

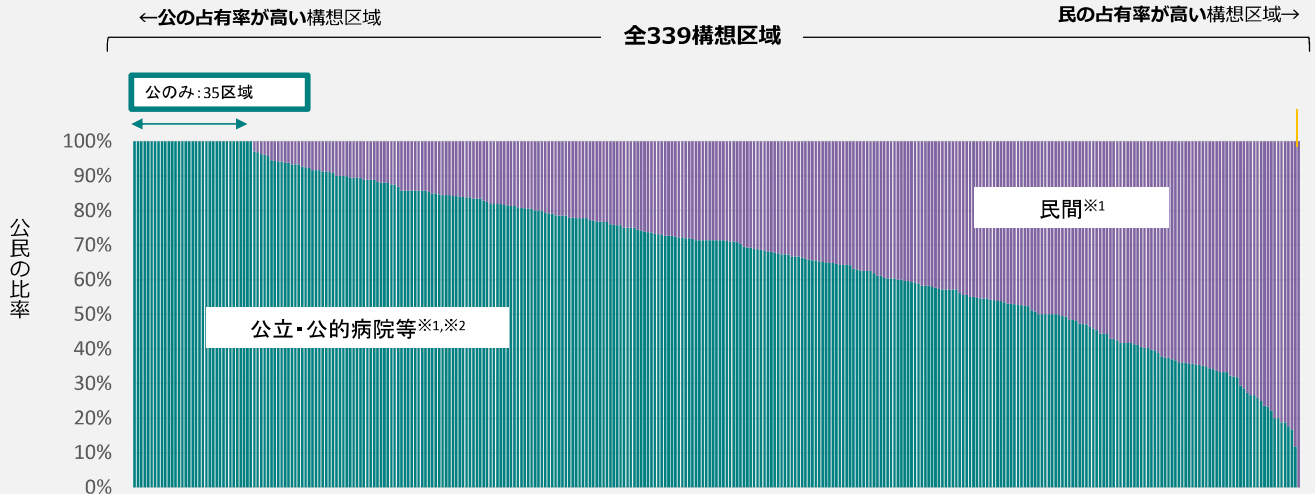
## 各構想区域における公民比率について — 医療機能別の病棟数の公民比率① —

第18回地域医療構想に関するWG  
(平成31年1月30日) 資料1-2

### (分析の内容)

- 病床機能報告における「医療機能」別の病棟数について、構想区域ごとに、病棟数の公民比率を算出した。  
(例：区域内で、高度急性期または急性期を選択した病棟が、公立・公的病院等に1病棟、民間病院に1病棟あった場合、比率は50%)

### 「高度急性期機能」又は「急性期機能」を選択した病棟数 (全17,749病棟：公11,079病棟、民6,670病棟)



※1 病院の病棟のみ集計した。(有床診療所は本集計に含めていない。)

※2 「公立・公的病院等」=新公立病院改革プラン策定対象病院 + 公的医療機関等2025プラン策定対象病院

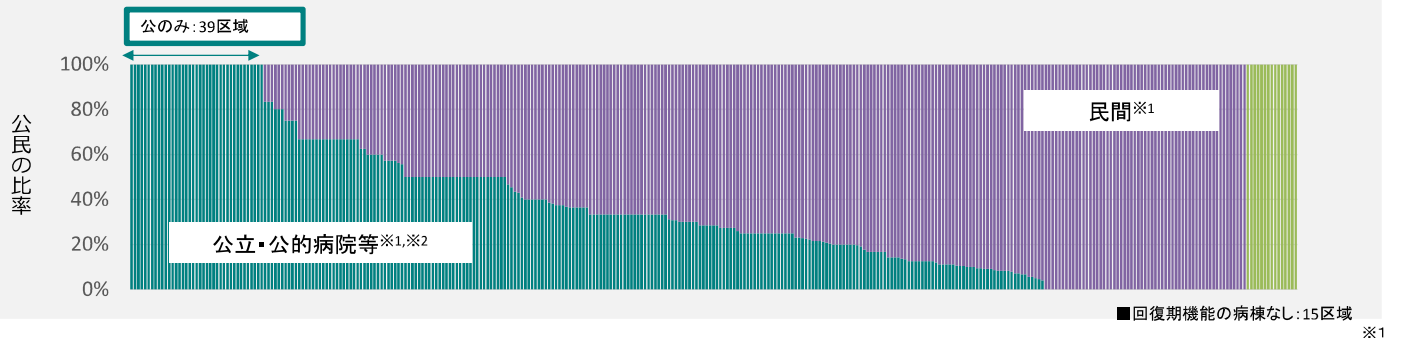
平成29年度病床機能報告より

63

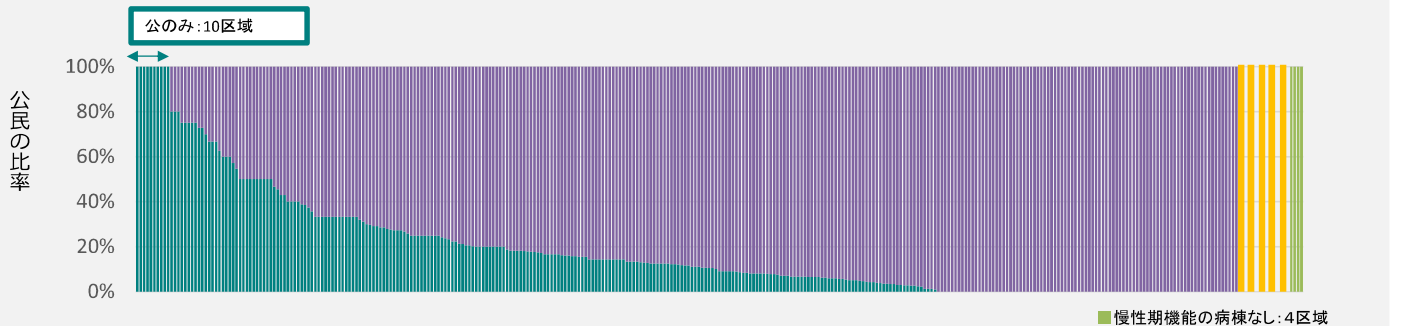
## 各構想区域における公民比率について — 医療機能別の病棟数の公民比率② —

第18回地域医療構想に関するWG  
(平成31年1月30日) 資料1-2

### 「回復期機能」を選択した病棟 (全3,095病棟：公748病棟、民2,347病棟)



### 「慢性期機能」を選択した病棟 (全7,285病棟：公785病棟、民6,500病棟)



※1 本集計は病院の病棟のみ集計したもの。(有床診療所は本集計に含めていない。)

※2 「公立・公的病院等」=新公立病院改革プラン策定対象病院 + 公的医療機関等2025プラン策定対象病院

平成29年度病床機能報告より

64

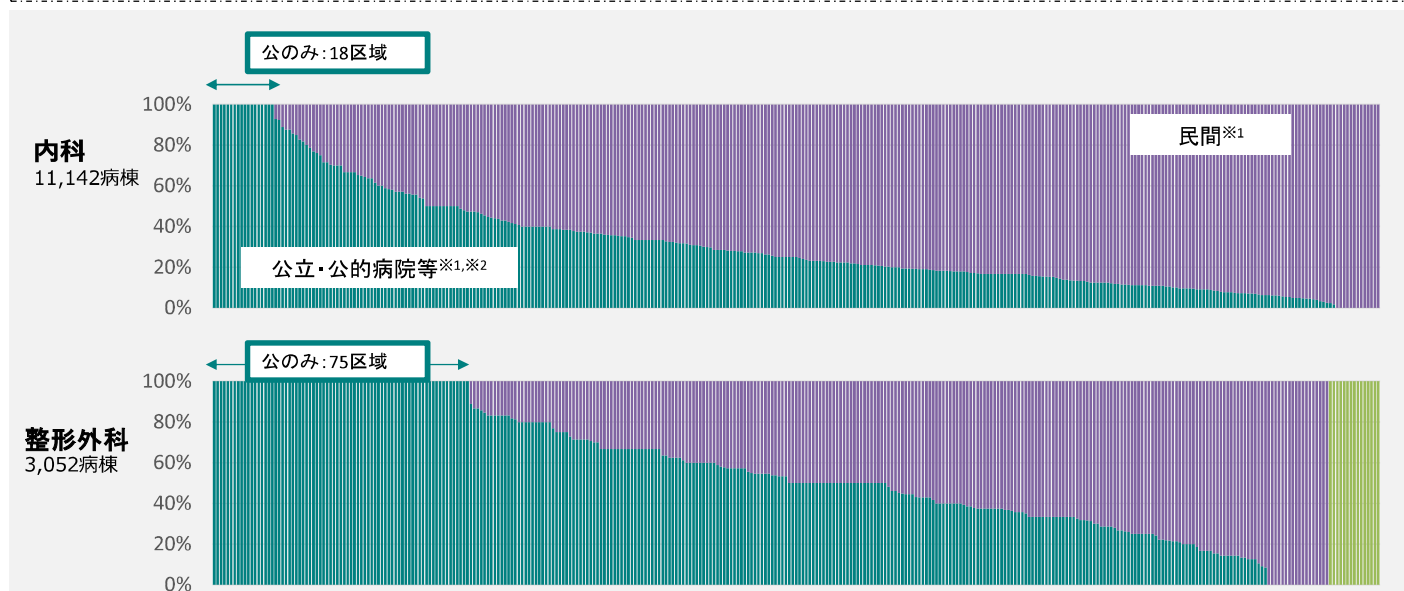
## 各構想区域における公民比率について —主たる診療科別の病棟数の公民比率①—

### (分析の内容)

- 病床機能報告の報告事項である病棟の「主とする診療科」を活用し、「主とする診療科」<sup>注</sup>として選択された数の多い順に上位10の診療科について、339の構想区域ごとに、病棟数の公民比率を算出した。

(例：区域内で、主たる診療科として内科を選択した病棟が、公立・公的病院等に1病棟、民間病院に1病棟あった場合、比率は50%。)

注：複数の診療科で活用されている病棟の場合は、当該病棟において患者の多い順に上位3つを選択する仕組み。このような病棟について本分析では1位として選択された診療科に基づき集計した。



