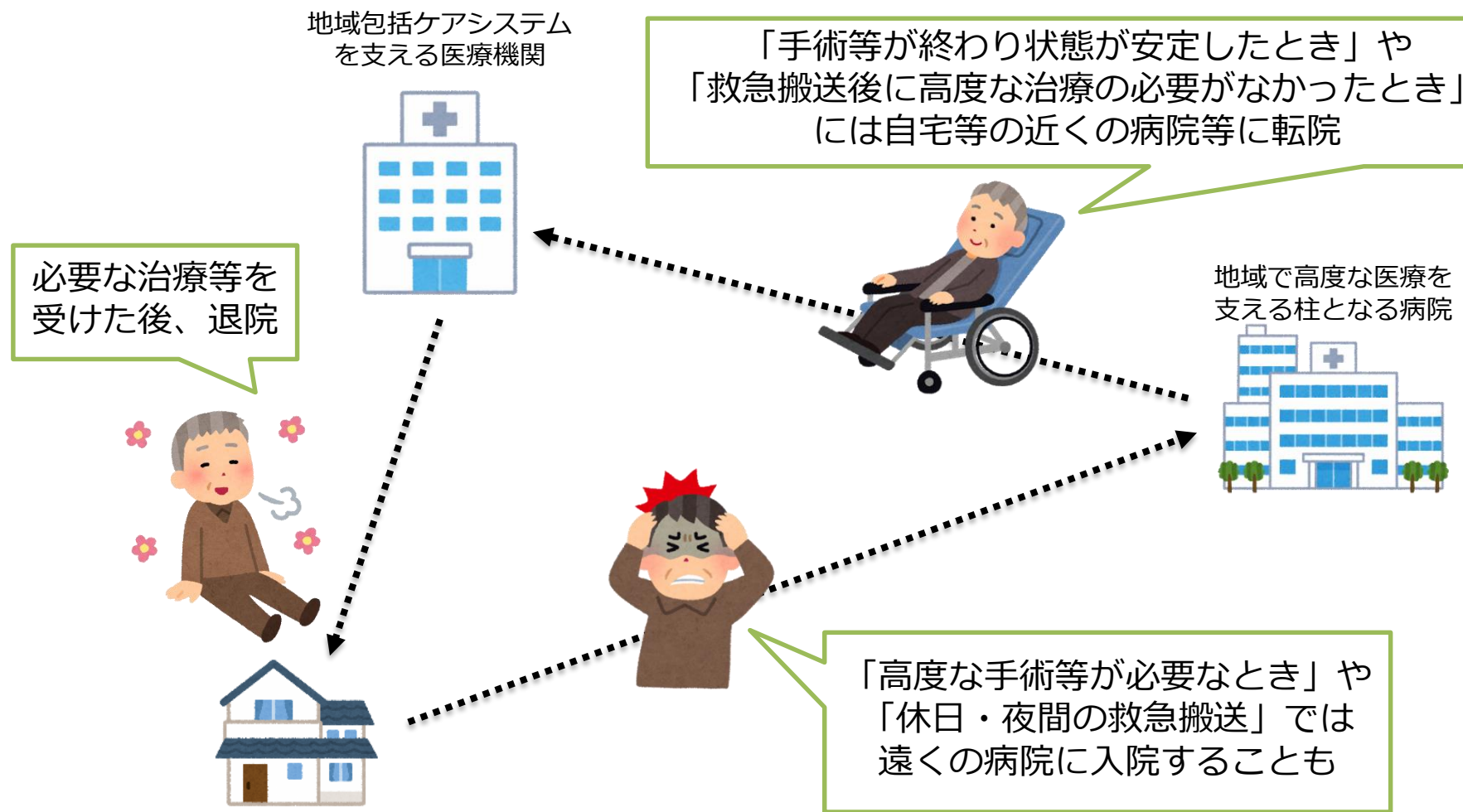
- 「地域で高度な医療を支える柱となる病院」の体制が強化され、専門的な手術や救急で入院が必要になった時に、構想区域内で質の高い医療を提供
- ニーズの多い入院（後期高齢者等）については、地域包括ケアシステムを支える医療機関が対応



- いま手を打てば、流れを変えることができます



- 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**



- 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

県民

医療についての理解

大学

医師養成（配置）

病院

経営方針の見直し

行政

リーダーシップ



## コロナ禍での地域医療構想推進の必要性の再認識

- 地域の中核病院を中心にコロナ患者を受け入れたことから、医療資源が充実し、対応力の大きい地域の中核病院の役割を再認識

新潟県知事 議会答弁（令和3年6月）

**問** 多くの病院で従来通りの急性期機能を中心とした医療提供を継続することは、今後、患者数の減少が予想される中、病院を運営していく体力が衰弱し、その結果として地域に必要な医療機能が失われていくことが懸念されるが、このような状況は何としても避けなければならないと考える。新型コロナウイルス感染症対応における課題や知見も踏まえ、本県医療の将来に向けた提供体制はどうあるべきか知事の所見を伺う。

**答** 本県では、地域の中核病院を中心に地域の内外の新型コロナウイルス患者を受け入れており、これらの対応状況から、**医療資源が充実し、対応力の大きい地域の中核病院の役割や圏域内外の連携の重要性を再認識**したところである。

また、今後、患者数の減少や医療ニーズの変化が予想される中、多くの病院が従来のように急性期機能を中心とした医療を提供し続けることで、病院経営の悪化を招き、場合によっては、いずれの病院も経営が困難となるなど、地域に必要な医療機能が失われる懸念もあると認識している。

そのため、医師の働き方改革に対応しながら、地域に必要な医療を維持していくためには、**医療資源の一定程度の集約化により、地域の中核病院の機能が充実・強化されることが重要**であり、場合によっては、二次医療圏を越えて連携し、対応できる医療提供体制としていくべきであると考えている。



