

# 健康医療サービスの競争力強化

平成25年6月20日  
健康福祉局



## 目指すべき姿

概ね10～20年後の人口構造や社会環境の変化を見据えて、広島都市圏における医療資源を効率的に再編することによって、医師数及び医療機能の必要数量を確保し、県民がどこに住んでいても安心して暮らせる地域包括ケアシステムの中核となる医療提供体制を構築するとともに、中長期的には、超高齢社会のグローバル・スタンダード・モデルとして世界に発信・輸出し、本県医療分野のグローバル・アドバンテージを獲得する。

# 問題の定義

## (1) 医療需要が急増する現実



## 医療提供体制の効率化が必要

今後、高齢化の一層の進展により、医療需要は増え続け、県内の入院患者数は、2035年には対2010年比で1.3倍に達する見込みである。

一方、4基幹病院※においては、役割分担が整理されておらず、重複する機能を有するなど、効率的な体制とはなっていない。

とりわけ急速な高齢化が進む広島都市圏において、急増する医療需要に対応していくためには、医療提供体制の効率化が必要である。

### ● 広島市における高齢化の加速

～高齢化率 2010年19.7%→2025年28.5% ⇒P36参照

### ● 医療需要の増大

～県内の入院患者は、悪性腫瘍で1.2倍、心疾患・脳血管疾患で1.6倍、骨折・筋骨格系疾患で1.5倍増加  
(2010→2035年) ⇒P38～39参照

～2035年には4基幹病院で300床以上不足 ⇒P40参照

### ● 厳しい経営環境

～寡占度指数が全国349医療圏中9位(激しい過当競争) ⇒P23参照

～1病院当たりの病床数が政令市で最下位 ⇒P24参照

～公立病院の約4割は赤字経営(全国)

### ● 4基幹病院で重複する医療機能

～周産期母子医療、がん拠点病院、救命救急センターなど ⇒P22参照

※「4基幹病院」…広島大学病院(746床)、広島市民病院(743床)、県立広島病院(713床)、広島赤十字・原爆病院(598床)

## (2) 医師の疲弊と不足のおそれ



## 医療現場の魅力づくりが必要

県内においては、近年、他県に比べて著しく若手医師が減少している。

また、広島医療圏は入院患者数当たりの医師数が少なく、このままでは、医師不足と医師の過重労働に拍車がかかるおそれがある。

このため、症例集積や高度医療機能の整備など、若手医師を惹きつける医療資源の魅力づくりが急務である。

### ● 医療現場の厳しい労働環境

～広島医療圏は、入院患者数当たりの医師数が少ない(政令市のある二次医療圏でワースト5位) ⇒P25参照

### ● 若手医師の流出(医療環境の魅力不足)

～広島県の20・30代医師 2002→2010年 △234人(全国+1,673人, 岡山県+71人, 静岡県+47人) ⇒P26～28参照



### 【問題点】

※ 広島都市圏においては、今後急速に高齢化が進み、現状の医師数や未分化の医療提供体制のままでは、将来的に医療需要に対応できなくなるおそれがある。

# これまでの取組と論点設定の理由

## 【問題への対応方針】

- 急増する医療需要へ対応するとともに、将来にわたって安定的に医師を確保していくためには、限られた医療資源を最大限に活用できる体制づくり(医療提供体制の効率化)と医師を惹きつける医療現場の魅力づくりが必要ではないか。

## 【これまでの取組】

- 広島都市圏における高度で効果的な医療提供体制を充実・強化するため、「広島県地域医療再生計画」※において、4基幹病院の機能分担・連携を推進することとしており、そのパイロット事業として、現在、高精度放射線治療センター(仮称)の整備を進めている。
- また、医師確保対策としては、これまで自治医科大学での医師養成(2名/年)や大学医学部地域枠の創設・拡充(広大H21～H25:68名)、ウェブサイトを利用した医師誘致策(H24:8名県内就業)などに取り組んでいる。

## 【課題】

- これまでの医師確保対策では、若手医師の減少数とのギャップを埋めることができないため、医療提供体制の効率化(資源の集約)によって、医療現場そのものの魅力アップを図ることで、吸引力を高める必要がある。

## 【今後の方向性＝論点の設定の理由】

- 高精度放射線治療センター(仮称)の整備を契機として、さらなる4基幹病院の機能分担と連携を推進することで、効率的で競争力のある医療提供体制が実現できるのではないかと。
- 4基幹病院の再編によって、高度医療の整備や他県に類を見ない症例集積を実現することで、医療現場の魅力を高めることができれば、県外から多数の医師を呼び込めるのではないかと。
- 国、県、市等の垣根を越えた大規模な病院再編は、他県にも例がなく、様々なステップを乗り越える必要があるが、他地域の再編事例も参考にしながら積極的に検討していきたい。

※『広島県地域医療再生計画』(平成22年1月策定)P43

「広島都市部の4基幹病院の再編」…都市部に集中する大規模4基幹病院の機能分担・連携を推進することにより、広島都市圏における高度で効果的な医療の提供体制を充実・強化することが求められている。このため、具体的な新たな取組として「高精度放射線治療センター(仮称)」を設置し、高度な放射線治療機能の再編・集約化を図り、今後の更なる4基幹病院の機能分担・連携を推進する。

# 論点の設定

## (1) 医療機能の効率化

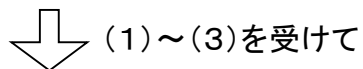
広島都市圏において、4基幹病院の再編(機能分化と資源集約)によって、効率的で競争力のある医療提供体制を整備することができるのではないかと。

## (2) 医療人材の確保

こうした体制が実現すれば、今後増加する医療需要に対応し、かつ医療人材の吸引力を高めることにつながるのではないかと。

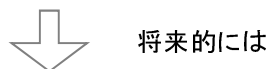
## (3) (1)及び(2)を可能にする4基幹病院等のガバナンスのあり方

国、県、市等の垣根を越えた病院の再編は、他県でも例がなく、個々の利害得失を超越した大義と設置主体(ガバナンス)のあり方を含めた大胆な議論が必要ではないかと。



## (4) ヘルス&ヒューマン・サービス・システムの構築

医療機関同士や地域包括ケアシステムとの有機的な連携による相乗効果によって、県民にとってベストマッチの健康医療サービスの仕組み(=ヘルス&ヒューマン・サービス・システム)が実現するのではないかと。



ヘルス&ヒューマン・サービス・システムの海外展開

こうした社会資源の全体最適化が実現したシステムは、超高齢社会のグローバル・スタンダード・モデルとなり、医療分野における新たな海外市場を開拓する契機となり得るのではないかと。

※ 安倍政権の成長戦略との関係性

- ・ 短期的には、健康・医療・介護関連機器の優位性を目指した治験体制の構築
- ・ 中長期的には、ハードのみならず、人材教育などソフト分野を含めたシステム全体の海外戦略

# 病院再編のメリット

## (1) 医療機能の分化（役割分担の明確化）…医療機関の垂直連携

- ・ 高度急性期，一般急性期，亜急性期など，医療機関の役割分担を明確にし，それぞれの医療機能に応じて資源を投入することで，**平均在院日数が短縮**され，発症から入院，回復期，退院までがスムーズになり，**患者の早期復帰**が可能になる。

## (2) 医療資源の集約（スケールメリットの創出）…医療機関の水平連携

※ 症例数の多い病院と良好な治療成績との間には相関関係があると言われている。

- ・ 病院の強みに集中投資することで，**より高度な医療**を提供できる。
- ・ 人的資源を集中させることで，**土日の手術やMRI検査**が可能になるなど，患者サービスが向上する。
- ・ 麻酔医など，不足する**専門医を安定的に確保**することができる。
- ・ マンパワーに余力が生まれ，医師等の**労働環境の改善・向上**につながる。
- ・ マンパワーの余力を**へき地医療**や**医療ツーリズム**に活用することができる。
- ・ 症例数が集積されることで，**医療の質や治療機能の向上**につながる。
- ・ 単独病院では購入が困難な**高額医療機器**を整備することができる。
- ・ 薬剤などの**共同購買**や**高額医療機器の共同利用**によって経費削減・収益力強化を図ることができる。



# 病院再編の成功要因・失敗要因

事例	再編の内容	結果	成功要因(◎)・失敗要因(▲)
東京都立病院 ⇒P15	都立10病院を医療機能別に再編	成功	◎ ガバナンスが単一であるため、利害調整が最小限に留まり、スムーズな意思決定が可能だった。 ◎ 都立病院に対するアンケート調査(都民2,304件、来院者2,092件)により、医療ニーズや都立病院の役割等について都民の意見を把握し、再編プランに反映させた。
北摂4市立病院(池田市・箕面市・豊中市・吹田市) ⇒P16	市域をまたがる市立病院の統合と大学附属病院との連携強化(構想)	中断	▲ 再編の効果について、供給サイド(医療機関)のメリットが強調され、住民に対して具体的なメリットを提示できなかった。 ▲ 診療科の再編によって生じる収支格差など、病院間の利害関係の調整が難しかった。→「初期研修医の共同受入れで連携の実績をつくって、ガバナンス統一への流れをつくるべき。」という意見があった。 ▲ 外来稼働率の向上による黒字化を求められている大阪大学附属病院が研究・教育機能に特化した場合、同病院の経営問題(経営ノルマ)が解消できるのか疑問。 ▲ 看護師等スタッフは、公務員身分の維持を望んでおり、身分の移管に不安を感じている。→「連合体の設計に際しては、公務員型の独法化を選択すべき。」という意見があった。 ▲ 医療界のリーダー的存在でもある構想の発案者(門田守人医師:当時は大阪大学副学長、現在はがん研有明病院長)が、東京へ転出したため、構想実現の求心力を失った。
日本海総合病院・酒田医療センター ⇒P17	県立病院と市立病院の統合・再編	成功	◎ 酒田市民病院が老朽化し、建替えの時期が到来していた。 ◎ 北庄内地域に三次救急医療機能がなく、救命救急センターの整備が必要とされていた。 ◎ 2病院は直線で2kmしか離れていないため、通院距離など患者の利便性に大きな影響がなかった。 ◎ 多額の累積損失を抱える県立日本海病院に対して、県が出資債25億円の導入を決定した。 ◎ ロスコストの徹底見直しなど、財務指数改善に向けて具体的な目標を掲げた。 ◎ 県職員の法人移行希望が約7割だった。 ◎ 職員のサービス・給与規程は、県・市・法人プロパーのトリプル・スタンダードとし、現給保障の措置を講じた。

# 先行事例の教訓(ケース・スタディ)

## (1) ニーズに即した医療機能の強化

- ・医療需要の将来推計に基づいて資源を集中すべき医療機能を選定する。

## (2) 県民に対する具体的なメリットの提示

- ・高度医療、救急医療の充実強化、在院日数の短縮など、目に見えるメリットを県民に提示する。
- ・診療科の移設等によって患者の利便性・選択肢を奪うことにならないか、その影響について精査する。
- ・退院後の受け皿(後方機能)を整備し、患者の行き場を確保する。

## (3) 病院間の利害得失の精査

- ・診療科の再編による収支格差など、病院間で生じる利害得失を定量的に把握する。
- ・これまで病院間で切磋琢磨してきた競争環境が良い意味で維持されるような環境を整える。

## (4) 大学病院のあり方の整理

- ・大学の教育・研究機能と経営ノルマのバランスについて慎重な議論が必要。

## (5) 基幹病院の財務内容の精査

- ・累積損失や不良債務の処理方法について検討する。
- ・先行投資した財産が無駄にならないよう、資産効果の最大化を図る。

## (6) 財務指数の目標設定

- ・中長期の収支予測を踏まえて財務指数の目標値を設定する。

## (7) 職員のモチベーション高揚策

- ・再編前後の服務・給与規程の整合を図るなど、安定した労務環境を整備する。

## (8) 連携策の実績の積み上げ

- ・臨床研修医の“たすきがけ”や共同購買、高額医療機器の共同利用など、基幹病院間の連携について可能なものから実行し、連携強化の実績を積み上げていく。

## (9) 強いリーダーシップを発揮するキーパーソン

- ・プロジェクトの推進役となるリーダーとリーダーをサポートする強固な体制を整備する。

# 施策展開の全体イメージ図「ヘルス&ヒューマン・サービス・システム」

～重層的に住民を支える医療・保健・介護・福祉・住まいのネットワーク～

基幹病院



広島大学病院



広島市民病院



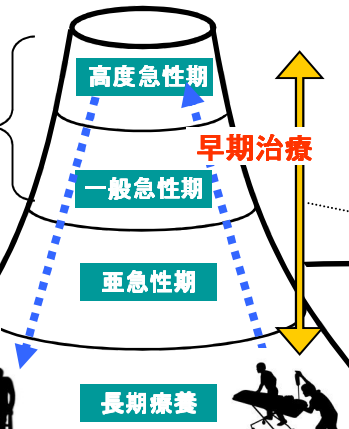
県立広島病院



広島赤十字・原爆病院

＜基幹病院等の機能分化・集約＞  
 病院の機能分化と資源集中，病院間の垂直連携により，入院機能と後方機能を強化し，早期治療・早期退院・早期回復を実現

- ① 医療機能の強化
- ② 医療提供体制の効率化
- ③ 医師のキャリアパス確立



早期治療

早期退院

早期復帰

二葉の里地区医療・福祉ゾーン



高精度放射線治療センター(仮称)