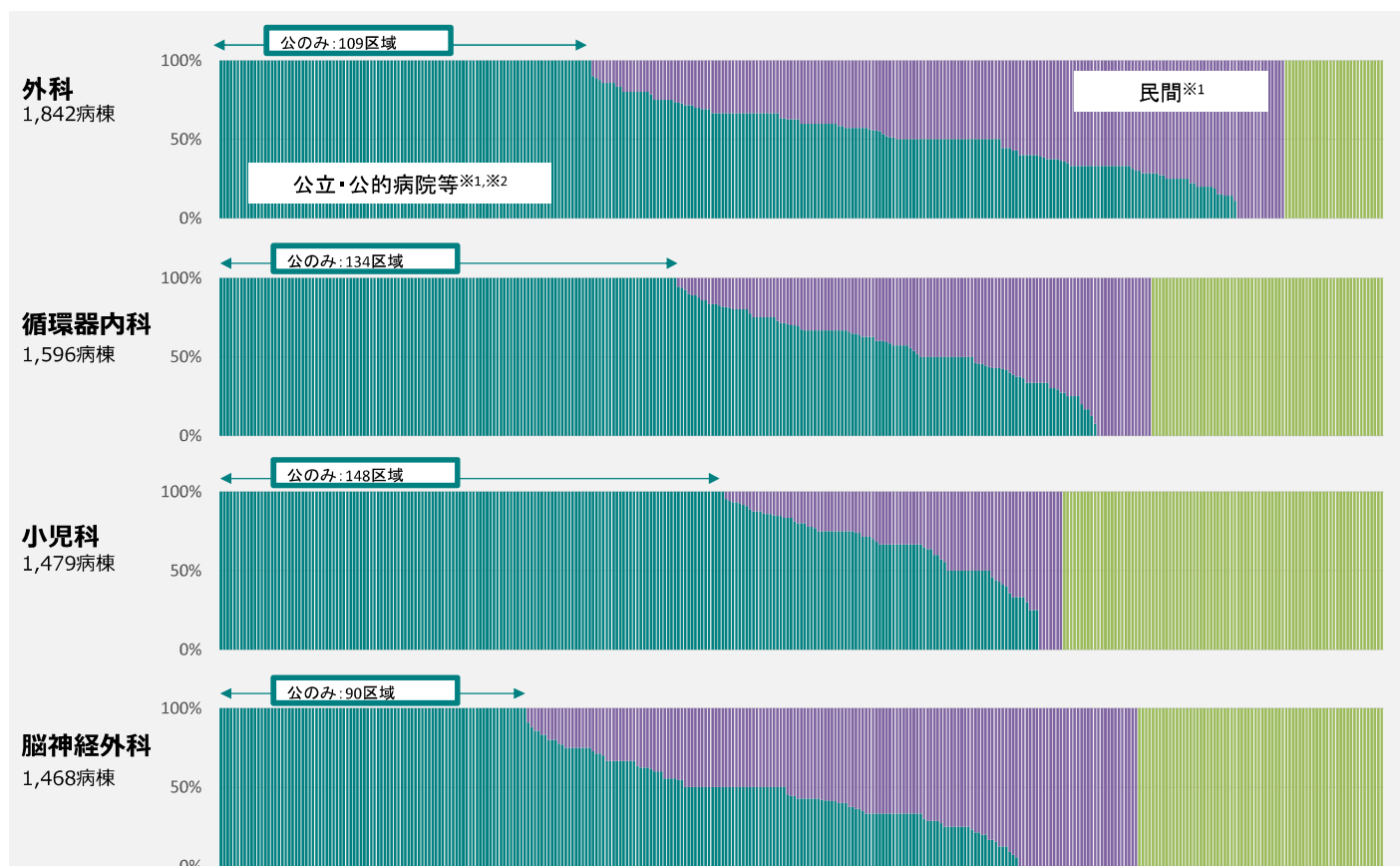
※1 本集計は病院の病棟のみ集計したもの。(有床診療所は本集計に含めていない。)

※2 「公立・公的病院等」=新公立病院改革プラン策定対象病院 + 公的医療機関等2025プラン策定対象病院

平成29年度病床機能報告より

65

## 各構想区域における公民比率について —主たる診療科別の病棟数の公民比率②—



※1 本集計は病院の病棟のみ集計したもの。(有床診療所は本集計に含めていない。)

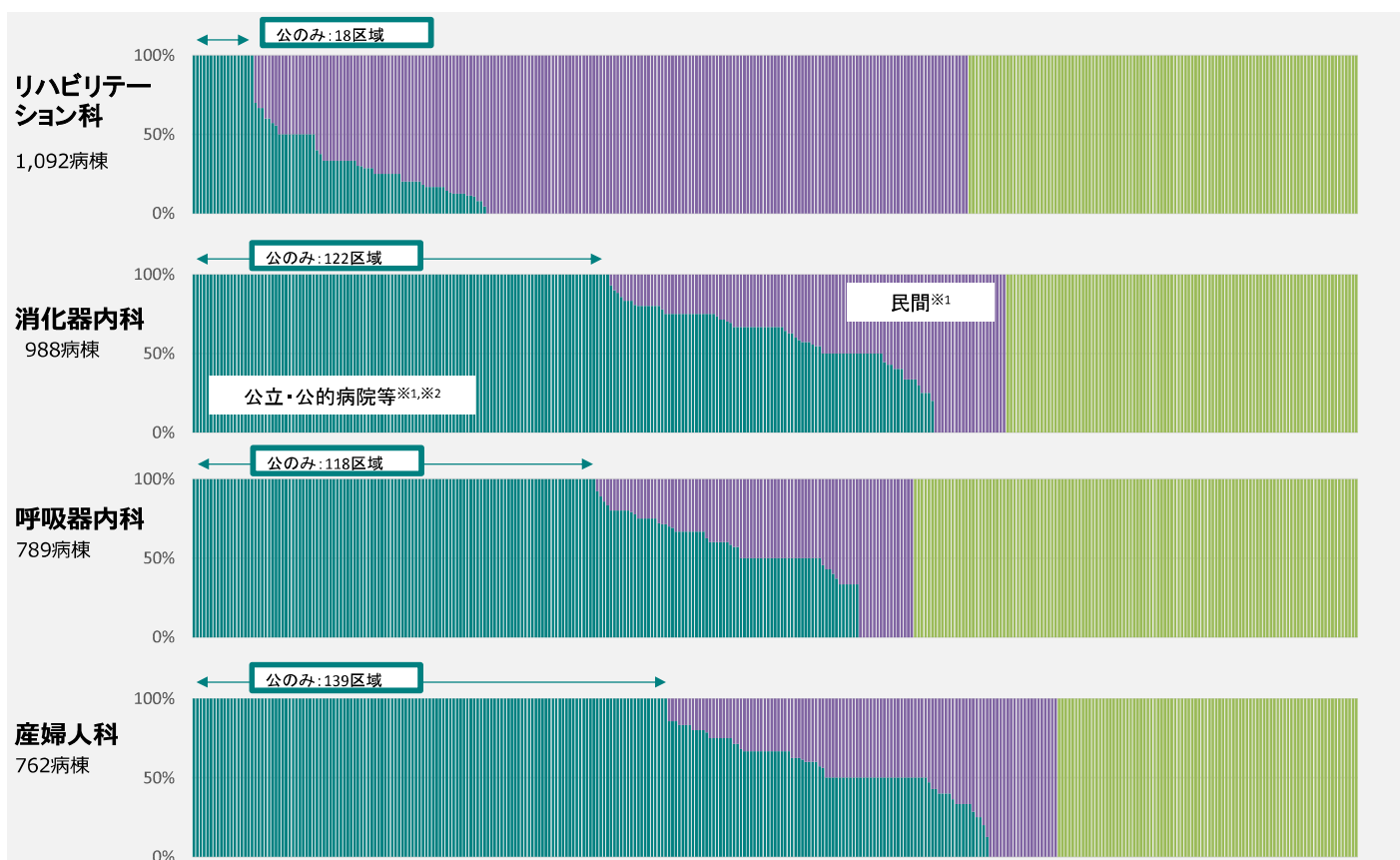
※2 「公立・公的病院等」=新公立病院改革プラン策定対象病院 + 公的医療機関等2025プラン策定対象病院

平成29年度病床機能報告より

66

## 各構想区域における公民比率について - 主たる診療科別の病棟数の公民比率③ -

第18回地域医療構想に関するWG  
(平成31年1月30日) 資料1-2



※1 本集計は病院の病棟のみ集計したもの。(有床診療所は本集計に含めていない。)

※2 「公立・公的病院等」=新公立病院改革プラン策定対象病院 + 公的医療機関等2025プラン策定対象病院  
平成29年度病床機能報告より

67

## 各構想区域における公民比率について - 患者数の多い手術の公民比率① -

第18回地域医療構想に関するWG  
(平成31年1月30日) 資料1-2

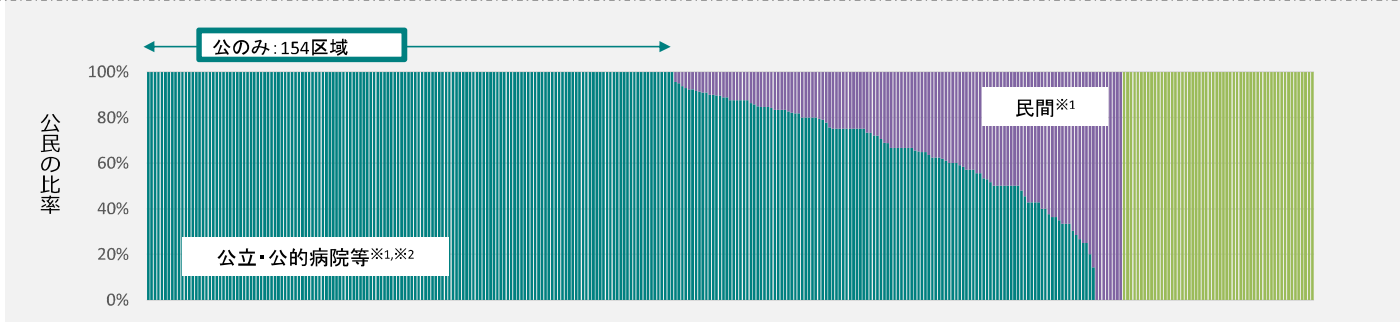
(分析の内容)

- 公立・公的医療機関等と民間医療機関の競合の状況を把握するため、医療計画の5疾病・5事業において、患者数の多い疾患に着目して分析を試みた。
- 患者調査によると、傷病別の入院患者が多いのは、循環器系疾患(1位)、悪性新生物(2位)、損傷、中毒及びその他の外因の影響(3位)、神経系の疾患(4位)であった。
- 循環器系疾患の手術については、手術件数が比較的多いと考えられる冠動脈バイパス手術を選択し、算定回数を病床機能報告データより集計した。
- 全国がん登録によると、悪性新生物のうち最も罹患数の多い種別は、男性が胃がん、女性が乳がんであったため、それらに対応する術式の算定回数を病床機能報告データより集計した。なお、胃がん手術を施行する診療科は、結腸及び直腸悪性腫瘍手術を行うことが多いと考えられるため、胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術の実績を合算して分析を行った。
- 神経系の疾患の手術については、手術件数が比較的多いと考えられる脳動脈瘤クリッピング手術を選択し、算定回数を病床機能報告データより集計した。

### 胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術の実績(6月診療分)が1件以上ある病棟

- 病床機能報告により得られる「個別の手術の実施状況」を活用し、手術の算定回数が1回以上ある病棟数について、339の構想区域ごとに、病棟数の公民比率を算出した。

(例:区域内で、算定回数が1回以上の病棟が、公立・公的病院等に1病棟、民間病院に1病棟あった場合、比率は50%。)