# 県央構想区域の重点支援区域の選定について

令和2年8月25日付けで県央構想区域が重点支援区域に選定

## 重点支援区域

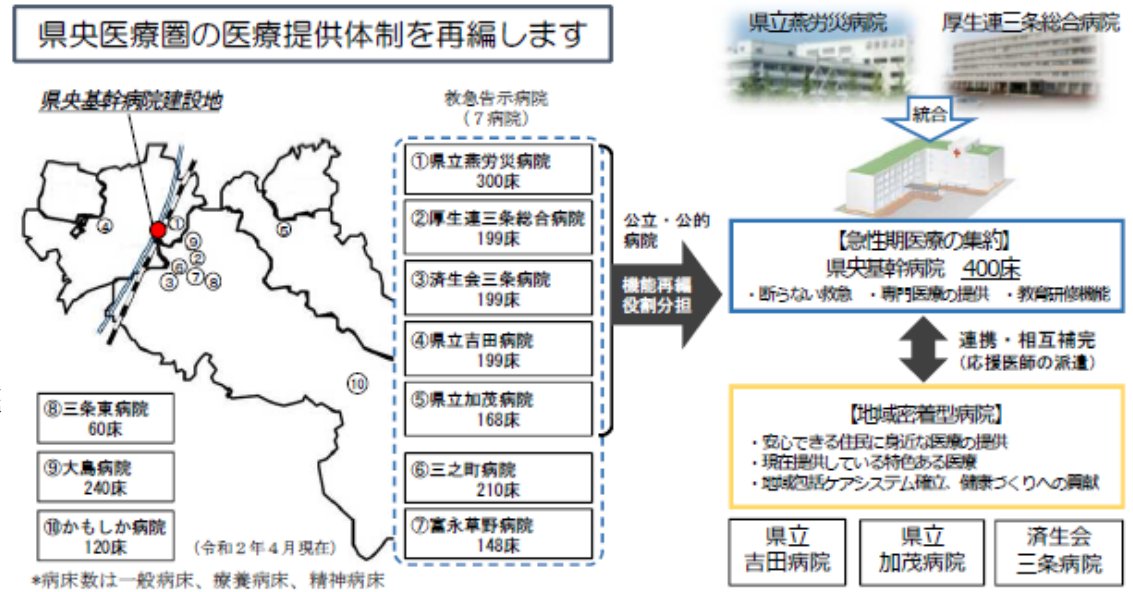
県央構想区域  
(三条市、加茂市、燕市、弥彦村、田上町)

## 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。



# 新潟県の重点支援区域への申請(令和3年度)

## 1 上越区域

### (1) 経 過

令和3年9月27日付けで申請

### (2) 目 的

上越市内の人工透析医療体制の確保が喫緊の課題となっているなど、医療再編を見据えた体制構築の議論が待ったなしの状況であるが、区域内の病院は公立・公的病院が大半を占め、その設置主体が多様であるとともに、隣接県の大学との関係が深い病院も多く、調整が難しいことが想定されるため、国の後押しを得て医療機能の再編議論を進める。

### (3) 対象医療機関

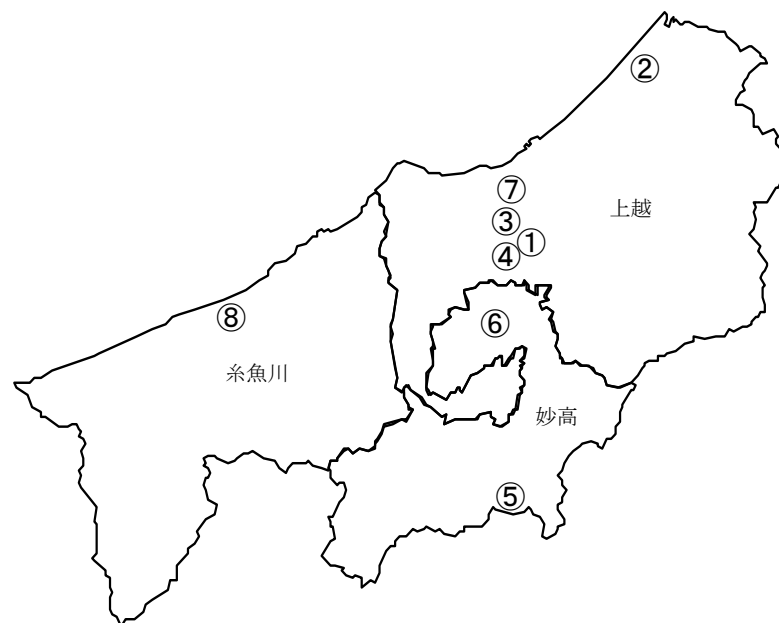
【公立病院】 県立中央病院、県立柿崎病院、県立妙高病院、上越地域医療センター病院

【公的病院】 上越総合病院、けいなん総合病院、糸魚川総合病院、新潟労災病院

### (4) 再編の概要

まだ具体的な再編のイメージが形成されていない状況

No.	病院名(★:再検証対象)	許可病床数(稼働)
①	県立中央病院	一般: 524床 (519床)
②	県立柿崎病院★	一般: 55床 (55床)
③	上越総合病院	一般: 313床 (313床)
④	上越地域医療センター病院★	一般: 142床 (142床) 療養: 55床 (55床)
⑤	県立妙高病院★	一般: 56床 (56床)
⑥	けいなん総合病院★	一般: 120床 (120床)
⑦	新潟労災病院★	一般: 360床 (106床)
⑧	糸魚川総合病院	一般: 261床 (261床)



## 2 佐渡区域

### (1) 経 過

令和3年10月27日付けで申請

### (2) 目 的

本区域は、離島という地理的な制約により、特に医療資源が不足している。近年、医師不足を理由として島内の医療機関の縮小が進み、これまで提供されてきた医療サービスが維持できなくなっているため、国の後押しを得て、持続可能な医療提供体制の構築に向けた再編を進める。

### (3) 対象医療機関

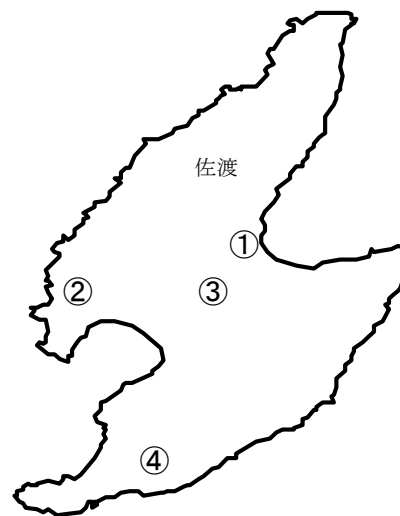
【公立病院】市立両津病院、市立相川病院

【公的病院】厚生連佐渡総合病院、厚生連南佐渡地域医療センター

### (4) 再編の概要

市立両津病院を急性期から回復期・慢性期を中心とした機能に転換し、市立相川病院及び佐和田病院(R4年3月末で病床閉鎖)の入院機能を両津病院に集約するとともに、急性期機能を佐渡総合病院に集約する。また、医師・看護師の確保や在宅医療の体制強化を図る。