④ 垂直連携の強化



⑩ 医療関連産業の集積



特別養護老人ホーム



ケア付き高齢者住宅

住まい



地域包括支援センター

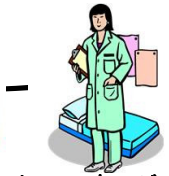
介護予防マネジメント等



グループホーム

⑨ 高齢者の住まいの確保

見守り



ケアマネージャー

介護



ホームドクター

医療

在宅医療・介護

⑥ 在宅医療提供体制の整備

保健



自宅・地域へ



保健所

地域保健の普及

リハビリ

⑧ 健康づくり県民運動の推進

⑦ かかりつけ医等の普及・定着

＜目指すべき姿＞

- ◎ 患者が高度医療を受けることができる
- ◎ 患者が早期治療・早期退院できる
- ◎ 患者が自宅や地域で安心して暮らせる
- ◎ 医療人が安心して働くことができる
- ◎ 基幹病院が適正規模で配置されている
- ◎ 病院の強固な経営基盤が確保されている
- ◎ 病院間の連携体制が確保されている
- ◎ 国際レベルの医療機能が整備されている
- ◎ 国内外から患者や医療人材が集まる
- ◎ 治験や臨床研究が活発に行われている
- ◎ 医療関連産業が集積している

# 施策展開の全体イメージ

## ～「ヘルス&ヒューマン・サービス・システム※」の構築に向けて～

※「ヘルス&ヒューマン・サービス・システム」…かかりつけ医から高度急性期病院までが有機的に連携した医療クラスター（地域完結型医療）を中核にしつつ、各地の地域包括ケアシステムと繋がることで、県民を重層的かつ切れ目なく支える医療・保健・介護・福祉・住まいのネットワークシステム。  
⇒その高度医療機能は、県全域に裨益するとともに、県外からの集患につながり、システム全体のフレームワークは、超高齢社会のスタンダードモデルとして世界の模範となる。

### 実現の目標

65歳以上人口がピーク状態となり、また、団塊の世代が後期高齢者となる2022年までには、「ヘルス&ヒューマン・サービス・システム」の体制づくりが完了していることを目指す。

### (1) 医療機能の強化

- \* 4基幹病院及び市市民間医療機関の役割分担を明確にし、それぞれの役割に応じた資源投入を行う。
- \* 高度急性期を担う病院においては、医療資源の集中投入により、入院機能を強化し、平均在院日数の短縮を図る。
- \* また、今後の医療需要を見据えて、資源を集中すべき医療分野を選定し、新たな施設整備も視野に入れた検討を行う。

【例】がん治療の機能集約…国際レベルのがん治療コンソーシアム

健康寿命延伸機能の複合的拠点…ロコモティブ・シンドロームや認知症に対応する「要介護ゼロ」センター

### (2) 医療提供体制の効率化

- \* 4基幹病院の医療資源の集約や連携強化(スケールメリット)によって、アウトカムの向上や共通コストの低減を図る。

【例】症例集積を共有する治験ネットワーク、臨床研修医の“たすきがけ”，医療機器の共同利用，薬剤等の共同購買など

### (3) 医師のキャリアパスの確立

- \* 医療資源を総動員して県内外の臨床研修医を惹きつけるような魅力的な研修プログラムを策定する。
- \* 人的資源の集中によって生まれたマンパワーの余力をへき地医療や将来的には医療ツーリズムに活用する。
- \* 中山間地域で働く医師が、医療技術向上の機会を逸することのないよう、モチベーションを高めるキャリアパスを確立する。

⇒(1)～(3)により、若手医師を惹きつける医療現場を創出する。

#### (4) 医療機関の垂直連携の強化

- \* 急性期病院を退院した後の患者が行き場を失うことのないよう、退院調整機能(後方機能)を強化する。
- \* 地域連携クリティカルパスの活用を拡充し、退院後の切れ目のない医療提供体制を確保する。

#### (5) 医療・介護・福祉の連携強化

- \* 多職種連携によるケアカンファレンスの標準化を目指す。
- \* 地域住民が主体となった一人暮らし高齢者等の見守り体制の整備・拡充を促進する。

#### (6) 在宅医療提供体制の整備

- \* 療養支援、急変時の対応、看取りまでを包括的かつ継続的に行う在宅医療の提供体制を構築する。
- \* あわせて、在宅医療の中心的な役割を担う在宅医療推進医や訪問看護師を育成する。

#### (7) かかりつけ医等の普及・定着

- \* 住民に身近な地域で日常的な医療を受けたり、健康相談ができる医師として、また、高度医療、急性期医療へのパイプ役として、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及・定着を図る。

#### (8) 健康づくり県民運動の推進

- \* ライフステージに応じた生活習慣や生活習慣病の発症予防など、県民自らが実践する健康づくりをサポートする。
- \* 食生活応援店やウォーキング・コースの整備、受動喫煙防止対策など、県民の健康づくりを支える社会環境を整備する。

#### (9) 高齢者の住まいの確保

- \* 高齢者が自宅で生活を続けることができるよう、バリアフリー化を促進する。
- \* サービス付き高齢者向け住宅の供給を促進するとともに、有料老人ホーム等の的確な情報提供に努める。

#### (10) 医療関連産業の集積

- \* 広島県が誇るものづくり技術を、今後成長が見込まれる医療・福祉分野へ応用・活用し、高付加価値で国際競争力が高い産業クラスターの形成を目指す。

#### (11) システムのパッケージ化と海外戦略の展開

- \* 広島版地域包括ケアシステムをパッケージ化し、3A諸国等へデバイスとともに輸出する。
- \* 外国人患者と受入れ病院のマッチング・システムの整備や多言語対応など、国際メディカル・ツーリズムを展開する。

# 国の改革シナリオ(1)

- 一般病床の1日当たり必要病床数は、**107万床**(H23年)から**129万床**(H37年)に拡大することが見込まれる中、病院・病床を「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期等」へ機能分化することで、入院医療の機能強化(平均在院日数の短縮)を図り、病床数を**103万床**に抑えることとしている。

107万床 → 103万床

医療・介護サービスの需要と供給(必要ベッド数)の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設	
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15~16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15~16日程度 25万人/月	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19~20日程度 一般急性 13~14日程度 亜急性 <sub>小</sub> 等 75日程度 亜急性 <sub>大</sub> 等 57~58日程度 長期ケア 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月	【地域一般病床】 24万床 77%程度 19~20日程度 29万人/月
亜急性期・回復期リハ等	%は平均稼働率	152万人/月	【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月	
長期療養(慢性期)	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健(老健+介護療養)	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

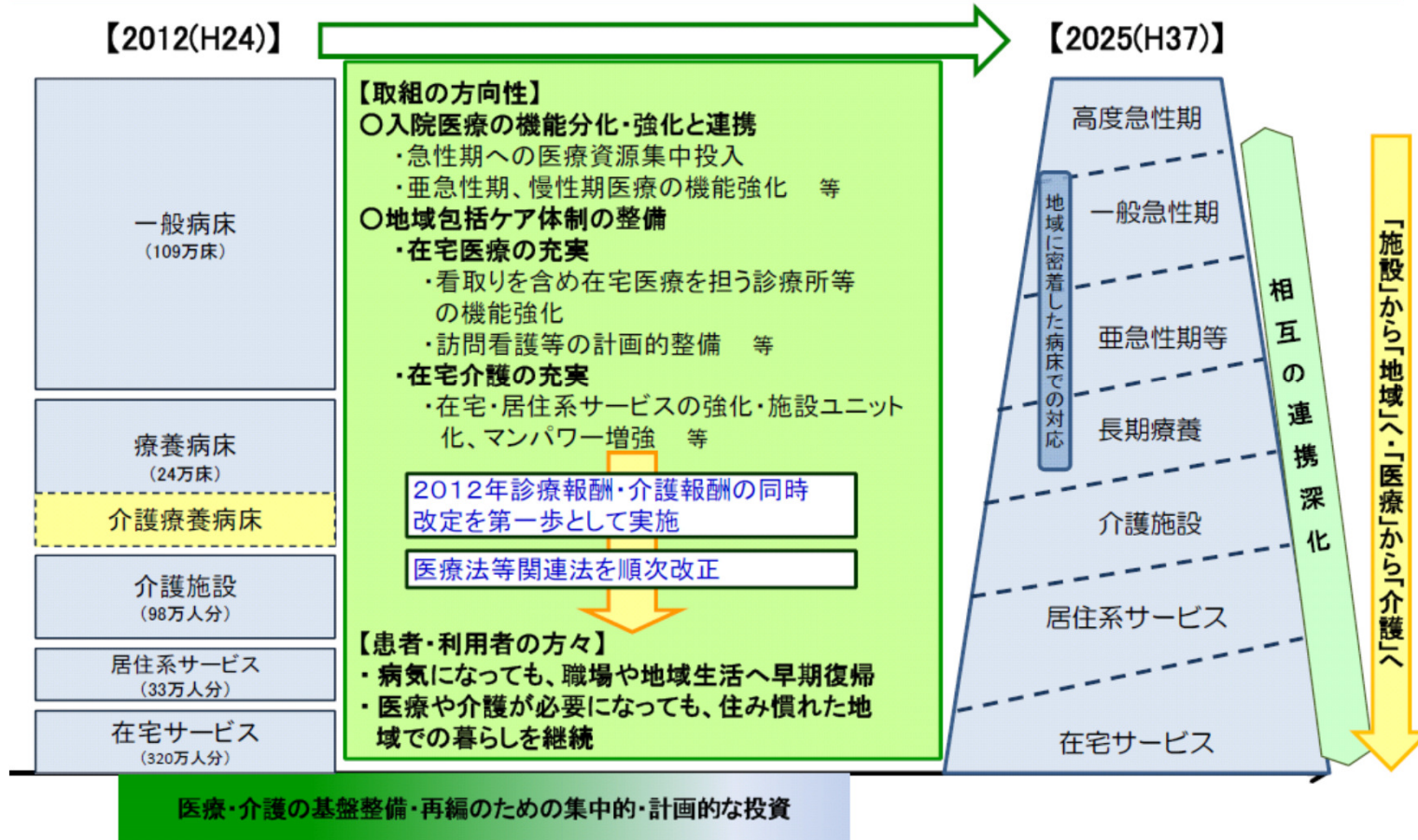
「在宅医療(1日当たり)」の供給量の試算…2011年度17万人→2025年度29万人  
 「地域一般病床」…医療提供が困難な地域等における地域に密着した病床での対応を行うため、地域の医療機関が、高度急性期医療、一般急性期医療、亜急性期医療等を一体として提供する。

資料: 第6回社会保障制度改革国民会議(H25.3.13)提出資料

# 国の改革シナリオ(2)

医療・介護機能の再編・将来像

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築します。



資料: 第10回社会保障制度改革国民会議(H25.4.22) 提出資料

## 病院再編の事例

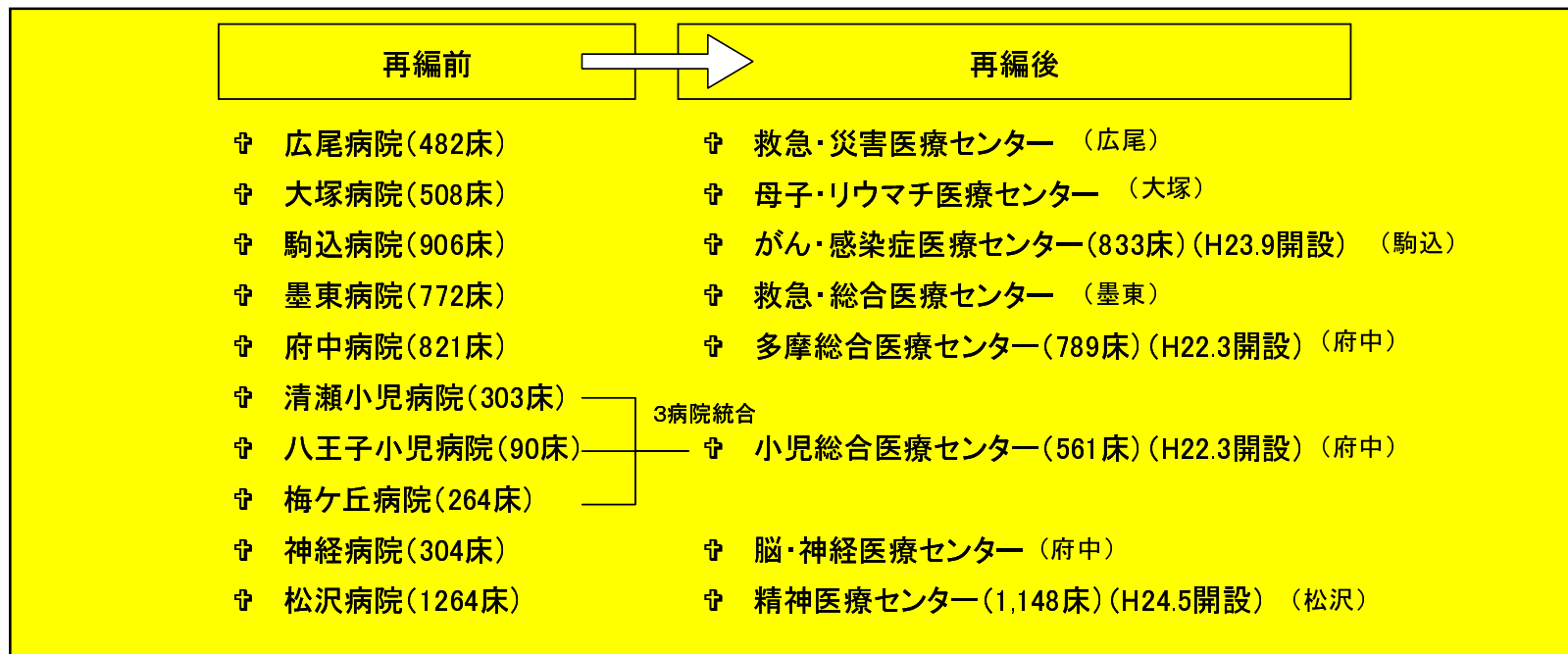


## 【事例①】

### 単一の経営母体による病院再編の例 ～東京都立10病院を医療機能別に再編



東京都立小児総合医療センター



- 医療機能の集約とネットワークの充実強化を実現するため、10の都立病院を再編。
- 再編の6つの視点…① **救急医療の充実強化**、② **小児医療の充実強化**、③ **医療機能の集約による都民ニーズへの対応**、④ **高齢者医療の普及拡大**、⑤ 区部・多摩地域における医療拠点の整備、⑥ 地域医療への支援拡充。
- 都立病院再編整備の一環として、平成22年3月に「多摩広域基幹病院」を都立府中病院敷地内の隣接地へ新築・移転。→多摩地域の「東京ER・多摩」と「東京都立小児総合医療センター」を併設し、**1,350床の大規模な病院**となる。

