

地域医療構想と総合診療

—医療再編時代に総合診療医が輝くために
意識すべきことを考える—

松本晴樹
新潟県福祉保健部長
Matsumoto.Haruki.niigata@gmail.com
Twitter @harrysanhvd2017

1

松本のキャリア

- 千葉大医学部卒業後、石巻赤十字初期研修
- 湘南鎌倉総合病院ER（1年）
- 厚生労働省へ入省
 - 母子保健課 = 子どもの事故予防、不妊治療
 - 広報 = 科学広報・リスコミ
 - 厚労科研費 = 競争的資金
 - 診療報酬 = 深夜手術加算、胃ろう、
医薬品等の費用対効果
- (留学：ハーバード公衆衛生大学院：医療政策専攻)
医療政策 = 地域医療構想
- ・2020年4月—新潟県福祉保健部長へ

2

キャリアモチベーション

- 全体のこと、システムのことを考えたい
- 効率が良いことを考えたい
- みんながハッピーになればいい
- イノベーション、ユニークなことが好き

3

キャリアのきっかけ

- 医学部を目指した理由
 - ⇒ 神戸 酒鬼薔薇事件（高校生）
 - ⇒ 若者にメンタルヘルスが受けられるシステムを！
- 厚生労働省に入った理由
 - ⇒ 精神科以外にも非効率なシステムがあるのでは？
 - ⇒ もっと効率がいいシステムづくりがしたい！

4

本日のお話

1. 地域医療の政策動向
2. 総合診療医の必要性がなぜ高まっているのか？
3. 何がボトルネックなのか？

5

地域医療構想の経緯

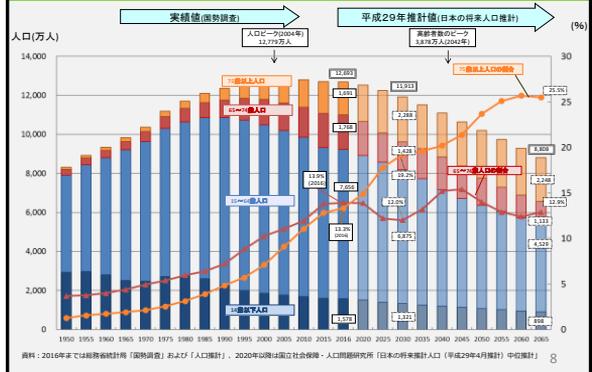
6

医療を取り巻く状況の変化

- 人口構造変化
- 医師はたらき方改革への対応

- 後期高齢者以外の医療ニーズは今後、大幅に減少傾向
- 医療技術の高度化と集約化により、**「集約された高度急性期病院」の近隣の「急性期」**病院は戦略変更を余儀なくされる

75歳以上の高齢者数の急速な増加



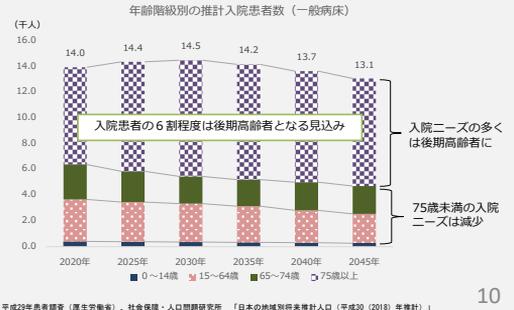
人口減少と後期高齢者の増加は確実に起こる未来(新潟県の将来推計人口)