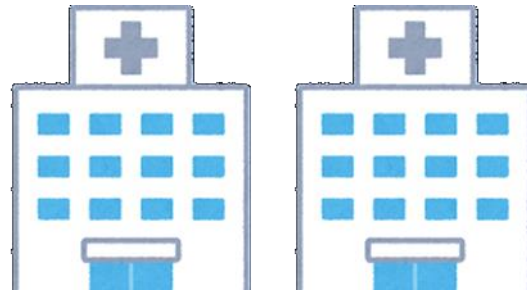
No.	病院名(★:再検証対象)	許可病床数(稼働)
①	佐渡市立両津病院★	一般：99床(60床)
②	佐渡市立相川病院	一般：52床(52床)
③	佐渡総合病院	一般：350床(350床)
④	南佐渡地域医療センター	一般：19床(19床)



# 医療再編を進めるための課題

○ 医療再編を進めるためには様々な課題を解決していく必要がある。

## 地元住民の理解



## 再編病院の給与格差



## 医療再編



## 労働組合



# 少人数のキーマンによる意見交換

「少人数での意見交換等」での議論・検討を中心に進める

## 少人数での意見交換等（随時実施）

- ・ 病院長、都市医師会会長を中心とした認識合わせ
- ・ 懸案事項等の聞き取り、課題整理
- ・ 具体的な将来像の検討

## 少人数での意見交換のイメージ

メンバー (調整会議 構成員)	少人数グループ		
	Aグループ	Bグループ	Cグループ
〇〇都市医師会 会長	●		
〇〇〇病院 院長	●		●
〇〇〇病院 院長	●	●	
〇〇〇病院 院長		●	
〇〇〇病院 院長		●	
〇〇都市医師会 会長			●
〇〇〇病院 院長			●

## 2. 公立病院再編の取組

# ○本日お話ししたいこと

- 1.新潟県の地域医療構想実現への取組
- 2.公立病院再編の取組
- 3.公立病院における新型コロナウイルス感染症対応の取組
- 4.医師確保や医師派遣の取組
- 5.公立病院への財政措置の要望

# 公立病院再編の取組（魚沼基幹病院の事例）

## ○魚沼基幹病院（平成27年開院）について

- 再編前において、魚沼圏域は、人口10万人当たりの医師数が全国42位となる新潟県の中でも最低であったことに加え、県内で圏域面積が最も広く、救命救急搬送やがん治療等の高度医療も他圏域に頼る状況にあった。
- そのため、魚沼基幹病院を整備し、医師を集積させて三次救急や高度医療等を担うとともに、周辺病院が初期医療等を担う機能分担を図りながら、地域完結型の医療体制を目指す医療再編を行い、併せて、周辺病院の医療機能を維持するため、基幹病院からの医師派遣等の医療体制を構築した。



## ○医療再編後の医師の派遣状況と課題

- 魚沼基幹病院からの医師派遣年間：1,297回



### 【医師派遣における課題】

- 医師派遣に対しては、地域の拠点病院が医師の確保が困難な地域の公立病院に対して医師を派遣する際等の財政措置がなされているが、魚沼基幹病院は、周辺病院への医師派遣回数が1,297回（令和2年度）になり、**医師派遣に伴う年間の逸失利益は1.9億円、派遣に係る医師給与費相当額が、0.3億円（試算）に上り課題**となっている。

## ○魚沼基幹病院での新型コロナ対応

- 地域の基幹的病院を整備したことで、新型コロナ対応では、専用病棟の設置（西7病棟60床）「コロナ対応チーム」の編成ができ、圏域内の患者はもとより、他圏域からの患者の受入も実施

### ▶対応力の大きい中核病院への医療資源集約の必要性を再認識

#### 【新型コロナ感染症入院患者数】

令和2年度：70名 令和3年度：135名（10月31日現在）

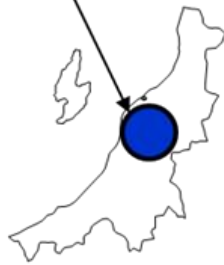
### 【地域医療構想を踏まえた医療再編への課題】

- 周辺病院の病床機能変更への壁（回復期への転換）



# 公立病院再編の取組（県央基幹病院）

県央医療圏



## 再編統合の姿

県立燕労災病院(300床)



三条総合病院(199床)



2病院を統合し  
基幹病院を整備

統合

隣接医療圏  
救命救急センター  
(新潟市民病院等)



連携

超急性期の脳卒中  
や心臓血管外科手  
術など、より高次  
の救急医療、高度  
専門医療を提供



【R5年度新設・開院】  
県央基幹病院(400床)

- ・様々な重症度・疾患の救急患者を診断し、治療を行うER救急
- ・総合的診療能力を持つ医師を確保・育成

急性期・手術機能を  
基幹病院に集約

機能集約

県立吉田病院(199床)



済生会三条病院(199床)



県立加茂病院(168床)



### 3. 新型コロナウイルス感染症対応の取組

# ○本日お話ししたいこと

- 1.新潟県の地域医療構想実現への取組
- 2.公立病院再編の取組
- 3.公立病院における新型コロナウイルス感染症対応の取組
- 4.医師確保や医師派遣の取組
- 5.公立病院への財政措置の要望

# 新型コロナウイルス感染症対応の取組



“オール新潟”でサポート

感染の疑い



→ 受診相談 →

新潟県新型コロナ  
受診・相談センター

検査・診断



診療・検査  
医療機関等

陽性

療養先の調整



保健所  
患者受入調整センター  
(PCC)  
新潟県医療調整本部

重症・中等症  
(軽症のハイリスク者も含む)

入院療養



- ・重症受入医療機関
  - ・中等症受入医療機関
  - ・抗体カクテルセンター など
- 毎週、県と受入病院等がWEB会議を開催し治療方針等を共有

入院待機  
ステーション  
※1

上り・下り  
運搬の調整

無症状 or 軽症

入院外療養

宿泊療養



- ・県内4施設300室整備済
- ・パルスオキシメーターを療養者全員へ配布
- ・隔離により家庭内での更なる感染拡大を防ぐ

自宅療養



- ・パルスオキシメーターを療養者全員へ配布
- ・食糧支援を実施
- ・産婦人科・小児科医の協力で妊婦も子どもも安心して療養可能



医師会等  
(オンライン診療担当医)