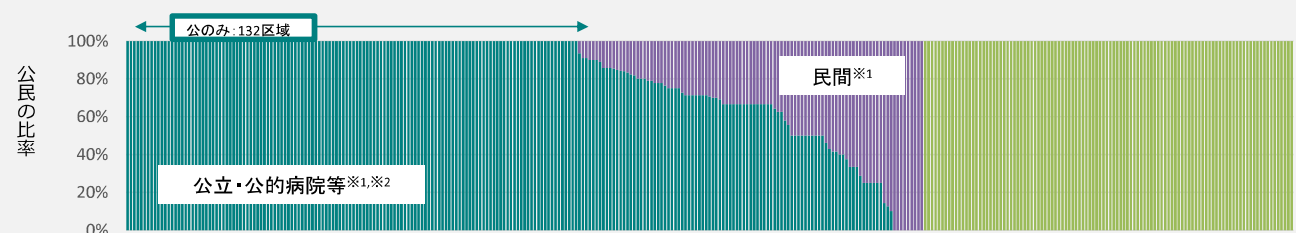


※1 本集計は病院・診療所の全てを集計したもの。

※2 「公立・公的病院等」=新公立病院改革プラン策定対象病院 + 公的医療機関等2025プラン策定対象病院  
平成29年度病床機能報告より

68

乳腺悪性腫瘍手術の実績(6月診療分)が1件以上ある病棟



冠動脈バイパス手術の実績(6月診療分)が1件以上ある病棟



脳動脈瘤クリッピング手術の実績(6月診療分)が1件以上ある病棟



※1 本集計は病院・診療所の全てを集計したもの。

※2 「公立・公的病院等」=新公立病院改革プラン策定対象病院 + 公的医療機関等2025プラン策定対象病院  
平成29年度病床機能報告より

69

競合パターンの例①

第18回地域医療構想に関するWG  
(平成31年1月30日) 資料1-2

- 構想区域内で、当該手術を一定数実施している公・民の病院がそれぞれ1ヶ所程度存在

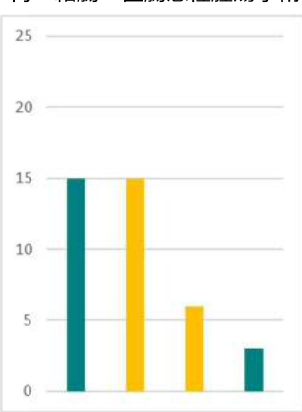
A 構想区域の例

■ 基本情報

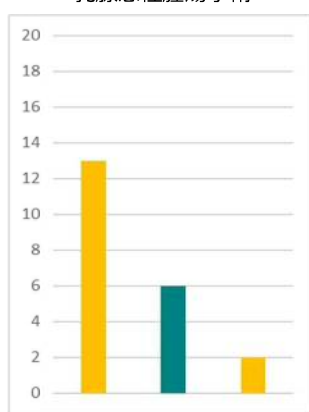
人口 (※2)	高齢化率 (※2)	一般病院数 (※3)	有床診療 所数 (※3)	一般病床数と療 養病床数の合計 (※3)	病床利用率(※4)		医療施設従事 医師数(※5)	流入入院 患者割合 (※6)	流出入院 患者割合 (※6)
					一般病床	療養病床			
21万	30	12	9	2.7千	73	81	563	45	48

■ 手術実績(※1) ■ 公立・公的病院等 ■ 民間医療機関

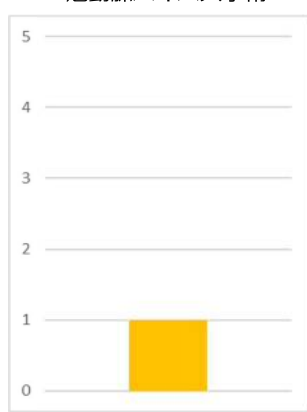
胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術



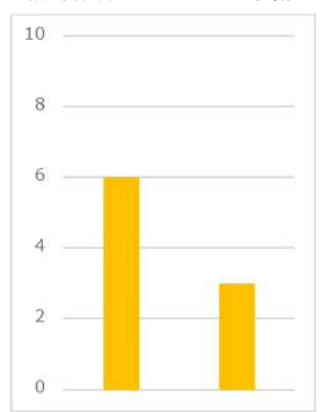
乳腺悪性腫瘍手術



冠動脈バイパス手術



脳動脈瘤クリッピング手術



(※1) 平成29年度病床機能報告  
(※4) 平成28年 病院報告

(※2) 2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数  
(※5) 平成28年 医師、歯科医師、薬剤師調査

(※3) 平成28年 医療施設(静態・動態)調査  
(※6) 平成26年患者調査より算出

## 競合パターンの例②

第18回地域医療構想に関するWG  
(平成31年1月30日) 資料1ー2

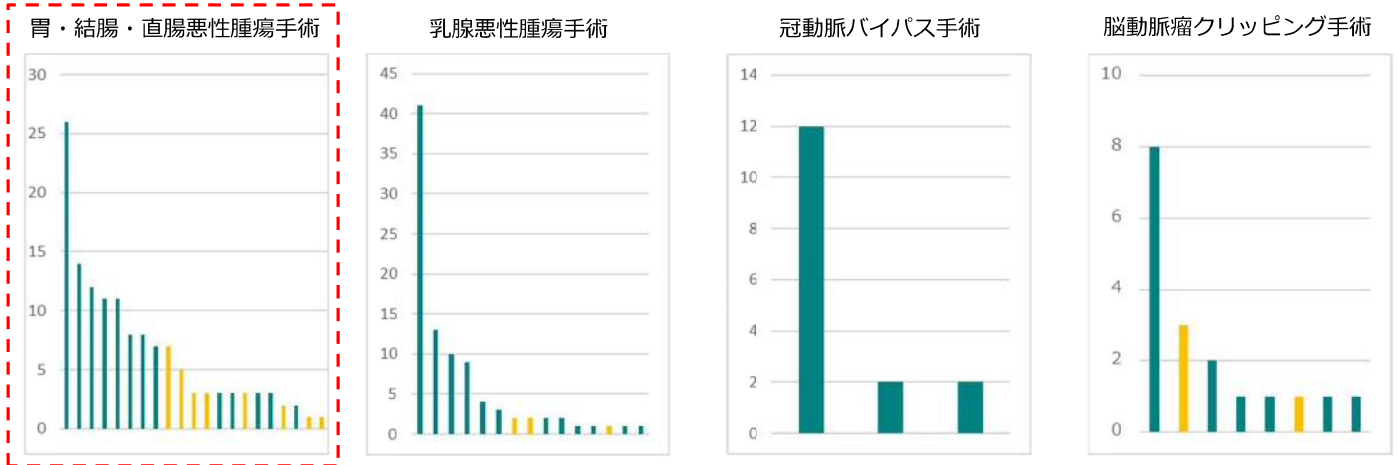
- 構想区域内で、当該手術を一定数実施している医療機関が多数存在〔都市部に多い〕

### B 構想区域の例

#### ■基本情報

人口 (※2)	高齢化率 (※2)	一般病院数 (※3)	有床診療 所数 (※3)	一般病床数と療 養病床数の合計 (※3)	病床利用率 (※4)		医療施設従事 医師数 (※5)	流入入院 患者割合 (※6)	流出入院 患者割合 (※6)
					一般病床	療養病床			
110万	30	87	119	17.6千	78	91	3,344	9	8

#### ■手術実績 (※1) 公立・公的病院等 民間医療機関



(※1) 平成29年度病床機能報告  
(※4) 平成28年 病院報告

(※2) 2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数  
(※5) 平成28年 医師、歯科医師、薬剤師調査

(※3) 平成28年 医療施設(静態・動態)調査  
(※6) 平成26年患者調査より算出

71

## 競合パターンの例③

第18回地域医療構想に関するWG  
(平成31年1月30日) 資料1ー2

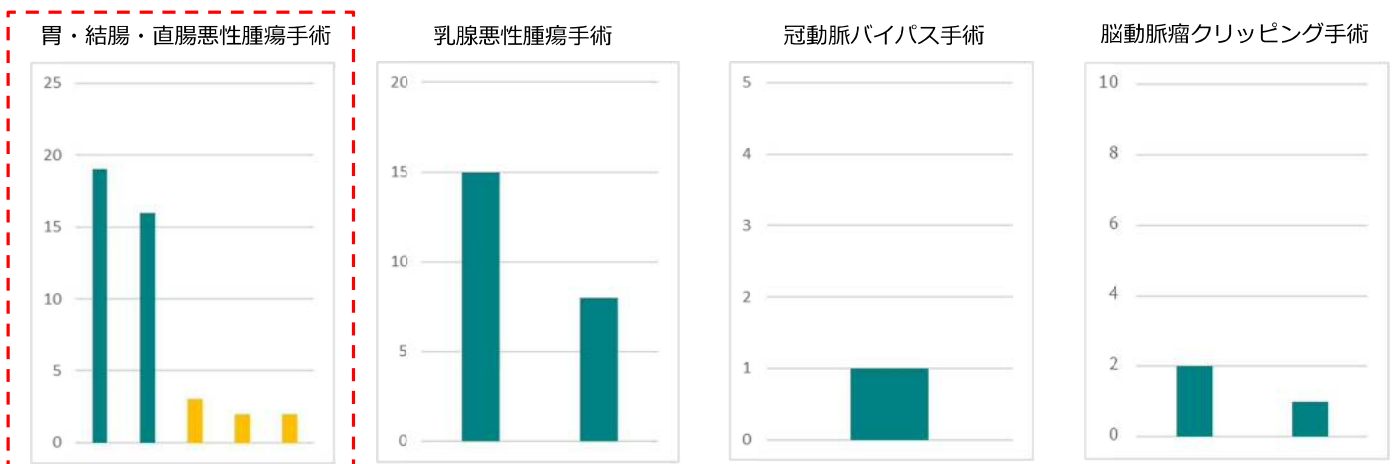
- 構想区域内で、当該手術を一定数実施している病院は公のみだが、2ヶ所以上存在

### C 構想区域の例

#### ■基本情報

人口 (※2)	高齢化率 (※2)	一般病院数 (※3)	有床診療 所数 (※3)	一般病床数と療 養病床数の合計 (※3)	病床利用率 (※4)		医療施設従事 医師数 (※5)	流入入院 患者割合 (※6)	流出入院 患者割合 (※6)
					一般病床	療養病床			
28万	33	13	17	2.7千	74	88	507	4	7

#### ■手術実績 (※1) 公立・公的病院等 民間医療機関



(※1) 平成29年度病床機能報告  
(※4) 平成28年 病院報告

(※2) 2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数  
(※5) 平成28年 医師、歯科医師、薬剤師調査

(※3) 平成28年 医療施設(静態・動態)調査  
(※6) 平成26年患者調査より算出

72

## 競合パターンの例④

第18回地域医療構想に関するWG  
(平成31年1月30日) 資料1-2

○ 構想区域内で、複数の医療機関に実績が拡散し、いずれの医療機関も医療実績が少ない

### D 構想区域の例

#### ■ 基本情報

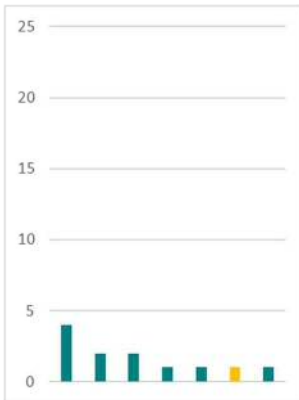
人口 (※2)	高齢化率 (※2)	一般病院数 (※3)	有床診療 所数 (※3)	一般病床数と療 養病床数の合計 (※3)	病床利用率 (※4)		医療施設従事 医師数 (※5)	流入入院 患者割合 (※6)	流出入院 患者割合 (※6)
					一般病床	療養病床			
44万	33	22	15	3.4千	68	81	496	18	40

#### ■ 手術実績 (※1)

■ 公立・公的病院等

■ 民間医療機関

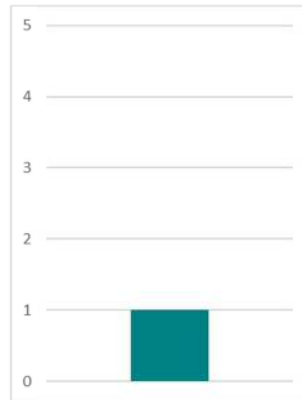
#### 胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術



#### 乳腺悪性腫瘍手術



#### 冠動脈バイパス手術



#### 脳動脈瘤クリッピング手術



(※1) 平成29年度病床機能報告  
(※4) 平成28年 病院報告

(※2) 2016年度住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数  
(※5) 平成28年 医師、歯科医師、薬剤師調査