区分	池田市	箕面市	豊中市	吹田市	計
市立病院の病床数	364床	317床	613床	431床	1,725床
推計人口(H25.4.1)	103,259人	133,110人	391,603人	360,795人	988,767人

## 【事例②】

### 市域をまたがる市立病院の統合を試みた例

#### ～北摂地区医療連合構想(大阪府池田市・箕面市・豊中市・吹田市)

4市の市立病院が、“地域完結型医療体制”の実現を目指して、病院間の診療機能の再編とそのためのガバナンスの一体化について議論(H23年度)

#### 【議論の概要】

- 近接する市立病院が同じ診療科や医療装置を重複して揃える現状の無駄は、再考すべき時期に来ている。各市民病院が“一病院完結”ではなく、“地域全体”で連携を図る発想が必要。(=**地域完結型医療体制**)
- その核となるのが大阪大学医学部附属病院だが、黒字化が強く求められている附属病院は、医療報酬を稼ぐため、本来なら大学病院の対象外の軽症患者まで外来診療しているのが実態。
- 地域完結型医療体制の構築には、医師を効率的に活用できる体制が必要であり、そのためには、4市立病院間の**診療機能の再編**が最優先課題である。
- しかしながら、自治体病院同士の連携のハードルが高いのは、各病院が個別ガバナンスの元に独立採算を取っているためであり、機能分担によっては病院間で収支格差が生じる可能性がある。そのため、慎重な検討と綿密な試算が前提条件となるが、**ガバナンスを統一すれば、意味のある連携は可能である。**
- ガバナンスの統一には、利害関係の調整が必要だが、比較的導入が容易な、阪大の初期臨床研修医受入れで共同の実績を作り、ガバナンス統一への流れを作ればよい。
- 北摂地区4市の市立病院による「**北摂地区医療連合(仮称)**」が創設されれば、人口約100万人をサポートする合計病床数1,725床の地域医療を担う**巨大病院連合**ができるとともに、大学病院は本来果たすべき研究・教育機能を充実できるようになる。
- そうなれば、医師リソースの効率的配分により、医師不足を解消し、**薬剤などの共同購買や高額医療機器の共同利用による経費削減・収益力強化も見込める。**
- こうしたプロセスを経て、北摂地区の救急医療、急性期医療の効率運営をまず達成し、その後、高度医療を提供する阪大病院と国立循環器病研究センター、済生会吹田病院などの地域民間病院、医師会などとの連携を強化し、理想モデルを完成させる。

### 【事例③】

## 県立病院と市立病院の統合

### ～日本海総合病院・酒田医療センター（山形県酒田市）



日本海総合病院

(県)山形県立日本海病院(528床) + (市)酒田市立酒田市民病院(400床)



(独)日本海総合病院(646床)・日本海総合病院 酒田医療センター(114床)

- 平成20年4月、運営主体として「**地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構**」を設立し、2つの病院を一体的に運営。  
(酒田医療センターは、平成22年11月から医療療養型病床になり、一般外来診療は行っていない。)
- 日本海総合病院に急性期医療を集約再編し、経営の効率化を図るとともに、庄内地域と最上地域の一部をカバーする救命救急センターを整備する。
- 人的資源の集中により、業務効率が改善し、**手術や検査件数が増加**。(診療単価増)
- 医療技術が集約でき、機能分化を図ったことで、日本海総合病院の**平均在院日数は、17日から12日台に短縮**。
- 看護師を集中配分することで、7対1入院基本料を算定できるようになり、入院単価が大幅に増加し、**医師事務作業補助者や臨時看護師等も柔軟に採用**できるようになった。
- 財政面では、平成20年度決算で、日本海総合病院が12億円、酒田医療センターで3億円の改善効果があり、平成21年度決算で初の**営業収支黒字を達成**した。(P/L 当期純利益 H19: △4.91億円→H23: +13.53億円)

\* 酒田市 推計人口 107,992人(H25.5.1)

## 【事例④】

### 日赤が管理運営する市立病院 ～横浜市立みなと赤十字病院(神奈川県横浜市)



横浜市立みなと赤十字病院

(市)横浜市立港湾病院(300床) + (赤)横浜赤十字病院(380床)



(市)横浜市立みなと赤十字病院(634床)

- 横浜市立港湾病院と横浜赤十字病院の機能を継承し、横浜市立みなと赤十字病院として新築整備。  
平成17年4月開院。**開設者:横浜市長, 指定管理者:日本赤十字社**
- 公設民営(民間委託)を導入した理由
  - ・ 受託事業者と適切な契約を交わすことで、政策的医療など市民に提供すべき医療機能の確保は可能。
  - ・ 民間医療機関の医療に関する知識・経験や得意分野を市医療施策に反映することで市民に還元できる。
  - ・ 民間医療機関の経営手法を活用した経営改善により、横浜市一般会計負担の大幅な軽減が期待できる。
- 主な機能…神奈川県救命救急センター, 第二次救急指定病院, 小児救急医療拠点病院, 災害拠点病院, エイズ拠点病院, がん診療連携拠点病院など。

\* 横浜市 推計人口 3,701,475人(H25.5.1)

## 【事例⑤】

### 企業立病院を自治体へ売却した事例 ～加古川メディカル・センター(兵庫県加古川市)



加古川西市民病院

(独)加古川西市民病院 (旧(市)加古川市民病院) (405床)  
+  
(独)加古川東市民病院 (旧(企)神鋼加古川病院) (198床)  
↓  
(独)加古川メディカル・センター(約600床) [平成29年予定]

- 平成23年4月、加古川市民病院と~~㈱神戸製鋼所~~が運営する神鋼加古川病院が統合し、「地方独立行政法人加古川市民病院機構」の新しい組織のもとに加古川西市民病院、加古川東市民病院としてスタート。**(神鋼側が病院を加古川市に売却)**
- 市民病院の内科医不足と経営難が統合の理由。(医師不足により外来診療を制限していた。)
- 平成22年に両病院合わせて110人だった医師が、平成24年には139人まで増加。
- 平成24年度には、両病院共通の電子カルテを導入するとともに、人事交流を図り、両病院の診療の連携・補完を進める。
- 平成29年をめどに、600床規模の**新統合病院(加古川メディカルセンター)**を加古川市内の適地に新築移転する予定。

\* 加古川市 推計人口 268,184人(H25.5.1)

# データ集

■ 広島市内中心部の半径2km以内に4つの基幹病院が立地している。

【表1】広島二次医療圏内の100床以上の病院(精神・療養を除く)

	施設名	開設者	病床数
基幹病院	広島大学病院	広島大学	726
	広島市立広島市民病院	広島市	715
	県立広島病院	広島県	663
	広島赤十字・原爆病院	日本赤十字社	598
企業立病院	広島鉄道病院	西日本旅客鉄道(株)	292
	マツダ病院	マツダ(株)	270
	中電病院	中国電力(株)	248
	広島通信病院	日本郵政(株)	110
	広島三菱病院	三菱重工業(株)	110
その他 100床以上	広島市立安佐市民病院	広島市	527
	土谷総合病院	医療法人	394
	済生会広島病院	社会福祉法人	330
	広島記念病院	共済組合	250
	広島共立病院	生協	199
	広島厚生連吉田総合病院	厚生連	166
	総合病院福島生協病院	生協	165
	浜脇整形外科病院	医療法人	160
	翠清会梶川病院	医療法人	143
	広島市立舟入病院	広島市	140
	太田川病院	医療法人	124
	ヒロシマ平松病院	医療法人	121
	一陽会原田病院	医療法人	120
	曙会シムラ病院	医療法人	116
	吉島病院	共済組合	113
	荒木脳神経外科病院	医療法人	110
	広島厚生病院	医療法人	109
	たかの橋中央病院	医療法人	106
	広島市リハビリテーション病院	広島市	100
	合計		7,225

半径2km以内に立地

※「病床数」はH25.4.1現在の一般病床数(精神, 結核, 療養は含まない)

資料:中国四国厚生局「施設基準届出状況」から作成

■ 広島市内の4基幹病院においては、重複する医療機能が少なくない。

【表2】4基幹病院の主な医療機能

指定等 基幹病院	許可病床数（うち一般病床）	平均在院日数（平成23年度）	医師数（非常勤） 歯科医師を除く	救命救急センター	周産期母子医療センター	がん拠点病院	地域医療支援病院	へき地医療拠点病院	災害医療センター	感染症指定医療機関	エイズ拠点病院	臓器移植施設（肝・膵・腎）	難病医療拠点病院	DPC参加病院（群別）	臨床研修病院（平成24年参加）
広島大学病院	746 (726)	13.3	505 (65)	●	●	◎			●	●	◎	●	●	I	●
広島市民病院	743 (715)	12.2	124 (83)	●	◎	●	●		●		◎	●		II	●
県立広島病院	713 (626)	13.3	172 (15)	●	◎	●	●	◎	◎		◎	●		III	●
広島赤十字・原爆病院	598 (598)	16.4	124 (2)			●	●		●					III	●

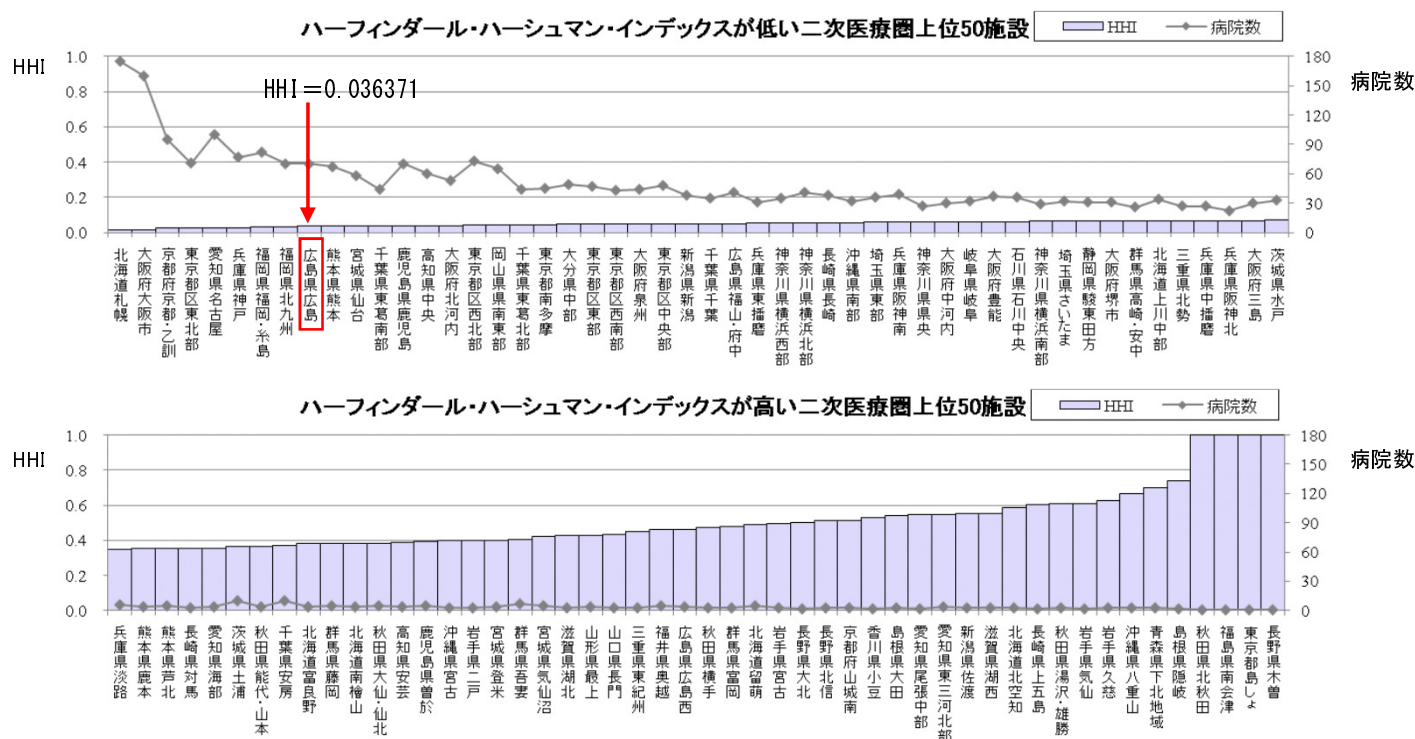
●…拠点施設等 ◎…拠点施設の中の基幹的位置づけ

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」から作成



■ 広島二次医療圏のHHI※は、全国349の二次医療圏中9番目に低く、競争環境が厳しい医療圏である。

【表3】広島二次医療圏の寡占度指数



資料: ㈱ウェルネス作成データから野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー㈱が作成

※ HHI(ハーフィンダール・ハーシュマン・インデックス) …ある産業の市場における企業の競争状態を表す指標の一つ。寡占度指数ともいう。市場占有率の2乗和により算出する。独占状態においては1となり、競争が激しい地域ほど数値が小さくなる。

【計算例】(地域の病床数が1,000床の場合)