大学病院・がんセンター  
(遠隔健康医療相談 ※2)



看護協会等  
(日々の健康観察)



薬剤師会  
(薬の配達)



患者受入  
調整センター  
(PCC)  
新潟県  
医療調整本部

症状悪化時には  
速やかに入院療養に  
切替(上り)

<重症患者受入状況> ※11/1現在

種別		重症者の 受入割合
公立	県立	19.1%
	市立	42.7%
公的	国立大学法人	14.6%
	国立病院機構	1.1%
	日本赤十字社	18.0%
	厚生連	3.4%
	済生会	1.1%
	民間	0%
合計		100%

※1.入院待機ステーション：入院病床がひっ迫した際に臨時的に開設し、入院待機者に対し、入院先が決まるまでの間、酸素投与等の生命維持に必要な処置を実施する施設

※2.遠隔健康医療相談：大学病院やがんセンターの医師が患者の電話相談を受け、上り搬送の要否とオンライン診断の要否を決定する

<さらなる受入れ(対応力)強化に向けた課題>

コロナ患者に対応可能な医師・看護師等の人材が不足しており、確保病床を増加させるにあたっての障壁となっている。

→人材育成及び派遣体制の強化が必要

## 4. 医師確保や医師派遣の取組

## ○本日お話ししたいこと

- 1.新潟県の地域医療構想実現への取組
- 2.公立病院再編の取組
- 3.公立病院における新型コロナウイルス感染症対応の取組
- 4.医師確保や医師派遣の取組
- 5.公立病院への財政措置の要望

