

令和7年度南砺市特別委員会

地域医療構想等を踏まえた病院の 再編等について

令和7年11月26日(水)

富山県厚生部

有賀 玲子

いま、医療の現場で起きていること

人口減少・高齢化

手術の数が減り、小さな病院は経営が苦しくなりがち。

お医者さんや医療の資源がバラバラに分散している。

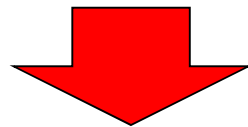
お医者さんや看護師さんの負担が大きくなっている。

このままでは今ある多くの病院がみんな同じように苦しくなってしまう可能性があります。

⇒「連携・再編・集約」が必要

「連携・再編・集約」とは？

「連携・再編・集約」は、限りある医療人材や設備をムダなく、一番効率が良くなるように集めるための作戦



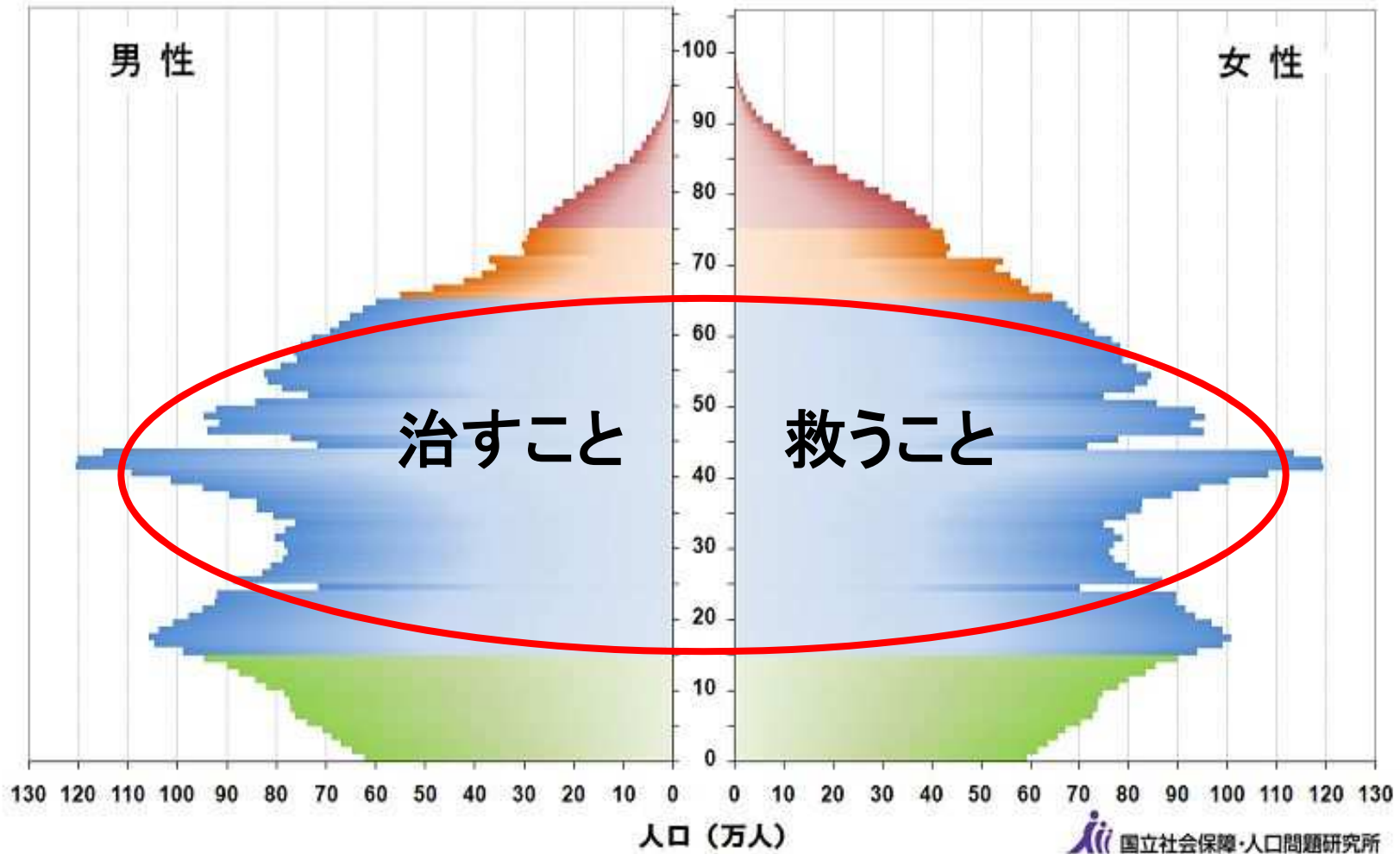
「必要なこと」「そこでやらなければならないこと」を
ちゃんと実施することが目的

※ただし地域で全部完結させるということではない

医療需要の変化について

1990年(平成2年)の
日本の人口ピラミッド

病気を治すことが最優先

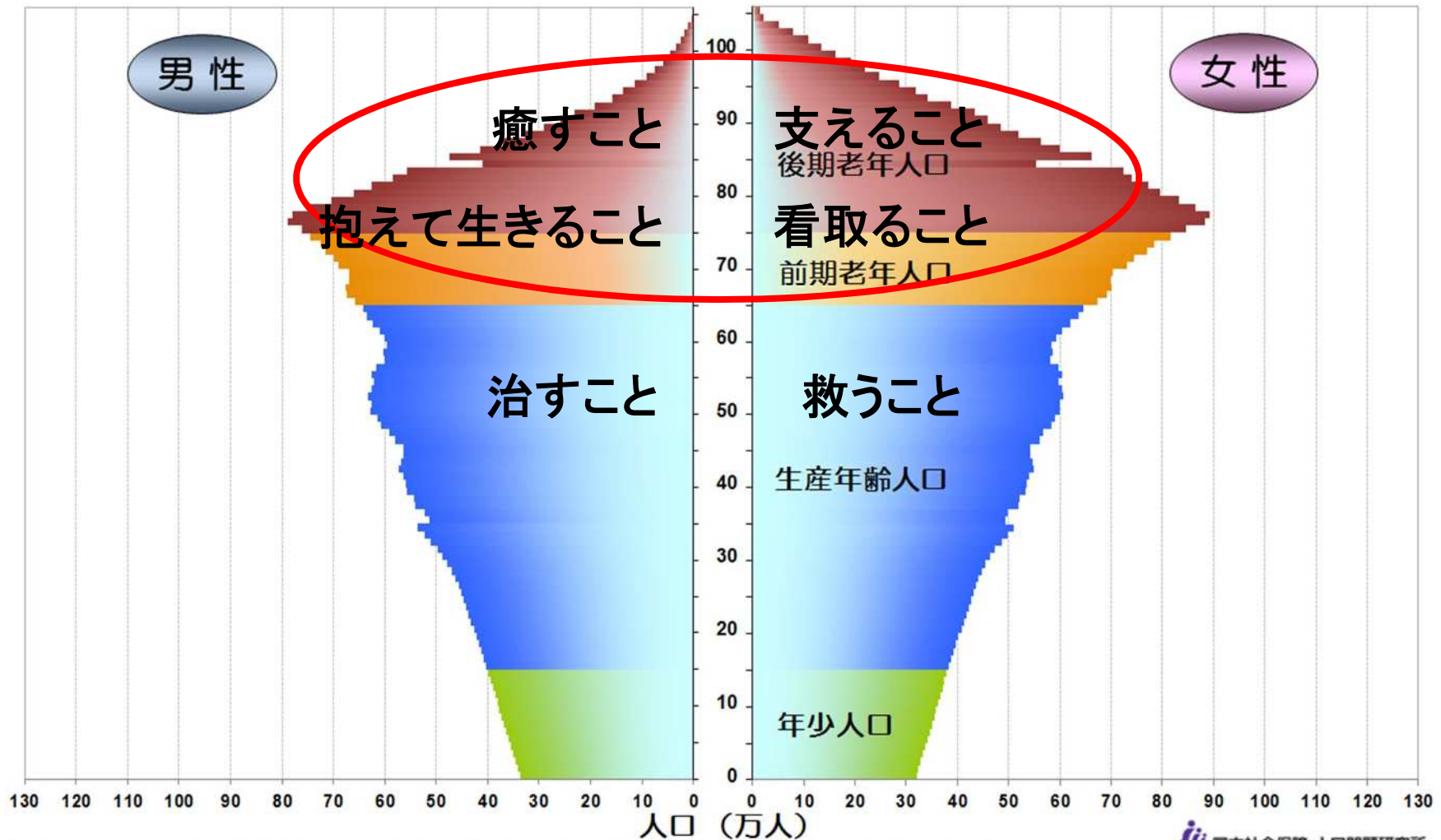


資料：1920～2010年：国勢調査、推計人口、2011年以降：「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。

医療需要の変化について

2050年(平成62年)の
日本の人口ピラミッド

支える医療が必要に



資料：1965~2015年：国勢調査、2020年以降：「日本の将来推計人口(平成29年推計)」(出生中位(死亡中位)推計)。

地域内のベッドの数は同じでも
提供できる医療の形・それに伴うコストは全然違う

100床の病院3つ（分散）



100床

100床

100床

<メリット>

“近くに医療機関がある”という実感

<デメリット>

対応人数が少ないので、疲弊度が高い
専門性が発揮しにくい
同じことをやるにもコストがかかる
収益があがりにくい(=症例少ない)

300床の病院1つ（集約）



300床

<メリット>

高度な設備、専門医を一つの場所に集中させることにより、質、効率、安定性を確保しやすい。

収益とコストのバランスが取れやすい

<デメリット>

居住地からのアクセス

分散の問題：医師等スタッフが疲弊してしまう

例えば・・・

病院が3つ分散してあるという状態

⇒病院の数がバラバラにあると、働くお医者さんや看護師さんの負担がとて大きくなります。

分散していると...

【例】3つの病院それぞれで、当直(夜間の待機)をしなければならないお医者さんがいます。

結果：お医者さんは休みの日にも声がかかり、疲れてしまいます。

これでは、集中して良い医療を提供し続けることが難しくなってしまいます。

集約すると...

【例】3つの病院が一つにまとめれば、当直を担当する人数が増えます。

結果：一人あたりの当直回数が減り、しっかり休みを取れるようになります。

医療従事者が健康的に働き、質の高い医療を続けられるようにするためにも、機能を踏まえた集約が必要なのです。

連携がないと：救急車が行き場を失う問題！

例えば・・・

病院が3つ分散してあり、協力体制が無いという状態

協力していないと...

病状によって、必要な治療ができる病院が地域でバラバラになってしまいます。

救急車が来た時、「うちの病院では専門外だから受け入れられない」「ベッドがいっぱいだ」と、次々と受け入れを断られてしまう可能性があります。

協力・集約すると...

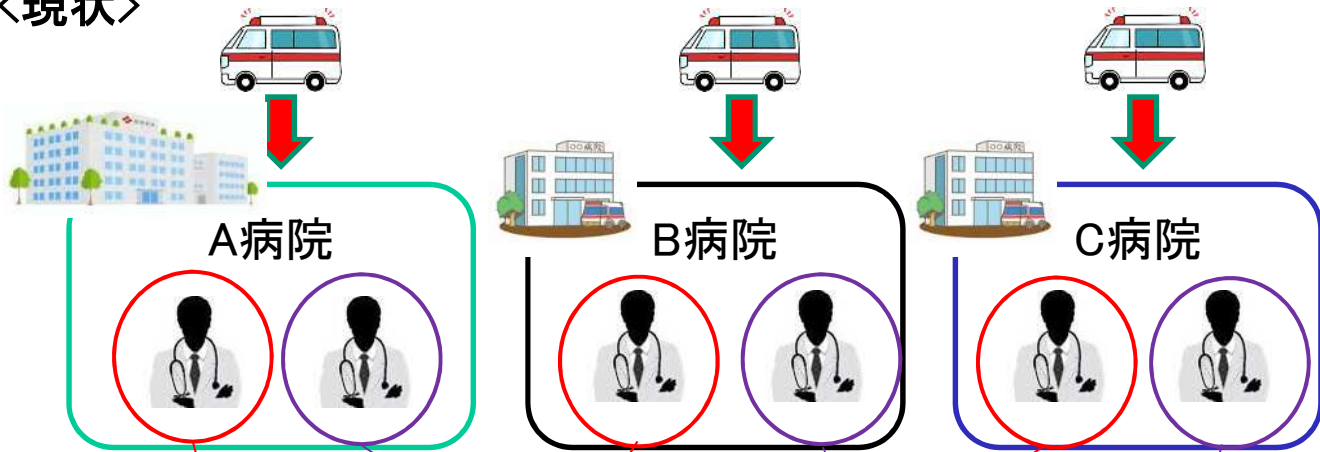
どの病院が何を得意としているか（急性期、回復期など）が明確になります。

救急隊員が、患者さんの状態に合わせて最適な病院に迷わず運べるようになります。

緊急時に命が救える確率を上げるためにも、病院が連携・機能集約して、役割をはっきりさせることがとても大切なのです。

救急医療体制の見直し（例）

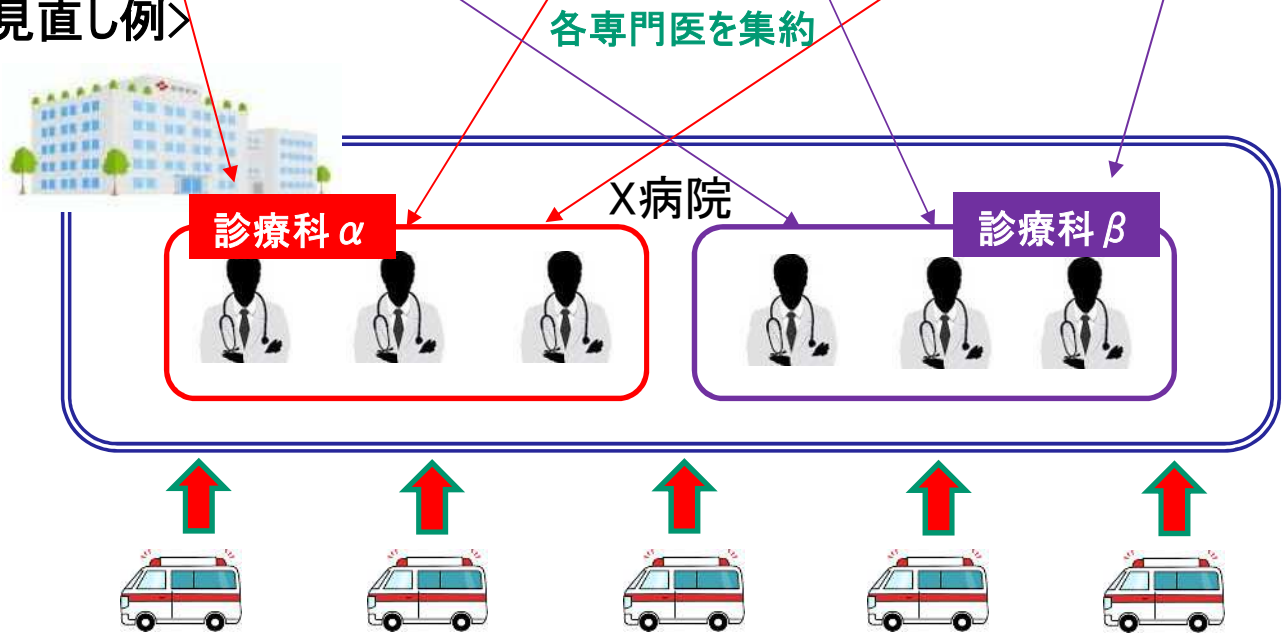
＜現状＞



＜救急医療機関の現状＞

- ・救急医
 - ・脳神経外科医
 - ・脳神経内科医
- など各疾病に対応する専門医の配置が必要だが、各病院では各診療科1～2人の配置であり、各医師の負担大

＜見直し例＞



＜見直し例＞

各専門医を集約し、各医師の負担を軽減するなど、救急医療体制を維持

<南砺市 2 病院の救急医療の令和 6 年度の実施状況>

	南砺市民	南砺中央
(1) 救急受入件数(全体)	5,293人	1,667人
(2) ウォークイン件数	4,204人	935人
(3) 救急車受入件数(年間)	1,089件	732件
受入件数(平日)	757件	480件
受入件数(休日)	332件	252件

※南砺市医療課より提供

<砺波医療圏の令和5年度の救急車受入れ状況>

収容機関	救急隊データ (搬送受入)	DPCデータ (入院)	差	入院割合
市立砺波総合病院	2,672	1,495	1,177	56.0%
南砺市民病院	1,108	628	480	56.7%
公立学校共済組合北陸中央病院	878	416	462	47.4%
公立南砺中央病院	709	310	399	43.7%
計	5,367	2,849	2,518	53.1%

連携・再編・集約のまとめ

危険な時(急性期)

救急車で集約された大きな病院へ運ばれ、命を救う治療を受ける。

安定した時(回復期)

病状が安定したら、すぐにリハビリに特化した病院へ移り、体力を取り戻す。

帰宅後(慢性期)

退院したら、家の近くにある地域のクリニックや施設が、日々の健康管理を長く支える。

このように病院がお互いに役割を明確にして連携すれば、ムダなく、一人ひとりの状態に**一番合った「適切な医療」**を、必要なタイミングで提供できるようになるのです。

これが、「連携・再編・集約」の目標です。

乾物屋、ナッツ専門店、ピスタチオ専門店



(例えば)南砺でピスタチオ専門店は生業として成立するか？

青森では帆立専門店は成り立つ...