(※3) 平成28年 医療施設(静態・動態)調査  
(※6) 平成26年患者調査より算出

73

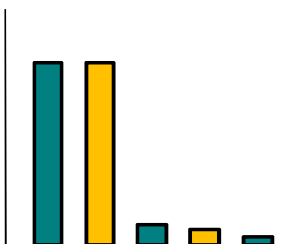
## 主たる手術件数の競合のパターン

第18回地域医療構想に関するWG  
(平成31年1月30日) 資料1-2

○ 代表的な手術の件数を例に、特定の構想区域における医療機関ごとの実績を比較した場合、公の機能の重点化について特に議論が必要と思われるのは主に以下のケース

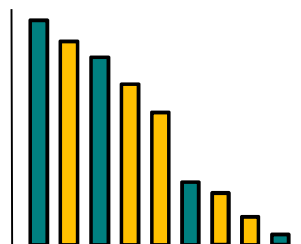
#### □ パターン (ア)

当該手術を一定数実施している公・民の病院がそれぞれ1ヶ所程度存在



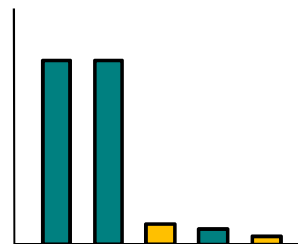
#### □ パターン (イ)

当該手術を一定数実施している医療機関が多数存在〔都市部に多い〕



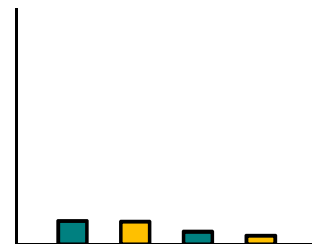
#### □ パターン (ウ)

当該手術を一定数実施している病院は公のみだが、2ヶ所以上存在



#### □ パターン (エ)

複数の医療機関に実績が拡散し、いずれの医療機関も医療実績が少ない



■ 公立・公的病院等  
■ 民間医療機関

#### 「考えられる視点」

- ① 手術実績が一定数ある医療機関が複数存在している場合、公立・公的病院等は地域の医療需要やそれぞれの病院が診療する患者像等を確認し、地域の民間医療機関では担うことができない医療提供等に重点化されているかを確認する。重点化できていない場合は、地理的条件等を踏まえ、再編統合を含めた役割分担について検討する。
- ② 特に実施件数の低い公立・公的病院等については、医療機関の再編統合を含め、当該手術の実施を他の医療機関に統合すること等を検討する。
- ③ 各々の手術によって構想区域の競合状況が異なるため、特定の手術のみではなく、手術以外の診療実績も含めて病院全体の機能のあり方も検討する必要がある。

74

- 公立・公的病院等でなければ担えない機能として、骨太の方針や公立病院改革ガイドラインにおいては、
  - ・高度急性期や急性期機能
  - ・山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
  - ・救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
  - ・県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供
  - ・研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能
 などが挙げられている。
- 病床機能報告で把握可能な「医療機能」や「診療科」に着目し公民比率をみた場合、当該区域の公立・公的病院等が担うべき機能への重点化の度合いを伺いしることは可能。  
 ただし、公立・公的病院等が担うべき役割に関し、民間医療機関では担うことができない機能への重点化の視点（民間医療機関による代替可能性）など、さらに深い視点で議論を行っていくためには、より詳細な診療実績に着目していくことが重要。
- 代表的な手術の件数を例に、特定の構想区域における医療機関ごとの実績を比較した場合、公立・公的病院等の機能の重点化について特に議論が必要と思われるのは主に以下のケース
  - ア) 構想区域内で、当該手術を一定数実施している公・民の病院がそれぞれ1ヶ所程度存在
  - イ) 構想区域内で、当該手術を一定数実施している医療機関が多数存在〔都市部に多い〕
  - ウ) 構想区域内で、当該手術を一定数実施している病院は公のみだが、2ヶ所以上存在
  - エ) 構想区域内で、複数の医療機関に実績が拡散し、いずれの医療機関も医療実績が少ない
 «考えられる視点»
  - ① 手術実績が一定数ある医療機関が複数存在している場合、公立・公的病院等は地域の医療需要やそれぞれの病院が診療する患者像等を確認し、地域の民間医療機関では担うことができない医療提供等に重点化されているかを確認する。重点化できていない場合は、地理的条件等を踏まえ、再編統合を含めた役割分担について検討する。
  - ② 特に実施件数の低い公立・公的病院等については、医療機関の再編統合を含め、当該手術の実施を他の医療機関に統合すること等を検討する。
  - ③ 各々の手術によって構想区域の競合状況が異なるため、特定の手術のみではなく、手術以外の診療実績も含めて病院全体の機能のあり方も検討する必要がある。

具体的対応方針に関する議論を一層深められるよう、手術実績の比較に加え、手術以外の診療実績や、構想区域の人口規模や交通事情といった地理的・社会的条件も加味し、さらに議論を深めるべきケースを絞りこんでいくこととしてはどうか。

## (参考1) 本資料の分析に用いた手術の選択について



# 医療計画について

第18回地域医療構想に関するWG  
(平成31年1月30日) 資料1-2

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。

## 計画期間

6年間 (現行計画の期間:平成30年度～平成35年度)  
※在宅医療に係る部分については、中間年で見直すこととしている。

## 主な記載事項

### ○ 医療圏の設定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

#### 三次医療圏

都道府県の区域を単位として設定。  
ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。

臓器移植等の  
特殊な医療を提供

#### 二次医療圏

一団の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

一般の入院に係る医療を提供

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

### ○ 基準病床数の算定

### ○ 医療の安全の確保

### ○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。

### ○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

5事業…5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

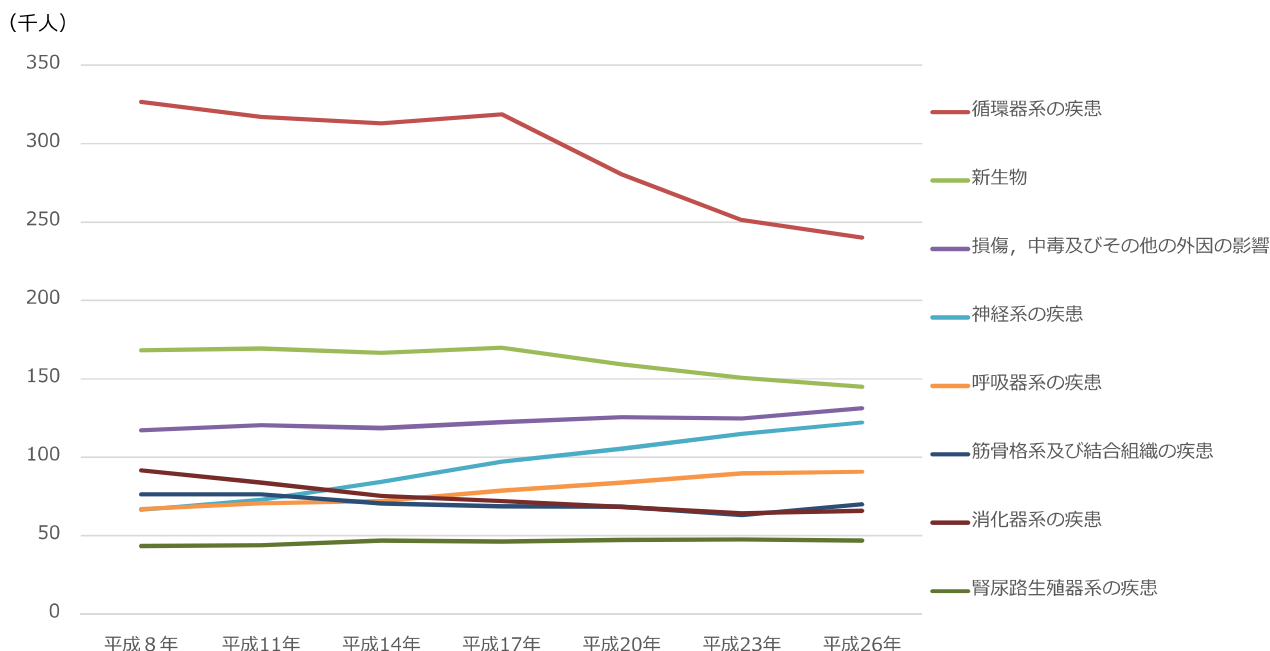
### ○ 医療従事者の確保

- ・ 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の確保。

77

## 傷病別の我が国における推計入院患者数の推移

第18回地域医療構想に関するWG  
(平成31年1月30日) 資料1-2



※精神及び行動の障害は除く



第18回地域医療構想に関するWG  
(平成31年1月30日) 資料1-2

- 表1. 罹患数、部位割合(%)、粗罹患率(人口10万対)、年齢調整罹患率(人口10万対)、累積罹患率(%) : 部位別、性別

\*1 総数は男女および性別不詳の合計

79

第18回地域医療構想に関するWG  
(平成31年1月30日) 資料1-2

- 80

## 胃・結腸・直腸悪性腫瘍手術

- ・ K655 胃切除術
  - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K655-2 腹腔鏡下胃切除術
  - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K655-4 噴門側胃切除術
  - 2 悪性腫瘍切除術
- ・ K655-5 腹腔鏡下噴門側胃切除術
  - 2 悪性腫瘍切除術
- ・ K657 胃全的術
  - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K657-2 腹腔鏡下胃全的術
  - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K716 小腸切除術
  - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K716-2 腹腔鏡下小腸切除術
  - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K719 結腸切除術
  - 3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術
- ・ K719-3 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
- ・ K740 直腸切除・切除術
  - 1 切除術
  - 2 低位前方切除術
  - 3 超低位前方切除術（経校門の結腸囊肛門吻合によるもの）
  - 4 切断術
- ・ K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術
  - 1 切除術
  - 2 低位前方切除術
  - 3 切断術

## 乳腺悪性腫瘍手術

- ・ K476 乳腺悪性腫瘍手術
  - 1 単純乳房切除術（乳腺全的術）
  - 2 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）
  - 3 乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）
  - 4 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む））
  - 5 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）
    - ・ 胸筋切除を併施しないもの
  - 6 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）
    - ・ 胸筋切除を併施するもの
  - 7 拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）
  - 8 乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）
  - 9 乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）

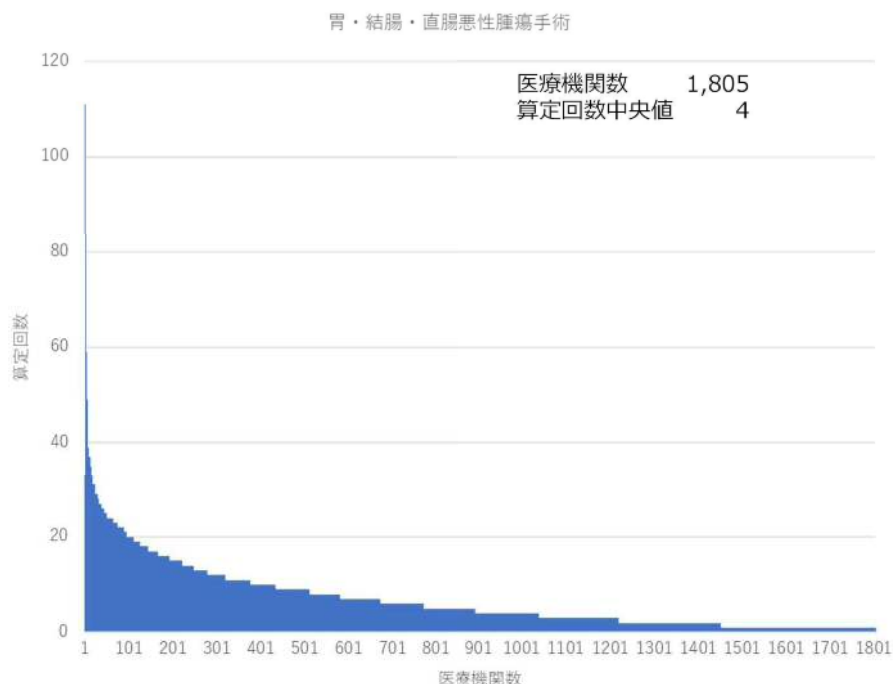
## 脳動脈瘤クリッピング手術

- ・ K176 脳動脈瘤流入血管クリッピング
  - 1 1 箇所
  - 2 2 箇所以上
- ・ K177 脳動脈瘤頸部クリッピング
  - 1 1 箇所
  - 2 2 箇所以上