ケースⅠ 急性期病院が500床×2病院の場合 ⇒  $HHI=(0.5 \times 0.5) + (0.5 \times 0.5) = 0.5$

ケースⅡ 急性期病院が500床×1病院+100床×4病院の場合 ⇒  $HHI=(0.5 \times 0.5) + (0.1 \times 0.1) \times 4 = 0.29$

ケースⅢ 急性期病院が100床×10病院の場合 ⇒  $HHI=(0.1 \times 0.1) \times 10 = 0.1$

■ 広島市内の1病院当たりの平均病床数は、政令市の中で最下位。

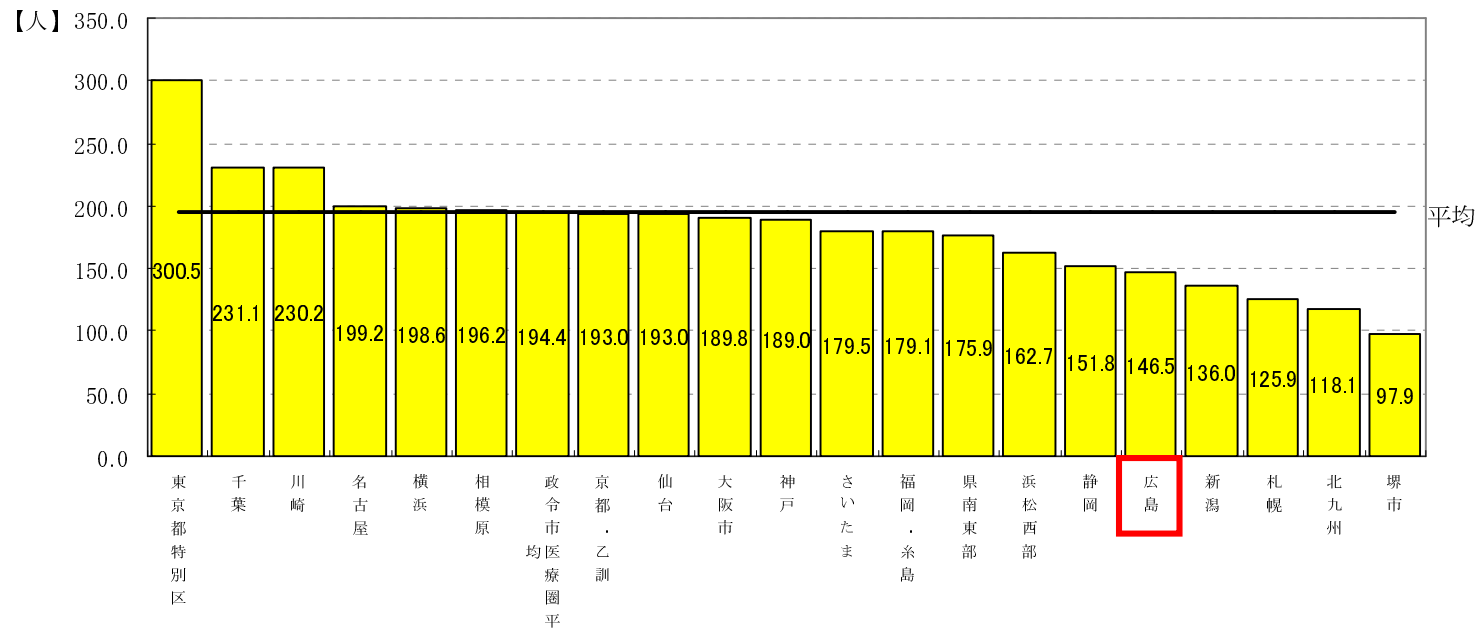
【表4】一般病床を有する病院の平均病床数(政令市別)

政令市名	病院数		病床数		病床数/ 病院数 B/A	順位
	一般病床を有 する病院	(病院総数)	一般病床	(総病床数)		
	A		B			
浜 松 市	15	(39)	4,576	(9,396)	305.1	1
静 岡 市	16	(28)	4,703	(7,776)	293.9	2
川 崎 市	30	(42)	7,412	(10,291)	247.1	3
仙 台 市	47	(60)	9,191	(12,897)	195.6	4
新 潟 市	32	(44)	6,241	(11,067)	195.0	5
堺 市	30	(43)	5,343	(12,418)	178.1	6
横 浜 市	104	(134)	18,471	(27,619)	177.6	7
相 模 原 市	22	(36)	3,896	(7,796)	177.1	8
千 葉 市	36	(45)	6,368	(8,967)	176.9	9
名 古 屋 市	99	(132)	16,915	(25,399)	170.9	10
政令市平均	1,531	(2,019)	259,583	(399,978)	169.6	平均値
東京都の区部	353	(421)	59,795	(78,994)	169.4	11
京 都 市	89	(109)	14,846	(23,370)	166.8	12
さいたま市	31	(39)	5,165	(7,952)	166.6	13
岡 山 市	44	(58)	7,265	(11,394)	165.1	14
福 岡 市	76	(115)	12,547	(21,834)	165.1	15
大 阪 市	157	(187)	25,880	(33,028)	164.8	16
北九州市	61	(89)	9,905	(19,059)	162.4	17
神 戸 市	77	(105)	11,443	(18,494)	148.6	18
札 幌 市	153	(206)	21,585	(37,404)	141.1	19
<b>広 島 市</b>	<b>59</b>	<b>(87)</b>	<b>8,036</b>	<b>(14,823)</b>	<b>136.2</b>	<b>20</b>

資料:厚生労働省「医療施設調査」から作成

■ 広島市内の対入院患者千人当たりの医師数は、政令市の中でワースト5位。

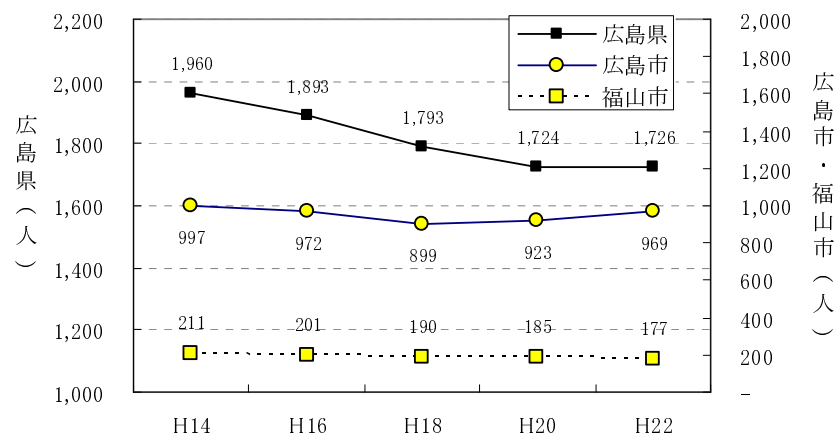
【表5】政令市を含む二次医療圏における入院患者千人当たりの医師数



資料:厚生労働省「患者調査」(H23.10)「医師・歯科医師・薬剤師調査」(H22.12)から作成

■ 広島県では、平成15年度に181人であった初期臨床研修医採用数が、平成16年度以降、140人前後まで低落するなど、若手医師が減少している。

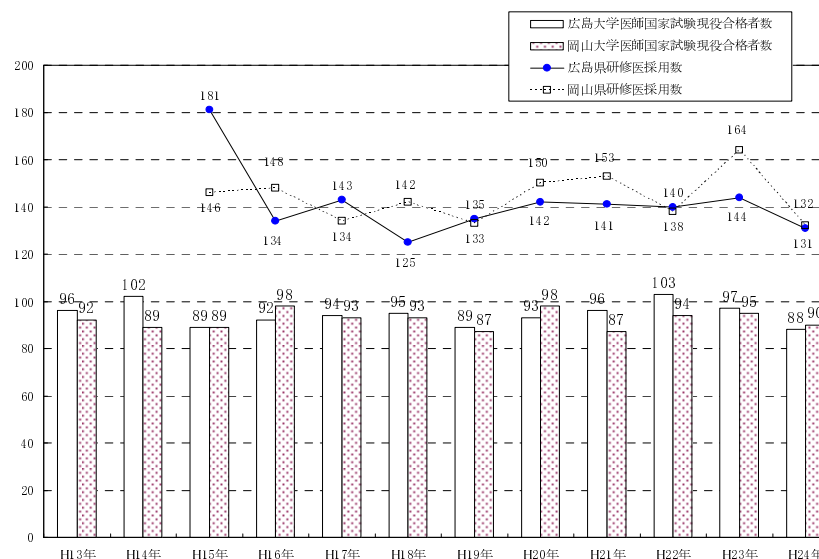
【表6】若手(20~30歳代)病院勤務医数の推移(広島県)



広島県では若手医師が減少傾向にある。  
20歳代・30歳代の病院勤務医の増減  
H14→H22 全国: +1,673人  
広島県: △234人 岡山県: +71人 福岡県: +60人  
静岡県: +47人 宮城県: +87人

資料: 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」から作成

【表7】初期臨床研修医採用数の推移



平成16年の臨床研修の必修化以降、研修医が激減

資料: 厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室調査から作成

■ 20～30歳代の医師が全国で増加する中、広島県では減少している。

【表8】病院勤務医と初期臨床研修医の増減状況(H14→H22)(20代+30代増加数の降順)

順位	都道府県名	100万人超の都市	病院医師総数【人】			増減状況(H14⇒H22)【%・人】										＜参考＞		都道府県名
			H14	H22	順位	増減率	増減数	内 訳								人口10万人当たり	病院医師数(H22)	
								20代	30代	20+30代	40代	50代	60代	70代	80代以上			
1	東京	○	19,423	24,100	(1)	24.1%	4,677	555	1,907	2,462	742	1,114	433	▲ 124	50	183.1	東京	
2	神奈川	○	8,754	10,710	(3)	22.3%	1,956	436	505	941	363	452	196	▲ 19	23	118.4	神奈川	
3	愛知	○	7,821	9,129	(5)	16.7%	1,308	281	244	525	157	398	192	7	29	123.2	愛知	
4	千葉	○	5,383	6,662	(8)	23.8%	1,279	138	233	371	306	335	209	41	17	107.2	千葉	
5	大阪	○	12,458	13,967	(2)	12.1%	1,509	▲ 19	214	195	138	830	313	▲ 37	70	157.5	大阪	
6	兵庫	○	6,290	7,185	(7)	14.2%	895	26	129	155	80	450	164	14	32	128.6	兵庫	
7	沖縄		1,773	2,313	(24)	30.5%	540	62	71	133	179	102	100	22	4	166.1	沖縄	
8	埼玉	○	5,123	6,146	(9)	20.0%	1,023	91	38	129	215	511	168	▲ 33	33	85.4	埼玉	
9	宮城	○	2,762	3,264	(14)	18.2%	502	67	20	87	128	163	102	15	7	139.0	宮城	
10	岡山		3,099	3,579	(13)	15.5%	480	28	43	71	76	200	110	▲ 5	28	184.0	岡山	
11	福岡	○	8,224	9,424	(4)	14.6%	1,200	▲ 87	147	60	263	579	261	▲ 2	39	185.8	福岡	
12	静岡		3,725	4,272	(11)	14.7%	547	▲ 18	65	47	70	256	134	30	10	113.5	静岡	
13	栃木		2,400	2,696	(19)	12.3%	296	▲ 16	62	46	▲ 52	229	66	▲ 8	15	134.3	栃木	
14	京都	○	4,426	5,033	(10)	13.7%	607	▲ 26	58	32	137	271	126	10	31	190.9	京都	
15	佐賀		1,182	1,356	(43)	14.7%	174	▲ 7	26	19	39	91	39	▲ 6	▲ 8	159.6	佐賀	
16	茨城		2,635	3,007	(16)	14.1%	372	▲ 22	34	12	23	274	47	▲ 4	20	101.3	茨城	
17	岐阜		2,056	2,336	(23)	13.6%	280	11	▲ 8	3	33	158	82	▲ 2	6	112.3	岐阜	
18	長野		2,492	2,887	(17)	15.9%	395	44	▲ 48	▲ 4	59	201	95	23	21	134.1	長野	
19	滋賀		1,674	1,889	(32)	12.8%	215	▲ 12	▲ 1	▲ 13	42	143	49	▲ 1	▲ 5	133.9	滋賀	
20	徳島		1,350	1,437	(42)	6.4%	87	▲ 33	9	▲ 24	▲ 40	80	80	▲ 16	7	182.9	徳島	
21	和歌山		1,415	1,561	(38)	10.3%	146	1	▲ 31	▲ 30	6	111	44	5	10	155.8	和歌山	
22	山形		1,391	1,542	(39)	10.9%	151	5	▲ 36	▲ 31	▲ 3	128	37	12	8	131.9	山形	

