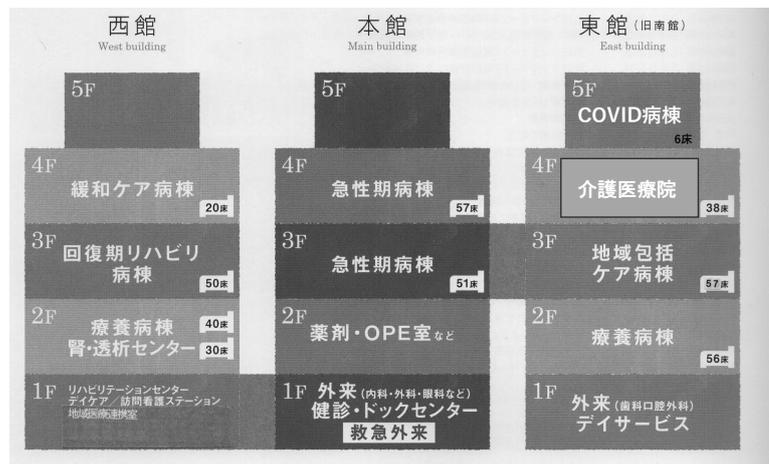


コロナの先の近未来図

～地域医療構想と高齢者救急のありかたを考える～

日本医療法人協会 常務理事
医療法人済衆館 済衆館病院
今村 康宏

自院ご紹介



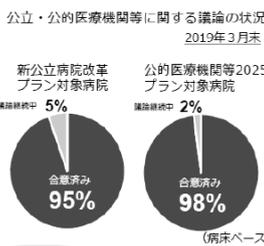
337床＋介護医療院38床

地域医療構想の実現に向けたこれまでの取組について

第32回社会保険WG
(令和元年9月23日)
資料1-1

1. これまでの取り組み

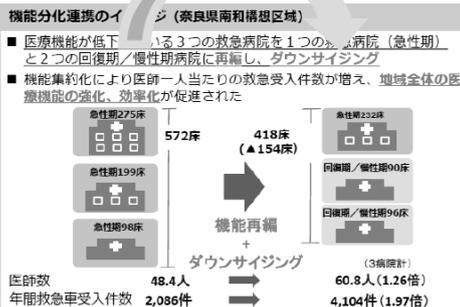
- これまで、2017年度・2018年度の2年間を集中的な検討期間とし、**公立・公的医療機関等**においては**地域の民間医療機関では担うことのできない医療機能に重点化**するよう医療機能を見直し、これを達成するための再編統合の議論を進めるように要請した。
- 公立・公的医療機関等では担えない機能として、「**新公立病院改革ガイドライン**」や「**経済財政運営と改革の基本方針2018**」においてはそれぞれ、
 - ア 高度急性期・急性期機能や不採算部門、過疎地等の医療提供等
 - イ 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供
 - ウ 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供
 - エ 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
 - オ 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が挙げられている。
- 2018年度末までに**全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針が地域医療構想調整会議で合意されるよう取組を推進**。



地域医療構想の実現のための推進策

- **病床機能報告における定量的基準の導入**
 - 2018年10月からの病床機能報告において診療実績に着目した報告がなされるよう定量的基準を明確化し、実績のない高度急性期・急性期病床を適正化
 - 【従前】 高度急性期 急性期 (3.6万床 (2017))
 - 【2018〜】 基準の導入により、高度急性期・急性期の選択不可
- **2018年6月より地域医療構想アドバイザーを任命**
 - ・調整会議における議論の支援、ファシリテート
 - ・都道府県が行うデータ分析の支援 等 (36都道府県、79名 (平成31年3月))
- **2018年6月より都道府県単位の地域医療構想調整会議の設置**
- **介護医療院を創設し、介護療養・医療療養病床からの転換を促進**