## 冠動脈バイパス手術

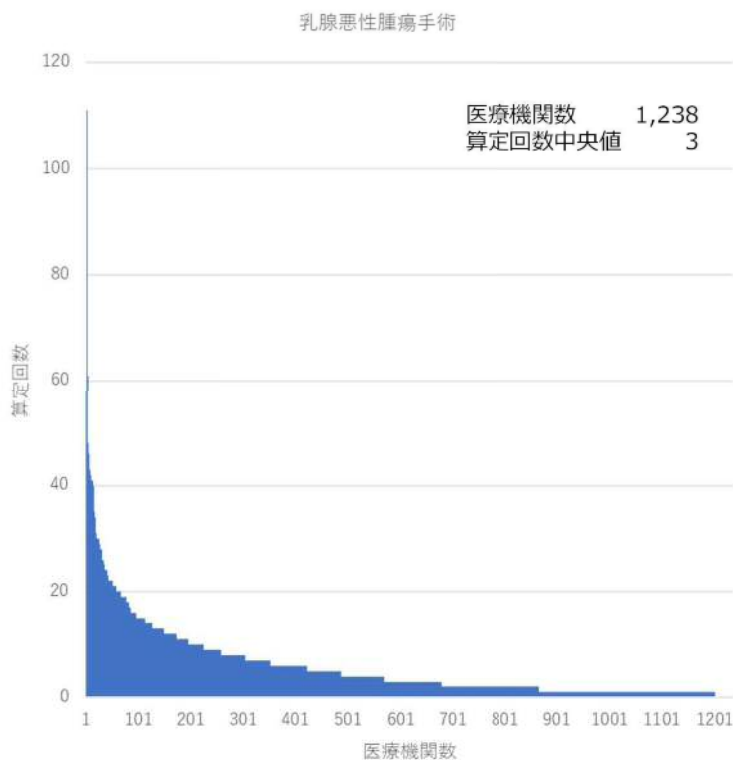
- ・ K551 冠動脈形成術（血栓内膜摘除）
  - 1 1 箇所のもの
  - 2 2 箇所以上のも
- ・ K552 冠動脈、大動脈バイパス移植術
  - 1 1 吻合のもの
  - 2 2 吻合以上のも
- ・ K552-2 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）
  - 1 1 吻合のもの
  - 2 2 吻合以上のも

81



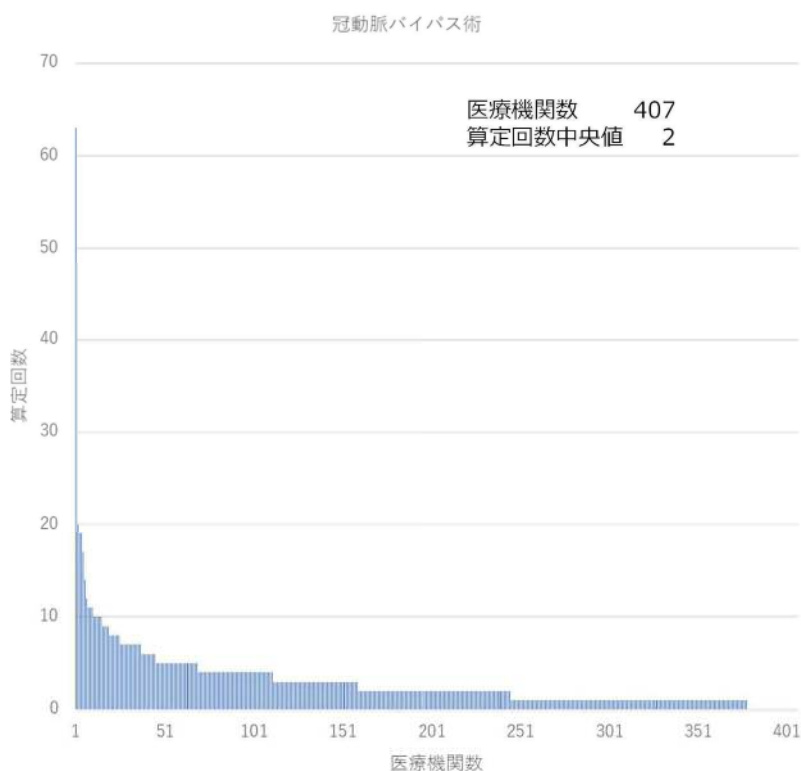
- ・ K655 胃切除術
  - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K655-2 腹腔鏡下胃切除術
  - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K655-4 噴門側胃切除術
  - 2 悪性腫瘍切除術
- ・ K655-5 腹腔鏡下噴門側胃切除術
  - 2 悪性腫瘍切除術
- ・ K657 胃全的術
  - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K657-2 腹腔鏡下胃全的術
  - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K716 小腸切除術
  - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K716-2 腹腔鏡下小腸切除術
  - 2 悪性腫瘍手術
- ・ K719 結腸切除術
  - 3 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術
- ・ K719-3 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
- ・ K740 直腸切除・切除術
  - 1 切除術
  - 2 低位前方切除術
  - 3 超低位前方切除術（経校門の結腸囊肛門吻合によるもの）
  - 4 切断術
- ・ K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術
  - 1 切除術
  - 2 低位前方切除術
  - 3 切断術

82



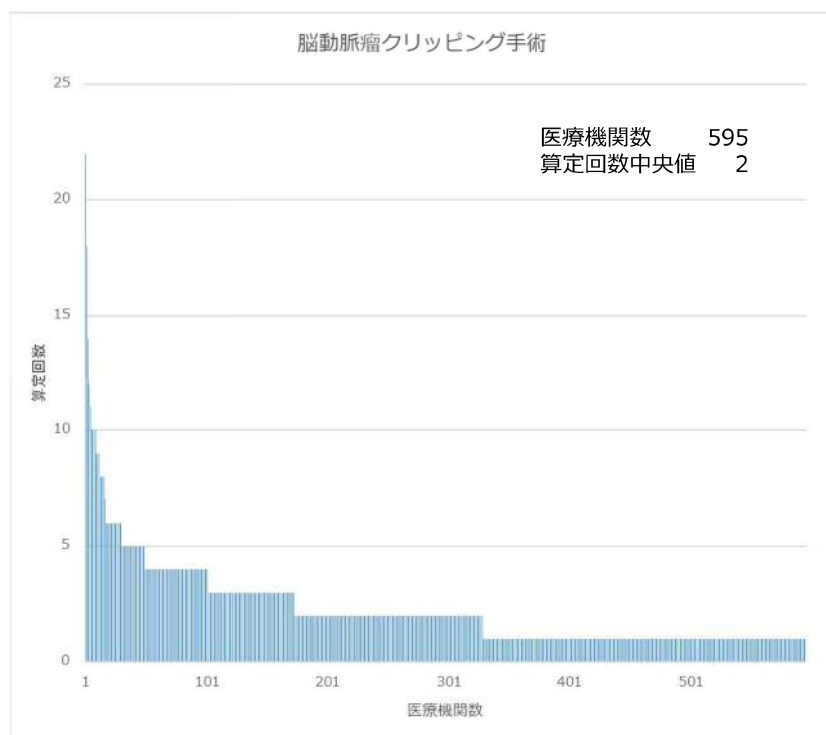
- ・ K476 乳腺悪性腫瘍手術
  - 1 単純乳房切除術（乳腺全的術）
  - 2 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）
  - 3 乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）
  - 4 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む））
  - 5 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）
    - ・ 胸筋切除を併施しないもの
  - 6 乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）
    - ・ 胸筋切除を併施するもの
  - 7 拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）
  - 8 乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）
  - 9 乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）

83



- ・ K551 冠動脈形成術（血栓内膜摘除）
  - 1 1箇所のもの
  - 2 2箇所以上のもの
- ・ K552 冠動脈、大動脈バイパス移植術
  - 1 1吻合のもの
  - 2 2吻合以上のもの
- ・ K552-2 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）
  - 1 1吻合のもの
  - 2 2吻合以上のもの

84

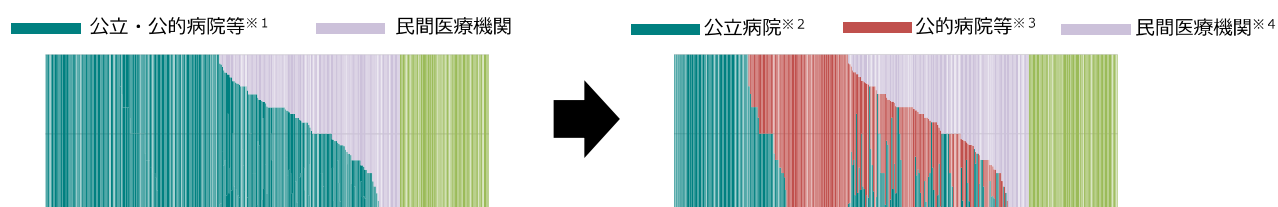


- ・ K176 脳動脈瘤流入血管クリッピング
  - 1 1箇所
  - 2 2箇所以上
- ・ K177 脳動脈瘤頸部クリッピング
  - 1 1箇所
  - 2 2箇所以上