# 1. 医療の偏在

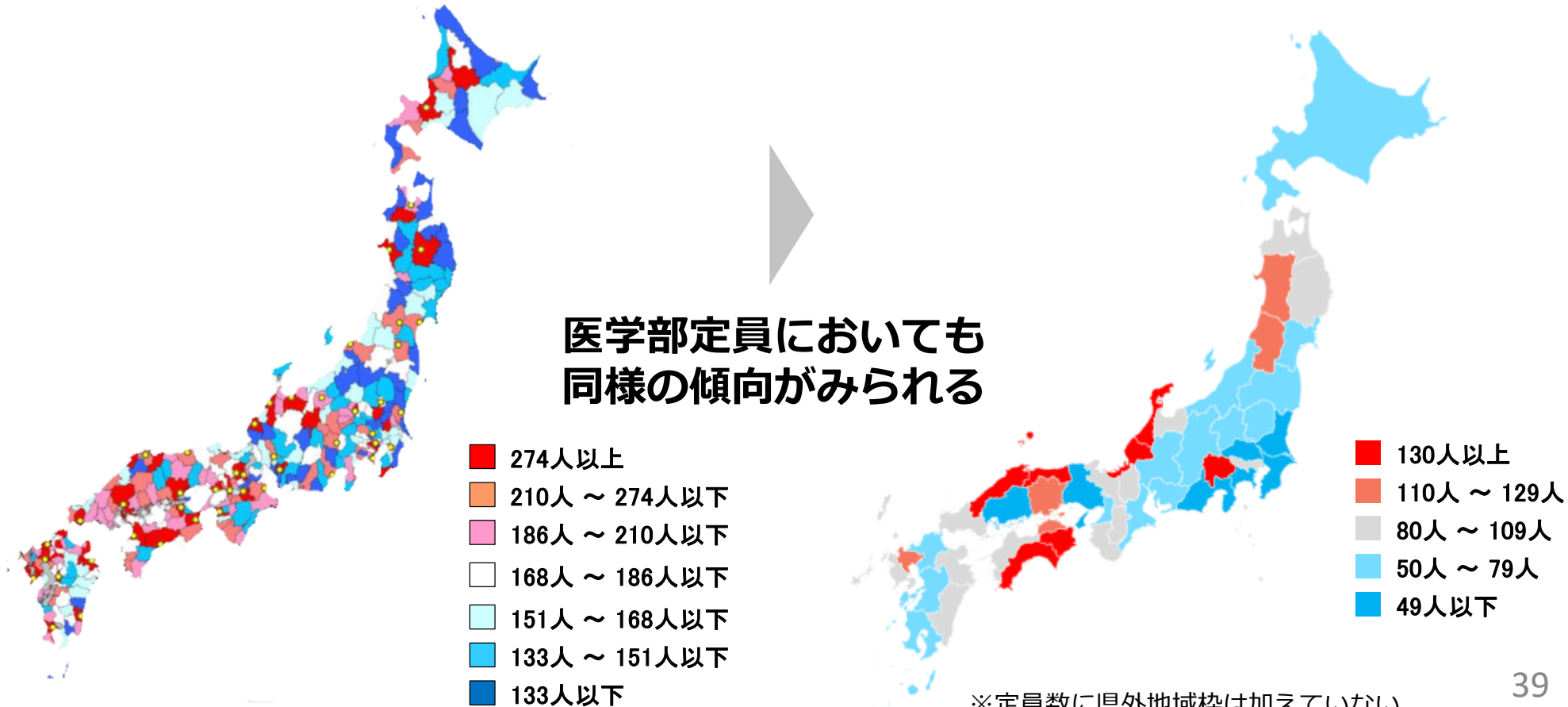
## 医師偏在の構造的要因

医師の数は、全国的に西高東低の状況。

人口あたりの医学部定員数の偏在という構造的要因が背景にある。

人口100万人あたり医師（二次医療圏ごと）

人口100万人あたり医学部定員数



# 1. 医療の偏在

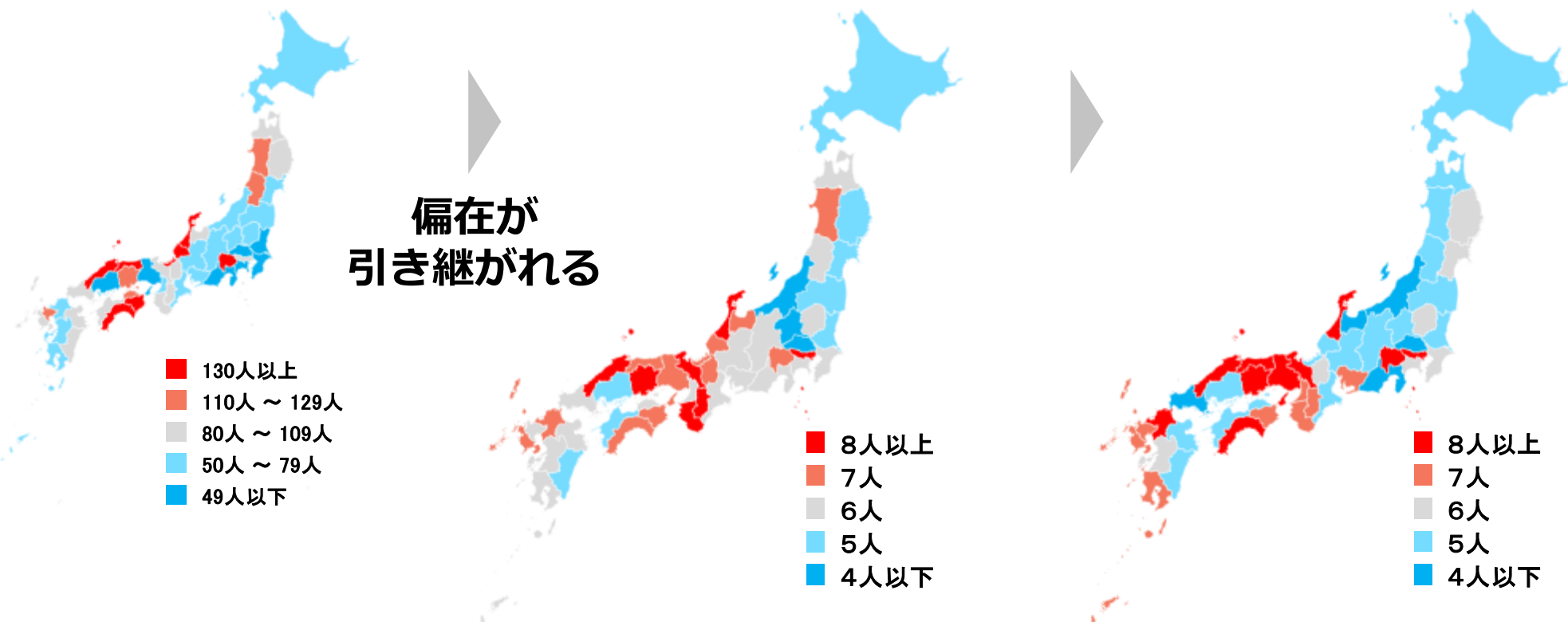
## 臨床研修医の偏在

医学部定員数と臨床研修医・専攻医の偏在には相関がみられる。  
臨床研修医の定員見直しやシーリングの強化など、**都市部への集中**  
**是正の仕組み**が必要。

人口100万人あたり  
医学部定員数

人口10万人あたり  
臨床研修医数

人口10万人あたり  
専攻医数

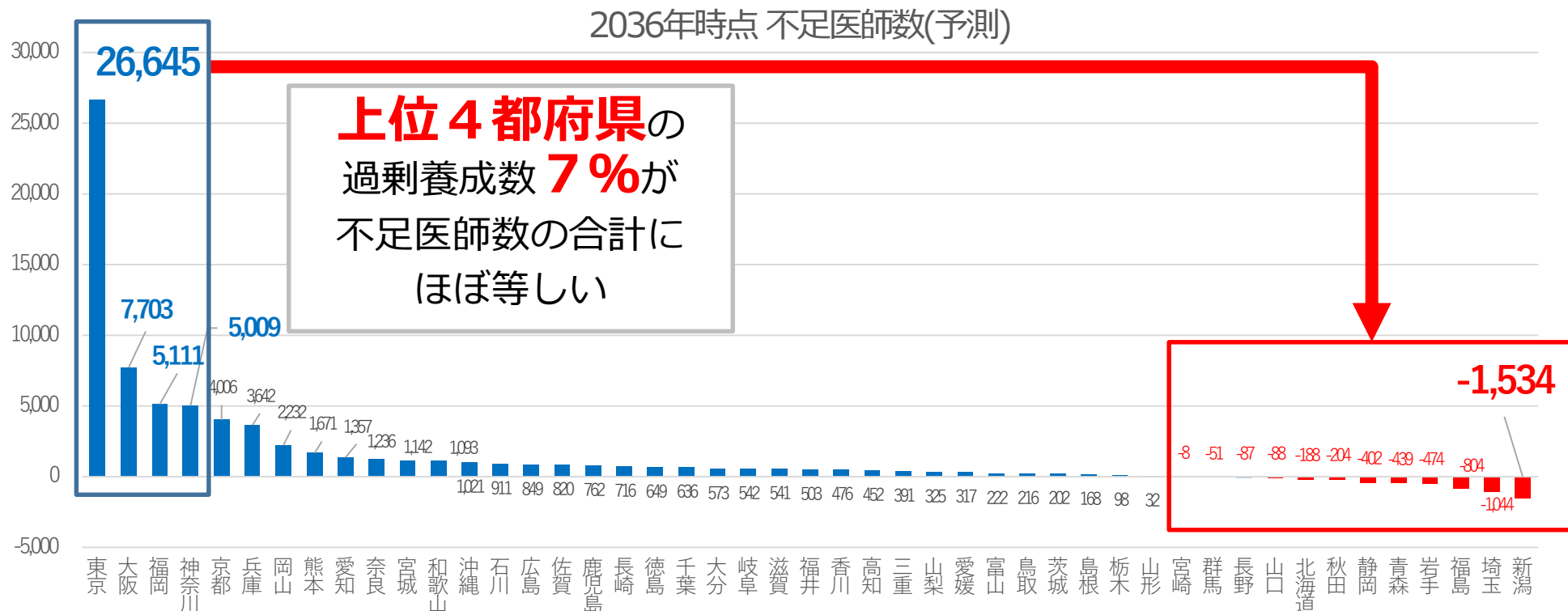




# 1. 医療の偏在

## 将来（2036年時点）における不足医師数等（見込み）

医師多数県の将来時点の過剰養成数（不足医師数プラス分）のうち都市部4都府県分※が80%（43,465人）を占めており、その7%分程度を医師少数県に移せば、医師少数県の将来時点の不足医師数3,146人の確保は実現可能と見込まれる