- 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



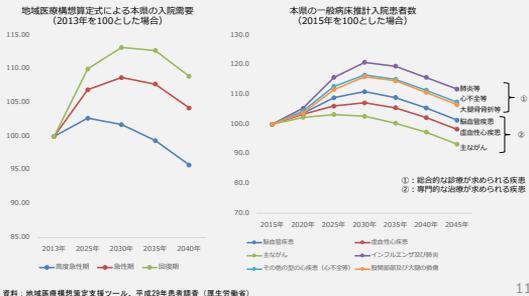
地域医療構想の必要性「その2」 ~人口構造と入院医療ニーズの変化への対応~

- 今後の入院ニーズの多くは後期高齢者



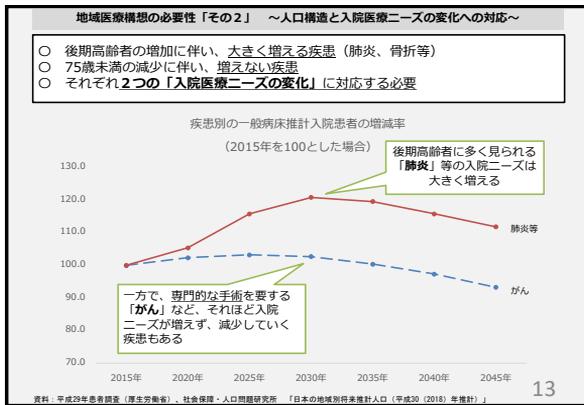
背景・問題意識 その①(人口減少、後期高齢者の増加)

- 今後の入院需要は、総合的な診療が求められるような(医療資源投入量がそれほど多くない)疾患がボリュームゾーンとなる一方、高度・専門的な治療が求められる(医療資源投入量が多い)疾患は相対的に縮小。
- 減少傾向にある高度・専門的な治療が求められる疾患(症例)が分散すると、次世代を担う医師を育成するための環境を確保できず、県内医療の質の低下や更なる医師不足につながりかねない。



医療技術の進歩は急激

- 経皮的心血管インターベンションの適応がACSに絞られてきており、よりAMI/ACSの対応症例を集約する必要性が出ている。
- 脳梗塞に対する血栓回収術の優先度が高まっており、tPA投与のみに対応できる病院の重要性が都市部では↓



2040年の医療提供体制を見据えた3つの改革

2040年に向けて新たな課題に対応するため、**I. 地域医療構想の実現に向けた取組**、**II. 医療従事者の働き方改革**、**III. 医師偏在対策**を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施

I. 医療施設の最適配置の実現と連携

(地域医療構想の実現：2025年まで)

- ① 全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ② 具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる取組

一体的に推進

II. 医師・医療従事者の働き方改革

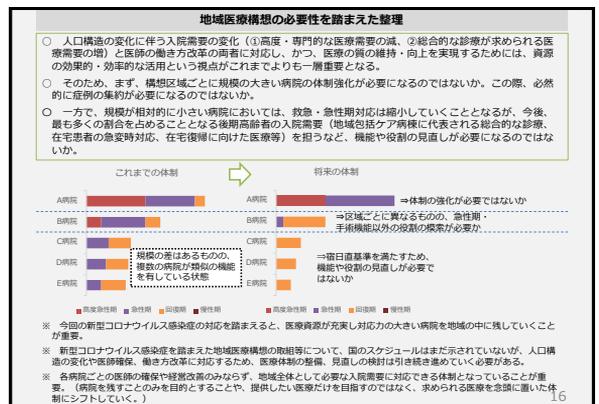
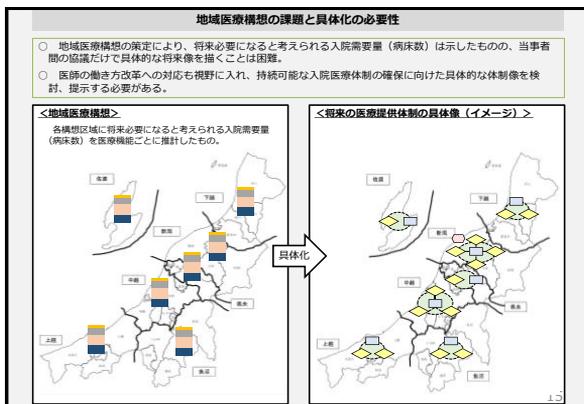
(医師の時間外労働に対する上限規制：2024年～)