その地域に真に
必要・重要なものかどうか

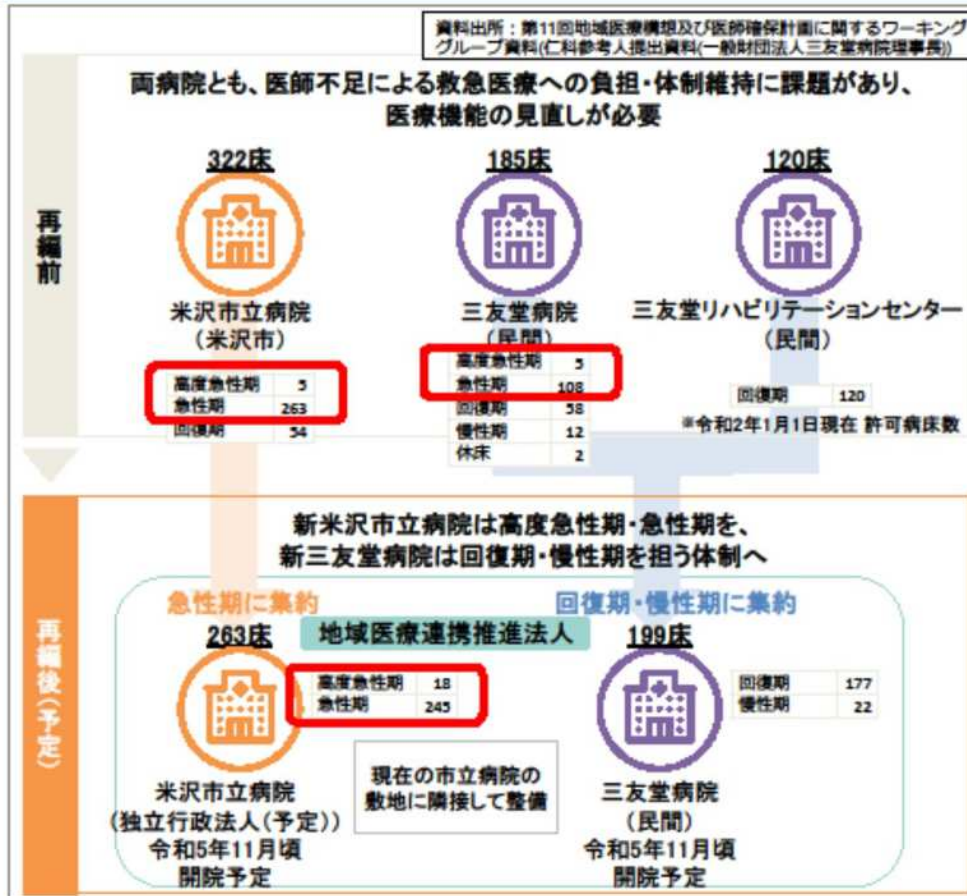


新たな地域医療構想

令和7年7月4日第116回社会保障審議会医療部会資料

地域における急性期医療の集約化の取組例

- 現行の地域医療構想のもと、地域の医療機能の分化・連携を図り、持続可能な急性期医療を確保する取組が行われている例がある。山形県では、急性期病床を集約するとともに、救急医療を集約化する取組が行われた。



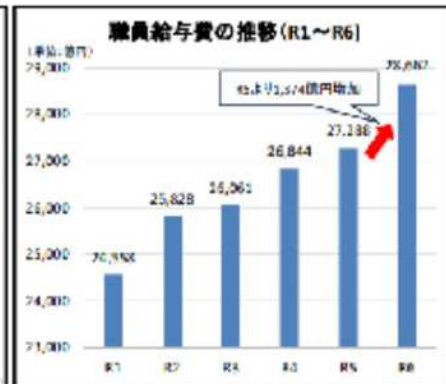
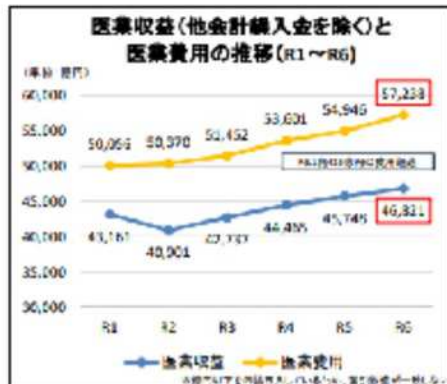
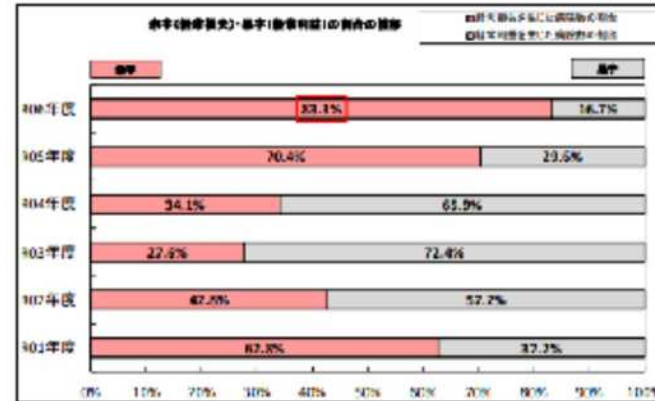
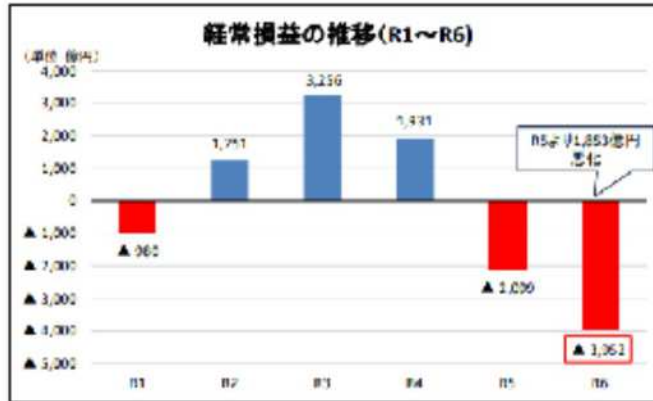
- 三友堂病院は、救急外来を終了
- あわせて、救急輪番病院制度を終了し、米沢市立病院が救急医療を担当
- 令和5年11月以降、**救急車は米沢市立病院へ集約**

公立病院の現状

公立病院の経営状況について

- 公立病院について、職員給与費や材料費の増加等を背景に、経営状況の悪化が続いている。

公立病院の令和6年度決算の状況

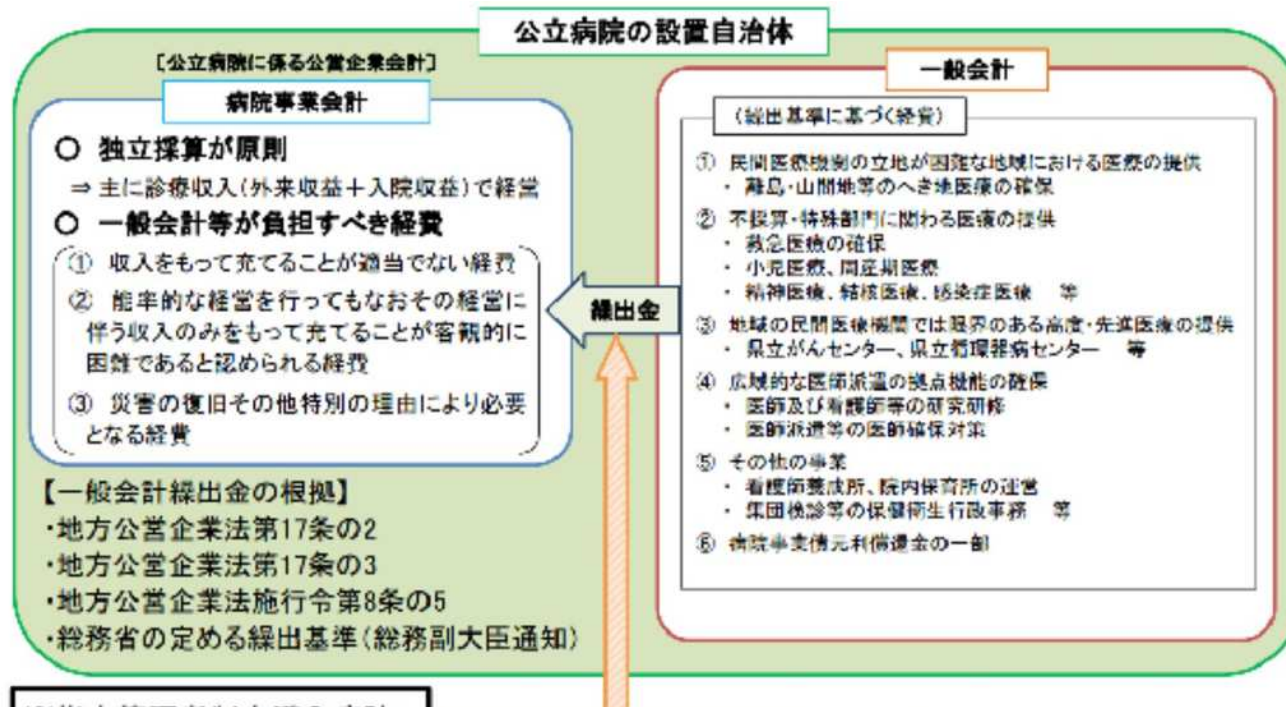


公立病院の現状

公立病院の特性について①

- 公立病院については、独立採算が原則ではあるものの、民間の医療機関等とは異なり、能率的な経営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費等について、繰出基準に基づき自治体の一般会計から繰出金を拠出することができ、当該経費の一部は地方交付税により措置されている。

病院事業に対する一般会計の負担（一般会計繰出金）



※指定管理者制度導入病院・地方独立行政法人設置病院の場合も同等の措置。

地方交付税で措置

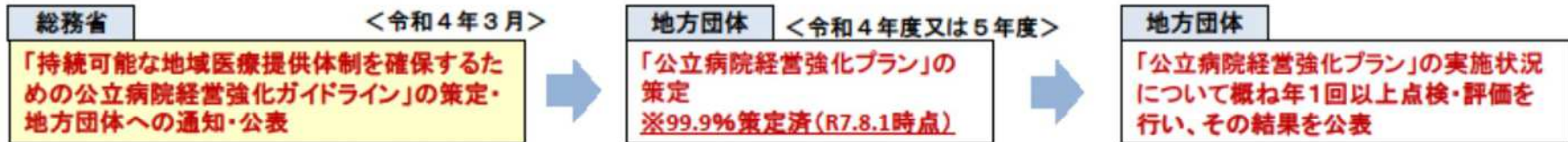
※ 経費の性格に応じて、普通交付税または特別交付税により措置。

公立病院の現状

公立病院経営強化の推進

○ 公立病院は、これまで再編・ネットワーク化、経営形態の見直しに取り組んできたが、依然として経営状況は厳しく、以下の課題に対応しながら地域医療提供体制を確保するためには、経営を強化していくことが重要。

- ・人口減少、少子高齢化に伴う医療需要の変化
- ・医師・看護師等の不足
- ・医師の時間外労働規制への対応
- ・新興感染症への備え 等



公立病院経営強化プランの内容

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

- ・地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能
- ・地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
- ・機能分化・連携強化

各公立病院の役割・機能を明確化・最適化し、連携を強化。特に、地域において中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保し、基幹病院以外の病院等は回復期機能・初期救急等を担うなど、双方の間の役割分担を明確化するとともに、連携を強化することが重要。

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

- ・医師・看護師等の確保（特に、不採算地区病院等への医師派遣を強化）
- ・医師の働き方改革への対応

(3) 経営形態の見直し

(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

(5) 施設・設備の最適化

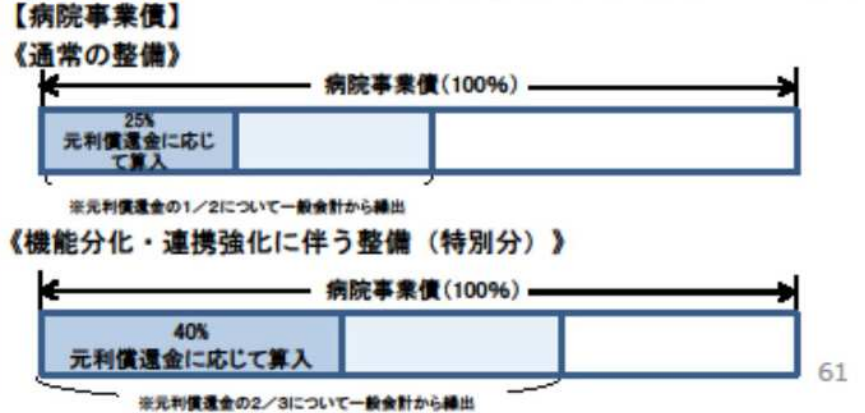
- ・施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・デジタル化への対応

(6) 経営の効率化等

- ・経営指標に係る数値目標



【団体の公表イメージ】（参考：奈良県立病院機構）



統計データから見る砺波医療圏及び 南砺市の現状分析について

令和7年11月26日

富山大学附属病院 病院長特別補佐（経営担当）

同 地域医療総合支援学講座

同 データ科学・AI研究推進センター

客員准教授 小林大介

南砺市居住患者はどれくらい 砺波医療圏、南砺市内で入院してる？

令和6（2024）年度のDPCデータを利用して分析
南砺市居住者の年間入院件数は6,502人

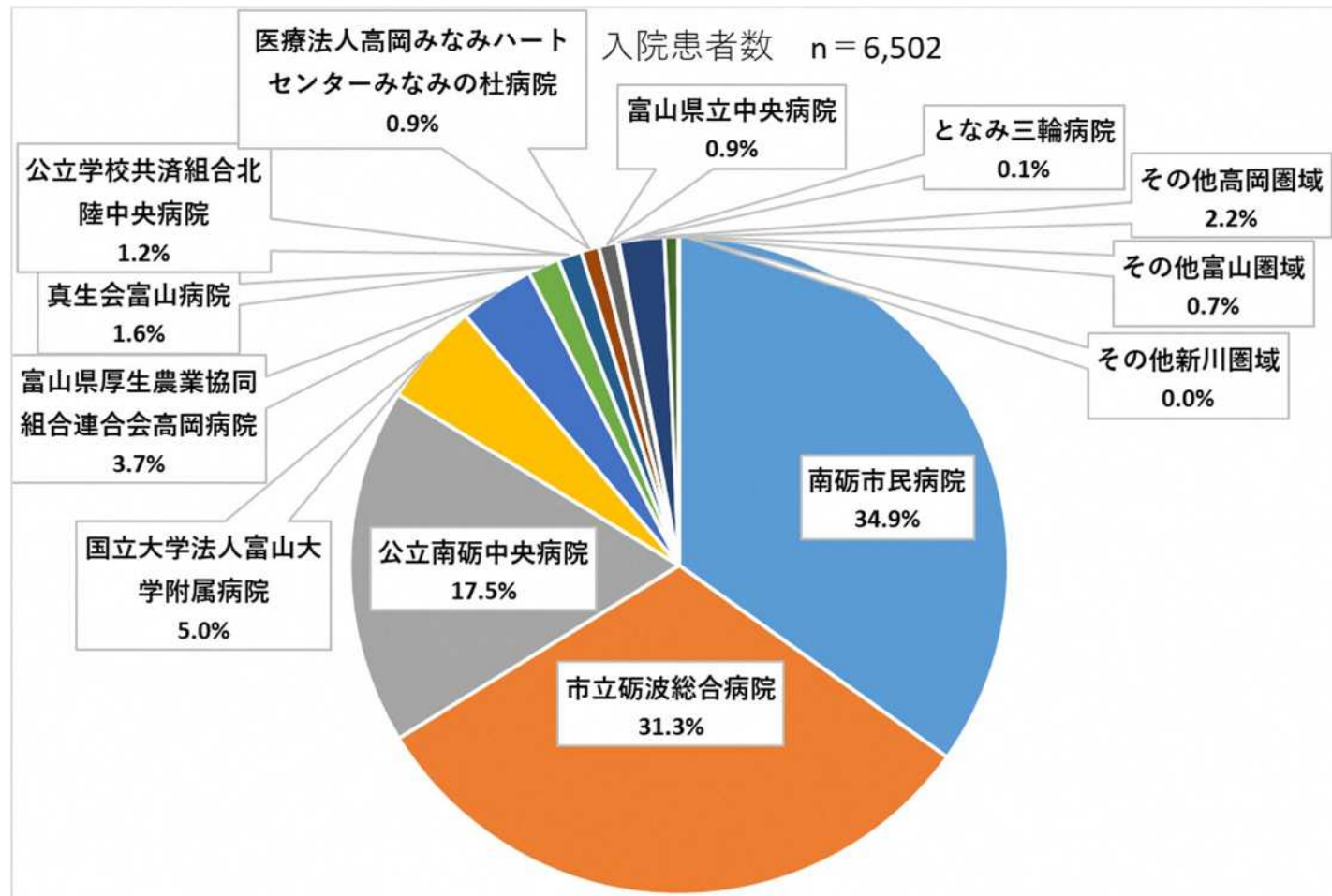
砺波医療圏内での入院は？

- 6割くらい？ 8割くらい？ ほぼ10割？

南砺市（公立2病院）での入院は？

- ほぼ10割？ 8割くらい？ 5割くらい？

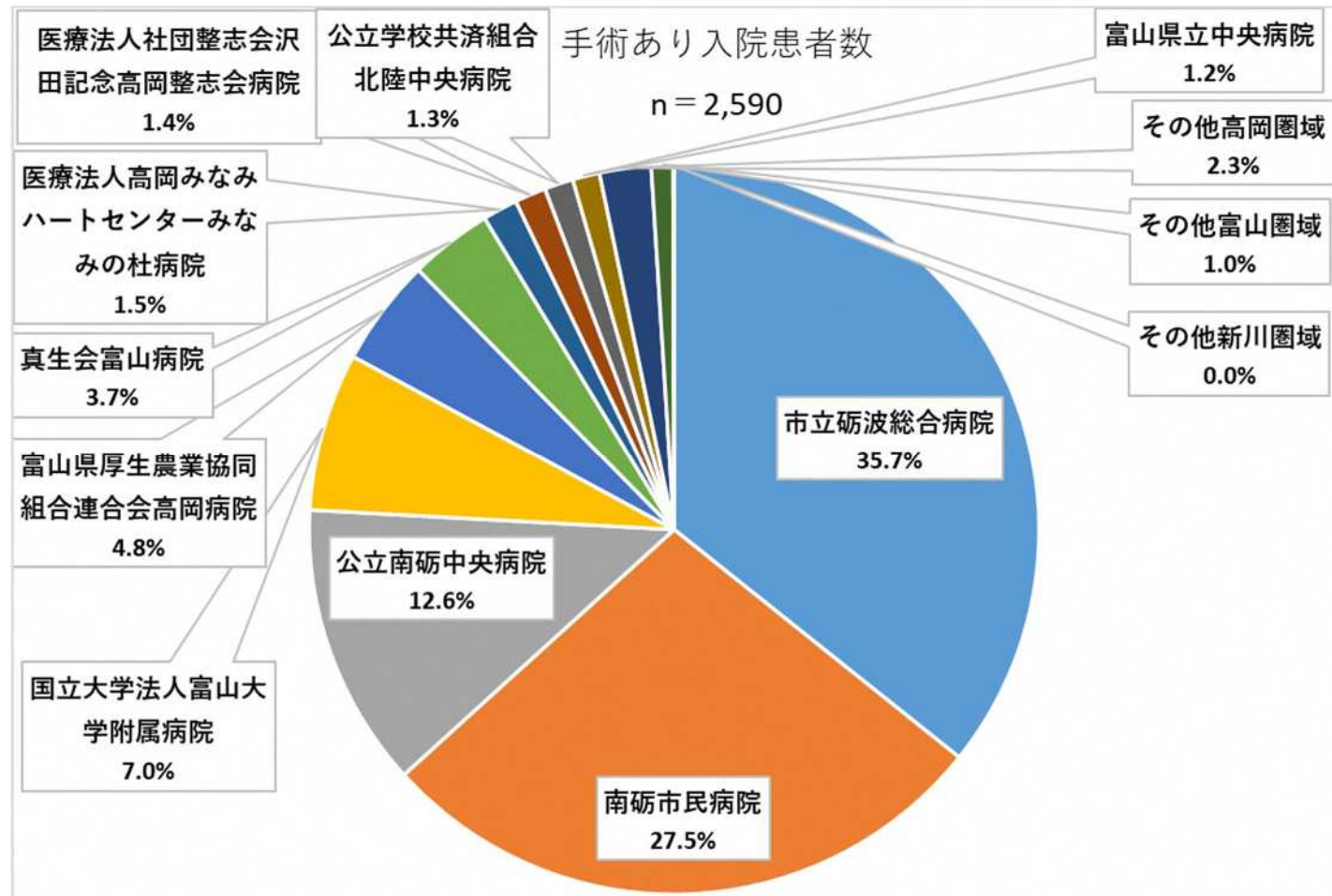
南砺市居住患者はどれくらい 砺波医療圏、南砺市内で入院してる？



砺波圏域で5,370人(82.6%)、南砺市内公立2病院で3,311人(52.4%)