順位	都道府県名	100万人超の都市	病院医師総数【人】			増減状況(H14⇒H22)【%・人】										<参考> 人口10万人当たり 病院医師数(H22)	都道府県名
			H14	H22	順位	増減率	増減数	内 訳						80代以上			
								20代	30代	20+30代	40代	50代	60代		70代		
23	福井		1,120	1,272	(44)	13.6%	152	▲ 5	▲ 27	▲ 32	61	91	29	▲ 9	12	157.8	福井
24	石川		1,979	2,145	(27)	8.4%	166	▲ 55	13	▲ 42	▲ 4	137	69	▲ 10	16	183.4	石川
25	長崎		2,208	2,420	(22)	9.6%	212	▲ 49	▲ 14	▲ 63	22	143	87	15	8	169.6	長崎
26	鳥取		1,001	1,032	(47)	3.1%	31	▲ 78	5	▲ 73	▲ 26	73	39	8	10	175.3	鳥取
27	山梨		1,066	1,173	(45)	10.0%	107	▲ 7	▲ 70	▲ 77	70	88	16	1	9	135.9	山梨
28	熊本		2,808	3,107	(15)	10.6%	299	▲ 23	▲ 64	▲ 87	67	214	95	▲ 21	31	171.0	熊本
29	岩手		1,553	1,563	(37)	0.6%	10	33	▲ 127	▲ 94	▲ 1	35	69	▲ 24	25	117.5	岩手
30	香川		1,552	1,627	(34)	4.8%	75	▲ 37	▲ 65	▲ 102	15	103	60	▲ 8	7	163.4	香川
31	秋田		1,456	1,536	(40)	5.5%	80	▲ 16	▲ 89	▲ 105	20	113	49	▲ 2	5	141.4	秋田
32	奈良		1,763	1,910	(31)	8.3%	147	▲ 69	▲ 42	▲ 111	25	159	63	9	2	136.4	奈良
32	富山		1,603	1,691	(33)	5.5%	88	▲ 66	▲ 45	▲ 111	▲ 4	139	49	2	13	154.7	富山
34	大分		1,802	1,921	(30)	6.6%	119	▲ 67	▲ 55	▲ 122	47	164	34	▲ 21	17	160.5	大分
34	山口		2,076	2,145	(27)	3.3%	69	▲ 90	▲ 32	▲ 122	0	114	56	0	21	147.8	山口
36	青森		1,500	1,587	(36)	5.8%	87	▲ 35	▲ 92	▲ 127	62	79	56	▲ 7	24	115.6	青森
37	島根		1,122	1,163	(46)	3.7%	41	▲ 53	▲ 80	▲ 133	35	77	52	9	1	162.1	島根
38	群馬		2,342	2,423	(21)	3.5%	81	▲ 99	▲ 38	▲ 137	8	128	61	2	19	120.7	群馬
39	三重		1,976	2,080	(29)	5.3%	104	▲ 61	▲ 80	▲ 141	40	107	73	18	7	112.1	三重
40	新潟		2,580	2,708	(18)	5.0%	128	▲ 65	▲ 87	▲ 152	2	166	71	33	8	114.0	新潟
41	宮崎		1,513	1,610	(35)	6.4%	97	▲ 32	▲ 142	▲ 174	83	141	50	▲ 22	19	141.8	宮崎
42	高知		1,546	1,532	(41)	-0.9%	▲ 14	▲ 57	▲ 134	▲ 191	10	88	86	▲ 32	25	200.4	高知
43	鹿児島		2,406	2,583	(20)	7.4%	177	▲ 98	▲ 94	▲ 192	47	229	84	4	5	151.4	鹿児島
44	福島		2,264	2,285	(25)	0.9%	21	▲ 58	▲ 158	▲ 216	1	118	113	▲ 14	19	112.6	福島
45	広島	○	3,806	4,091	(12)	7.5%	285	▲ 87	▲ 147	▲ 234	69	250	149	18	33	143.0	広島
46	愛媛		2,128	2,162	(26)	1.6%	34	▲ 62	▲ 189	▲ 251	24	211	43	3	4	151.0	愛媛
47	北海道	○	8,105	8,705	(6)	7.4%	600	▲ 101	▲ 323	▲ 424	100	601	240	11	72	158.1	北海道
	全国	13	159,131	180,966		13.7%	21,835	168	1,505	1,673	3,734	10,844	4,840	▲ 115	859	141.3	全国

資料:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」から作成

■ 県内で平成22年～24年に初期臨床研修を修了した医師のうち、県外へ転出した医師は約2割。

【表9】 広島県内での初期臨床研修修了者の研修修了直後の進路の状況

区 分		県内病院			県外病院	県内・県外の計	その他	合計
		当該病院	他病院	県内計				
H22.3 修了者	人数	48	61	109	27	136	2	138
	割合	34.8%	44.2%	79.0%	19.6%	98.6%	1.4%	100.0%
H23.3 修了者	人数	57	49	106	29	135	1	136
	割合	41.9%	36.0%	77.9%	21.3%	99.3%	0.7%	100.0%
H24.3 修了者	人数	49	70	119	19	138	1	139
	割合	35.3%	50.4%	85.6%	13.7%	99.3%	0.7%	100.0%
合計	人数	154	180	334	75	409	4	413
	割合	37.3%	43.6%	80.9%	18.2%	99.0%	1.0%	100.0%

県外転出先	転出者計	大学医局への入局状況			
		広大医局 へ入局	他大学 へ入局	未入局	不明
岡 山 県	18	0	7	1	10
愛 媛 県	4	2	1	0	1
福 岡 県	9	1	3	3	2
大 阪 府	10	0	5	2	3
東 京 都	10	0	4	1	5
神 奈 川 県	5	0	1	0	4
そ の 他	19	1	4	8	6
合 計	75	4	25	15	31

県外へ転出した理由

理 由	件数
医局の人事	6
家庭の事情	4
実家(地元)に帰るため	3
スキルアップのため	3
医局に入局したくないため	3
その他	4

資料：(財)広島県地域保健医療推進機構による調査(H24年10月)

「県外へ転出した理由」については、同調査における県外転出医師(23人)からの自由筆記の回答を広島県医務課で類型化した。

## ■ 広島県では医学部卒業生の地元定着率が高い。(全国2位)

【表10】医学部卒業生を100としたときの地元出身者と医師3年目の定着割合の状況

都道府県	大学入学前	順位	大学	医師3年目	順位	医学部 の数	医学部定員数	人口10万人 当たり定員数	順位
北海道	47.4%	3	100.0%	56.3%	7	3	344	6.2	33
青森	27.3%	24	100.0%	42.4%	24	1	127	9.2	20
岩手	25.9%	27	100.0%	44.4%	21	1	130	9.7	18
宮城	15.3%	38	100.0%	47.2%	14	1	135	5.8	37
秋田	21.7%	30	100.0%	39.8%	30	1	125	11.4	13
山形	18.5%	35	100.0%	38.9%	31	1	125	10.6	14
福島	39.1%	9	100.0%	51.6%	9	1	130	6.4	31
茨城	10.4%	45	100.0%	34.3%	37	1	117	4.0	44
栃木	12.3%	42	100.0%	23.8%	43	2	243	12.1	9
群馬	30.6%	20	100.0%	40.3%	27	1	123	6.1	34
埼玉	10.1%	46	100.0%	26.1%	39	1	121	1.7	47
千葉	37.5%	12	100.0%	23.2%	44	1	122	2.0	46
東京	36.0%	14	100.0%	68.5%	5	13	1,478	11.5	12
神奈川	29.2%	21	100.0%	46.6%	16	4	437	4.9	41
新潟	38.3%	11	100.0%	40.0%	28	1	127	5.4	39
富山	18.5%	35	100.0%	29.6%	38	1	110	10.1	15
石川	14.4%	39	100.0%	37.4%	33	2	227	19.7	1
福井	36.3%	13	100.0%	40.0%	28	1	115	14.3	7
山梨	0.0%	47	100.0%	0.0%	47	1	125	14.3	6
長野	19.0%	34	100.0%	47.6%	12	1	120	5.6	38
岐阜	32.0%	19	100.0%	44.0%	23	1	107	5.1	40
静岡	39.4%	8	100.0%	51.5%	10	1	120	3.2	45
愛知	50.2%	2	100.0%	68.7%	3	4	427	5.8	36
三重	35.5%	15	100.0%	45.2%	20	1	125	6.7	30

都道府県	大学入学前	順位	大学	医師3年目	順位	医学部 の数	医学部定員数	人口10万人 当たり定員数	順位
滋賀	12.3%	42	100.0%	18.5%	46	1	117	8.4	23
京都	24.2%	28	100.0%	46.0%	18	2	214	8.1	25
大阪	43.8%	6	100.0%	70.5%	1	5	534	6.1	35
兵庫	32.4%	18	100.0%	52.9%	8	2	225	4.0	43
奈良	28.0%	22	100.0%	41.3%	25	1	115	8.3	24
和歌山	22.2%	29	100.0%	36.1%	35	1	100	10.1	16
鳥取	13.5%	40	100.0%	24.3%	42	1	110	18.5	2
島根	11.9%	44	100.0%	25.4%	41	1	112	15.6	3
岡山	19.8%	33	100.0%	35.5%	36	2	230	11.8	10
<b>広島</b>	<b>45.0%</b>	<b>4</b>	<b>100.0%</b>	<b>70.0%</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>120</b>	<b>4.2</b>	<b>42</b>
山口	21.1%	31	100.0%	36.8%	34	1	117	8.1	26
徳島	35.5%	15	100.0%	38.7%	32	1	114	14.5	5
香川	18.1%	37	100.0%	45.8%	19	1	114	11.5	11
愛媛	34.4%	17	100.0%	44.3%	22	1	112	7.8	28
高知	28.0%	22	100.0%	26.0%	40	1	115	14.9	4
福岡	38.8%	10	100.0%	68.7%	3	4	441	8.8	21
佐賀	21.1%	31	100.0%	40.8%	26	1	106	12.5	8
長崎	27.0%	25	100.0%	47.3%	13	1	121	8.5	22
熊本	50.9%	1	100.0%	56.6%	6	1	115	6.4	32
大分	26.4%	26	100.0%	51.4%	11	1	110	9.3	19
宮崎	13.3%	41	100.0%	20.0%	45	1	110	9.8	17
鹿児島	41.2%	7	100.0%	47.1%	15	1	117	6.9	29
沖縄	44.9%	5	100.0%	46.4%	17	1	112	8.0	27
							79	9,041	7.1

「大学入学前」…高校まで最も長いた都道府県が大学所在地と同じ者の割合  
「医師3年目」…医学部卒業後3年目(臨床研修終了後)に従事する予定の都道府県が大学所在地と同じ者の割合  
「医学部定員」は平成25年度、人口は平成22年の数値  
資料:厚生労働省「平成24年臨床研修修了者アンケート調査」等から作成



# ■ 若手医師の減少は、県外から転入してくる医師が減少していることが要因の一つと推測される。

【表11】 出身属性別の進路の状況  
(広島県内H22~24年初期臨床研修修了者の状況)

区分	出身高校		
	広島県	他県等	合計
出身大学	広島県	75	179
		25.2%	43.3%
	他県等	81	234
		37.0%	56.7%
合計	156	413	
	62.2%	100.0%	

(注) 上段が人数、下段が構成割合

区分	出身高校		
	広島県	他県等	合計
出身大学	広島県	59	158
		95.2%	88.3%
	他県等	51	176
		81.7%	75.2%
合計	110	334	
	87.2%	80.9%	

(注) 上段が人数、下段が県内の病院に勤務する割合

区分	出身高校		
	広島県	他県等	合計
出身大学	広島県	16	21
		4.8%	11.7%
	他県等	30	58
		18.3%	24.8%
合計	46	79	
	12.8%	19.1%	

(注) 上段が人数、下段が県外の病院等に勤務する割合

【表12】 年齢階層別医療従事医師数の推移(広島県)

調査年	25~29歳	30~34歳	35~39歳
H10	646人	750人	825人
H12	613人	758人	788人
H14	624人	733人	767人
H16	582人	706人	759人
H18	506人	655人	781人
H20	476人	651人	739人
H22	529人	606人	703人

経年的に減少

+60人, +9人, +23人, +27人, +8人, +24人, Δ3人

25~29歳の医師は年々減少傾向  
6年経過後の医師の増加数も減少傾向  
⇒地元定着率が高いことを考えると、県外からの医師数が減っていると推測される

資料: 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」から作成

資料: (財)広島県地域保健医療推進機構による調査(H24年10月)

■ 臨床研修医は、多くの症例を経験できる環境を魅力と感じている。

【表13】初期臨床研修病院を選んだ理由(全国調査:卒後3年目の医師)(複数回答)

大学病院で研修した研修医の回答			臨床研修病院で研修した研修医の回答		
順位	理由	割合	順位	理由	割合
1	出身大学だから	49.8%	1	多くの症例を経験できる	34.0%
2	臨床研修のプログラムが充実	27.7%	2	様々な診療科・部門でバランス良い 経験を積める	31.7%
3	様々な診療科・部門でバランス良い 経験を積める	26.0%	3	臨床研修のプログラムが充実	30.7%
4	臨床研修後の進路やキャリアを考え て有利	21.4%	4	プライマリ・ケアに関する能力を修 得できる	28.4%
5	たすきがけプログラムがあったから	21.3%	5	実家に近い	18.4%

資料:厚生労働省「第8回医師臨床研修制度の評価に関するワーキンググループ」(H24.10.18)資料

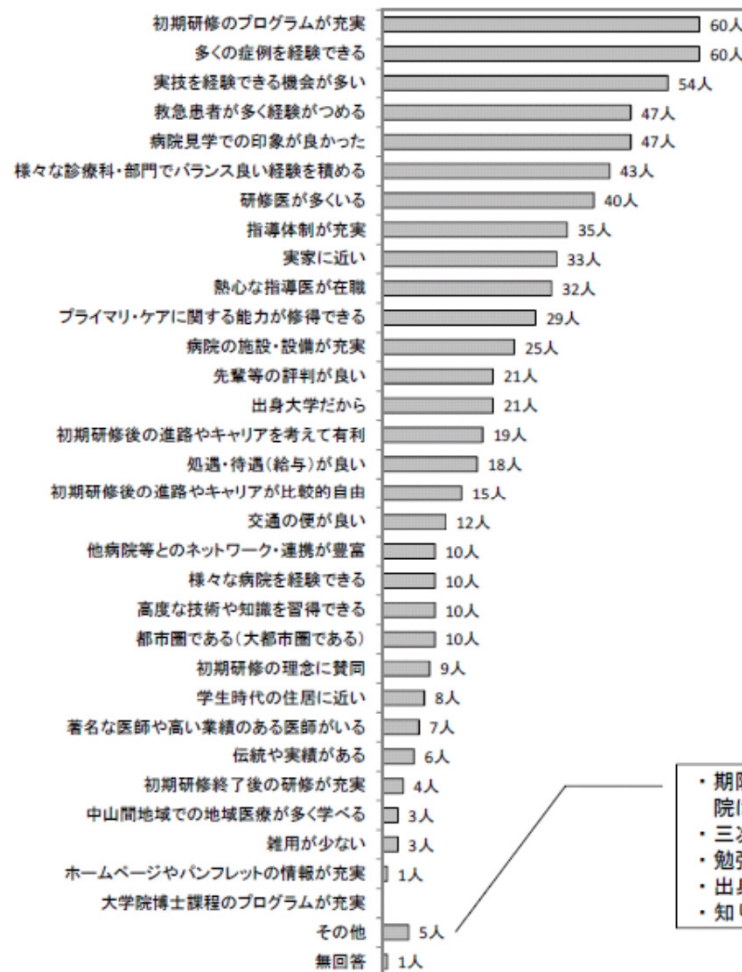
※ 調査対象:H22年度研修開始・H23年度研修修了者 7,506人

回答:5,057人(男3,268人・女1,663人・男女不明126人)(回答率67.4%)