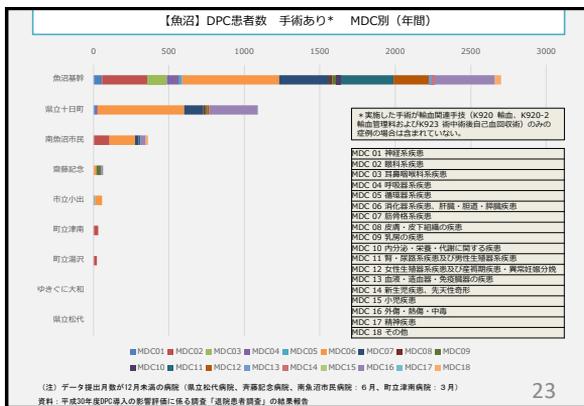
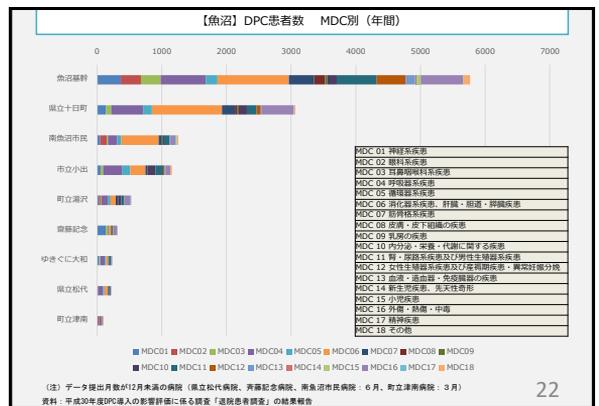
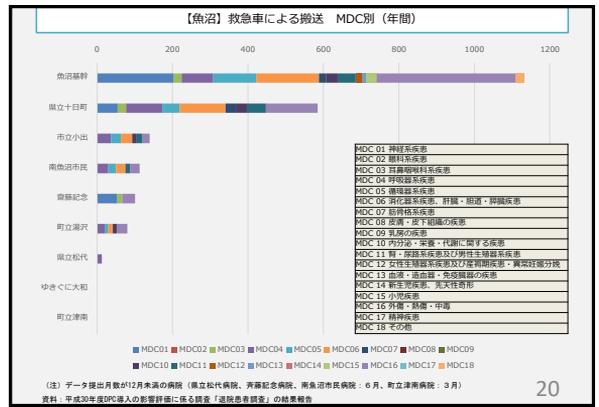
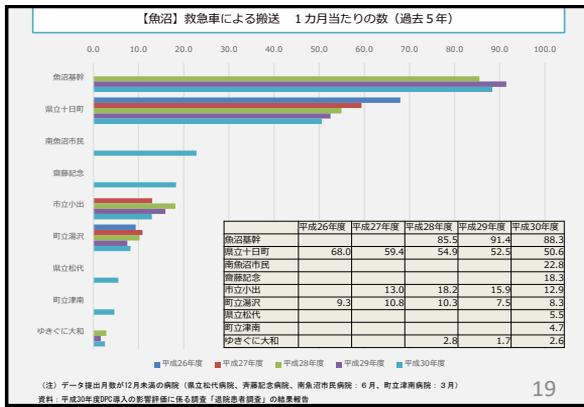
- ① 医療機関における労働時間管理の適正化とマネジメント改革
- ② 上手な医療のあり方に向けた普及・啓発と患者・家族への支援

III. 実効性のある医師偏在対策

(偏在是正の目標年：2036年)

- ① 地域及び診療科の医師偏在対策
- ② 総合診療専門医の確保等のプライマリケアへの対応





医療を取り巻く状況の変化

- 人口構造変化
- 医師はたらき方改革への対応

↓

- 後期高齢者以外の医療ニーズは今後、大幅に減少傾向
- 医療技術の高度化と集約化により、**「集約された高度急性期病院」の近隣の「急性期」病院は戦略変更を余儀なくされる**

地域医療構想の実現に向けた今後の進め方

<基本的な考え方>

- 「医療提供の目指すべき姿を示した地域医療構想」の実現に向けて、各種取組を進めて行く。
- どの地域の住民も、必要な時に高い専門的医療から在宅医療までの医療サービスを受けられる体制を整備する。
- 「医師の働き方改革」にも対応でき、医療従事者にとって魅力のある働きやすい環境を整備する。