実はすでに半数は市外に頼っている現実がある

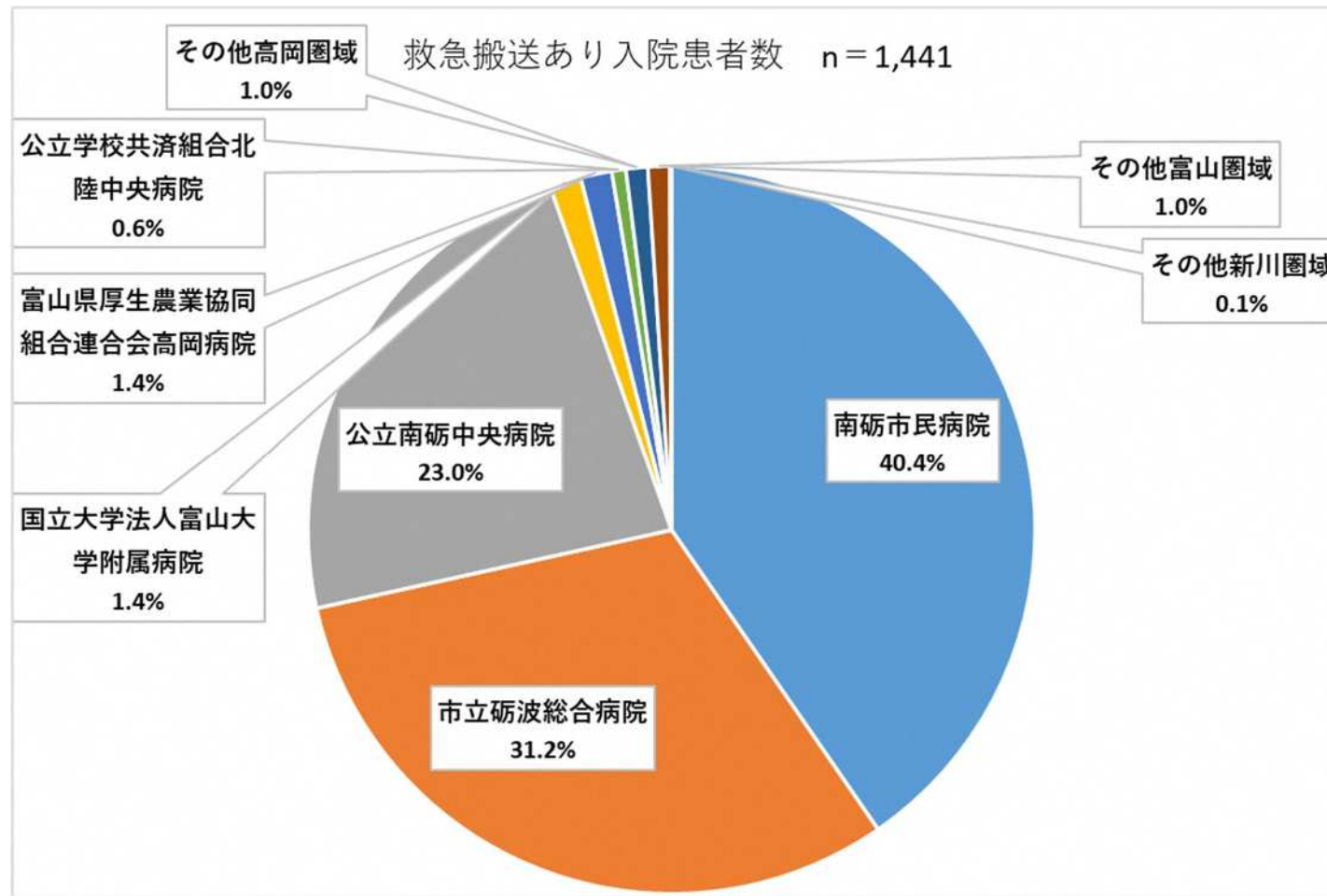
南砺市居住患者はどれくらい 砺波医療圏、南砺市内で手術入院してる？



砺波圏域で1,997人(77.1%)、南砺市内公立2病院で1,039人(40.1%)

実はすでに半数以上は市外に頼っている現実がある

南砺市居住患者はどれくらい 砺波医療圏、南砺市内で救急搬送入院してる？



砺波圏域で1,372人(95.2%)、南砺市内公立2病院で914人(63.4%)

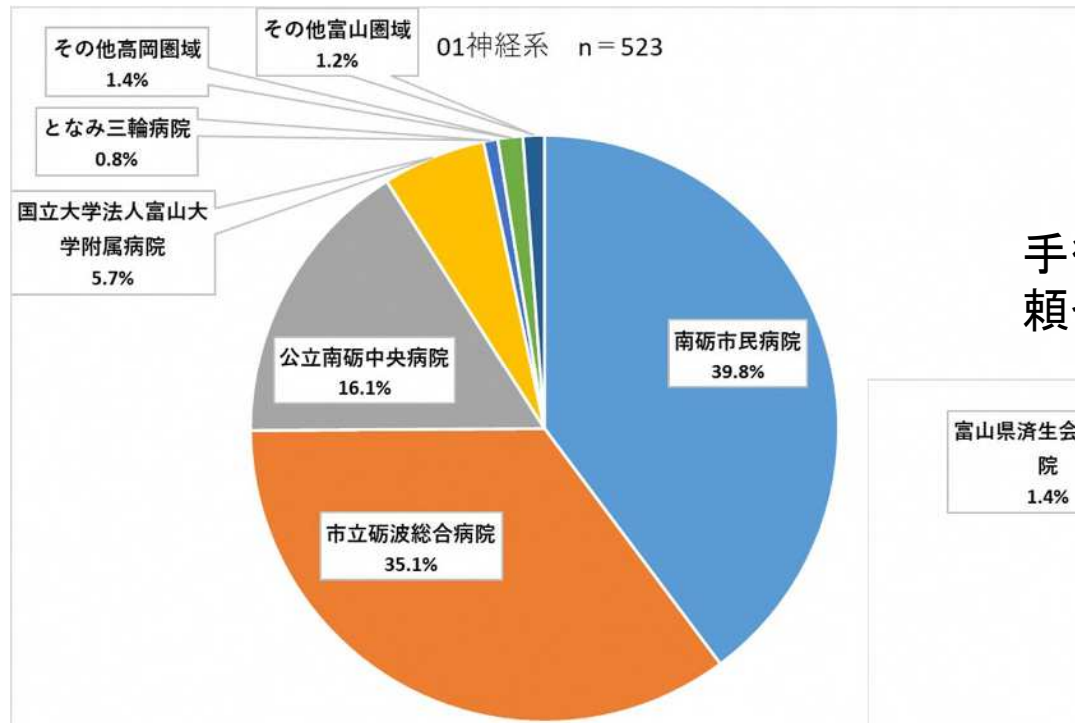
半数以上は市内で診れているものの、4割弱は市外に頼っている

南砺市居住患者はどれくらい 砺波医療圏、南砺市内で入院してる？

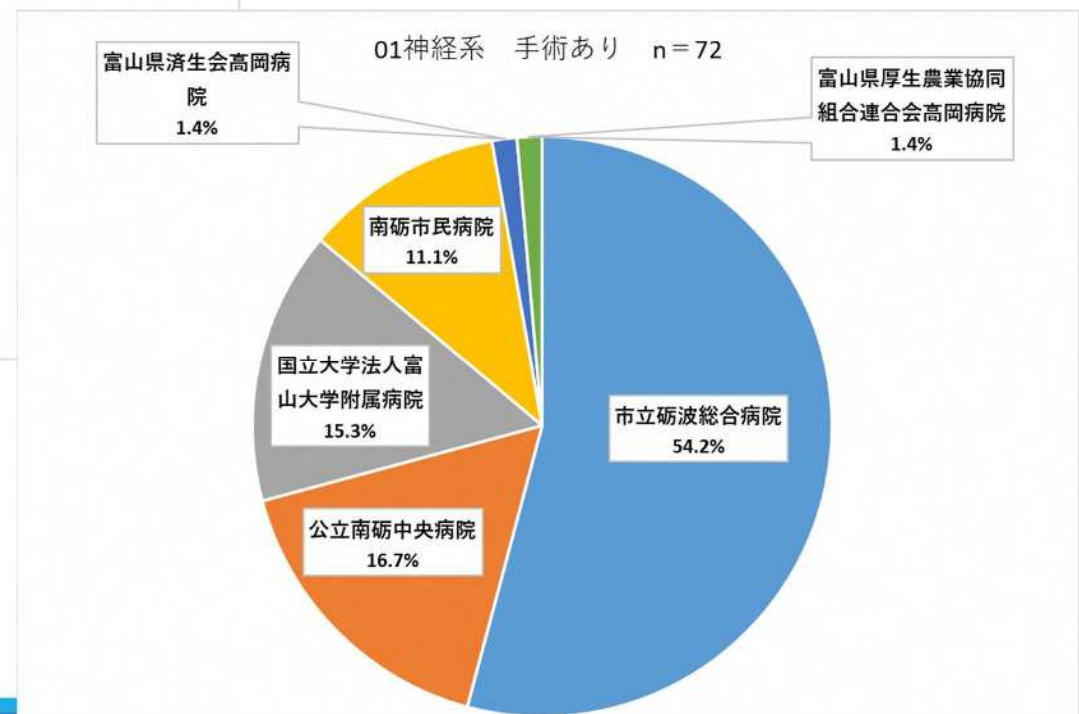
機能が足りないから増強しよう、ではない！

- 人が確保できますか？そのコストは負担できますか？
- 先の有賀部長からの説明の通り、1病院で多くやれる病院が複数あって診療機能がかぶるより、機能分化・連携を進めないと、非効率になる
- すでに多くが市外の医療機関に入院している現状から、それらを市内に戻そう、ではなく、どんな疾患の場合に市外に頼っているのか？市内で診れているのはどういう疾患なのかをまずは把握する
- そのうえで、機能を維持する領域、市外に任せる領域などを検討する

MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)

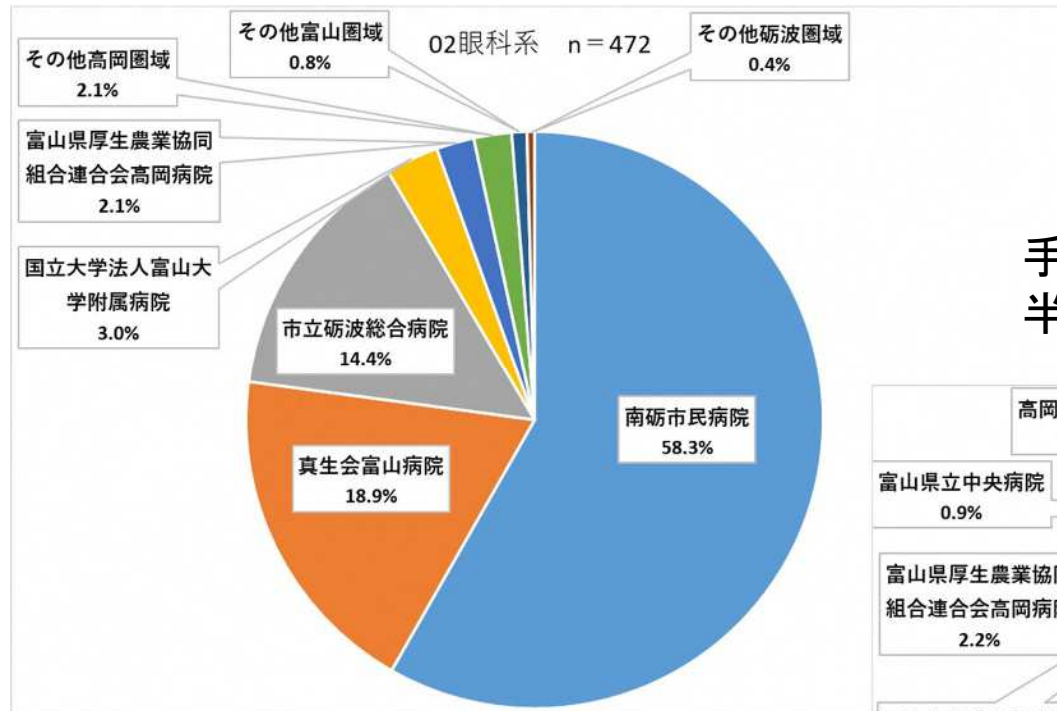


手術になると半数以上が市立砺波総合に頼っている状況

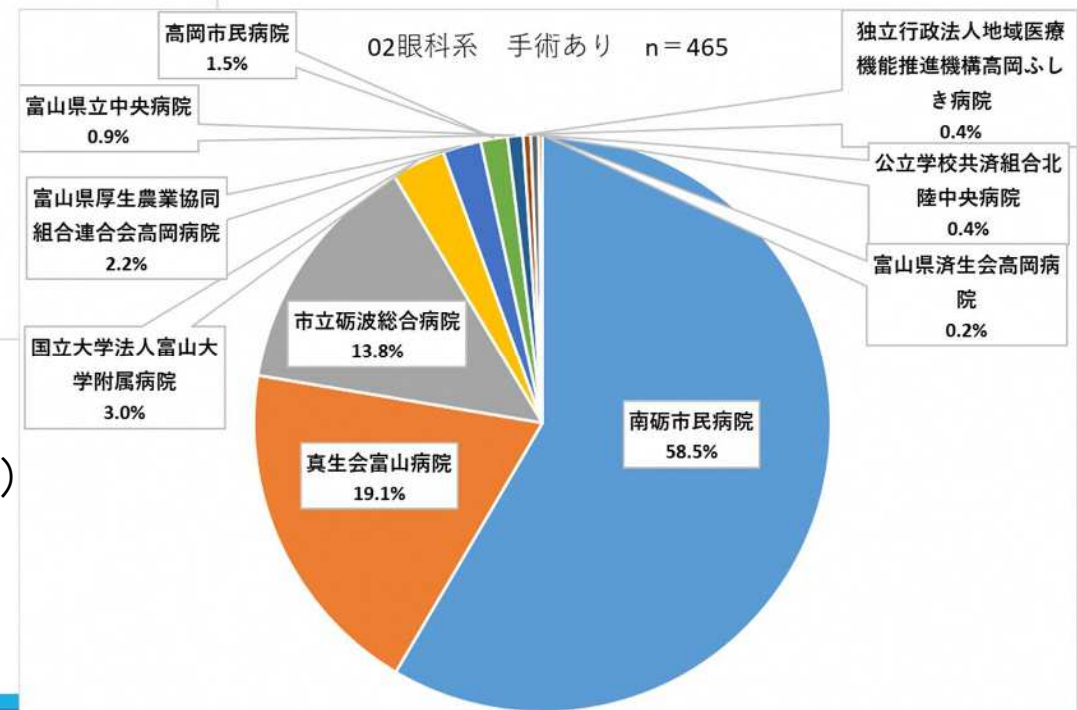


南砺市民病院と市立砺波総合病院とでシェアを大きく分けている状況
(南砺市民病院と公立南砺中央病院とで市民患者の半数を診ている)

MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)

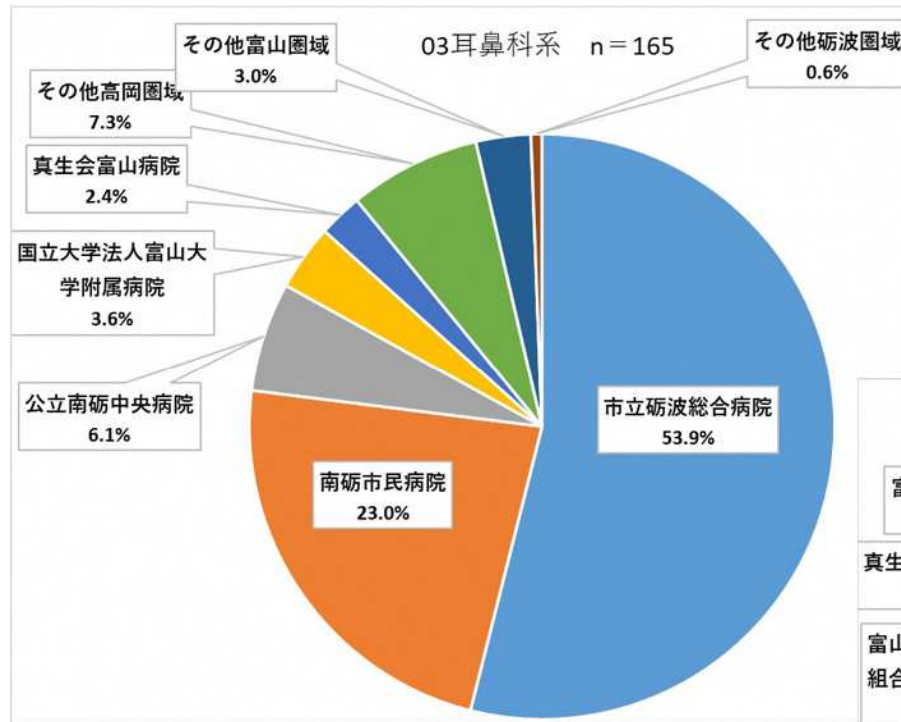


手術になると全体とほぼ変わりなく
半数以上が南砺市民病院にて診ている状況

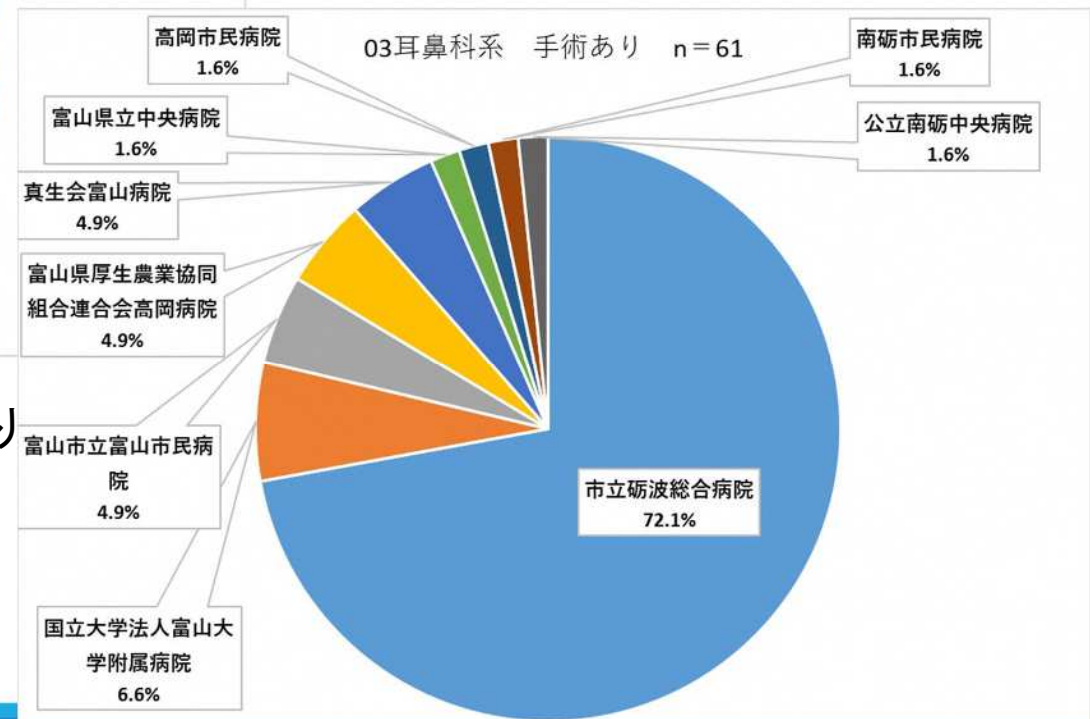


南砺市民病院で6割程度を診ている状況
(公立南砺中央病院では診ていない領域)

MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)

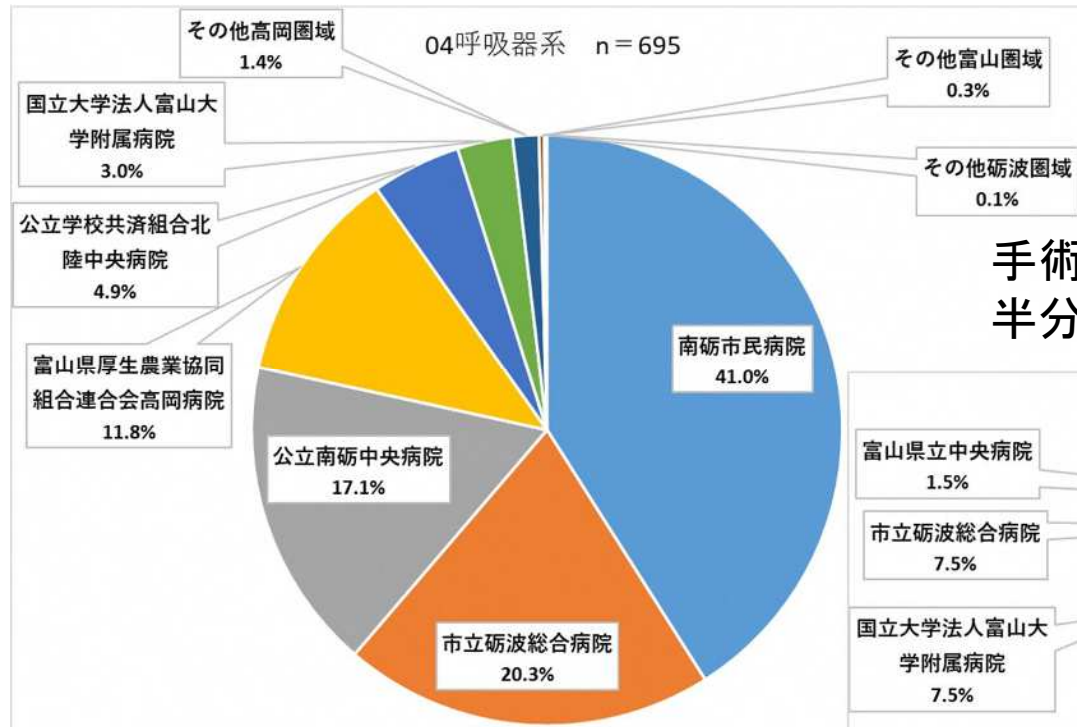


手術になるとほぼ3/4が市立砺波総合病院
南砺市内では実質ほぼ診られていない状況



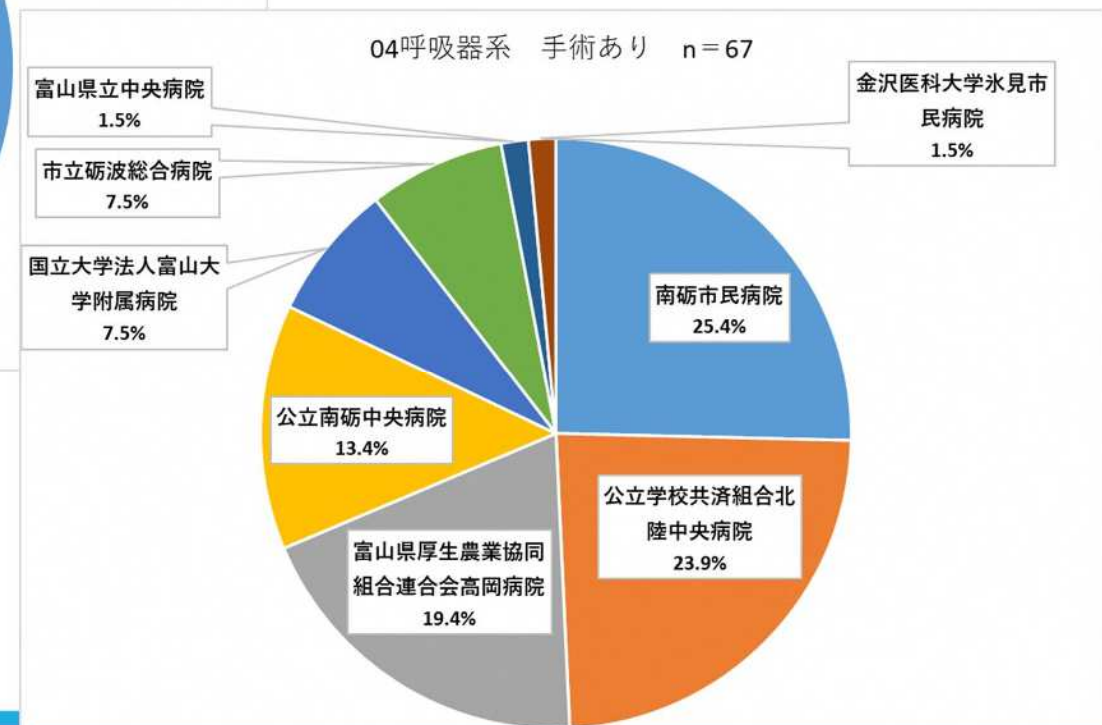
半数が市立砺波総合病院で診られており
次いで南砺市民病院という状況

MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)

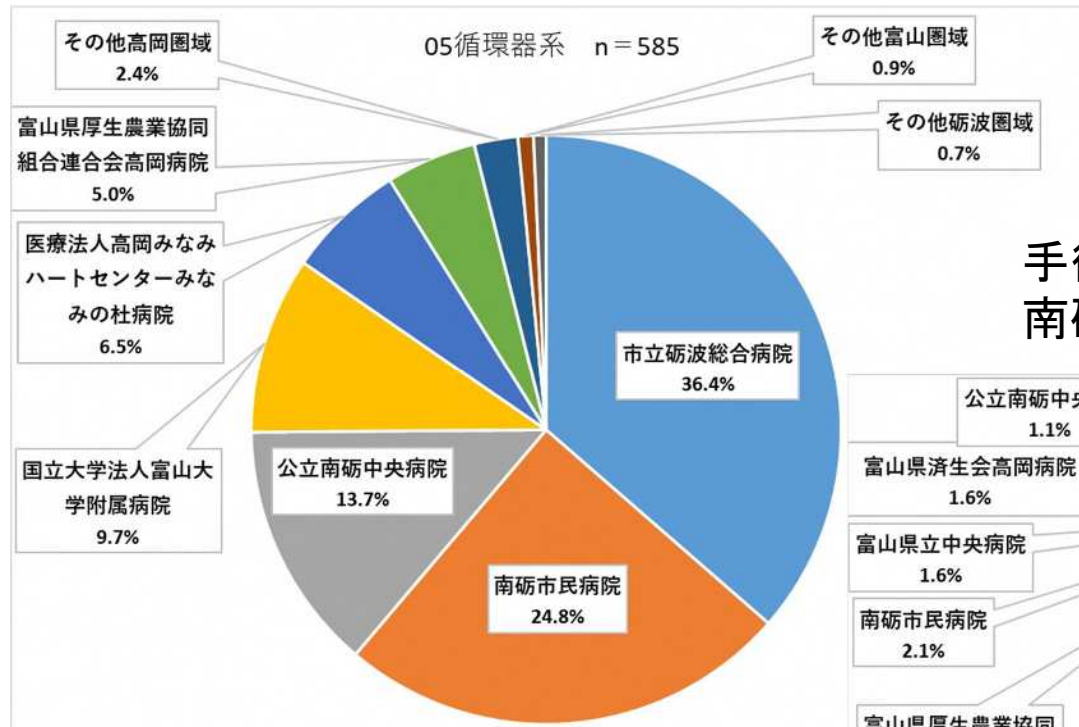


手術になると1/4が南砺市民病院、さらにその半分が公立南砺中央病院で診られている

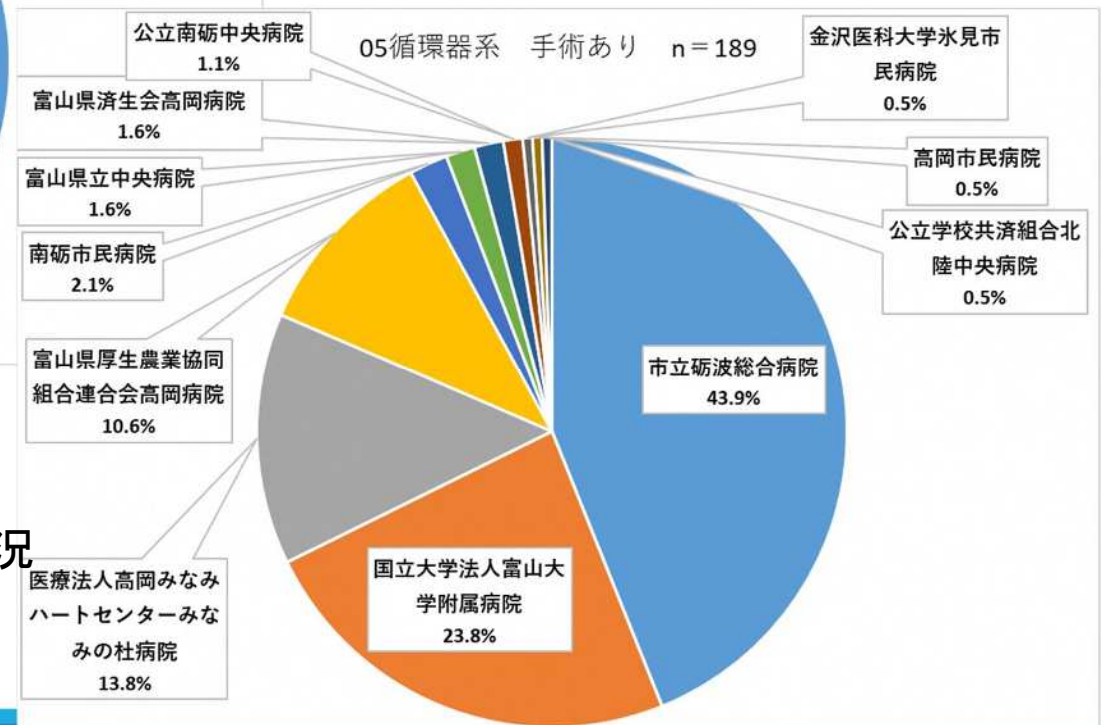
南砺市民病院と公立南砺中央病院で半数強を診ているが、その割合は約2:1



MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)

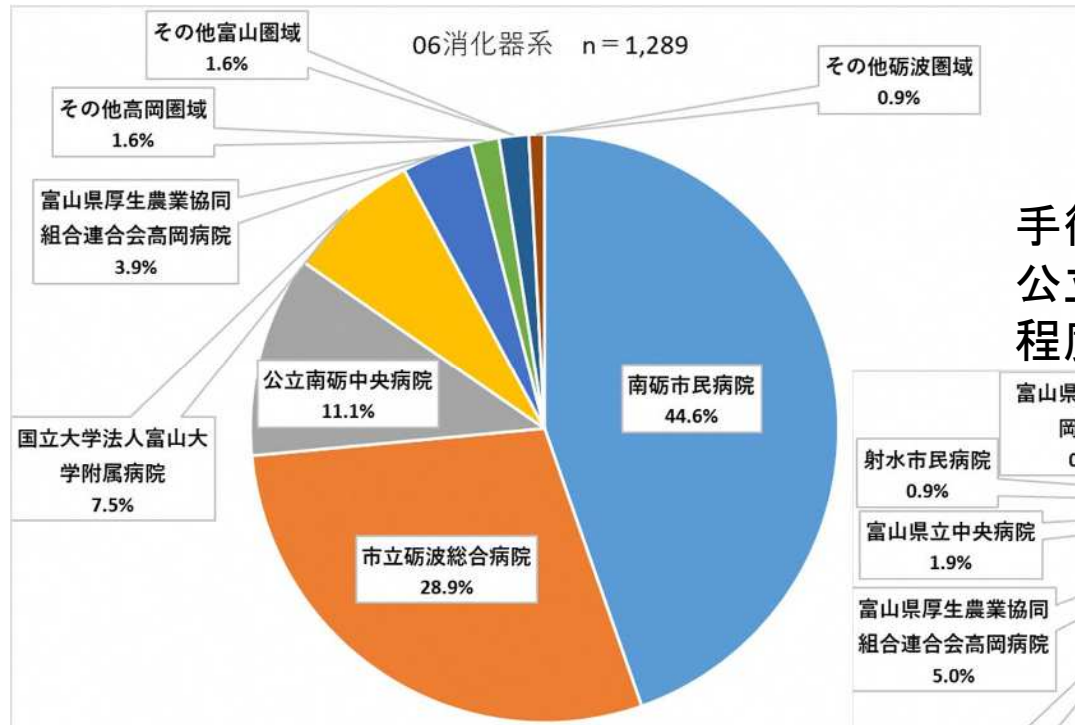


手術になると市立砺波総合病院が半数弱、南砺市内では実質ほぼ診られていない状況

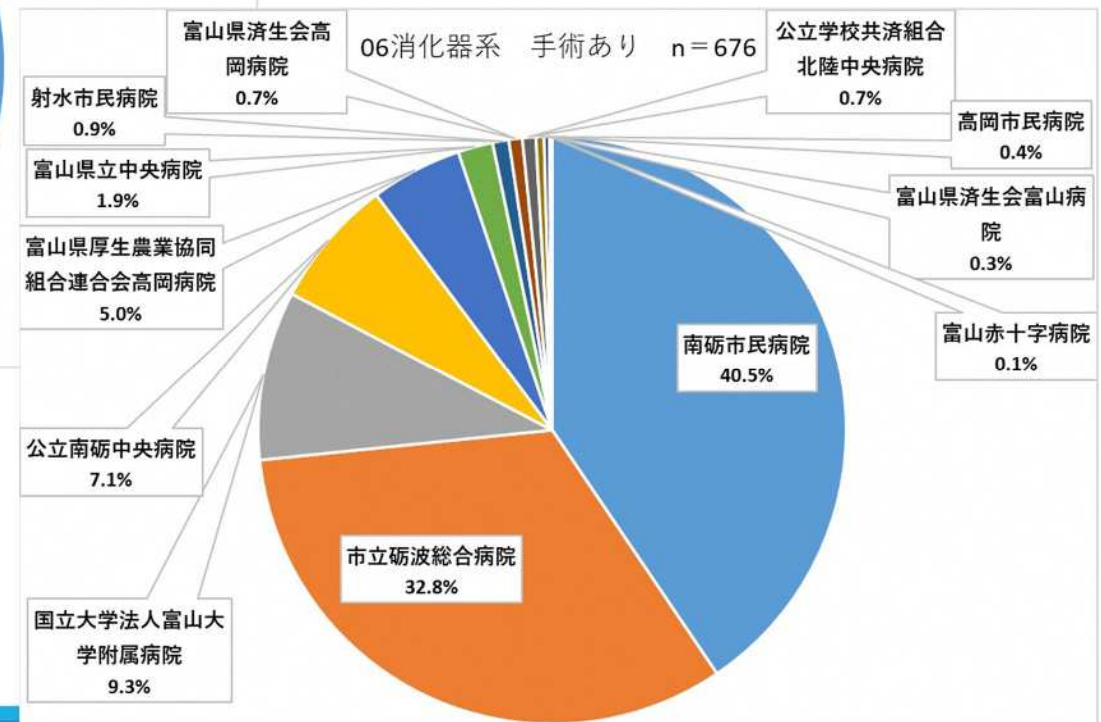


市立砺波総合病院で診られている数と南砺市民病院と公立南砺中央病院とで診られている数がだいたい同じという状況

MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)