→大学病院で研修2,442人(48.3%)・臨床研修病院で研修2,599人(51.4%)

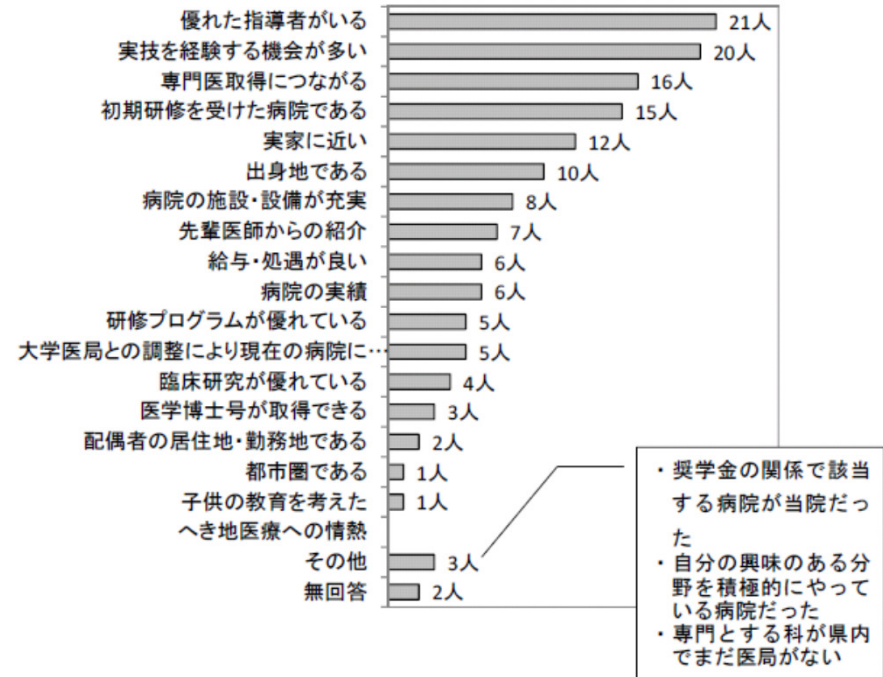
## ■ 広島県内で働く若手医師も、実技や多くの症例を経験できる環境を魅力と 感じている。

【表14】初期臨床研修病院を選んだ理由  
(広島県内の卒後3～5年目の医師)(複数回答)



- ・期限に間に合った(他の病院は締めきっていた)
- ・三次救急ができる
- ・勉強会など充実
- ・出身県の大学病院だから
- ・知り合いがいたから

【表15】初期臨床研修後、現在の病院に決めた理由  
(広島県内の卒後3～5年目の医師)(複数回答)



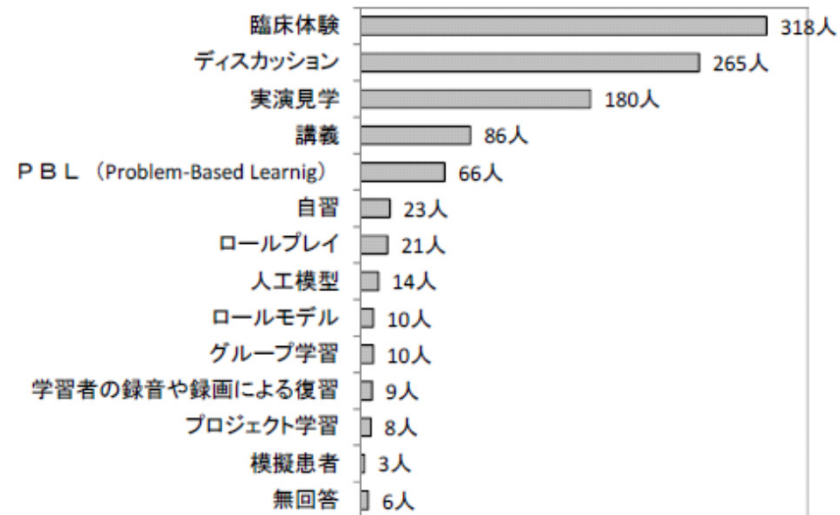
- ・奨学金の関係で該当する病院が当院だった
- ・自分の興味のある分野を積極的にやっている病院だった
- ・専門とする科が県内でまだ医局がない

資料:(財)広島県地域保健医療推進機構による調査(H24年10月)

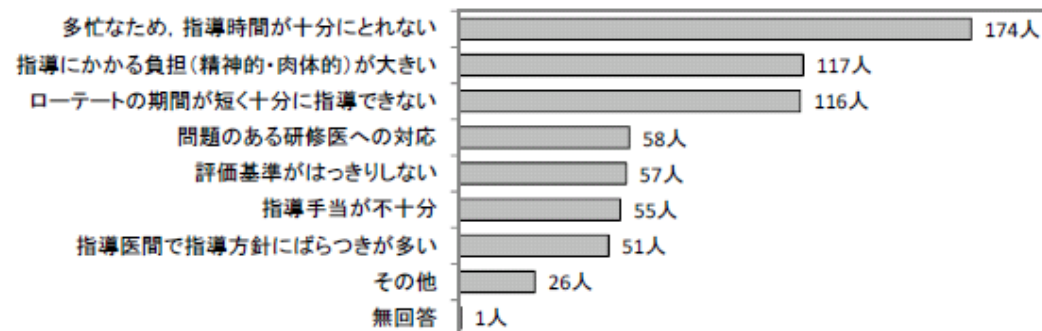
※ 調査対象:県内の卒後3～5年目の医師 臨床研修病院26施設324人 回答:25施設168人(男104人・女64人)(回答率51.9%)

## ■ 研修指導医は、指導時間が十分にとれないことを問題だと感じている。

【表16】指導する上で力を入れていること(広島県内の初期臨床研修指導医)(複数回答)



【表17】指導における不満や問題点(広島県内の初期臨床研修指導医)(複数回答)

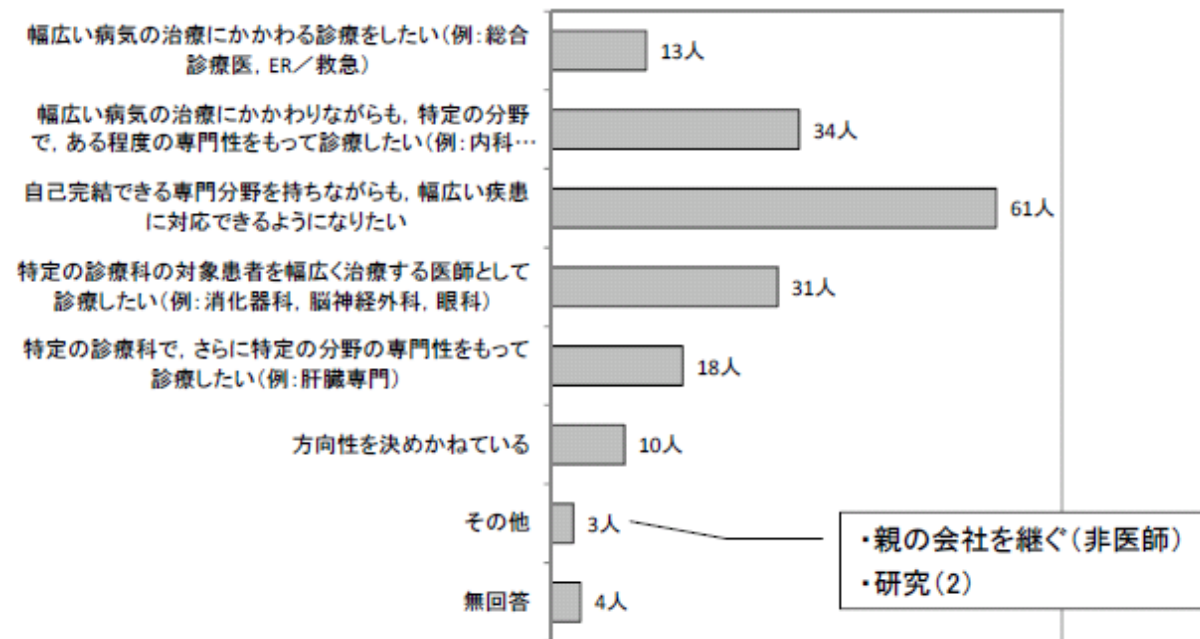


資料:(財)広島県地域保健医療推進機構による調査(H24年10月)

※ 調査対象:県内の初期臨床研修指導医 臨床研修病院26施設493人 回答:25施設394人(回答率79.9%)

■ 若手医師は、将来、専門性を持ちながら、幅広い疾患にも対応できるようになりたいと思っている。

【表18】 将来どのような専門性で勤務することを目指しているか（広島県内の卒後3～5年目の医師）

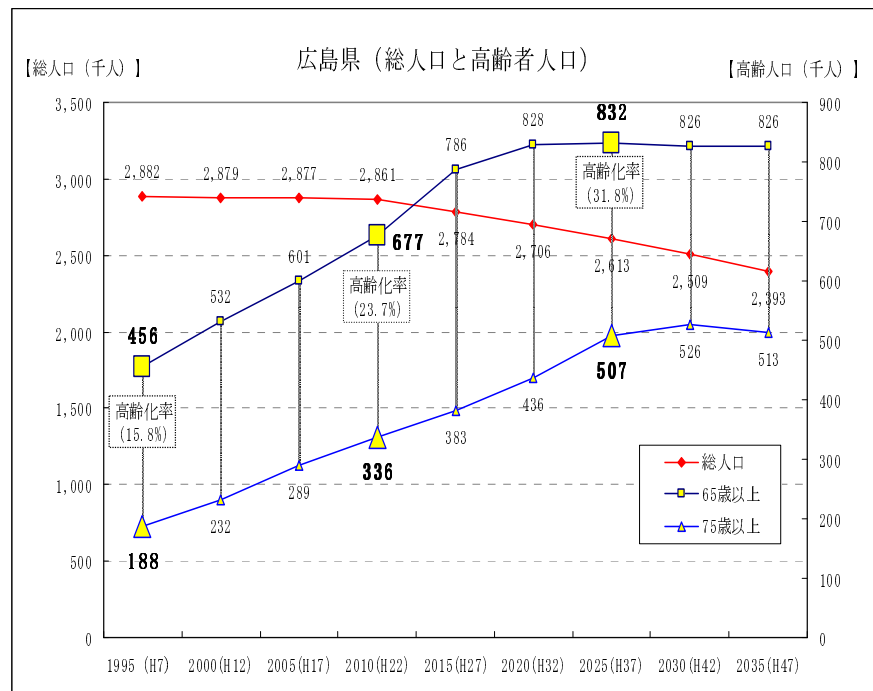


資料:(財)広島県地域保健医療推進機構による調査(H24年10月)

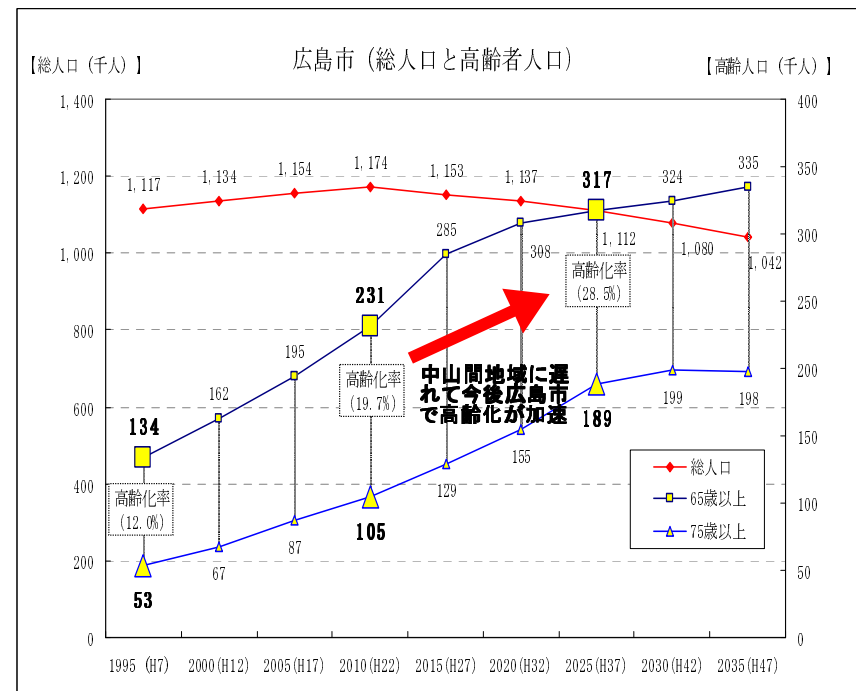
※ 調査対象:県内の卒後3～5年目の医師 臨床研修病院26施設324人 回答:25施設168人(男104人・女64人)(回答率51.9%)