公的の巨大病院づくり



日本医療法人協会副会長
太田 圭洋
先生資料



出典：令和元年9月6日 地域医療構想に関するワーキンググループ資料 Heartfull Group

高齢者人口（65歳以上）の増加数（2015年→2040年）

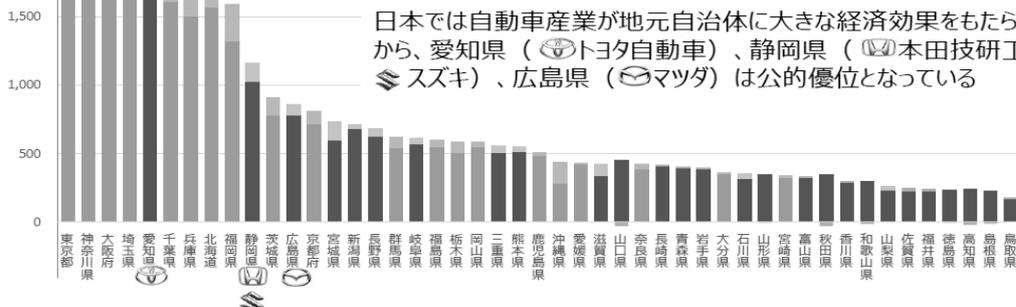


2015年から2040年の高齢者の人口は、全国で534万人増加する中、民間病院が救急搬送受け入れの50%以上を担う20都道府県で**約80%**の421万人増加する。

医療提供体制の基本構造

- ・都市部においては民間病院が「面」で支えている
- ・地方においては公的病院が「点」で支えている

日本では自動車産業が地元自治体に大きな経済効果をもたらすことから、愛知県（トヨタ自動車）、静岡県（本田技研工業、スズキ）、広島県（マツダ）は公的優位となっている



日本医療法人協会副会長
太田 圭洋
先生資料



現在のままの地域医療構想推進による 地域医療の効率化、非効率化

集約化による効率化

- ①民間淘汰による非効率化
- ②過度の集約化による非効率化
(高次病院での過度の高齢者医療対応)
- ③地域医療構想不徹底による非効率化
(424病院、地域住民の反対)

効率化

非効率化

日本医療法人協会
副会長
太田圭洋先生資料
HOSPY

旧尼崎病院
500床



2015



旧塚口病院
400床
(実働300床)

平成27年7月 尼崎病院、塚口病院を統合再編し、
兵庫県立尼崎総合医療センターとして開院

730床



トータル900床より170床減（8割）となっているが、
以前の病院より約1.5倍の超巨艦病院が設立された

日本医療法人
協会副会長
太田圭洋
先生資料

※旧塚口病院は、認可病床数400床に対し、稼働病床は300床（兵庫県病院局「尼崎病院と塚口病院の統合再編基本構想」より）

尼崎総合医療センターの現状

2病院を合併し、巨大病院を建設したことによって損益と繰入金は実質どのように変化したか
～尼崎病院・塚口病院の統合再編前後の比較～

単位：百万円

		病床数	経常収入 (繰入金含む) (A)	経常費用 (B)	経常損益 (C)	繰入金 (D)	実質 経常損益 (実質赤字) (C)-(D)	当年度 未処理 欠損金	実質経常収入 (繰入金含まず) (E)=(A)-(D)	経常収支 比率 (B)÷(E)
平成25年度 決算	尼崎病院	500	16,968	16,025	943	1,280	-337	-2,651	15,689	102.1%
	塚口病院 (実働300)	400	6,941	6,897	44	625	-581	5,238	6,317	109.2%
	2病院合計 (同800)	900	23,909	22,922	987	1,905	-918	2,587	22,006	104.2%
平成30年度 決算	尼崎総合 医療センター	730	35,483	35,190	293	2,908	-2,615	-8,167	32,575	108.0%
令和1年度 決算	尼崎総合 医療センター	730	36,158	36,433	-275	2,892	-3,167	-7,869	33,266	109.5%