臨床研修や専門研修の速やかかつ抜本的な制度改革等が必要

# 2. 臨床研修制度の見直し

## 医師の地域偏在解消に向けた臨床研修制度の見直し

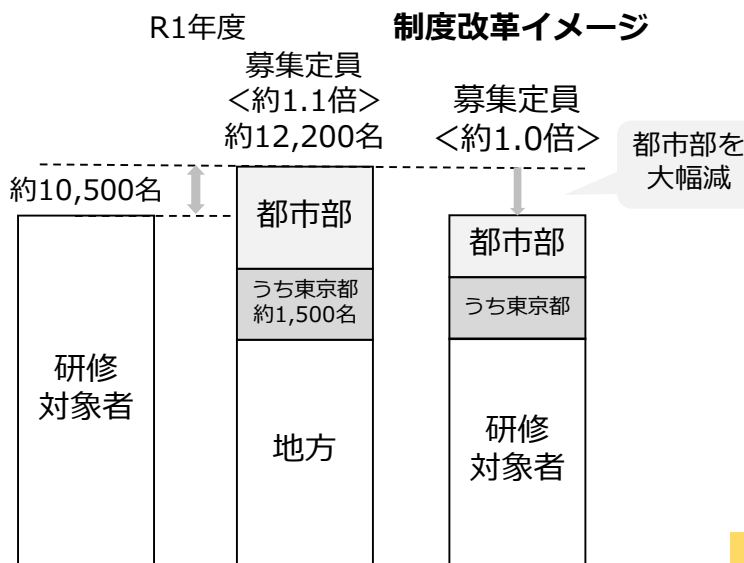
### 【提言】

大都市圏における臨床研修の募集定員を減少させ、募集定員を研修対象者数と同程度にする取組を早期に実現するなど、医師少数県における臨床研修医の確保に最大限配慮し、都市部への集中を是正する抜本的な対策を速やかに行うこと。

### 【現状と課題】

- ◆ 臨床研修医は県内への定着率が高く、医師少数県において臨床研修医の確保が重要
- ◆ 一方、現行の臨床研修制度には構造的な問題があり、都市部へ臨床研修医が集中
  - ※全国どの臨床研修病院でも選べるため、症例数が多く指導体制が充実した都市部の病院へ集中

研修対象者数に対し、募集定員との差（1,700名程度）がある。  
⇒都市部に流れる余地



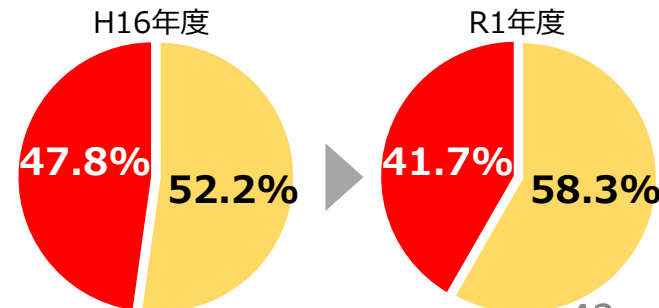
### 【国の募集定員倍率の圧縮に向けた動き】

募集定員枠の全国的な圧縮（募集定員倍率の圧縮）  
→ 定員充足している都市部の研修医数が減少  
**地域の定員数が増加**

募集定員倍率（実績と予定）

H16年度	1.31倍
	↓
R3年度	1.09倍
	↓
R7年度	1.05倍

研修医の採用数の変化(実績)



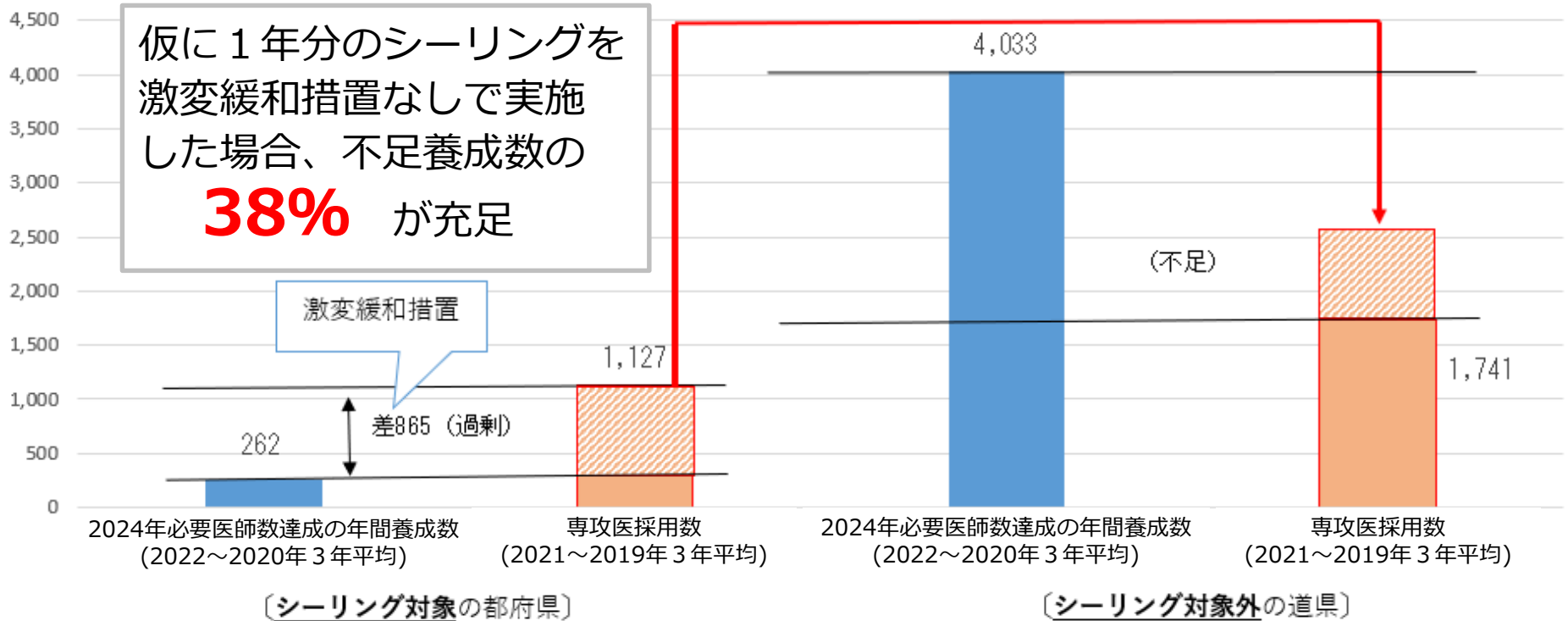
■ その他の道県

■ 6都府県：東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府、福岡県

# 3. 専門研修シーリング制度の見直し

専門研修シーリングは、激変緩和措置があるため、偏在対策には不十分な状況。激変緩和措置の見直しにより、シーリングをしっかりとけることが必要。

専攻医のシーリング有無別の2024年の年間必要養成数と採用状況（内科・過去3年）



	シーリング対象の都府県		シーリング対象外の道県	
	2024年必要医師数達成の年間養成数	専攻医採用数	2024年必要医師数達成の年間養成数	専攻医採用数
3年平均	262	1,127	4,033	1,741