■ 中山間地域に遅れて急速に高齢化が進む広島市の高齢化率は、2010年の19.7%から 2025年には、28.5%まで急伸する。

【表19】 高齢者人口の推計(広島県)



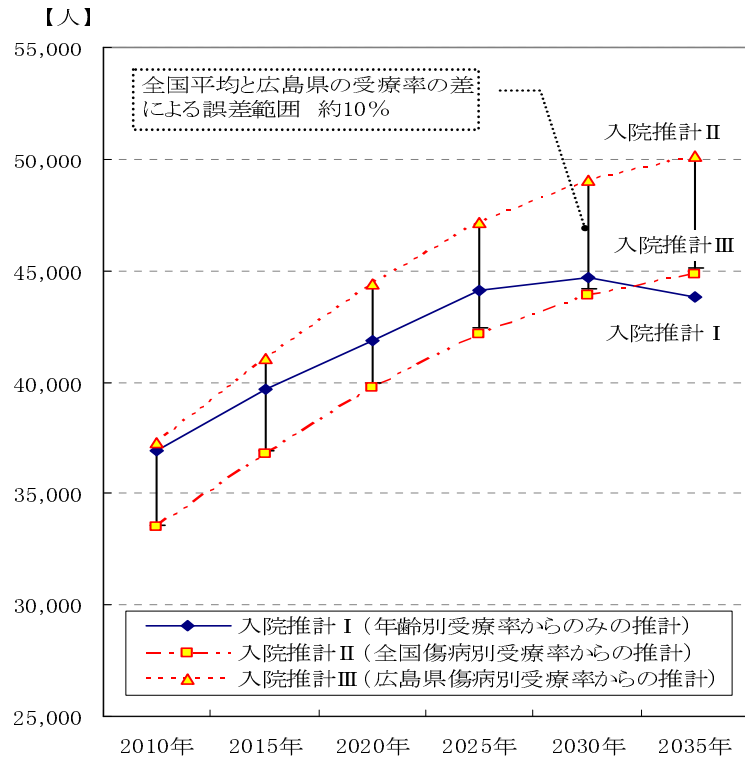
【表20】 高齢者人口の推計(広島市)



資料: H7～H22の人口は国勢調査(総務省), H27以降の人口推計は, 国立社会保障・人口問題研究所の2005年推計  
 ※ 高齢化率: 総人口(年齢不詳含む)に占める65歳以上の割合。  
 ※ H7及びH12の広島市には, 湯来町を含む。

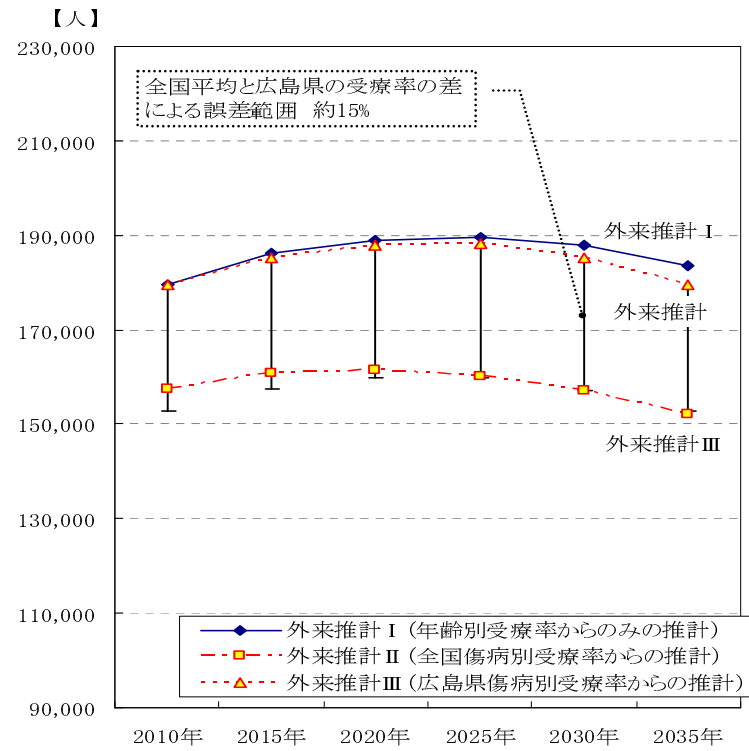
■ 高齢患者の増加から入院患者数は今後も増加が見込まれ、2035年には、対2010年比で1.3倍に達する。

【表21】入院患者数の推計(広島県)



県内の入院患者数  
2010年 37,311人  
↓  
2035年 50,116人  
12,805人増加 1.34倍

【表22】外来患者数の推計(広島県)



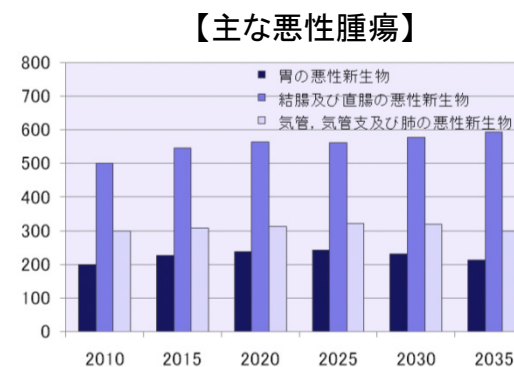
県内の外来患者数  
2010年 179,704人  
↓  
2035年 179,682人  
横ばい

資料:厚生労働省「患者調査」(H20年10月)等から作成

■ 入院患者数は、悪性腫瘍で1.2倍(2010年→2030年)、心疾患・脳血管疾患で1.6倍増加する。(2010年→2035年)

【表23】1日あたり疾患別入院患者数の推計(広島県)

※ 悪性腫瘍は、2030年がピークで、2010年比で1.2倍程度に増える。



※ 心疾患・脳血管疾患は、2035年には2010年比で1.6倍程度まで増える。

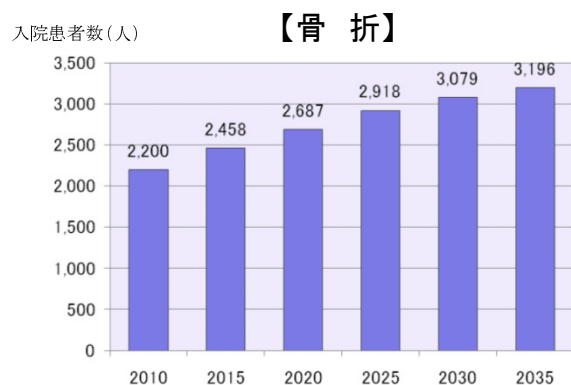


資料:厚生労働省「患者調査」(2008年度)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」(2007年5月推計)から野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー(株)が作成

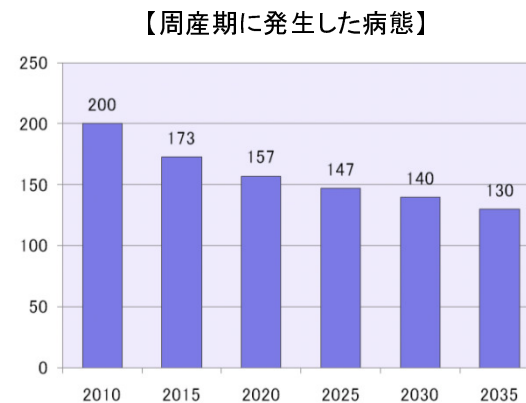
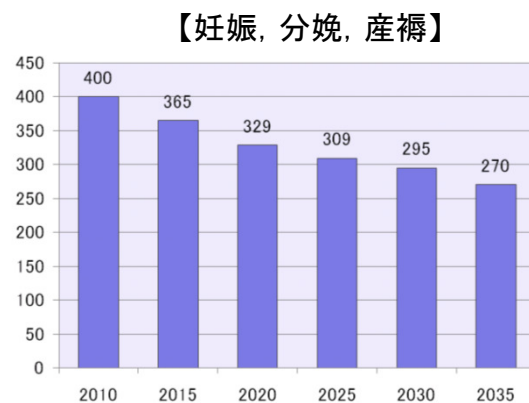


■ 入院患者数は、骨折・筋骨格系疾患で1.5倍弱増加するが、周産期医療は3割以上ボリュームが減る。(2010年→2035年)

※ 外傷の骨折・筋骨格系疾患は、2035年には2010年比で1.5倍弱まで増える。



※ 周産期医療は、2035年には2010年比で3割以上ボリュームが減る。

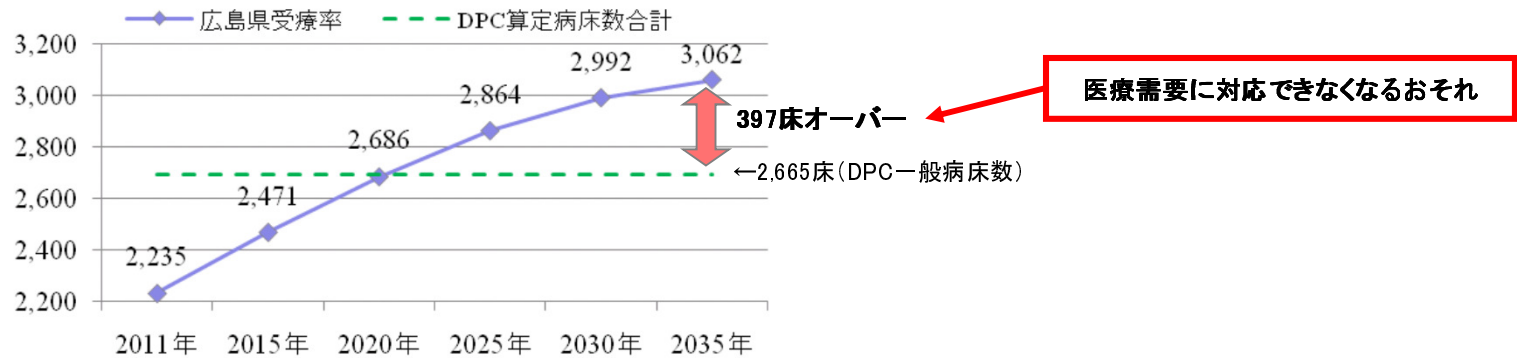


資料: 厚生労働省「患者調査」(2008年度)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」(2007年5月推計)から野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー欄が作成

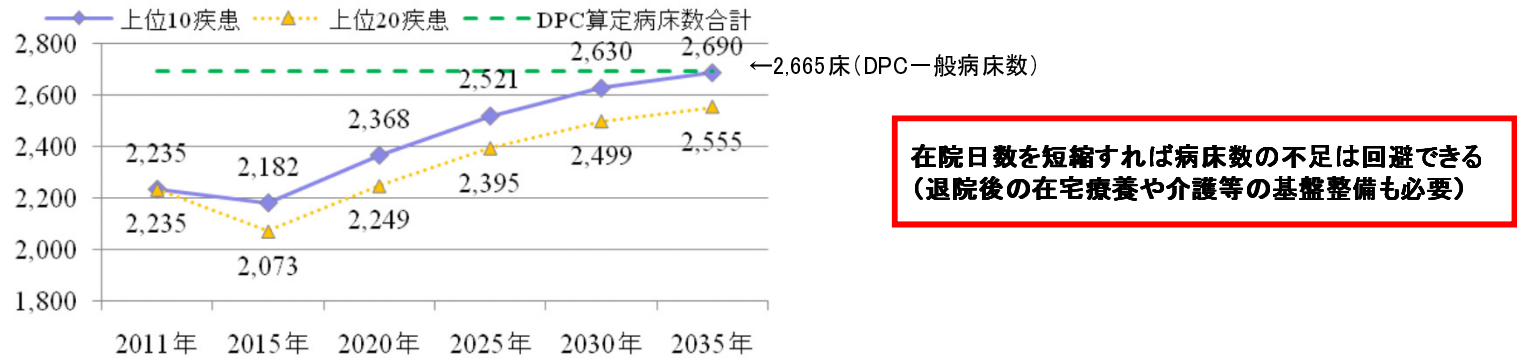
■ 4基幹病院においては、2020年には、病床数に不足が生じるおそれがある。

【表24】必要病床数の予測(4基幹病院合計)(広島県)

ケース1:現状シナリオ ~現状の平均在院日数で推移した場合



ケース2:効率性改善シナリオ~症例数の多い上位10及び20疾患について、全国的に短い平均在院日数で換算した場合



資料:厚生労働省2012年8月21日「DPC導入の影響評価に関する調査結果」から野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー(株)が作成

## ■ 4基幹病院の機能を集約すれば、全国的に競争力のある施設と同規模の集積が得られる。

～信頼性の高い文献調査によれば、症例数の多い病院と良好な治療成績との間には相関関係があると言われている。

【表25】4基幹病院の疾患別症例件数と全国上位病院との比較

疾患区分	病院区分	件数			必要病床1床当たりの件数		
		手術なし	手術あり	計	手術なし	手術あり	計
胃の悪性腫瘍	4基幹病院の計	462	808	1,270	42.0	20.2	25.4
	全国上位3施設の平均	496	692	1,188	44.6	26.2	32.2
大腸の悪性腫瘍	4基幹病院の計	220	370	590	36.7	21.8	26.8
	全国上位3施設の平均	557	308	865	62.5	23.7	43.5
肺の悪性腫瘍	4基幹病院の計	1,870	532	2,402	22.8	23.1	23.1
	全国上位3施設の平均	1,633	278	1,911	38.9	26.9	37.3
肝臓の悪性腫瘍	4基幹病院の計	528	1,274	1,802	27.8	20.9	22.8
	全国上位3施設の平均	255	815	1,071	33.4	29.7	31.0
乳房の悪性腫瘍	4基幹病院の計	45	711	756	22.5	44.4	42.0
	全国上位3施設の平均	704	720	1,424	71.2	28.7	45.2
整形疾患	4基幹病院の計	682	1,871	2,553	20.7	17.0	18.0
	全国上位3施設の平均	239	2,398	2,638	29.2	33.7	33.3
呼吸器疾患	4基幹病院の計	2,095	137	2,232	28.3	19.6	27.9
	全国上位3施設の平均	2,493	106	2,599	39.6	14.4	37.0
周産期・女性疾患	4基幹病院の計	682	1,871	2,553	20.1	24.6	23.2
	全国上位3施設の平均	1,327	1,644	2,717	56.2	34.2	35.5
脳血管疾患	4基幹病院の計	1,667	493	2,160	22.8	13.7	20.0
	全国上位3施設の平均	1,454	309	1,762	26.3	13.8	22.5
心疾患	4基幹病院の計	3,022	2,738	5,760	50.4	28.8	37.4
	全国上位3施設の平均	4,027	2,876	6,903	68.0	33.3	48.6