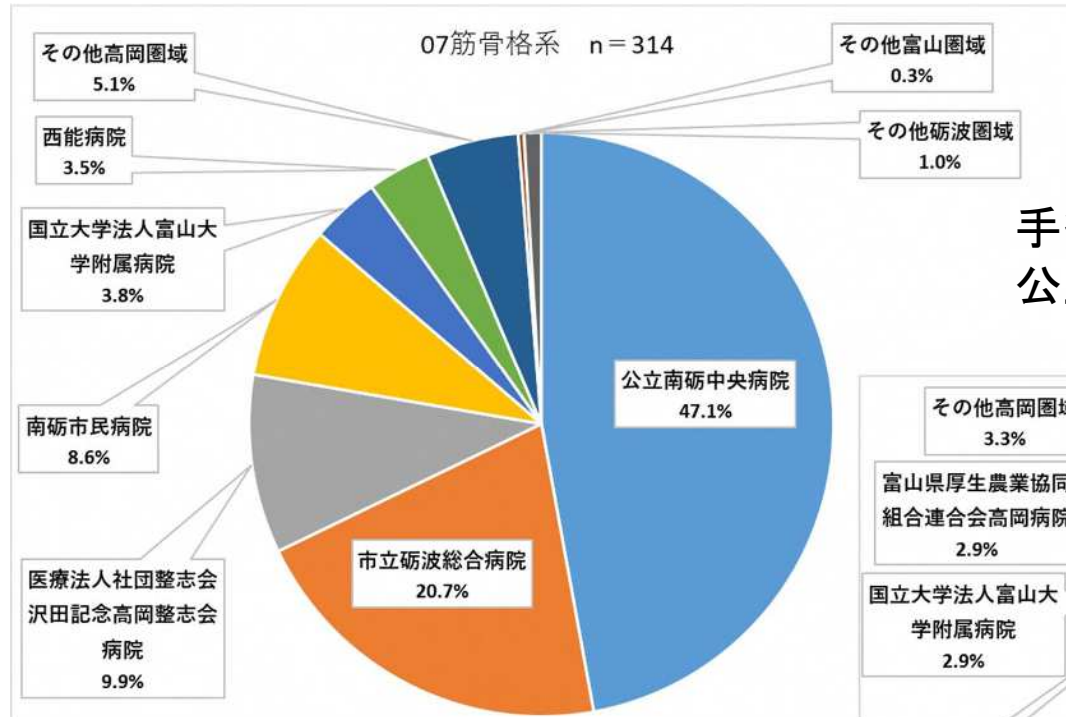


手術になっても似たような割合ではあるが、
公立南砺中央病院は南砺市民病院の約1/4
程度になる

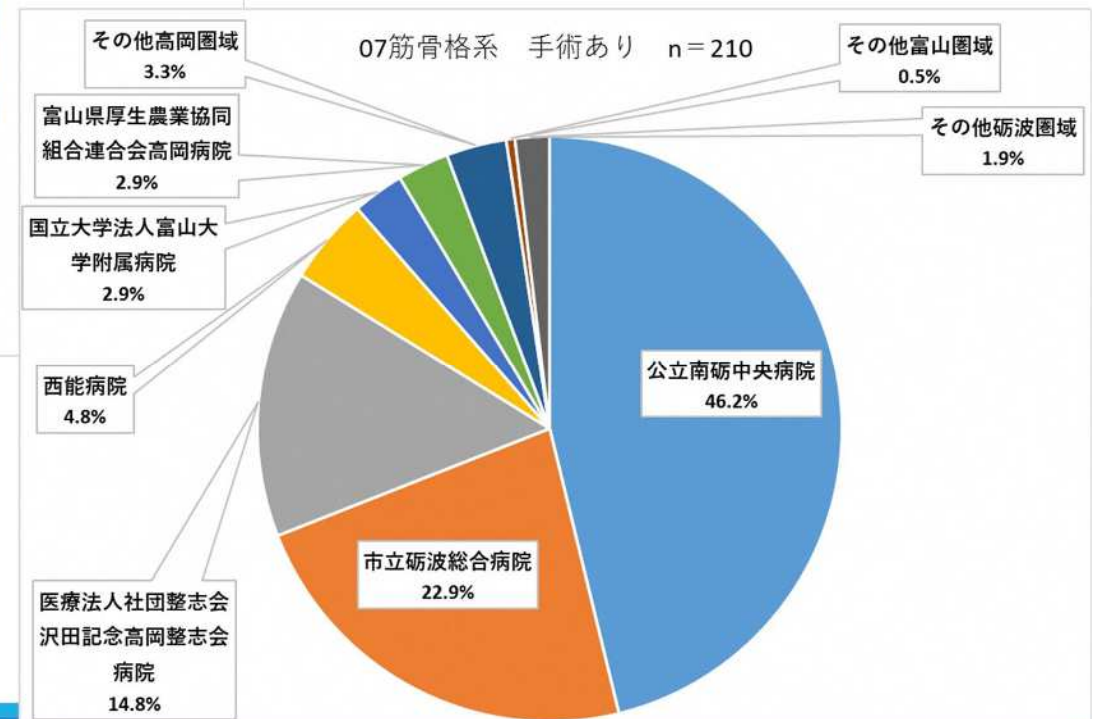


南砺市民病院が半数弱を診ている状況
公立南砺中央病院は南砺市民病院の
約1/4程度

MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)

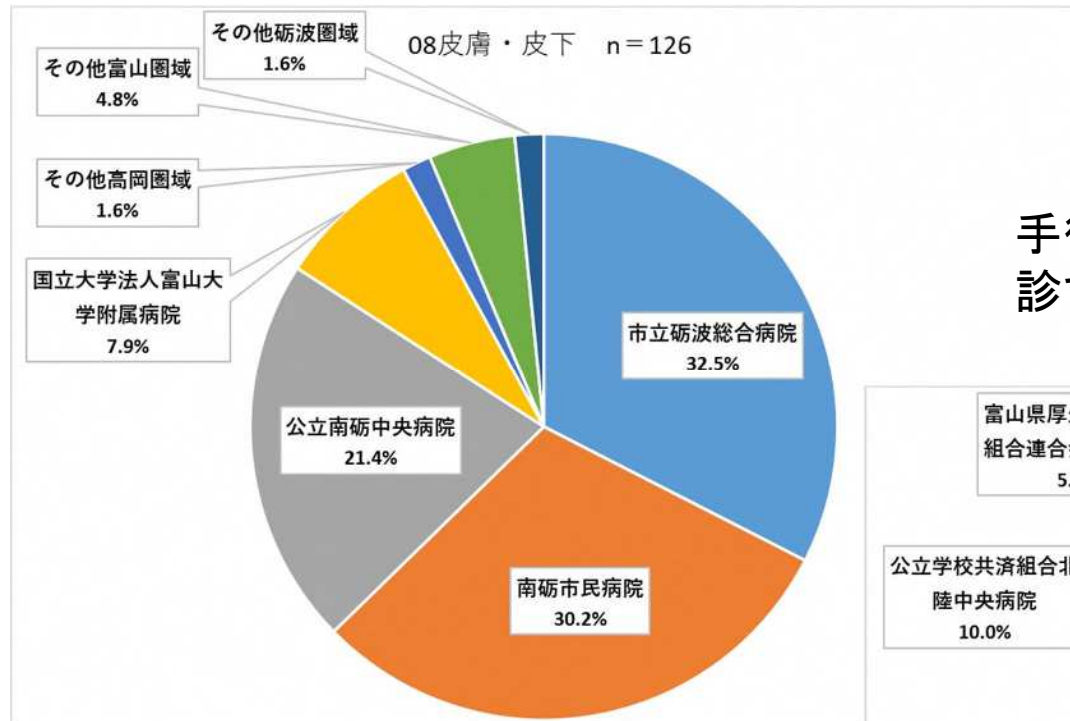


手術になっても似たような割合ではあるが、
公立南砺中央病院が約半数を診ている

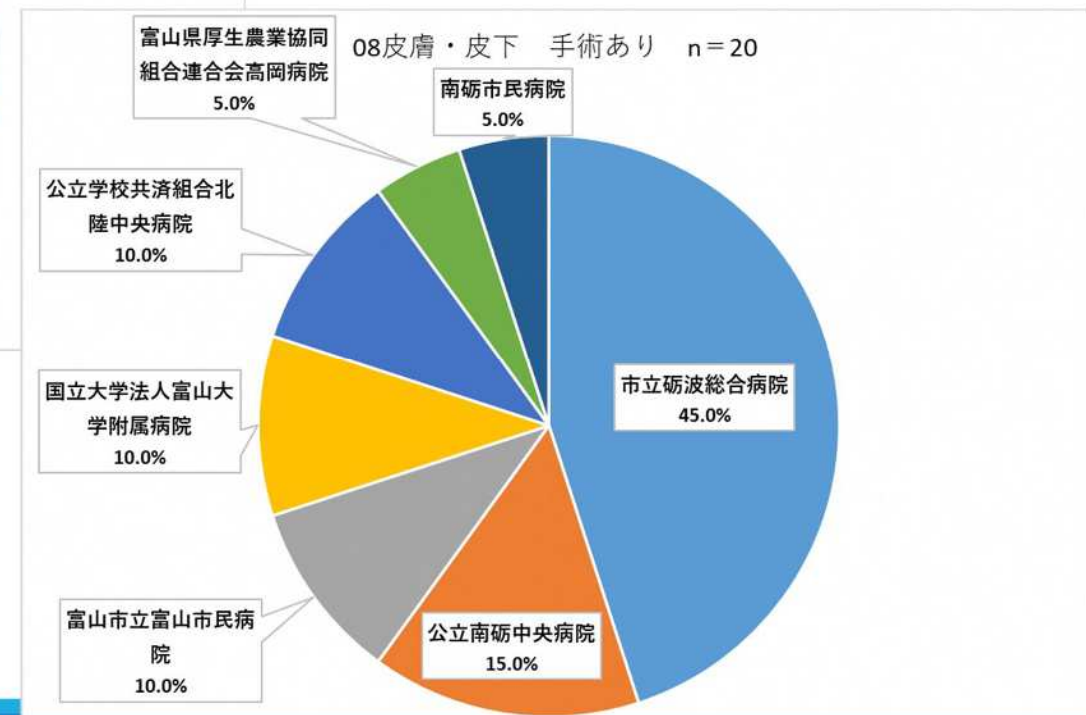


公立南砺中央病院が半数弱を診ている
状況

MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)

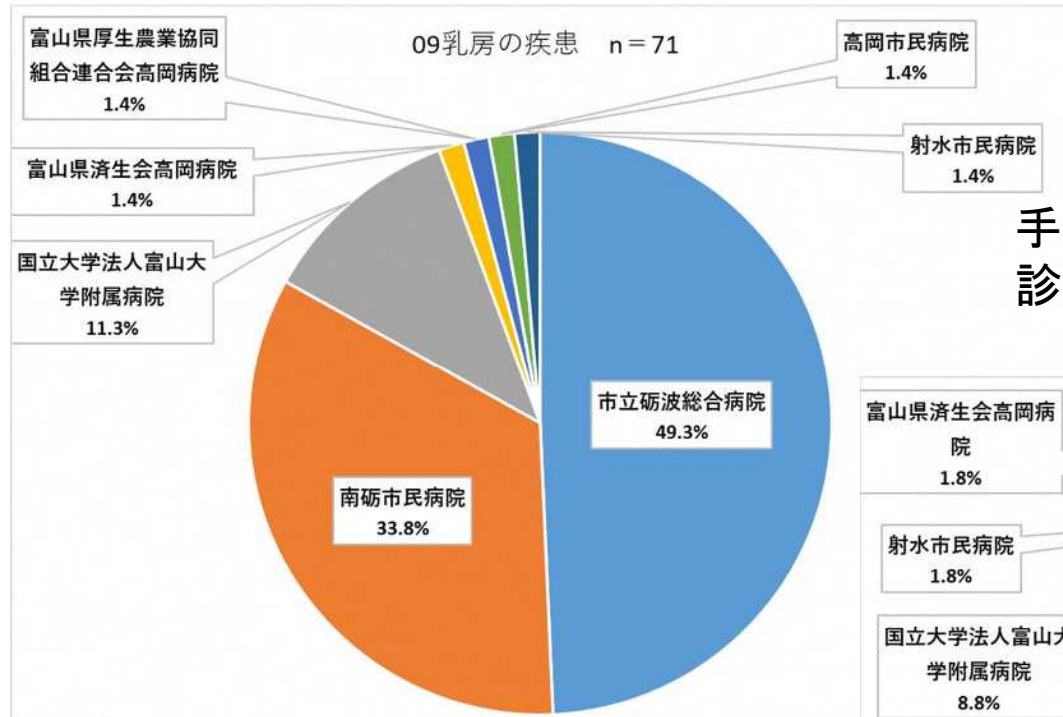


手術になると市立砺波総合病院が半数弱を診ており、南砺市民病院は、ぐっと減る

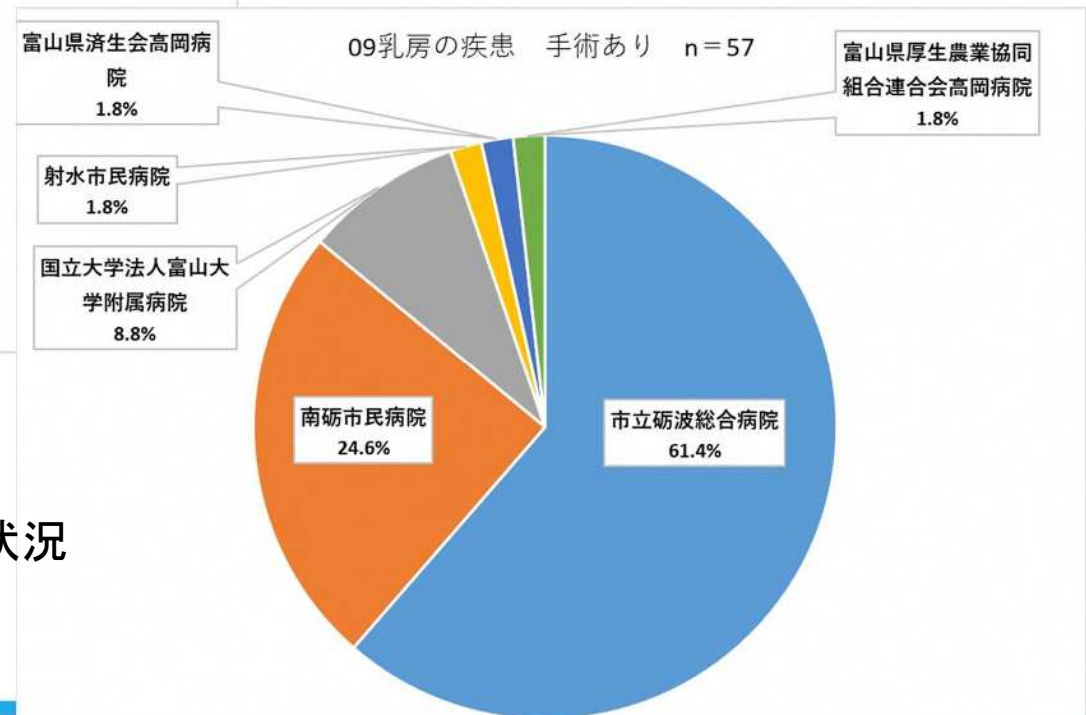


市立砺波総合病院と南砺市民病院、公立南砺中央病院が全体の8割を分け合っている状況

MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)

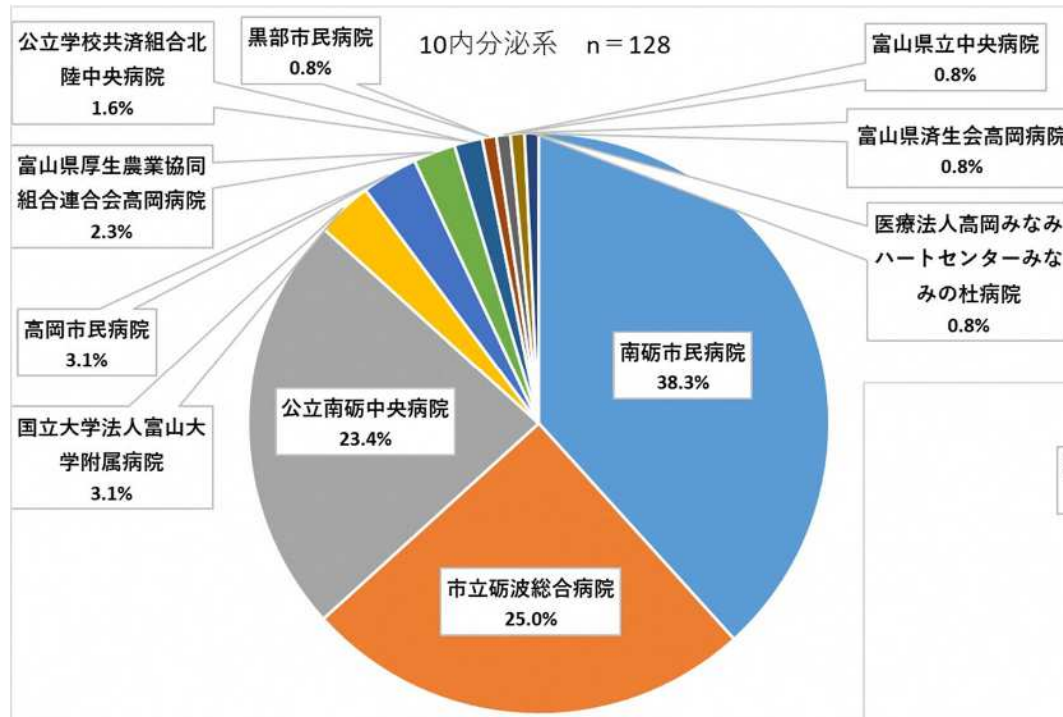


手術になると市立砺波総合病院が半数強を診ており、南砺市民病院は、少し減る

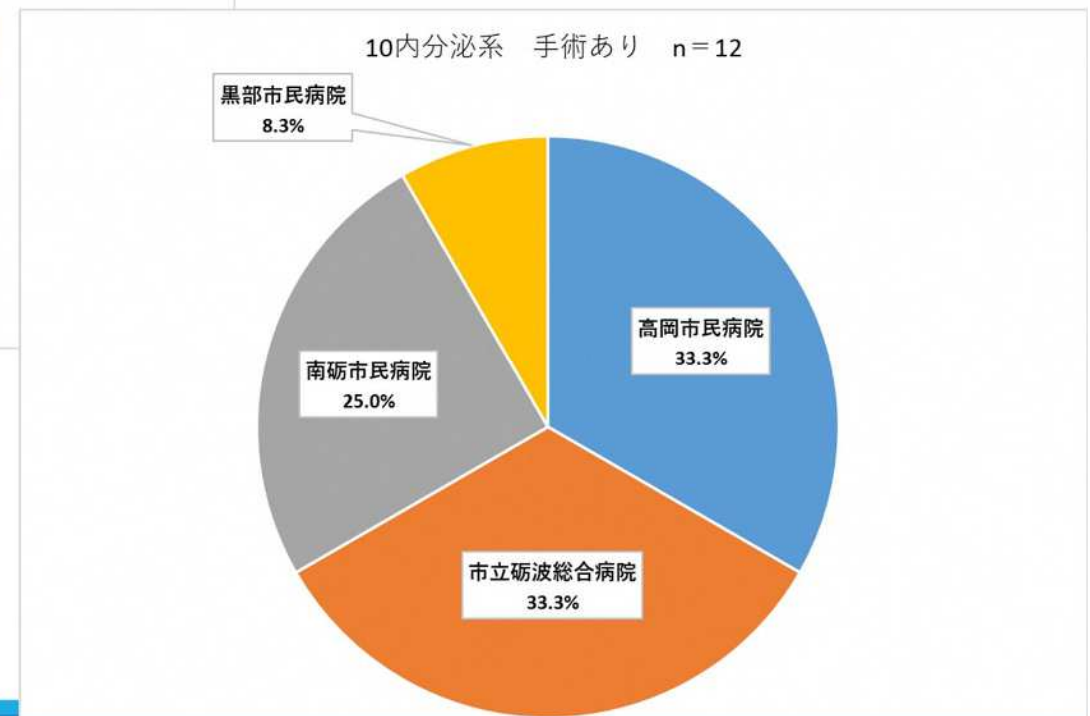


市立砺波総合病院が全体の約半分、次いで南砺市民病院が全体の3~4割、公立南砺中央病院では診られていない状況

MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)