※過去の採用実績まで戻せる激変緩和措置により、東京都などのシーリング後の募集定員は減っていない。  
 (東京都・内科 年間必要養成数(2022年)：▲95名、募集定員 2020年：515名、2021年：521名、2022年：521名)

## 5. 公立病院への財政措置の要望

# ○本日お話ししたいこと

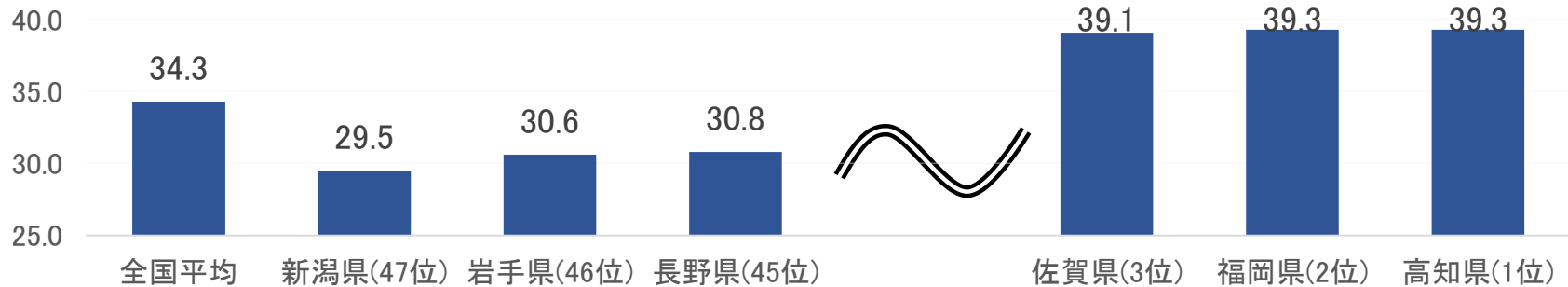
- 1.新潟県の地域医療構想実現への取組
- 2.公立病院再編の取組
- 3.公立病院における新型コロナウイルス感染症対応の取組
- 4.医師確保や医師派遣の取組
- 5.公立病院への財政措置の要望

# 新潟県の医療施策を巡る状況

- 本県は一人当たり医療費が全国最低であり、国全体の医療費抑制に貢献している。

【一人当たり医療費実績（2018年度年齢調整後）】

（単位：万円）



- 一方、広い県土を持つ本県の地域医療の確保においては、県立病院の果たす役割が大きく、15の県立病院のうち6つは不採算地区の医療を担っている。

県立病院への繰出額: 168億円 (2020実績)

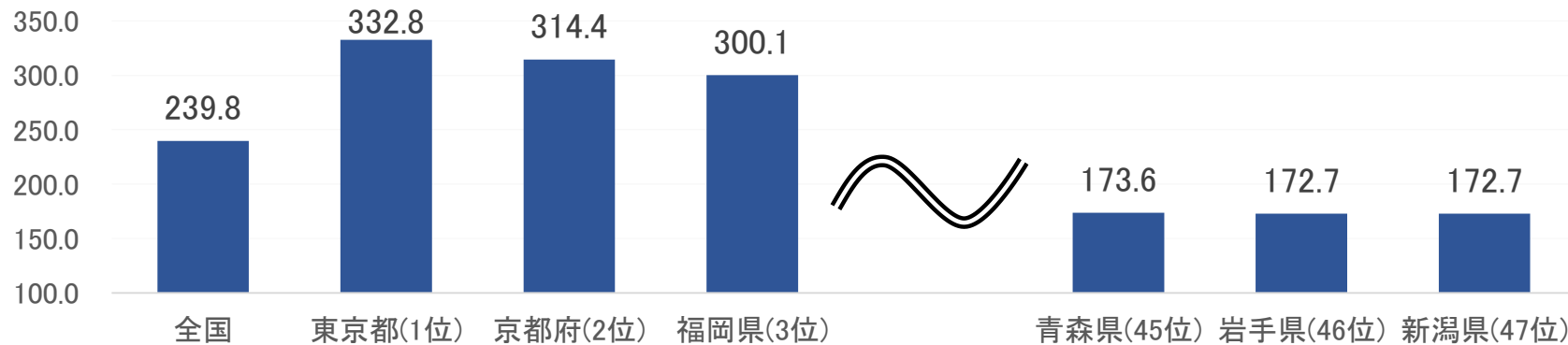
(うち不採算地区病院への繰出額: 20.7億円)

【全国の不採算地区病院(県立)に占める本県の割合 (2019年)】

	病院数		
	全国	本県	割合
病院数	22	6	27.3%
病床数	1,734	481	27.7%

- 医師偏在指標が全国最下位であり、年間109名の追加養成が必要と示されている。

【医師偏在指標】



# 公立への財政措置の要望①

- 「新公立病院改革ガイドライン」に基づく病院事業債（特別分）等の財政措置について、本県県央地域の喫緊の課題である中核的な基幹病院の整備に全力を挙げられるよう、新たなガイドラインを速やかに策定し、延長・拡充することをお願いしたい。
- 公立病院は、新型コロナウイルス対応で大きな役割を果たし、改めてその重要性が認識されたところですが、特に医師不足の本県では、医療再編や看護師も含め医療従事者の確保が喫緊の課題であるため、こうした課題にしっかりと対応できるよう十分な財政措置の実施をお願いしたい。