繰入金は約1.5倍 実質赤字は約3倍

年間32億円の補てんがないと運営できない病院になってしまった
一方、救急はこの巨大病院に集中し、尼崎市内7病院が淘汰され
1病院のみが、かろうじて生き残っている

日本医療法人
協会副会長
太田 圭洋
先生資料

総務省地方公営企業年鑑平成25・30、令和1年度統計資料「病院事業」より加納繁照作成 ¹¹² Heartfull Group

HOSPYPY

新メニュー

(1) 救急医療機関の役割

第16回第8次医療計画
等に関する検討会
資料
2
令和4年10月26日

論点

- 救急医療機関の役割について、特に増加が見込まれる高齢者の特性も踏まえて、どのように考えるか。

頂いたご意見を踏まえた対応の方向性

【救急医療機関の役割】

- 高齢者の救急搬送が増加していく中で、初期救急医療機関は、主に独歩で来院する自覚症状が軽い患者への夜間及び休日における外来診療を担い、第二次救急医療機関は地域で発生する高齢者救急の初期診療と入院治療を主に担い、第三次救急医療機関は重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施することを基本としつつ、複数診療科の介入を要する症例や診断が難しい症例等、他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者の診療を担う。

※救命救急センターの応需率を指標とする。

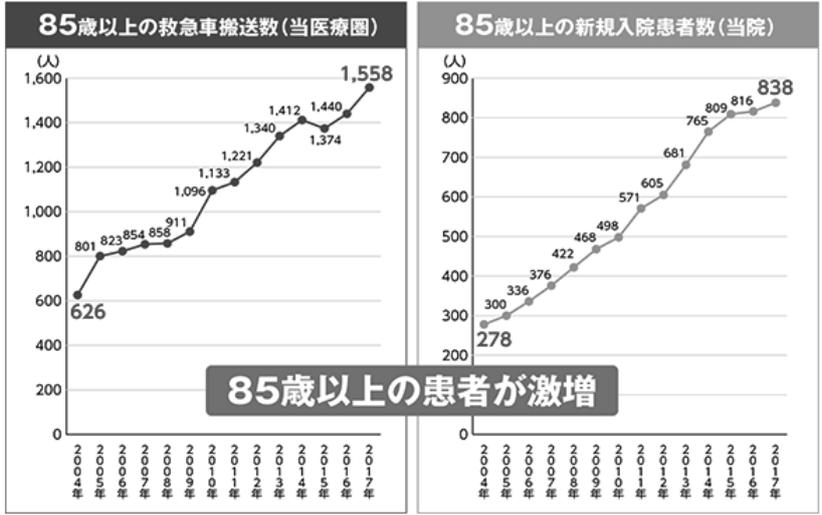
- 特に高齢者の患者が帰宅する際には、受診後に安心して生活できるよう、生活上の留意点に関する指導や、必要な支援へのつなぎをすすめる。

【高度救命救急センター等の体制整備】

- 高度救命救急センター等の地域の基幹となる救急医療機関は、平時から、重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行い、地域における重篤患者を集中的に受け入れる役割を担う。また、厚生労働省が実施する外傷外科医等養成研修事業を活用して、テロ災害発生時等における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築する。

※外傷外科医等養成研修事業を修了した医師・看護師数を指標とする。

佐賀県(高齢化率30.3%)・織田病院の救急搬送の高齢化



日本医療法人
協会副会長
太田 圭洋
先生資料
HOSPY

(資料：織田 正道 理事長 ご提供)

集約化の方がよい 医療機能	分散化の方がよい 医療機能
--------------------------	--------------------------

小児・周産期・救命センター・癌手術等 <small>感染症の重症患者受入も入るだろう</small>	高齢者医療、二次救急 (含む高齢者救急)
-------------------------------------------------------	---------------------------------

民間病院の
得意分野

巨大病院を作ると…
分散化の方が良い機能まで
集約化される危険がある。
(日本病院会長 相澤孝夫先生の意見に加筆)