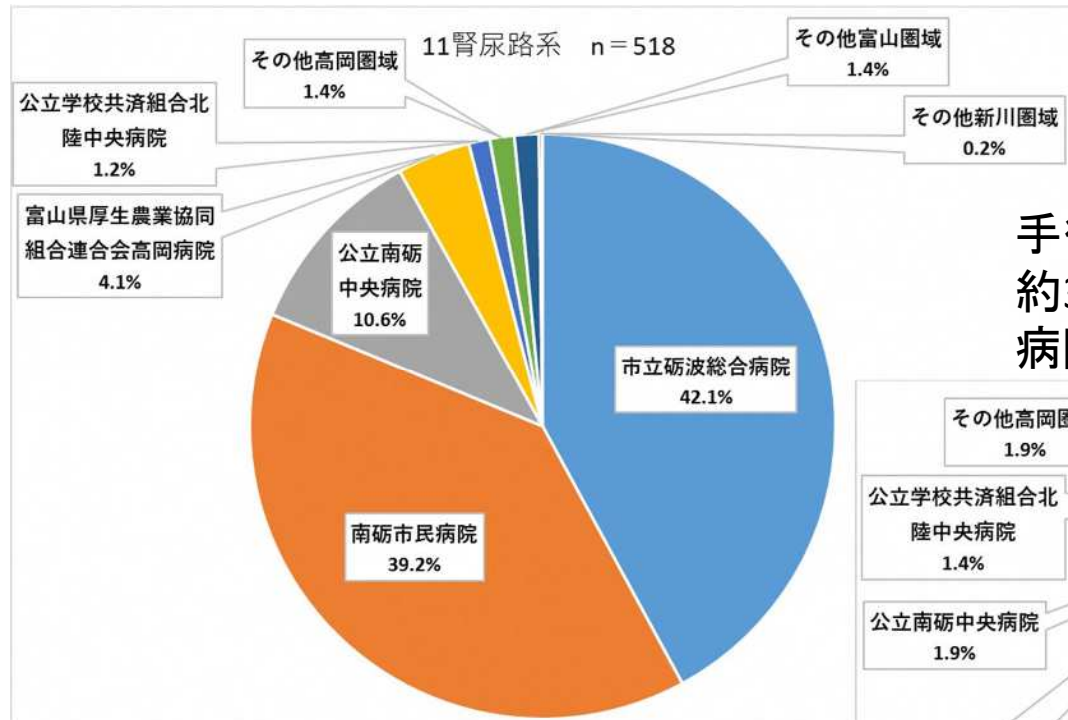


手術になると件数がぐっと減るが、南砺市民病院で1/4を診ているがあとは市外

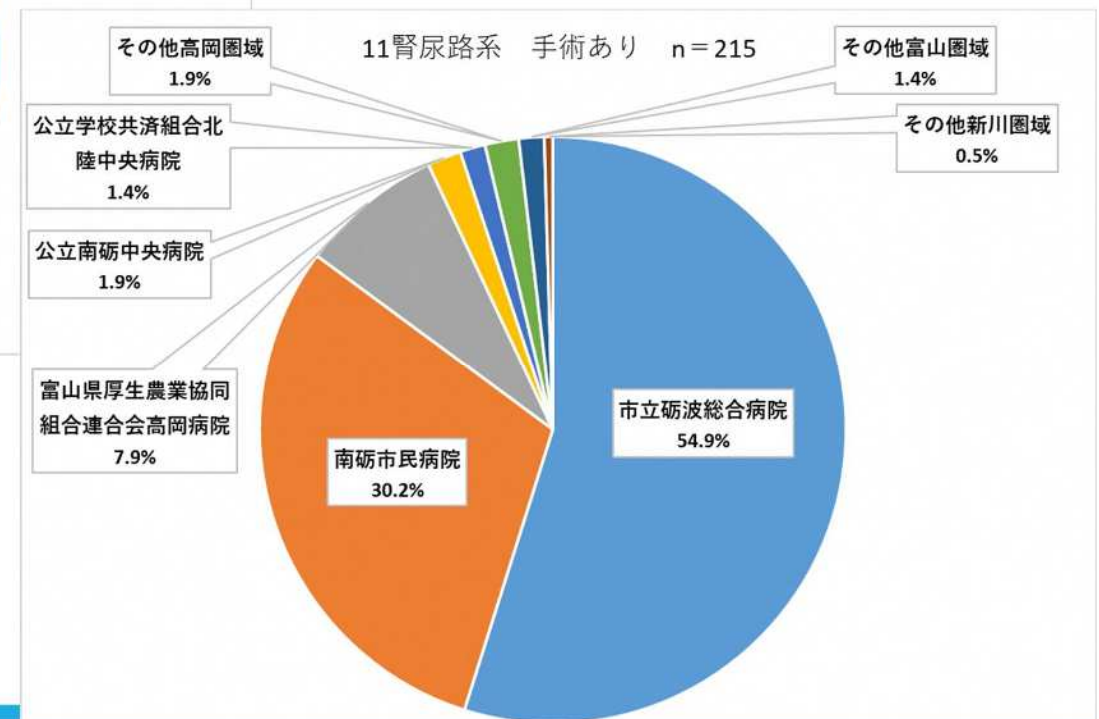


市立砺波総合病院と南砺市民病院、公立南砺中央病院が全体の9割弱を分け合っている状況

MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)

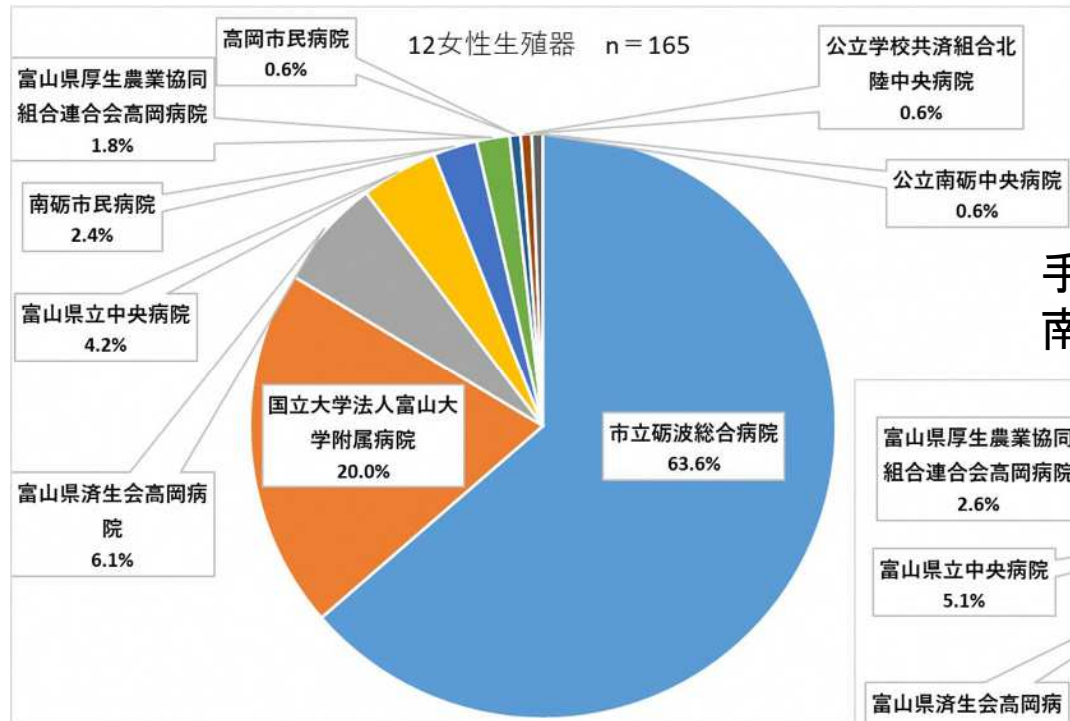


手術になると半数以上が市立砺波総合病院、約3割が南砺市民病院となり、公立南砺中央病院はほぼ診れていない



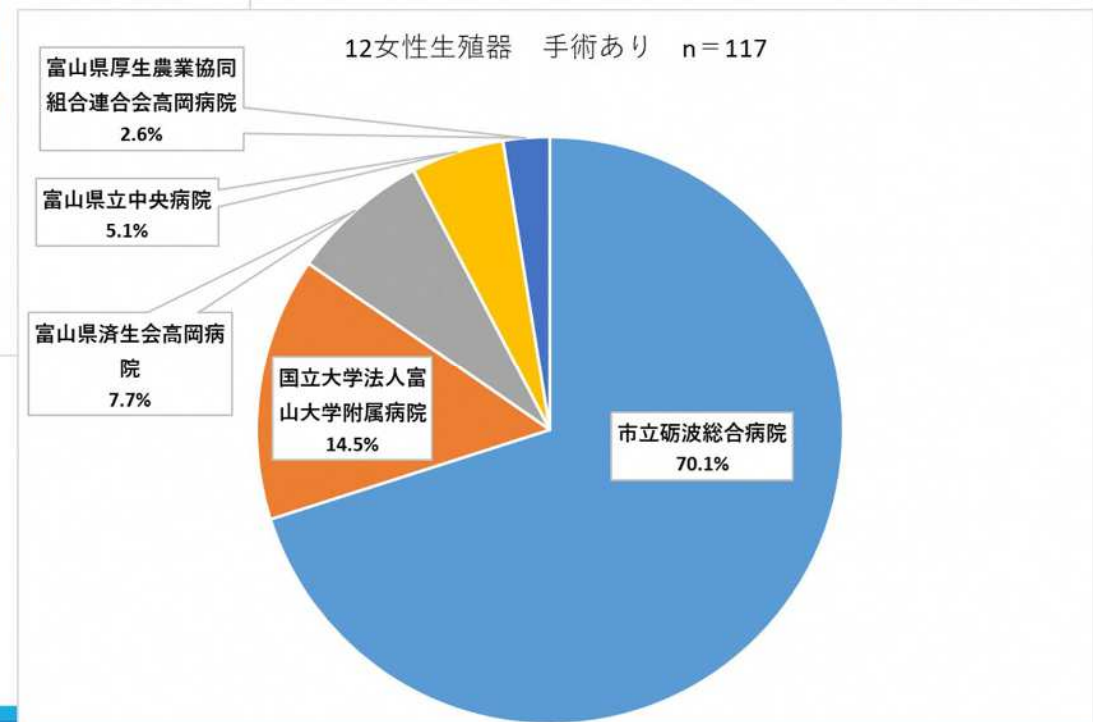
市立砺波総合病院と南砺市民病院がどちらも約4割を診ている状況
公立南砺中央病院は1割程度

MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)

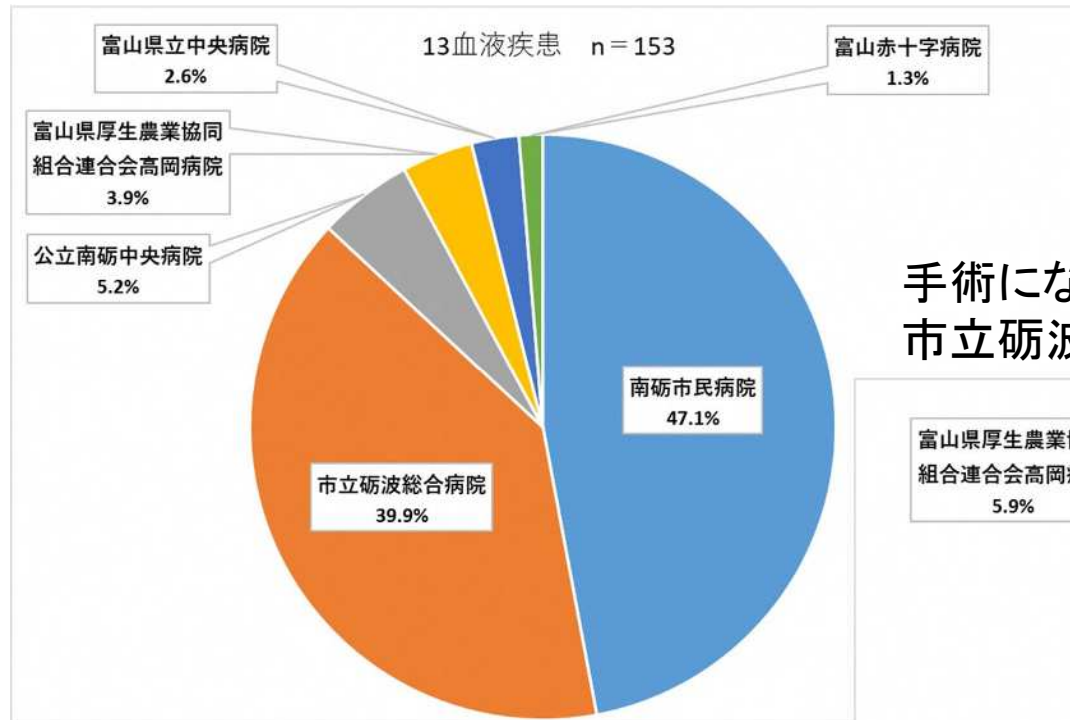


市立砺波総合病院が6割強を診ており、南砺の両病院はほぼ診れていない

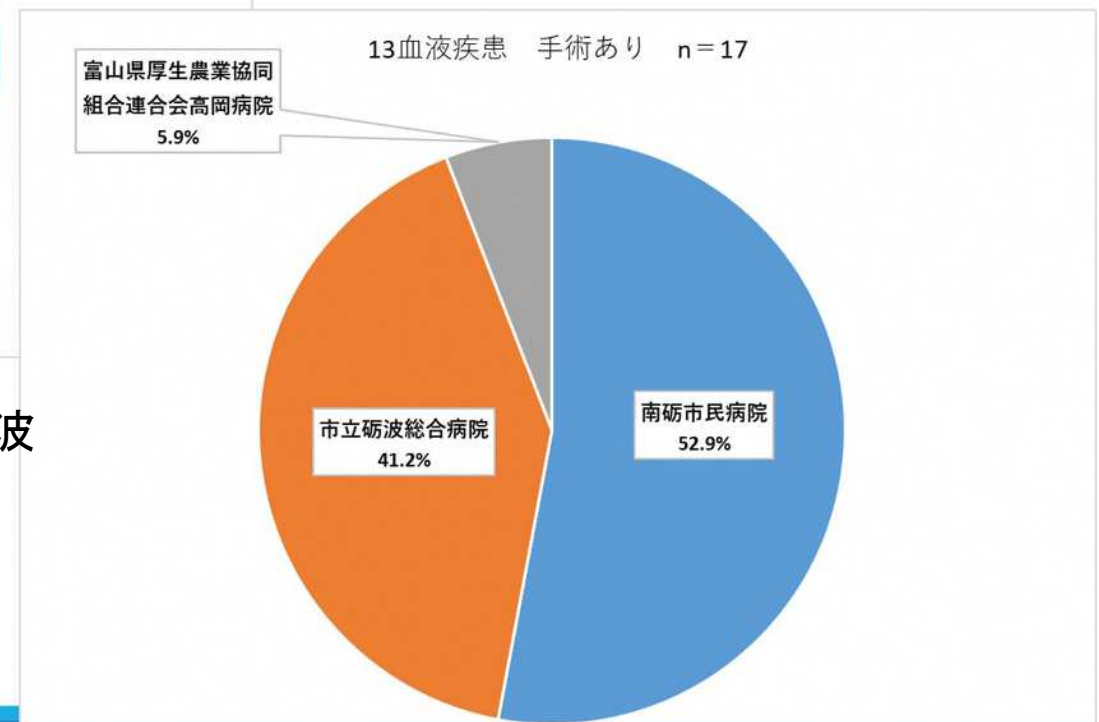
手術になると約7割が市立砺波総合病院、南砺の両病院は全く診れていない



MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)

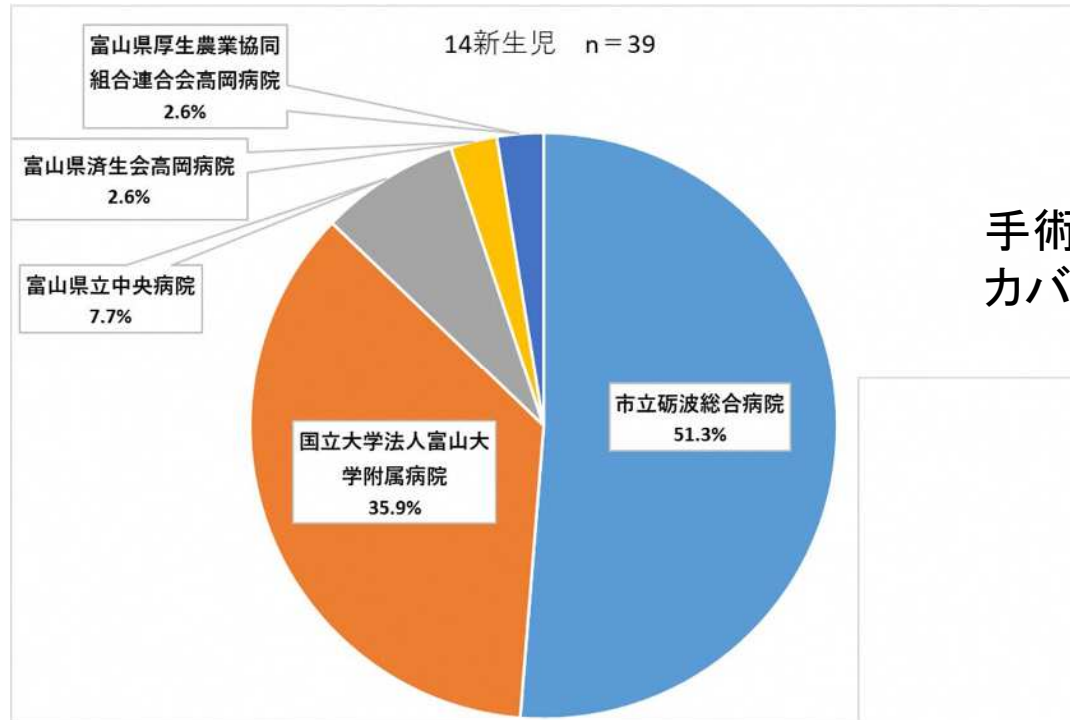


手術になると件数がぐっと減るが南砺市民病院と市立砺波総合病院でほとんどをカバー



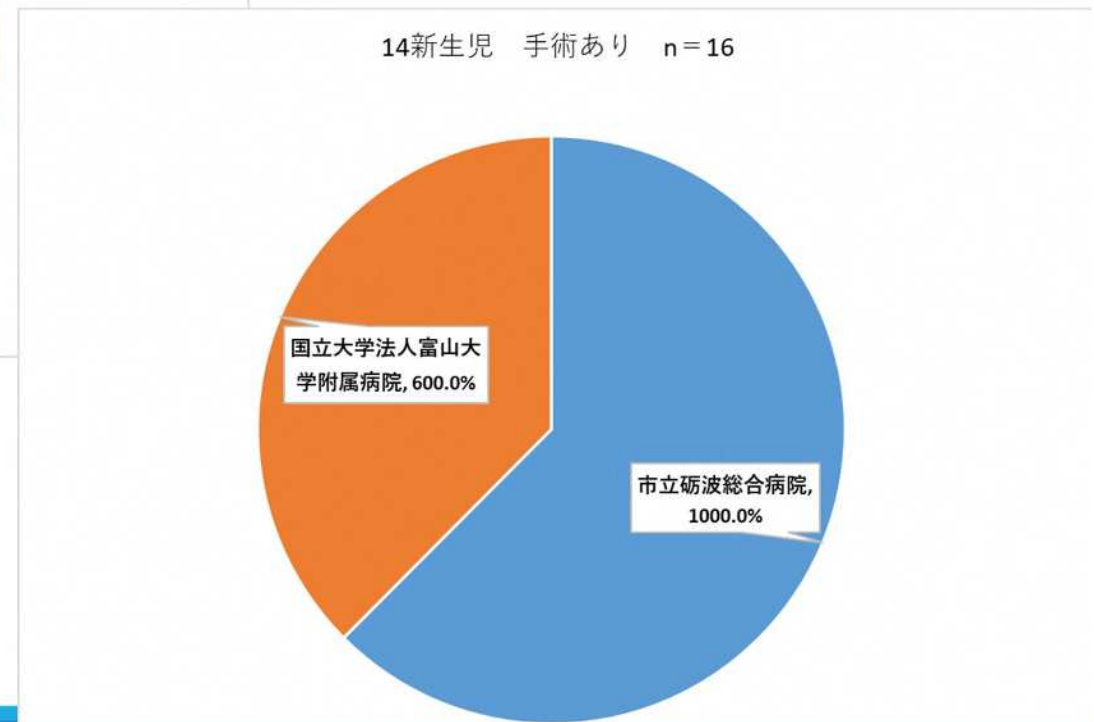
南砺市民病院が約半数、次いで市立砺波総合病院が診ており、全体の約9割を2病院で占める
公立南砺中央病院は5%程度

MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)

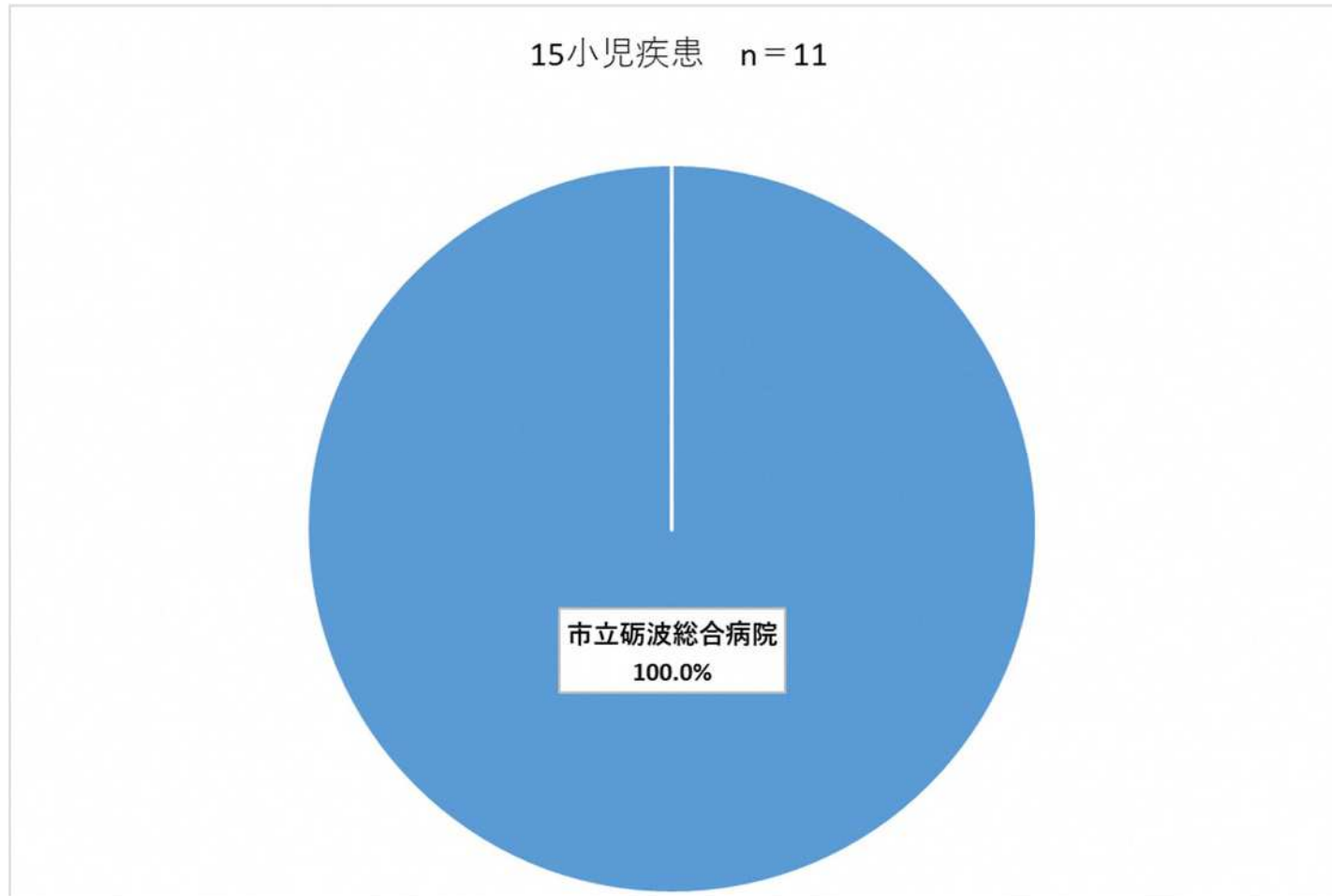


市立砺波総合病院が約半数
南砺市内では対応できていない

手術になると市立砺波総合病院と富大病院で
カバーしている

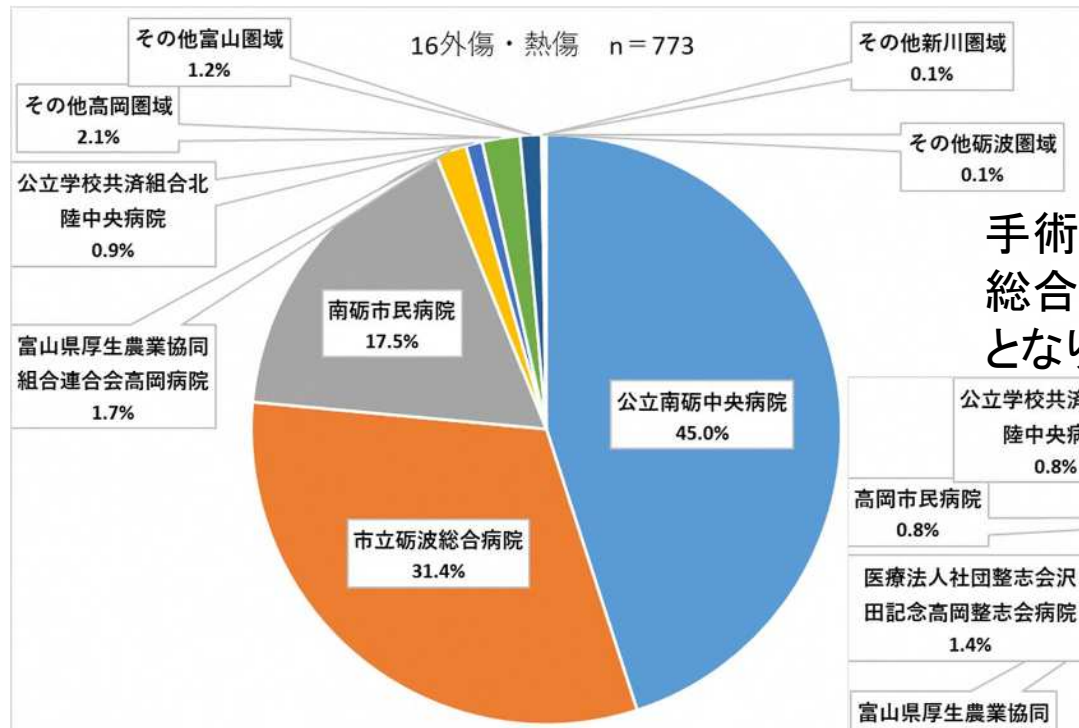


MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)

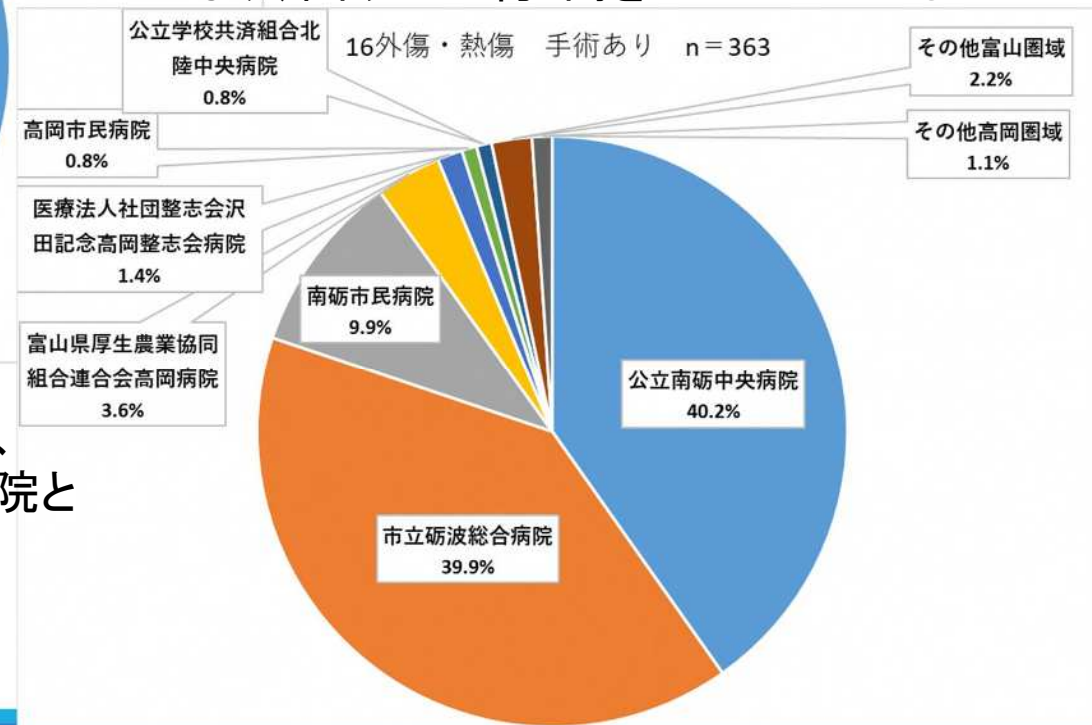


件数が少ない中、市立砺波総合病院でカバー(手術の件数は無し)

MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)

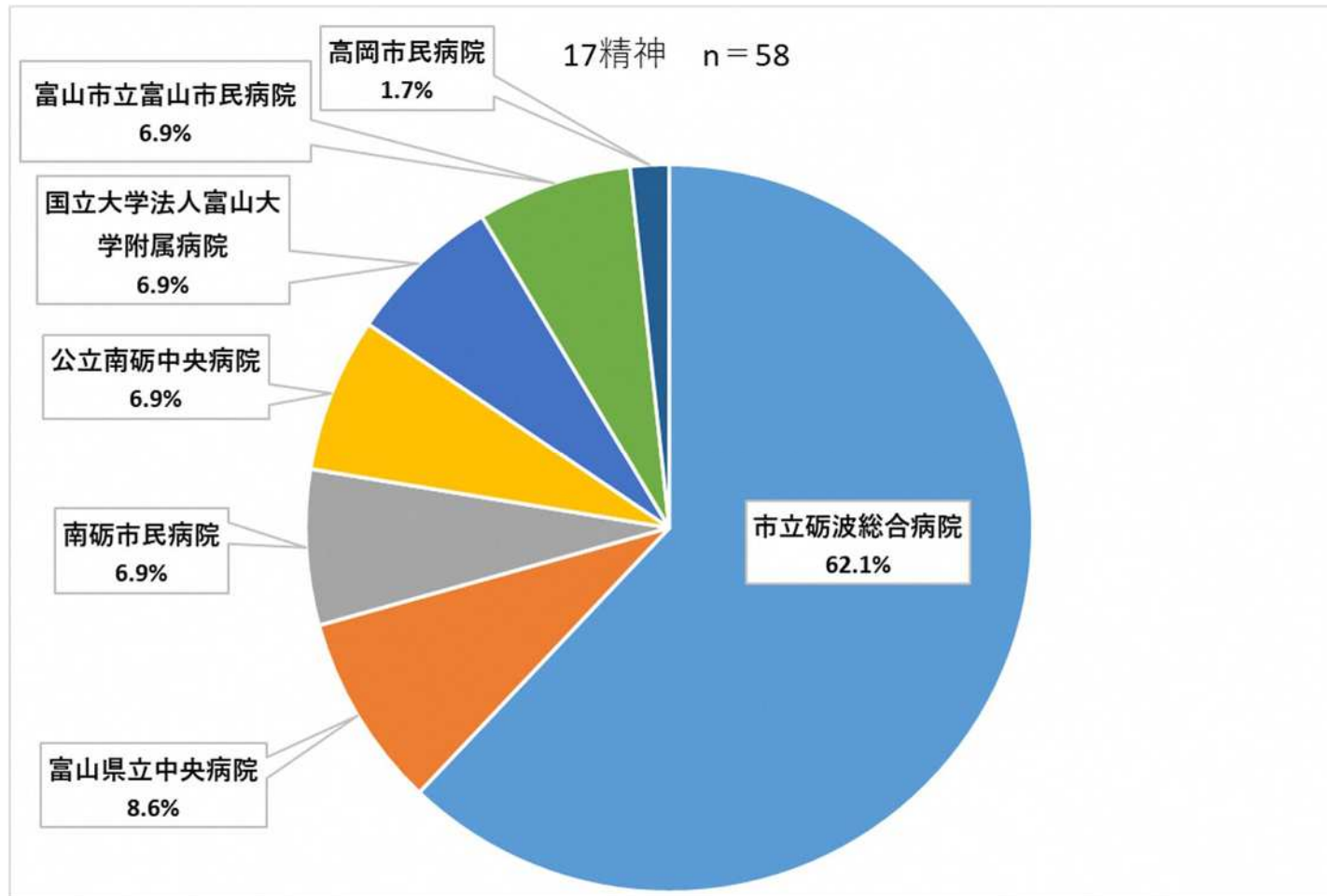


手術になると公立南砺中央病院と市立砺波総合病院が4割ずつ、南砺市民病院が約1割となり、圏域内で約9割をカバーしている



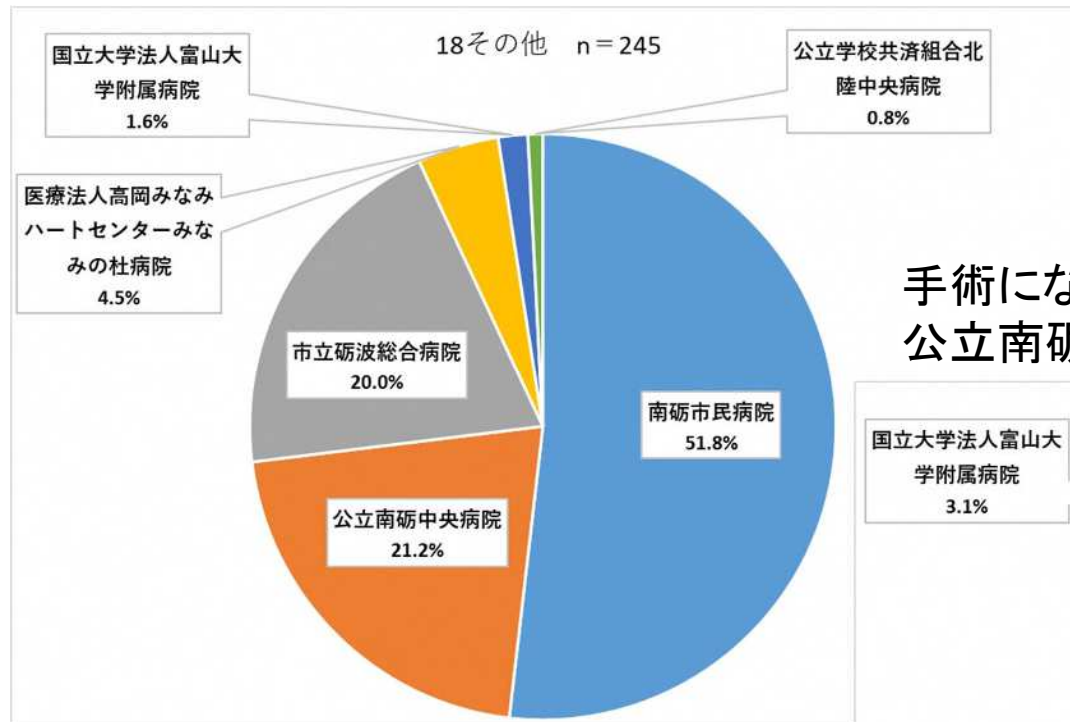
公立南砺中央病院が半数弱を診ており、次いで市立砺波総合病院、南砺市民病院と続く

MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)