85

## (参考2) 公民比率について -公立病院と公的病院等の分け-

・参考2は、スライド4～10における図中の「■公立・公的病院等」の比率について、「■公立病院」と「■公的病院等」に区分けして示したもの。



※1 「公立・公的病院等」＝新公立病院改革プラン策定対象病院＋公的医療機関等2025プラン策定対象病院

※2 「公立病院」＝新公立病院改革プラン策定対象病院

※3 「公的病院等」＝公的医療機関等2025プラン策定対象病院（民間の特定機能病院や地域医療支援病院が含まれる。）

※4 ※2※3の以外の医療機関。

86

## 各構想区域における公民比率について — 医療機能別の病棟数の公民比率 —

第18回地域医療構想に関するWG  
(平成31年1月30日) 資料1-2

新公立病院改革プラン  
策定対象病院

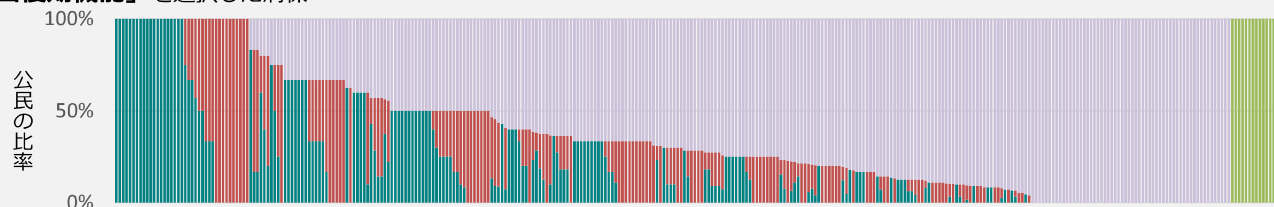
公的医療機関等2025ブ  
ラン策定対象病院

その他の民間医  
療機関

### 「高度急性期機能」又は「急性期機能」を選択した病棟数



### 「回復期機能」を選択した病棟



### 「慢性期機能」を選択した病棟



平成29年度病床機能報告より  
分析の内容についてはP4～10を参照

87

## 各構想区域における公民比率について — 主たる診療科別の病棟数の公民比率① —

第18回地域医療構想に関するWG  
(平成31年1月30日) 資料1-2

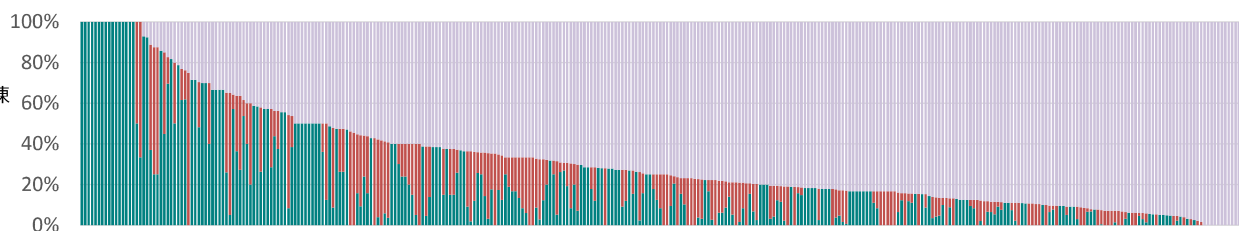
新公立病院改革プラン  
策定対象病院

公的医療機関等2025ブ  
ラン策定対象病院

その他の民間医  
療機関

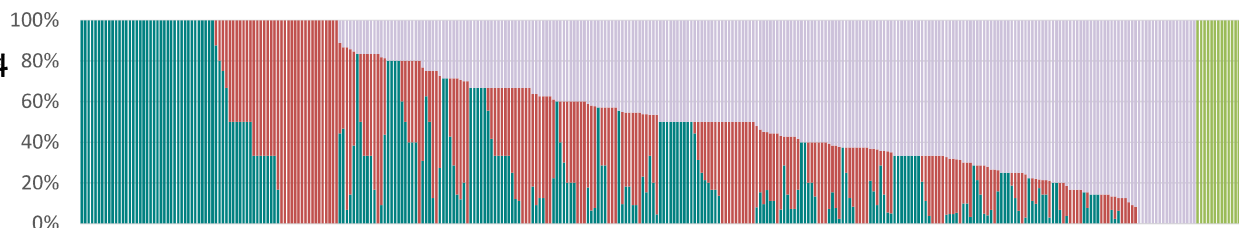
### 内科

11,142病棟



### 整形外科

3,052病棟



### 外科

1,842病棟



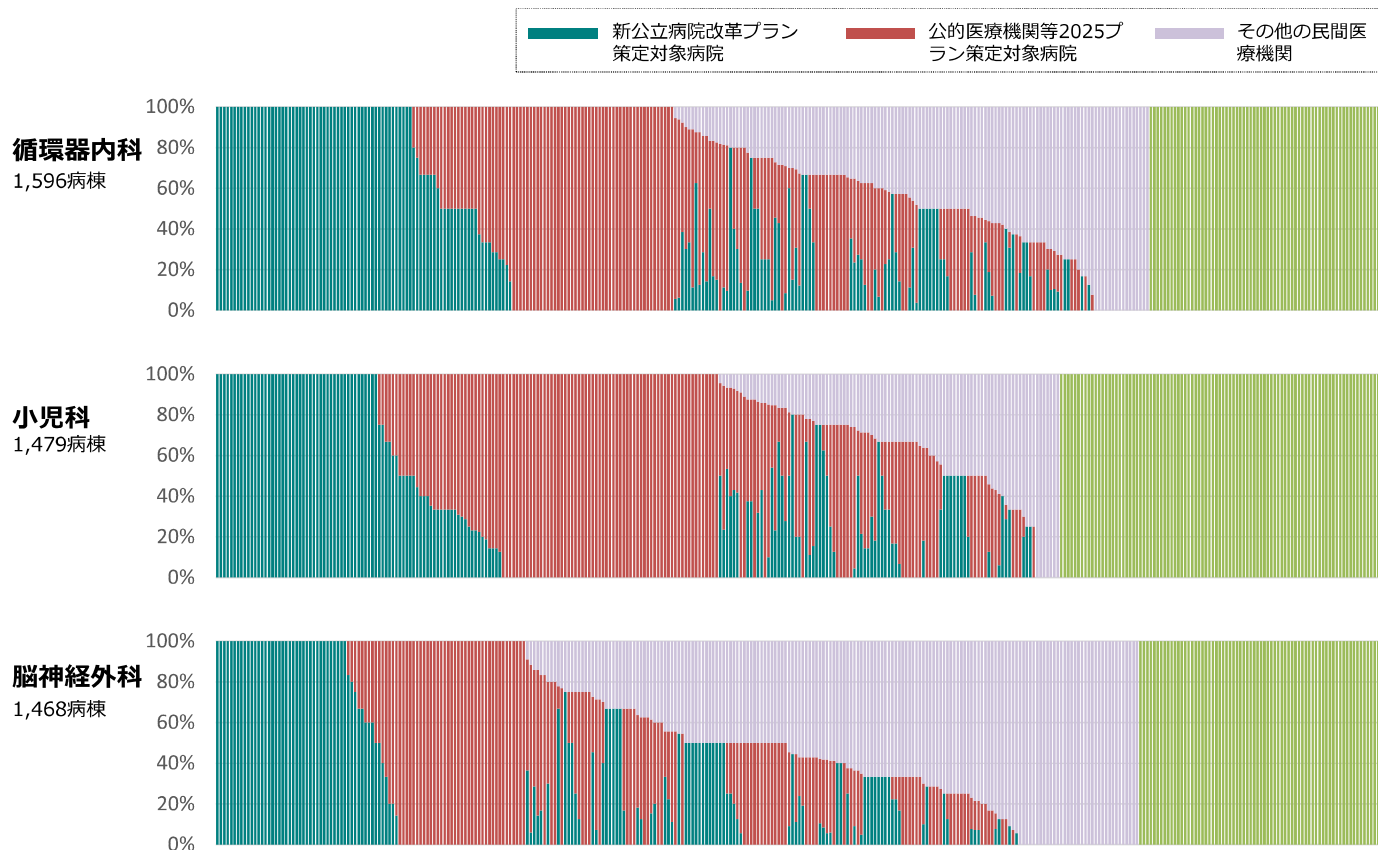
平成29年度病床機能報告より  
分析の内容についてはP4～10を参照

88

平成29年度病床機能報告より

## 各構想区域における公民比率について－主たる診療科別の病棟数の公民比率②－

第18回地域医療構想に関するWG  
(平成31年1月30日) 資料1-2

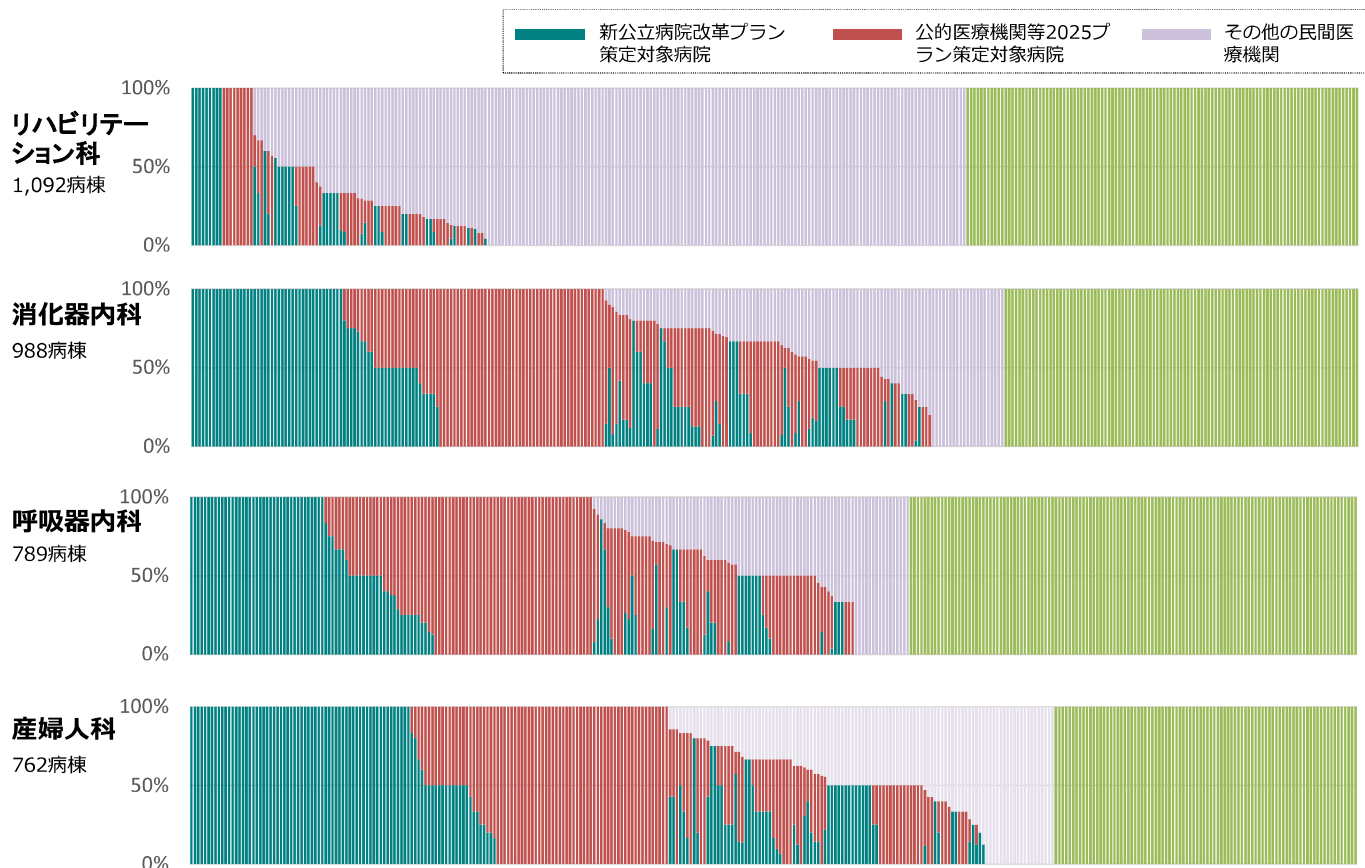


平成29年度病床機能報告より  
分析の内容についてはP4～10を参照

89

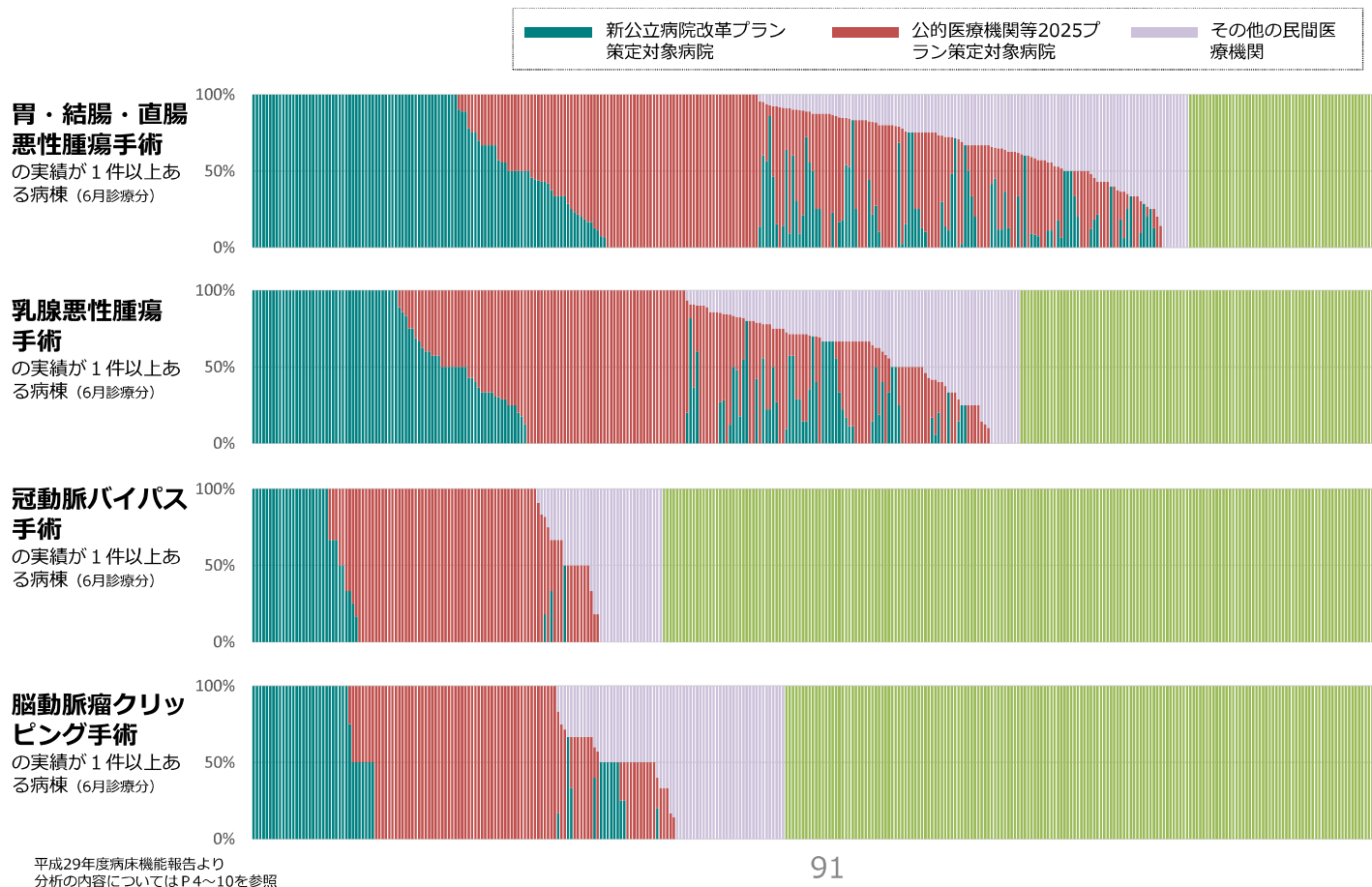
## 各構想区域における公民比率について－主たる診療科別の病棟数の公民比率③－

第18回地域医療構想に関するWG  
(平成31年1月30日) 資料1-2



平成29年度病床機能報告より  
分析の内容についてはP4～10を参照

90



## 参考事例



## 奈良県の南和地域の広域医療提供体制の再構築

第8回地域医療構想に関するWG  
(平成29年10月26日) 資料1-2

### 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

### 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)

H29.3ドクターヘリ  
運用開始



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

93

## 奈良県の南和地域の病院再編による医師確保への効果

第8回地域医療構想に関するWG  
(平成29年10月26日) 資料1-2

### 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年度の入受を目指す)

#### 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

94

# 鹿行保健医療圏について

## 【医療資源の状況】

人口10万人当たりの一般病床数は県内で低い水準

## 【受療動向】

他県(千葉県等)や他の保健医療圏への依存率が高い

## 【医療提供体制】

深刻な医師不足を背景に、公的病院が休眠病床を抱え、二次救急医療を十分に行えていない。経営も悪化。

2病院の再編統合により医療提供体制の強化

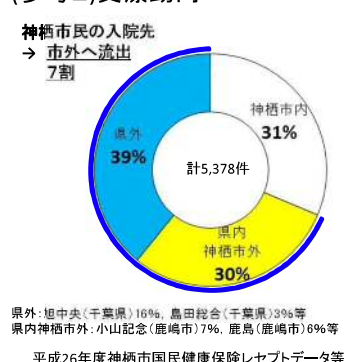


(参考1)一般病床数

	一般病床数 (病院)	人口10万人 当たりの 一般病床数
全国	894,216	706.3
茨城県	18,850	645.1
鹿行	1,272	462.7

「平成26年医療施設調査」厚生労働省

(参考2)受療動向



(参考3)2病院の概要(H29年現在)

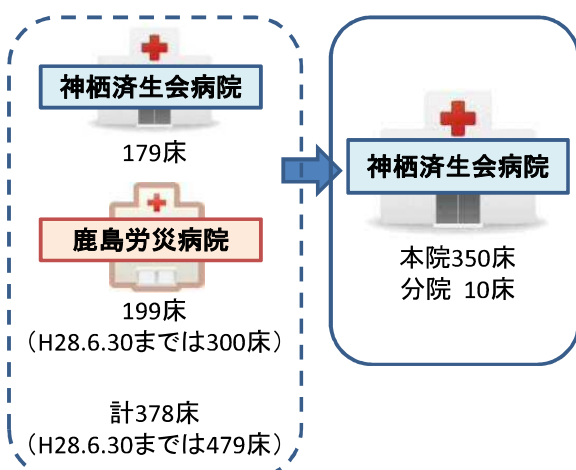
病院名	神栖済生会病院	鹿島労災病院
開設者	恩賜財団済生会	労働者健康安全機構
規模	一般179床 (うち86床休床)	一般199床※H28.6.30まで300床 (うち139床休床)