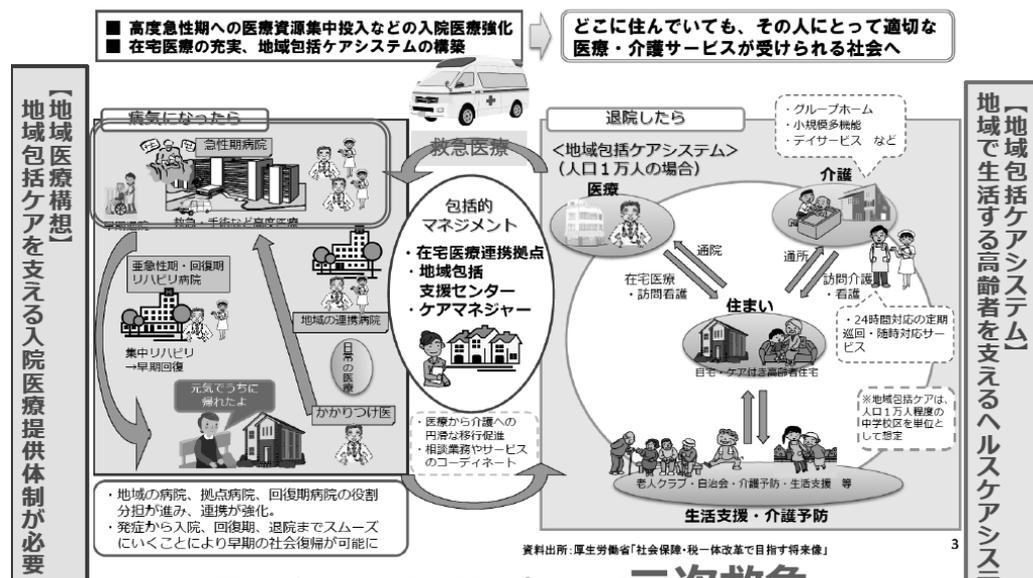
相澤孝夫委員(日本病院会長)は、集約化の方がよい医療機能と分散化の方がよい医療機能があるとし、「巨大病院をつくと分散化の方がよい機能まで集約化される危険がある」と述べ、今後検討する中での配慮を求めた。



日本医療法人
協会副会長
太田 圭洋
先生資料

2019年9月20日MEDIFAXより

社会保障・税一体改革による医療・介護サービス保障の強化



両者を結び付ける大事なポイントが**二次救急**
24時間365日高齢者が安心して生活してゆくために、
なくてはならないバックボーン

日本医療法人
協会副会長
太田 圭洋
先生資料

#HOSPY

医療費適正化の観点からみた 地域医療構想推進の問題点

●急性期機能をどこまで集約するかの議論が不十分

二次救急を地域で担う医療機関の確保が今の地域医療構想では議論されていない。集約化を進め公立・公的の高次機能病院(三次救急レベル)のみが急性期を担うとされるなら、これから増え続ける都市部の高齢者救急に対応する地域密着病院が淘汰され、診療報酬上も非常に高くつく可能性が高く補助金、繰入金も現在よりも巨額が必要となる可能性が高い。

●地域医療構想では、回復期が不足しているとされており、公立・公的病院の回復期病床への転換を止められない。

地域の民間病院を圧迫しつづけている。それは公立・公的が補助金をもらいながら行う医療なのか? 「公立病院では担えない機能……」は、すでに空文化しつつある。公立病院経営強化ガイドラインを盾に更に進む危険も?