<コンセプト>

- 各構想区域内に持続可能な「救急」と「手術」が確保され、一定程度の入院医療を完結できる体制を構築する。
- 専門的医療から、回復期・慢性期医療および在宅医療まで、関係機関相互の連携により、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される体制を構築する。

<今後の方向性（案）>

2025年を目途に、専門的医療の確保の観点から、各構想区域に以下の病院を整備することとしてはどうか。

① **中核病院（仮称）**

以下のような役割を全て担い、各構想区域の最後の砦となる入院機能を備えた病院として位置づける。

- がんの一般的な治療（例：胃や大腸の手術）を提供できる
- 脳卒中及び心筋梗塞の高度・専門的な治療を提供できる
- 救急車を断らない

② **連携病院（仮称）**

以下のような需要の増加が見込まれる疾患に対応できる役割（救急応需を含む）を担い、中核病院が本来の機能を果たせるようなサポート機能を備えた病院として位置づける。（複数の病院の連携により対応することも想定）

- 心不全、肺炎、尿路感染症、大腸骨折患者の受入れ

※各類型の病院の規模や機能の範囲は画一的に定めるものではなく、地域特性等を踏まえて整備を進めるものとする。
※将来的入院医療需要を勘案し、既存病院のダウンサイジングや資源集約も視野に入れながら整備を進めるものとする。
※資質要件に限りず、魅力ある環境を整備を促して、医師体制の確保に必要な医師等を確保する。
※上記以外の病院（急性期などの地域に密着する病院などを含む）の働き方については、別途検討する。

25

地域医療構想が必要な理由「その2」

～医師の働き方改革への対応～

26

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本格的に解消するため、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

27

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

28

医療を取り巻く状況の変化

- 人口構造変化
- 医師はたらき方改革への対応

↓

- 後期高齢者以外の医療ニーズは今後、大幅に減少傾向
- 医療技術の高度化と集約化により、**「集約された高度急性期病院」の近隣の「急性期」病院は戦略変更を余儀なくされる**

29

本日のお話

1. 地域医療の政策動向
2. 総合診療医の必要性がなぜ高まっているのか？
3. 何がボトルネックなのか？

30

地域医療構想の実現に向けた課題

- 連携を行う病院（仮称）については、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
- 経営陣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連携を行う病院（仮称）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。

31

本日のお話

1. 地域医療の政策動向
2. 総合診療医の必要性がなぜ高まっているのか？
3. 何がボトルネックなのか？

32

なぜ、総合診療医の活用がさらに進まないのか？（私見）

小規模公立病院の利害

- ・ 少ない医療需要でも経営が可能（交付金、繰入）
- ・ 医師の継続的な供給源に限られる（単発での雇用力がないため、医局派遣等に頼る＝例えバイト中心でも）
- ・ 患者が多様化することを言わない病棟も

待遇改善努力の不足

- ・ 小規模病院では、内科系がほとんどの診療報酬を稼いでいるが…？
- ・ なぜか1,200万で僻地に来てくれると信じる担当者

ポジションを確保する上で

- ・ 既存人事を超えて病院長・部長を務めるためには、マネジメント能力・教育能力が必要になる。
- ・ マネジメント能力 = 患者マネジメント、院内マネジメント、地域マネジメント

33



抱える課題の例 ①

- ・ 多様な患者で構成される**病棟のマネジメント**が求められる
- ・ 地域社会との**医介連携、包括ケアマネジメント、公衆衛生的介入**が求められる

↓

- ・ 病棟マネジメント ⇒ より総合的な患者管理
⇒ 看護師等の教育
⇒ 仕組みづくり
- ・ 地域社会 ⇒ 連携づくり = 仕組みづくり
⇒ 公衆衛生 = MPH的スキル