診療科目	共通: 内科, 循環器内科, 消化器内科, 外科, 消化器外科, 整形外科, 形成外科, 皮膚科, 泌尿器科, 眼科, 耳鼻咽喉科, リハビリテーション科, 放射線科 独自: 呼吸器内科, 肝臓内科, 腎臓内科, 心療内科, 神経内科, 脳神経外科, 乳腺外科, 内分泌外科, 内視鏡外科, 麻酔科, 歯科口腔外科, 大腸・肛門外科, 小児科, 婦人科	心療内科, 神経内科, 脳神経外科, 麻酔科, 歯科口腔外科
特徴	救急医療等	労働災害や職業疾病への対応, 災害拠点病院等
常勤医師数	21人	13人 ※H21:40人→H25:10人
経営状況	毎年度赤字(H25~)	毎年度10億円前後赤字(H24~)
比較年度	H24	H29
1日平均 患者数	外来 253.4 入院 68.6	281.8 28.5
病床利用率	38.3%	37.5%

95

## 病院再編の概要(鹿行)

### 【概要】

2病院を再編統合し、医療資源を集約化



### 【概算費用】

本院整備 7,716百万円(うちH30施工分344百万円)  
分院整備 345百万円(全額H30施工分)

※H30における県・市の支援額  
県 172百万円(補助率1/4)  
市 230百万円(補助率1/3)

時期	内容
H26~27	H25の鹿島労災病院の医師大量退職を受け、神栖市、済生会病院、労災病院が中心となって議論するが具体的な方向性のとりまとめに至らず
H28.5	「鹿島労災病院と神栖済生会病院の今後のあり方検討委員会報告書」 ※再編の必要性や再編の基本的な考え方等
H28.7	「再編統合協議会」及び「再編統合準備室」設置 ※再編案や再編統合後の医療体制等について協議
H28.11~	住民説明会の開催
H29.4	「再編統合に伴う新病院等整備のための基本構想」決定 ※目指す姿や本院・分院の基本方針等
H29.8	「再編統合に係る基本合意書」締結 ※労災病院を済生会病院に統合。本院として済生会病院を増築整備、労災病院の所在地に分院として診療所を整備
H30.2	第5回再編統合協議会 ※統合時期(H31.4.1)、財産移譲、職員雇用、県・市の支援について合意
H30.6 (予定)	「再編統合に係る基本合意書に関する協定書」締結 ※統合時期、財産移譲、職員雇用、県・市の支援、統合後の病床数等
H31.3 (予定)	鹿島労災病院の廃止
H31.4 (予定)	両病院の統合、分院開院 ※出来るだけ早期に本院を増築

96

# 佐賀県の構想区域・医療提供体制の概況

- 75歳以上人口のピークは、2035年。5圏域中、3圏域（北部・西部・南部）は人口減少が顕著。
- 医療機関数、病床数、スタッフ数などは全国水準を上回る（＝not需給充足）が、1病院あたりの規模が小さい。
- 中核病院（大学、県、日赤、NHO）が県庁所在地に集中していないことから、医療圏単位で地域連携がある程度構築。
- 3次救急へのアクセスが良く、救急は3次に集中（3次搬送率33%、SCR3次124.2・2次69.1）
- 医療法人が介護保険事業、有料老人ホーム等の施設事業に積極的に参入しており、介護に理解がある医療経営者が多い。

人口10万人当たり	佐賀県	全国
機関		
病院	12.9	6.7
一般診療所	83.5	80.0
病院		
一般病床	771.9	702.3
療養病床	522.0	258.5
精神病床	510.0	263.3
有床診療所病床	291.5	81.5
医師数	276.7	240.1
看護職員数	1,718.9	1,055.2
理学療法士数	117.6	60.6
作業療法士数	65.9	33.1

1病院あたりの一般病床数

全国 104.8  
佐賀 59.8

構想区域	人口(千人)	市町村数	報告対象病院数	公立病院	公的医療機関等	その他	報告対象有床診療所
中部圏域	349	5	34	4	4	26	58
東部圏域	125	4	12		1	11	17
北部圏域	129	2	15	1	2	12	22
西部圏域	75	2	9	1	1	7	15
南部圏域	155	7	23	1	1	21	39
県計	833	20	93	7	9	77	151

公立・公的病院／全病院

病院数 17.2%  
病床数 33.4%



● 特定機能病院・地域医療支援病院  
▲ 社会医療法人、救急受入1,000台以上

97

## 佐賀東部保健医療圏について(事例①)

【人口】約12.5万人(1市3町)

※県内で最も人口密度が高く、約793人/㎡。人口減少率は低い。

【医療資源の状況】

人口10万人あたりの一般・療養病床数は県内最下位(約1,300床)

【受療動向】

隣県への流出及び流入が県内では比較的高い

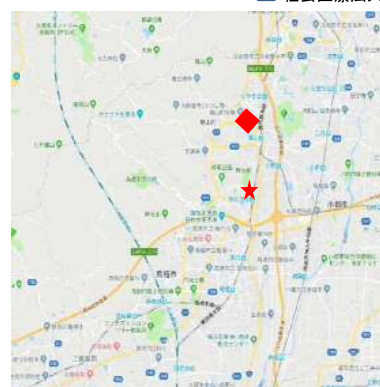
【医療提供体制】

中心部の鳥栖市に公立・公的病院はなく、比較的民間の医療機関を中心に医療提供がなされているが、福岡県との県境であり、隣県で受療する又は隣県から受療する傾向が一部に見られる。



● 特定機能病院・地域医療支援病院  
▲ 社会医療法人、救急受入1,000台以上

医療機能(東部)	平成28年病床機能報告(床)	病床数の必要量(床)(2025年)	病床数の必要量(床)(2035年)
高度急性期	8	31	33
急性期	433	286	308
回復期	278	472	511
慢性期	1,035	559	588
合計	1,754 ※未回答等含まず	1,348	1,440