## 再編統合について（県央医療圏）

県立燕労災病院と厚生連三条総合病院を**統合**し、  
県央基幹病院を整備

県立燕労災病院(300床)

三条総合病院(199床)



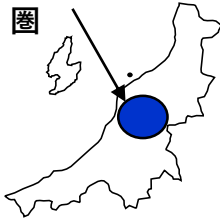
統合



【R5年度新設・開業】  
県央基幹病院(400床)

救急医療、県央医療圏唯一の感染症病床、がん診療機能などを整備

県央医療圏



機能集

県立吉田病院(199床)

済生会三条病院(199床)

県立加茂病院(168床)



県立吉田病院、県立加茂病院、済生会三条病院の急性期の機能を県央基幹病院に集約

## 県立病院の医師・看護師確保に係る取組例

### 【県単独事業】

#### 初期臨床研修医への支援

- ・ 初年度の処遇改善（基本給の向上）
- ・ 研修医宿舎住居費の無償化
- ・ 奨学金の貸与（研修後2年間県内勤務で返還免除）

#### 民間企業を活用した看護師の確保

- ・ 民間コンサル会社を活用した看護師の採用活動

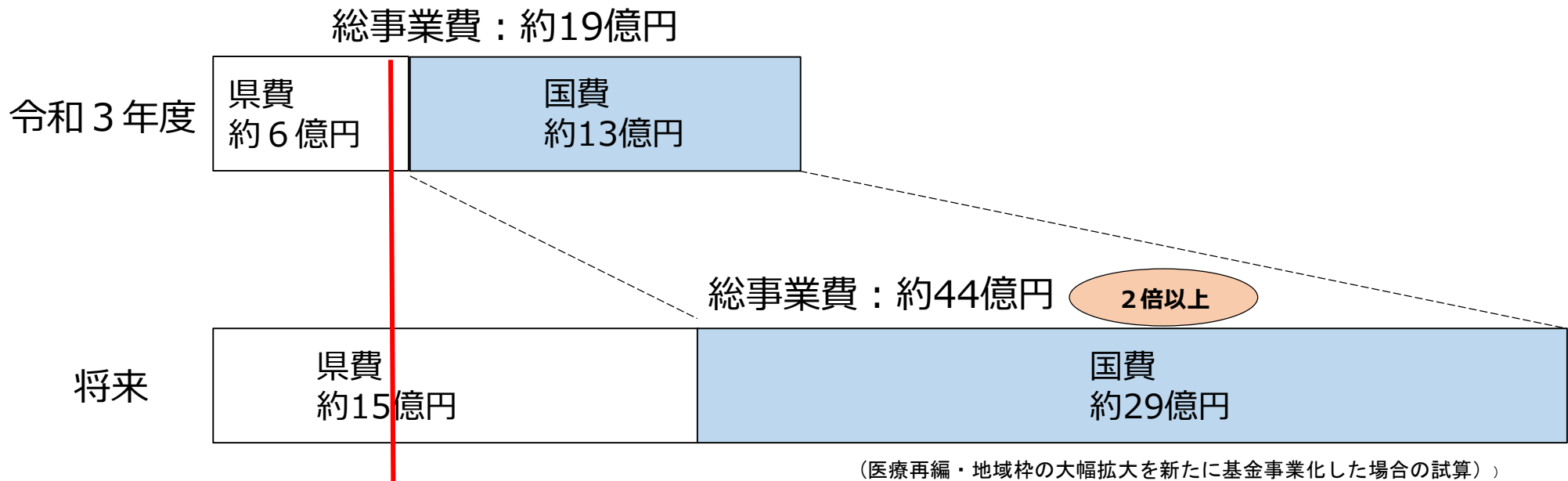
### 【確保基金を活用した医師確保の取組】

- ・ 初期臨床研修の魅力向上による研修医の確保  
（臨床研修+自己研鑽の新たな研修プログラム（イノベーター育成臨床研修コース（仮称）の創設））
- ・ 医師の労働時間短縮のための勤務環境改善に係る支援
- ・ 地域枠の拡充（R3：33名→R4：53名）
- ・ 特定診療科（産科、精神科）の医師確保のための奨学金貸与（貸与年数の2倍の期間県内勤務で返還免除）

# 公立への財政措置の要望②

- 特に、地域医療構想の達成に向けた医療再編や医師確保を行っていくにあたり地域医療介護総合確保基金を活用することとしていますが、今後増大が見込まれる事業費への対応が課題となっているため、確保基金の県負担分に係る普通交付税措置について、医師偏在の状況を考慮した加算を行うなど重点的な配分の実施をお願いしたい。

## 新潟県の基金事業（イメージ）



普通交付税措置

R3年度の普通交付税措置額：約5.8億円

普通交付税措置は人口割で算定されており、将来的に発生する多額の県の持ち出しが課題



# (参考資料)

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  
(グランドデザイン)

## 【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事は、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。

### 【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。

## 2. 将来的に維持すべき体制

新潟県医療審議会資料  
(令和3年4月16日)

- 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。

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

## 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。

## 4. 留意すべき論点・検討課題 (2) 機能分化・連携について

新潟県医療審議会資料  
(令和3年4月16日)

- 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。



## 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。

## 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。

- 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・医学的価値を高める**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。

- ・ 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。

# (参考資料)

医師確保の現状・取組

# 総合的な診療能力を有する医師の確保・育成

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を支援する。



# 令和4年度の臨床研修医の確保に向けた取組強化

## ① 臨床研修病院の特長を活かした研修プログラムの増設をサポート

(例) 内視鏡重点コース、緩和ケア重点コース、総合内科重点コース

## ② 臨床研修病院の教育力向上を図る取組を支援

研修医から人気のある病院の取組を他病院と共有し、実践されるよう支援

## ③ 医学生へのリクルート活動の強化

- ・ 臨床研修医の生の声が聴けるセミナー
- ・ イノベーションセミナー
- ・ 医学生への個別キャリアコンサルト
- ・ 病院オンライン合同説明会
- ・ キャリアセミナー

## ④ イノベーター育成臨床研修コースの創設

経営や医療イノベーション等を志向する医師・医学生が増加していることから、臨床研修に加えて、自己研鑽によりマネジメントスキル等が取得できる県独自の研修コースを創設

## ⑤ 市町村による海外留学支援制度の創設等

研修病院の所在市と病院が連携した、臨床研修中における海外留学の支援等を創設