35

抱える課題の例 ②

- ・ 内科系の勤務医が2名しかいないため、**総合診療医を確保し、拡大する必要**。さらに、**チームビルディング**する必要

↓

- ・ 医師のリクルート ⇒ **組織行動学**
- ・ チームビルディング ⇒ //、**リーダーシップ**
- ・ 院長、事務長との待遇交渉 ⇒ //、**交渉学**
- ・ 地域の政治家、首長との交渉 ⇒ //、**政治学**

36



県と新潟大学医学部の協定締結の概要

令和3年1月19日に、新潟県と新潟大学医学部は、総合的な診療能力を持つ医師の養成等に係る協定を締結する調印式を行いました。

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ため、新潟県と新潟大学医学部が連携し、これらの医師の早前からの養成等に取り組むこととしました。

正角知事と新潟大学学長からのコメント



花角知事のあいさつ



新潟大学に総合診療科を立ち上げ、11人の医師を確保することになりました。

医師の数の確保については、新潟大学にご協力いただき、地域枠を増やすことなどを行ってまいりましたが、国に対し、臨床研修や専門研修の制度改正などを強く働きかけており、数の確保を目指すということは引き続きしっかりと取り組んでまいります。医師の数が確保出来れば良いのかと考えております。

医療の世界も専門化、高度化が進んでおり、臓器別・疾患別に専門医がどんどん育成されております。それだけで大変結構だと思いますが、地域医療の中で見たときに、高齢化が進み、1人の高齢者が2つ、3つ、様々な疾患を抱えることは、ごく当たり前のことになってくる中で、地域包括ケアシステムにおいても、中心的部分を担っていただくことから、患者さんが複雑な疾患を抱えてこられた時にも、連携して診療を行い、適切な必要な専門医に繋ぐことも出来、その疾患の背景にあるような生活の課題、

心理的、社会的な部分まで、総合的に診ていただける総合診療医を確保していくことが、医師の数を保っていく問題と捉えて必要であり、大きな課題であると考えております。

今年度、新潟大学医学部の総合的な診療能力を持つ医師の養成推進事業が開始されることとなり、これらの医師を早急に確保するため、新潟大学と県としっかり連携しながら、地域医療をより良くしていくための総合診療医を確保していくという事業を一緒に進めてまいりたいと思っております。

県からは、様々な地域医療の課題や現状などの情報提供をさせていただく中で、大学において、それらの情報を医学学生の教育あるいは卒業後のキャリア形成支援のために活用していただくことは、非常に重要であると考えております。

医学生に対する授業を行い、医師を養成する大学側と、行政を担う側、それから地域も上手に巻き込み、3者が連携しながら、県内のどこに居なくても安心して医療を受けられるような環境づくりを進めてまいりたいと思っております。どうかこれからとも協力をお願い申し上げます。ために、時には海外に留学したり、研究にも従事したりといったような総合的なキャリア支援を行うということでも、ぜひ多くの医学生、それから若手医師にインフラになっておられる若手医師に、この事業に協力をお願いいたします。新潟県に1人で多く、優秀な総合診療能力を持った医師を育成してまいりたいということでございます。この事業にあたって、医学部の卒業教育においては、新潟県の国立病院をはじめとする地域医療を支える病院での実習が非常に重要になります。地域枠の学生が卒業後の病院に配置されるということにおきましても、総合的な診療能力を高めるような配置を新潟県にお願いしなくてはならないため、新潟大学単独ではもちろん出来ません。新潟県のお力をお借りしながら、この事業を進めていきたいと思いますので、今回このような協定が結ばれるということを大変ありがたく思っております。

これから、良い道になると思っておりますが、新潟県の医師確保、そして医療を変えるという極めて大きな事業になると思っております。ぜひ皆様のご協力をいただきたいと思っております。どうぞよろしくお話し致します。

にいがた地域医療リーダーシップ 育成枠（初期研修）

- 県内の初期研修医に対し、自己研鑽として、マネジメント、リーダーシップスキルの習得、実践、フィードバックを行うプログラム
- 定員：若干名
- 開始：R4年度