「件数」…2012年度12か月間の退院症例件数

「全国上位3施設」…全国で件数の多い上位3施設

資料:2012年度第5回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会資料から野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー(株)が作成

## 広島県におけるこれまでの取組

# 広島県地域医療再生計画※の実行

## 【計画の骨格】

- (1) 深刻化する医師不足への対応
- (2) 都市部医療機能の危機への対応
- (3) 高度化・多様化する高度医療ニーズに対応するための医療施設間連携の停滞への対応

区分	事業名	実施主体	取組内容	H22	H23	H24	H25
医師確保・地域医療	広島県地域医療総合支援センター(仮称)の設置	県医師会	○地域医療総合支援センターの設置に向けた検討				
	広島県地域保健医療推進機構の創設・運営	広島県(～H22)機構(H23～)	○県内医療機関への医師の就業斡旋 [97医療機関, 659人の求人登録:H25.1.31現在] ○県外医師の県内招致活動(ふるさとドクターネット広島の活用) [登録者数390人:H25.2.20現在] ○地域医療セミナー, 新人看護職員研修のサポート ○女性医師の短時間正規雇用制度等導入促進 など		 ◆機構創設(H23.7)		
	広島大学医学部寄附講座の開設	県	○広島大学医学部に地域医療に関する寄附講座を開設し, 教育・研修等を実施	 ◆講座開設(H22.4)			
	大学医学部地域枠の拡大	県	○広島大学医学部「ふるさと枠」の拡充及び岡山大学地域枠の拡充 [ふるさと枠 <入学者>H21:5名, H22～24:15名, H25:18名 計68名] [岡大地域枠 <入学者>H22:1名, H24:1名 計2名] 【参考】～その他の地域医療医師の養成～ 自治医科大学での医師養成(広島県枠:毎年2名) 広島県医師育成奨学金 H25新規分4名, 既存分15名 計19名				
	中山間地域への診療支援医師派遣体制の整備	広島県ほか	○派遣医師の登録・派遣及び手当支給(機構に委託)				
	医師の診療科・地域偏在の解消に向けた調査・研究の推進	広島県	○医療資源や患者の状況の調査, 需給モデルの検討 ○レセプト等による医療・介護・保健情報総合分析システムの整備				
	無医地区等における在宅療養促進に向けた巡回診療体制の強化	へき地医療拠点病院ほか	○移動診療車の車輛及び医療機器の購入 ○運行委託				 ◆巡回診療車稼働(H24.7)

※ 「地域医療再生計画」…医療機能の強化や医師確保など, 都道府県が地域の医療課題の解決に向けて策定した計画。  
平成21年4月, 国の「経済危機対策」の一環として各都道府県で策定。  
「広島県地域医療再生計画」…平成22年1月策定(新地域医療再生計画は, 平成23年11月に策定)

区分	事業名	実施主体	取組内容	H22	H23	H24	H25
高度・専門医療	救急医療コントロール機能を担う病院の整備	広島市民病院	○救急外来診察室等の増改築, 患者搬送用救急車の導入 ○救急医療コントロール機能を支援する情報システムのモバイル端末の配備 ○関係医療機関への運営費補助		 ◆運用開始(H23.10)		
	安佐地区夜間急病センター(仮称)の設置	広島市	○安佐地区夜間救急センターの設置に係る土地取得, 設備整備 [H24年度 1日平均9.5人]				
	高精度放射線治療センター(仮称)の設置	県	○高精度放射線治療センター事業の用地取得 ○基本設計, 実施設計及び建設工事発注準備 [※平成27年秋 稼働予定]			 ◆用地取得(H24.12)	
	広島県感染症・疾病管理センター(広島版CDC)の整備	広島県	○整備検討委員会, 感染症・疾病管理センター設置工事 ○感染症サーベイランス体制整備 ○ヘルスプロモーション事業の実施				 ◆開所(H25.4)
	ドクターヘリの導入	広島県	○運航に関する基本方針の検討・決定 ○格納庫, 運航管理事務所の整備 [H25.5運航状況 : 要請49件, 出動35件]				 ◆運用開始(H25.5)
	心不全・脳卒中に係る地域連携サポート体制の整備	広島大学ほか	○広島大学病院心不全センターを中心とした地域連携サポート体制の構築 ○脳卒中リハビリテーション支援体制の整備				
	小児救急専門病床(PICU)及び小児専門医療機器の整備	広島大学	○機器整備				
基盤・体制	ひろしま医療情報ネットワーク(HMネット)の整備	県医師会	○医療連携基盤(県内全域で活用できるネットワークインフラ)の整備 ○パイロット事業の実施				 ◆運用開始
	医療と介護との連携による広島モデルのチームケア体制の整備促進	広島県	○他職種連携ワーキングチーム会議の開催, モデル事業のあり方検討				
人材育成	ナースセンターの機能強化等における看護師確保対策の拡充	広島県看護協会ほか	○養成所学生, 医療機関向け啓発 ○就業者の就業支援啓発(セミナー開催等) ○看護職員情報サイト検討				
	がん医療の集約に向けた人材育成(寄附講座の創設)	広島県	○広島大学医学部に寄附講座を開設し, 教育・研修等を実施			 ◆講座開設(H24.10)	

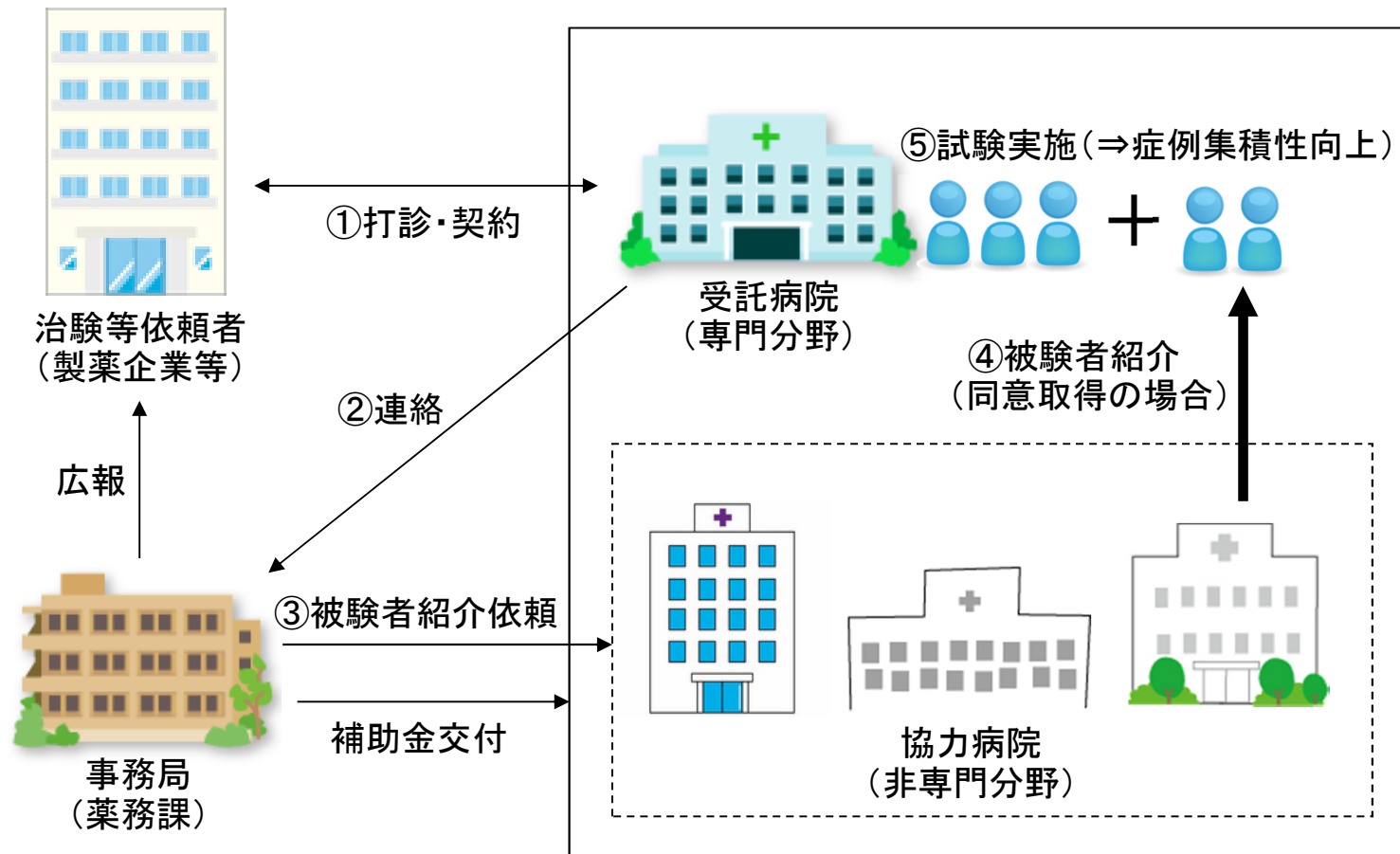
# 地域包括ケアの推進

平成25年度事業を中心に構成

事業名	実施主体	取組内容
<b>市町の主体的な取組の促進</b>		
地域包括ケアロードマップ策定事業	県	地域における課題や必要な施策を整理し、地域包括ケア実現のためのロードマップを策定する市町への支援 ■地域課題整理、課題解決のための施策整理 ■地域生活ニーズ調査
地域包括ケア推進補助金	県	各市町が日常生活圏域を1圏域選定し実施するなど、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築に向けた先導的な取組への財政支援
介護給付費改善市町インセンティブ付与事業	県	市町における介護予防や要支援・要介護の認定度の改善に向けた取組・成果に対してインセンティブが機能する交付金の交付 ■評価指標：前期認定率の引下げ、認定の軽度化率の引上げ
地域包括ケア推進に関する相談	県包括ケア推進センター	市町・地域包括支援センターの職員等を対象とした電話相談 祝日等を除く月～金(9時～16時30分)
<b>在宅医療体制の提供・多職種連携の推進</b>		
在宅医療推進医等リーダー育成事業	県	125の日常生活圏域で医療・介護の連携の中心的な役割を担う在宅医療推進医等の育成研修 ■在宅医療推進医等(コミュニケーションリーダー)を146人養成
在宅医療推進拠点整備事業	県	在宅医療推進のための連携の拠点となる医療機関等(5箇所)を整備し、24時間対応可能な在宅医療支援体制の構築や多職種連携等を推進
チームケア推進モデル事業	県包括ケア推進センター	各市町でモデル地域を選定し、医療・介護連携に係る改善策等を検討(県内23箇所程度)
医療介護経営人材育成支援事業	県	経営感覚に富み、高いマネジメント能力を備えた実学教育による社会人教育への補助 ■補助先：広島国際大学 ■基礎コース(60人)、専門コース(30人)
地域包括ケア推進研修事業等助成事業	県包括ケア推進センター	医療介護連携の基礎となる専門外の基礎知識の取得を目的とする研修等に対する助成金を交付(助成数：10程度)
認知症に係る医療・介護の連携強化事業	県	認知症地域連携パス検討部会の運営、連携パスモデル事業の実施、認知症疾患医療センター等の運営、認知症専門医療のあり方検討、訪問医療モデル事業の実施等
<b>地域包括支援センターの強化</b>		
広島県地域包括ケア推進センターの設置	県	日常生活圏域でのチームケア体制や地域包括支援センターの機能強化、地域リハビリ体制など、地域での包括ケア体制づくりの拠点として平成24年6月1日に開所
「ケアマネマイスター広島」推進事業	県	ケアマネマイスターの認定、研修会等への講師派遣、相談事業、活動支援
県民啓発行事の開催	県包括ケア推進センター	センター職員又は外部専門職員を派遣し、地域ケア会議の運営や困難事例等の解決に係る助言を実施
地域包括支援センター職員研修	県包括ケア推進センター	地域包括支援センター職員の資質の向上を図るため、地域ケア会議運営のためのファシリテーターとしての技能習得や地域コーディネーターの役割の理解と必要な知識・技能の習得等を目的とした研修会を開催。(3回程度)
<b>地域リハビリテーションの推進</b>		
自立支援型ケア研修	県包括ケア推進センター	地域リハビリの理念に基づいたケアの考え方と手法や介護予防ケアマネジメントの進め方等の研修(1回程度)
地域リハビリテーション普及講演会の開催	県包括ケア推進センター	地域リハビリテーションについての県民の理解を促進するため、講演会を開催(1回程度)
<b>普及・啓発</b>		
県民啓発行事の開催	県包括ケア推進センター	支援される方や家族の意識改革を促進するための行事を開催
情報発信	県包括ケア推進センター	ホームページ、パンフレット等の作成・配布などによるPR

# 治験等症例集積機能向上パイロット事業(案)

治験等活性化検討会において、各病院の専門分野の選定等を行い、広島市中心部の基幹4病院が連携して症例集積を図る。



※ 第1回広島県治験等活性化検討会開催(6月19日(水))