<日本医療法人協会副会長 太田 圭洋 先生資料を一部変更>

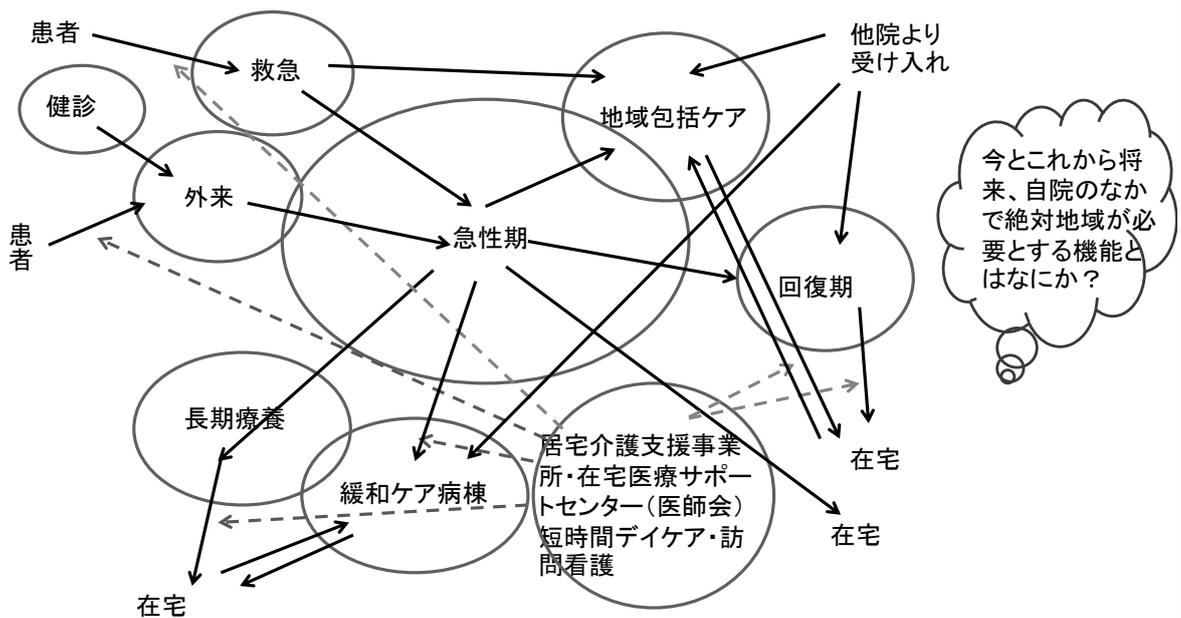
#HOSPY

コロナによって
当分先と思っていた諸問題が身近にやってきた

- 少子高齢化
- 医療需要の減少
- 光熱費高騰はじめあらゆるコスト増

本当に必要とされている機能は、
必ずまた求められる。
一方で背伸びしていた機能は淘汰の危険？

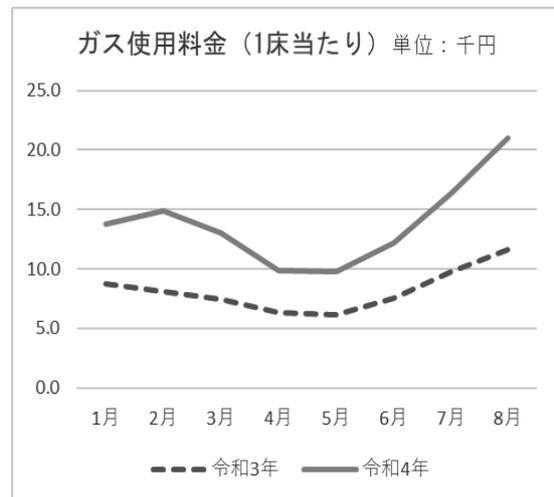
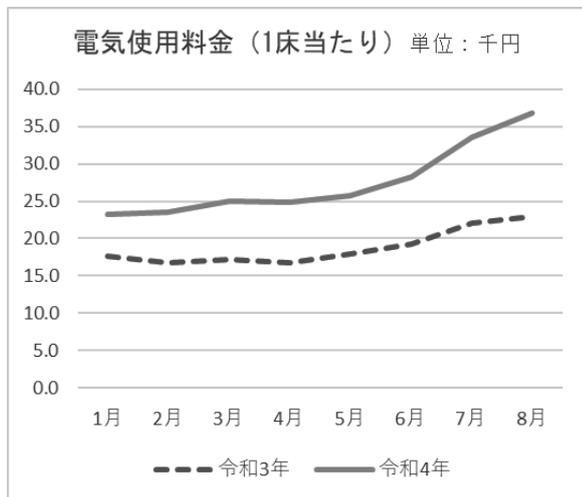
自院の機能を改めて見つめなおす



コスト増の打撃・・特に光熱費が厳しい

令和4年1月から令和4年8月まで

愛知県病院協会会員数(226会員)のうち114会員から回答 (回答率:50.4%)



同じ業界で頑張る仲間として、医療関連サービスに携わる皆様をお願い

- 医療・介護は報酬が公定価格で決まっているので自由に価格転嫁できない。
- 補助金は大変ありがたいが、一部の補填にとどまる。
- 医療需要の減少に伴い厳しくなる一方の経営を更に圧迫している。
- 関連サービスに携わる皆様にもこの苦境をご理解いただき、共に克服できるようなご提案やご指導を是非お願いする次第です。

ご清聴誠にありがとうございました