★ やよいがおか鹿毛病院  
◆ きやま鹿毛病院

98

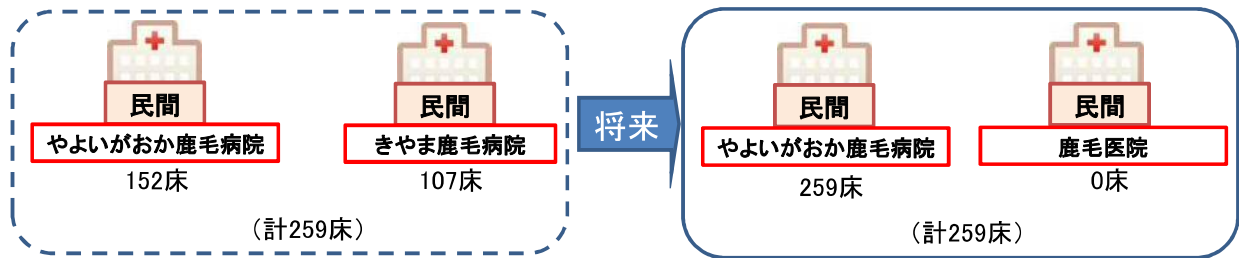


## 病院再編の概要(事例①)

### 【概要】

系列の民間病院2病院で再編

- ・理由①: きやま鹿毛病院の建物老朽化・スタッフ確保難
- ・理由②: 予防から療養までの包括的治療をスピーディーに



(参考)医療機能の変更

病院名	やよいがおか鹿毛病院	きやま鹿毛病院	やよいがおか鹿毛病院	鹿毛医院
所在地	鳥栖市	三養基郡基山町	鳥栖市	三養基郡基山町
運営	医療法人清明会		医療法人清明会	
規模	急性期82床 地域包括20床 回復期リハ50床		急性期95床 地域包括45床 回復期リハ59床	
診療科目	外科、内科、循環器内科、消化器内科、消化器外科、リハビリテーション科、呼吸器外科、脳神経外科、整形外科、放射線科、麻酔科、泌尿器科、心臓血管外科、形成外科	内科、外科、泌尿器科(人工透析)、リハビリテーション科	外科、内科、循環器内科、消化器内科、消化器外科、リハビリテーション科、呼吸器外科、脳神経外科、整形外科、放射線科、麻酔科、泌尿器科、心臓血管外科、形成外科	内科、腎臓内科(人工透析)

99

## 佐賀南部保健医療圏について(事例②及び事例③)

【人口】約15万人(3市4町)

※県内でも人口密度が低く、約234人/㎡。人口減少率は高い。

【医療資源の状況】

人口10万人当たりの一般・療養病床数は県内最上位(約1,900床)

【受療動向】

比較的圏内で完結している。

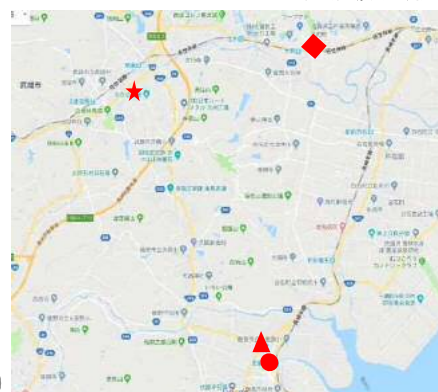
【医療提供体制】

高度急性期・急性期を担うNHO病院が圏内で偏在しており、急性期については複数の民間の医療機関とともに医療提供がなされている。



- 特定機能病院・地域医療支援病院
- ▲ 社会医療法人、救急受入1,000台以上

医療機能 (南部)	平成28年病床 機能報告(床)	病床数の必要量(床) (2025年)	病床数の必要量(床) (2035年)
高度急性期	70	161	161
急性期	1,407	635	647
回復期	311	684	704
慢性期	1,009	521	549
合計	2,797 ※未回答等含まず	2,001	2,061



- ★ 新武雄病院
- ◆ 大町町立病院
- 志田病院
- ▲ 吉田病院

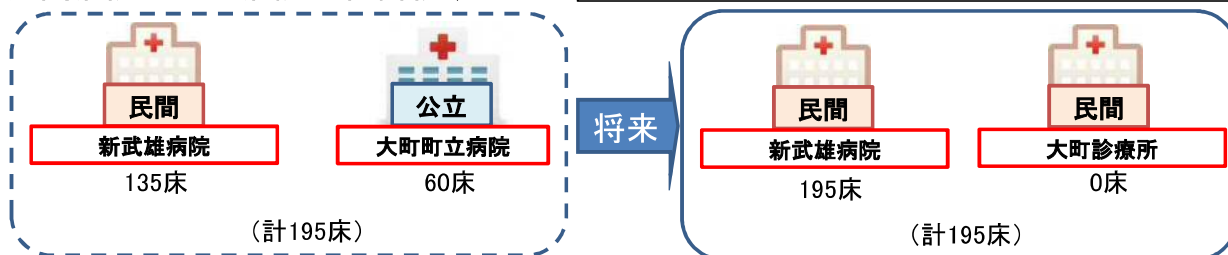
100

## 病院再編の概要(事例②)

### 【概要】

民間病院へ町立病院が経営移譲

- ・理由①:大町町立病院の建物老朽化・経営環境の厳しさ増
- ・理由②:回復機能の充実



(参考)医療機能の変更

病院名	新武雄病院	大町町立病院	新武雄病院	大町診療所(仮称)
所在地	武雄市	杵島郡大町町	武雄市	杵島郡大町町
運営	一般社団法人巨樹の会	大町町	一般社団法人巨樹の会	
規模	高度急性期16床 急性期119床	急性期60床	高度急性期16床 急性期127床 回復期52床	
診療科目	内科、外科、肛門外科、整形外科、リウマチ科、放射線科、呼吸器内科、呼吸器外科、消化器内科、脳神経外科、循環器内科、泌尿器科、救急科、リハビリテーション科、麻酔科	内科、眼科、外科、リハビリテーション科、耳鼻咽喉科、皮膚科、整形外科	内科、外科、肛門外科、整形外科、リウマチ科、放射線科、呼吸器内科、呼吸器外科、消化器内科、脳神経外科、循環器内科、泌尿器科、救急科、リハビリテーション科、麻酔科	内科、リハビリテーション科、整形外科、耳鼻咽喉科、脳神経外科

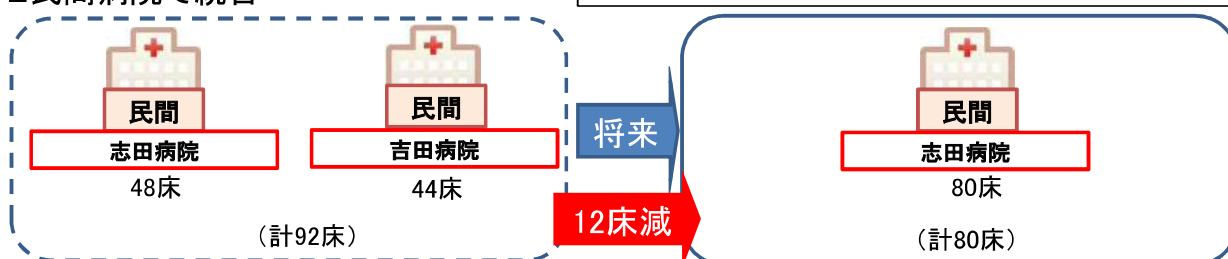
101

## 病院再編の概要(事例③)

### 【概要】

2民間病院で統合

- ・理由①:運営の効率化
- ・理由②:不足する回復期病床への対応



(参考)医療機能の変更

※回復期転換への補助制度利用予定

病院名	志田病院	吉田病院	志田病院
所在地	鹿島市	鹿島市	鹿島市
運営	医療法人天心堂	医療法人祐仁会	医療法人天心堂
規模	回復期リハ28床 地域包括12床 療養病床8床	療養病床44床	回復期リハ32床 地域包括28床 療養病床20床
診療科目	内科、外科、小児科、消化器科、整形外科、リウマチ科、リハビリテーション科	内科、神経内科、胃腸科、循環器科、リハビリテーション科	内科、外科、小児科、消化器科、整形外科、リウマチ科、リハビリテーション科

102

## 佐賀県地域医療構想調整会議の構成

- 県調整会議は、地域医療構想に関する協議方針など全県の事項を協議。構想区域分科会は、個別具体的な協議を実施。
- 協議の要である分科会座長（郡市医師会長）と基幹病院長の多くが、県調整会議と構想区域分科会の双方に参加。問題意識の共有などが図りやすい構成。
- 構想区域分科会は、医療計画作成指針上の「圏域連携会議」の性格を併せ持ち、地域における医療提供体制全般を協議できると整理。

佐賀県 地域医療構想調整会議	議 長：県医師会長、 副議長：県健康福祉部長 構成員：県医師会副会長、 <b>全郡市医師会長</b> 、病院協会代表、有床診療所協議会会長、 <b>特定機能病院・地域医療支援病院長 5 名</b> 、歯科医師会長、薬剤師会長、看護協会会長、 保険者協議会会長 その他：全日病副会長がオブザーバー参加
中部構想区域分科会	座 長： <b>郡市医師会長のうち 1 名</b>
東部構想区域分科会	副座長：保健福祉事務所保健監
北部構想区域分科会	構成員：郡市医師会長、病院協会代表、有床診療所協議会代表、 <b>特定機能病院長、地域医療支援病院長</b> 、自治体病院長等、郡市歯科医師会代表、郡市薬剤師会代表、看護協会代表、保険者協議会代表、介護老人保健施設代表、全介護保険者・市町介護保険担当課長
西部構想区域分科会	
南部構想区域分科会	その他：協議事項に関係する病院長、オブザーバー参加病院長等

103

## 議論活性化のための取組① 佐賀県の例

第12回地域医療構想に関するWG  
(平成29年3月28日) 資料1-2

## 佐賀県における地域医療構想のエンジン

## 「対話と信頼」なくして、地域医療構想の推進なし

## 1 県医師会等と「データと悩みを共有」、「顔が見える」から「腹を割って話せる」関係

- 節目節目で関係者に状況説明し、論点を整理。
- 病院協会等主催で医療圏ごとに「**病床機能分化に向けた2025年戦略を考える集い**」を開催（H28～）。
  - ・参加者は、理事長・院長等経営層
  - ・県からの説明（**初期は人口問題中心**）＋意見交換会により、問題意識を行政・医療関係者で共有
- 医師会、医療法人、医業経営コンサル、看護協会、介護関係者主催研修会等に積極派遣。
  - ・**調整会議以外に、2年間で延べ50回以上**の懇談会、研修会、意見交換会等を開催

2 地域医療構想は人口問題から考える**天気予報**（H29.6.22厚労省地域医療構想WG佐賀県提出資料）

- 行政は「**予報精度の向上**」、医療機関は「**立ち位置の決定**」という役割分担。
- 人口増加対応・病院完結型から、人口減少対応・地域完結型への**ソフトランディング**。
- データの海に流されない**よう、病床機能報告のダイジェスト版を整理するなど入口を重視。

## 3 調整会議での協議が進むよう、現場課題にあった論点を明確化

- 地域医療構想との整合性は、病床数との整合性ではなく、地域完結型医療（理念・価値観）との整合性。
- 一般論や他事例の情報を収集しつつ、「**佐賀の実情**」にあった**論点整理と協議**の展開。
- 人口減少は現実に進行中であり、**手遅れにならないよう、協議には一定のテンポ感**が必要。