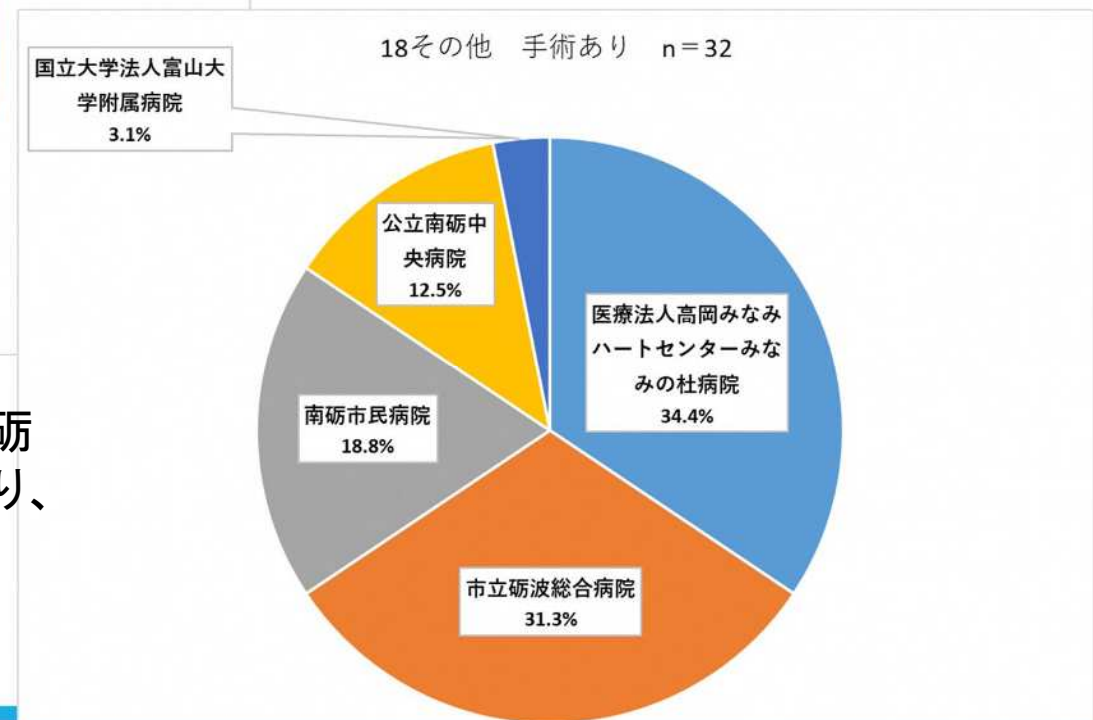


件数が少ない中、市立砺波総合病院が6割をカバー(手術は富大病院の1件のみ)

MDC別医療機関別入院患者割合 (全体、手術あり)



手術になると件数がぐっと減るが南砺市民病院と公立南砺中央病院は合わせて3割程度のカバー



南砺市民病院が約半数、次いで公立南砺中央病院と市立砺波総合病院が診ており、全体の約9割を圏域内でカバー

2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大する高齢者救急の受け皿となる機能

在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急時には患者の受け入れも行う機能

救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応を行う機能（必要に応じて圏域を拡大して対応）

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

これまでの主な議論（医療機関機能（案））

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の实情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急等機能	<ul style="list-style-type: none">・ 高齢者等の救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の实情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療連携機能	<ul style="list-style-type: none">・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の实情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none">・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の实情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none">・ 上記の機能にあてはまらないが、集中的なリハビリテーションや一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

70

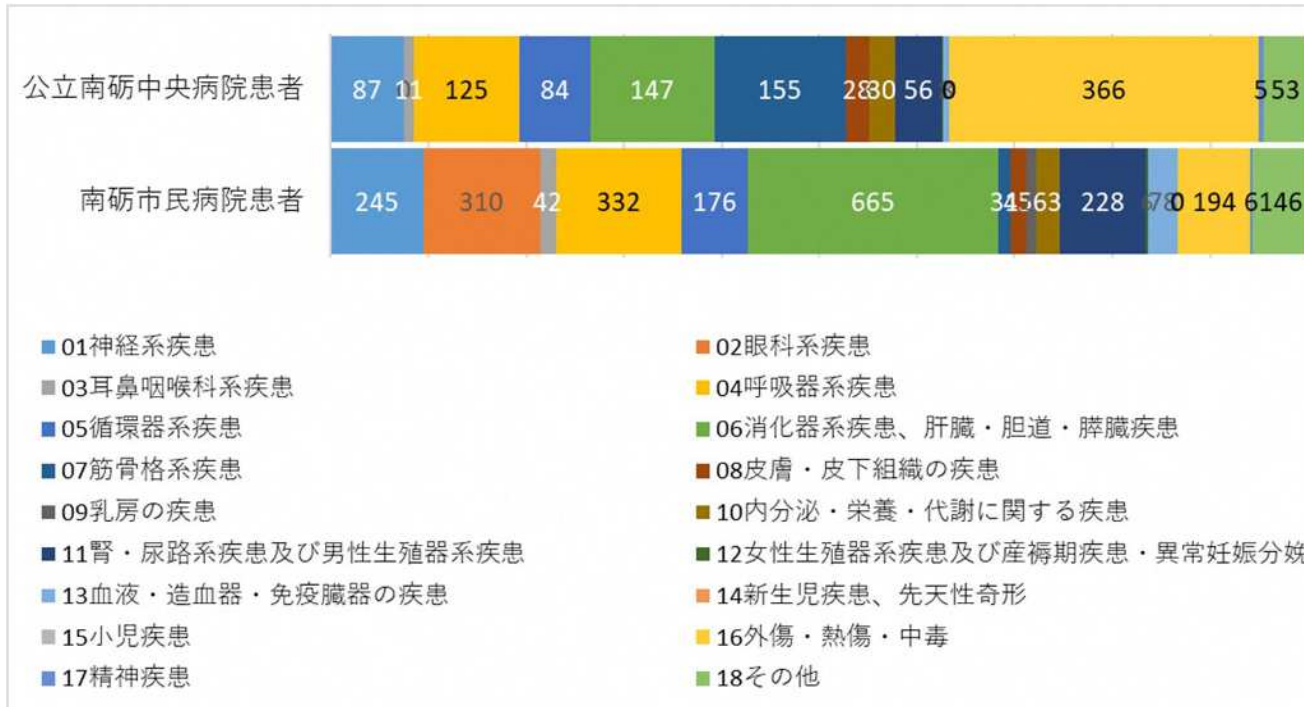
区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	<p>100万人以上</p> <p>※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理</p>	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する <p>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応の他、骨折の手術など、頻度の多い一部の手術についても対応 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援 高齢者施設等からの患者受入等の連携 	<ul style="list-style-type: none"> 特定の診療科に特化した手術等を提供 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能 集中的な回復期リハビリテーション 高齢者等の中長期にわたる入院医療等
地方都市型	<p>50万人程度</p>	<ul style="list-style-type: none"> 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する <p>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする</p>	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	
人口の少ない地域	<p>～30万人</p> <p>※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定</p>	<ul style="list-style-type: none"> 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる <p>※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえ、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる</p>	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携 	

※ 地域の実情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討

南砺市内2公立病院の特徴



MDC	南砺市民病院患者	公立南砺中央病院患者
01	245	87
02	310	0
03	42	11
04	332	125
05	176	84
06	665	147
07	31	155
08	45	28
09	24	0
10	63	30
11	228	56
12	6	1
13	78	8
14	0	0
15	0	0
16	194	366
17	6	5
18	146	53

公立南砺中央病院は筋骨格系や外傷等といった整形外科系、
南砺市民病院は眼科系や消化器系が強い

多くの診断群(診療領域)で片方の半数に届かない入院件数となっている部分は
少々非効率となっている可能性

南砺市内2公立病院の特徴



南砺市民病院

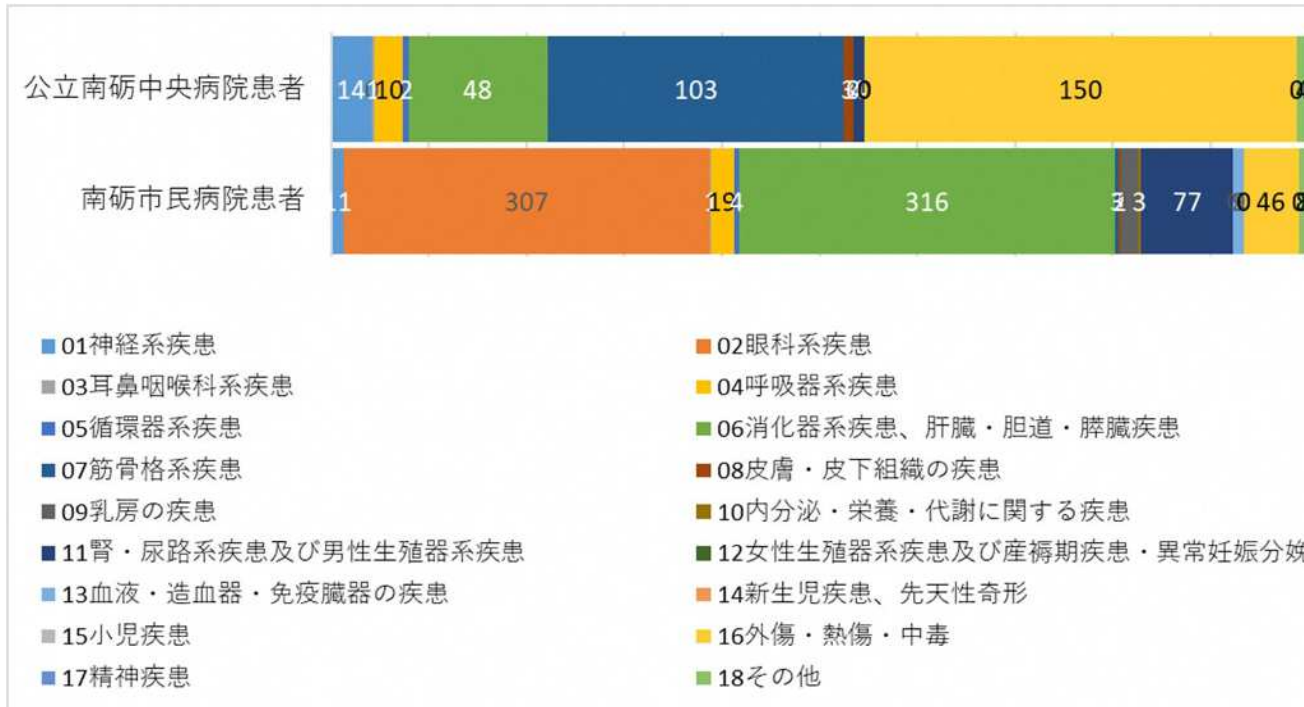
DPC6	DPC6傷病名	入院患者数
020110	白内障、水晶体の疾患	300
040080	肺炎等	157
010060	脳梗塞	109
050130	心不全	108
180030	その他の感染症（真菌を除く。）	104
110310	腎臓又は尿路の感染症	103
040081	誤嚥性肺炎	94
060035	結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	90
160800	股関節・大腿近位の骨折	70
060340	胆管（肝内外）結石、胆管炎	69
060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	44
060335	胆嚢炎等	42
060020	胃の悪性腫瘍	38
060040	直腸肛門（直腸S状部から肛門）の悪性腫瘍	34
130030	非ホジキンリンパ腫	34
080010	膿皮症	32
160690	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。）	32
180010	敗血症	31
060160	鼠径ヘルニア	30
060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）	28

公立南砺中央病院

DPC6	DPC6傷病名	入院患者数
160690	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。）	107
160800	股関節・大腿近位の骨折	72
040080	肺炎等	53
050130	心不全	51
180030	その他の感染症（真菌を除く。）	44
160760	前腕の骨折	39
040081	誤嚥性肺炎	35
070230	膝関節症（変形性を含む。）	29
060100	小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）	28
070343	脊柱管狭窄（脊椎症を含む。） 腰部骨盤、不安定椎	27
010060	脳梗塞	26
010069	脳卒中の続発症	25
080010	膿皮症	24
070350	椎間板変性、ヘルニア	23
110310	腎臓又は尿路の感染症	23
07040x	股関節骨頭壊死、股関節症（変形性を含む。）	21
160850	足関節・足部の骨折・脱臼	19
160820	膝関節周辺の骨折・脱臼	18
160980	骨盤損傷	18
070510	痛風、関節の障害（その他）	17

高齢者疾患で両病院で同じ疾患を診ている状況が浮き彫りに

南砺市内2公立病院の特徴 手術あり



MDC	南砺市民病院患者	公立南砺中央病院患者
01	11	14
02	307	0
03	1	1
04	19	10
05	4	2
06	316	48
07	3	103
08	2	3
09	14	0
10	3	0
11	77	4
12	0	0
13	9	0
14	0	0
15	0	0
16	46	150
17	0	0
18	8	4

手術あり件数となると、さらに顕著に
 公立南砺中央病院は筋骨格系や外傷等といった整形外科系、
 南砺市民病院は眼科系や消化器系が強く、腎・尿路系も
 いくつかの診断群(診療領域)で両方一定の件数となっている部分は非効率となる可能性

南砺市内2公立病院の特徴 手術あり

南砺市民病院

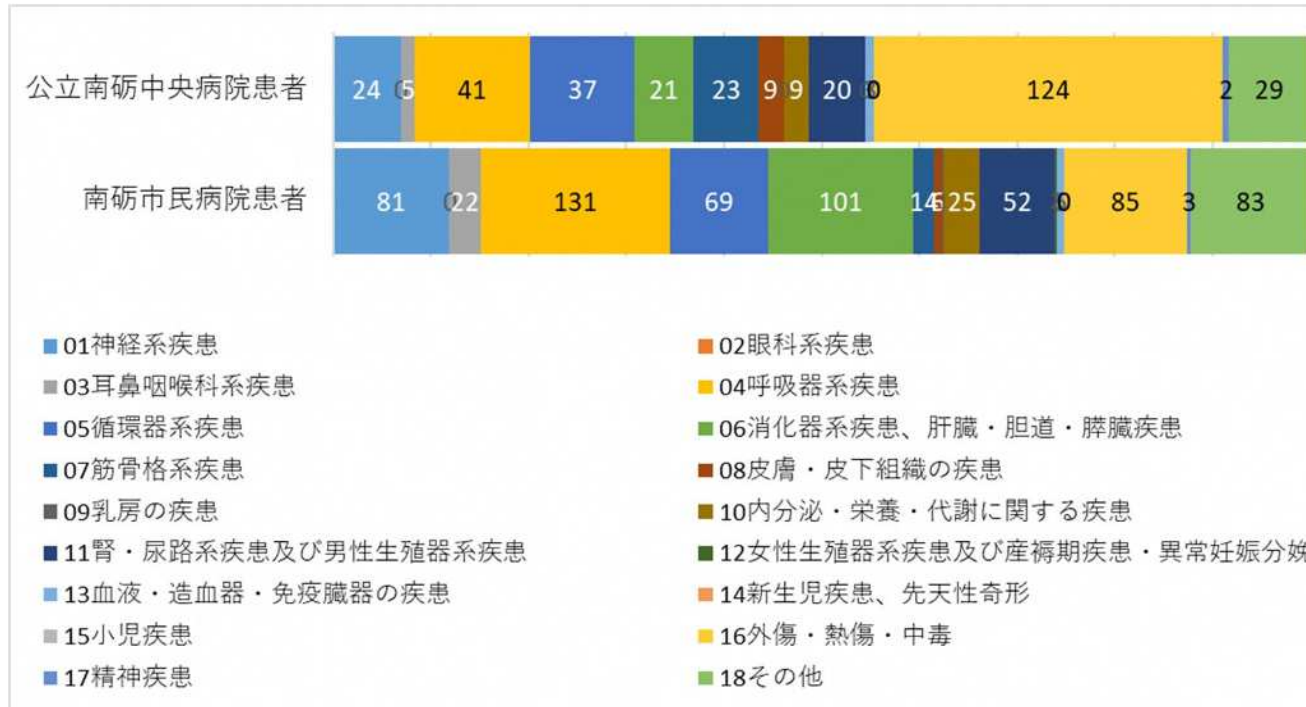
DPC6	DPC6傷病名	入院患者数
020110	白内障、水晶体の疾患	300
060340	胆管（肝内外）結石、胆管炎	56
060035	結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	42
160800	股関節・大腿近位の骨折	33
060020	胃の悪性腫瘍	26
060160	鼠径ヘルニア	25
060100	小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）	23
060335	胆嚢炎等	23
110070	膀胱腫瘍	22
11012x	上部尿路疾患	19
060150	虫垂炎	18
040081	誤嚥性肺炎	14
060040	直腸肛門（直腸S状部から肛門）の悪性腫瘍	14
060330	胆嚢疾患（胆嚢結石など）	14
090010	乳房の悪性腫瘍	14
060130	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症（その他良性疾患）	12
110310	腎臓又は尿路の感染症	12
060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	10
010060	脳梗塞	8
060140	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄（穿孔を伴わないもの）	8

公立南砺中央病院

DPC6	DPC6傷病名	入院患者数
160800	股関節・大腿近位の骨折	62
160760	前腕の骨折	38
060100	小腸大腸の良性疾患（良性腫瘍を含む。）	28
070230	膝関節症（変形性を含む。）	28
070343	脊柱管狭窄（脊椎症を含む。） 腰部骨盤、不安定椎	18
070350	椎間板変性、ヘルニア	18
07040x	股関節骨頭壊死、股関節症（変形性を含む。）	18
160850	足関節・足部の骨折・脱臼	11
070160	上肢末梢神経麻痺	10
160820	膝関節周辺の骨折・脱臼	8
060160	鼠径ヘルニア	7
160690	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。）	7
010069	脳卒中の続発症	6
040081	誤嚥性肺炎	5
160700	鎖骨・肩甲骨の骨折	5
01021x	認知症	4
070341	脊柱管狭窄（脊椎症を含む。） 頸部	4
160740	肘関節周辺の骨折・脱臼	4
060140	胃十二指腸潰瘍、胃憩室症、幽門狭窄（穿孔を伴わないもの）	3
160780	手関節周辺の骨折・脱臼	3

主に高齢者疾患で両病院で同じ疾患を診ている状況が浮き彫りに

南砺市内2公立病院の特徴 救急搬送あり



MDC	南砺市民病院患者	公立南砺中央病院患者
01	81	24
02	0	0
03	22	5
04	131	41
05	69	37
06	101	21
07	14	23
08	6	9
09	1	0
10	25	9
11	52	20
12	2	0
13	5	3
14	0	0
15	0	0
16	85	124
17	3	2
18	83	29

救急搬送あり件数となると、体制維持のためにもある程度の集約化が必要な中、公立南砺中央病院は外傷等の整形外科系、南砺市民病院は呼吸器系や消化器系が強いが、全体的にも対応している
特に高齢者が多い診断群(診療領域)で両方が受け入れている部分は非効率となる可能性

南砺市内2公立病院の特徴 救急搬送あり

南砺市民病院

DPC6	DPC6傷病名	入院患者数
180030	その他の感染症（真菌を除く。）	60
040080	肺炎等	52
040081	誤嚥性肺炎	49
010060	脳梗塞	36
110310	腎臓又は尿路の感染症	36
050130	心不全	30
160800	股関節・大腿近位の骨折	28
050210	徐脈性不整脈	24
180010	敗血症	20
030400	前庭機能障害	19
160690	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。）	18
010230	てんかん	16
060335	胆嚢炎等	13
100380	体液量減少症	12
010061	一過性脳虚血発作	11
060340	胆管（肝内外）結石、胆管炎	11
060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	8
160980	骨盤損傷	8
040070	インフルエンザ、ウイルス性肺炎	7
060380	ウイルス性腸炎	7

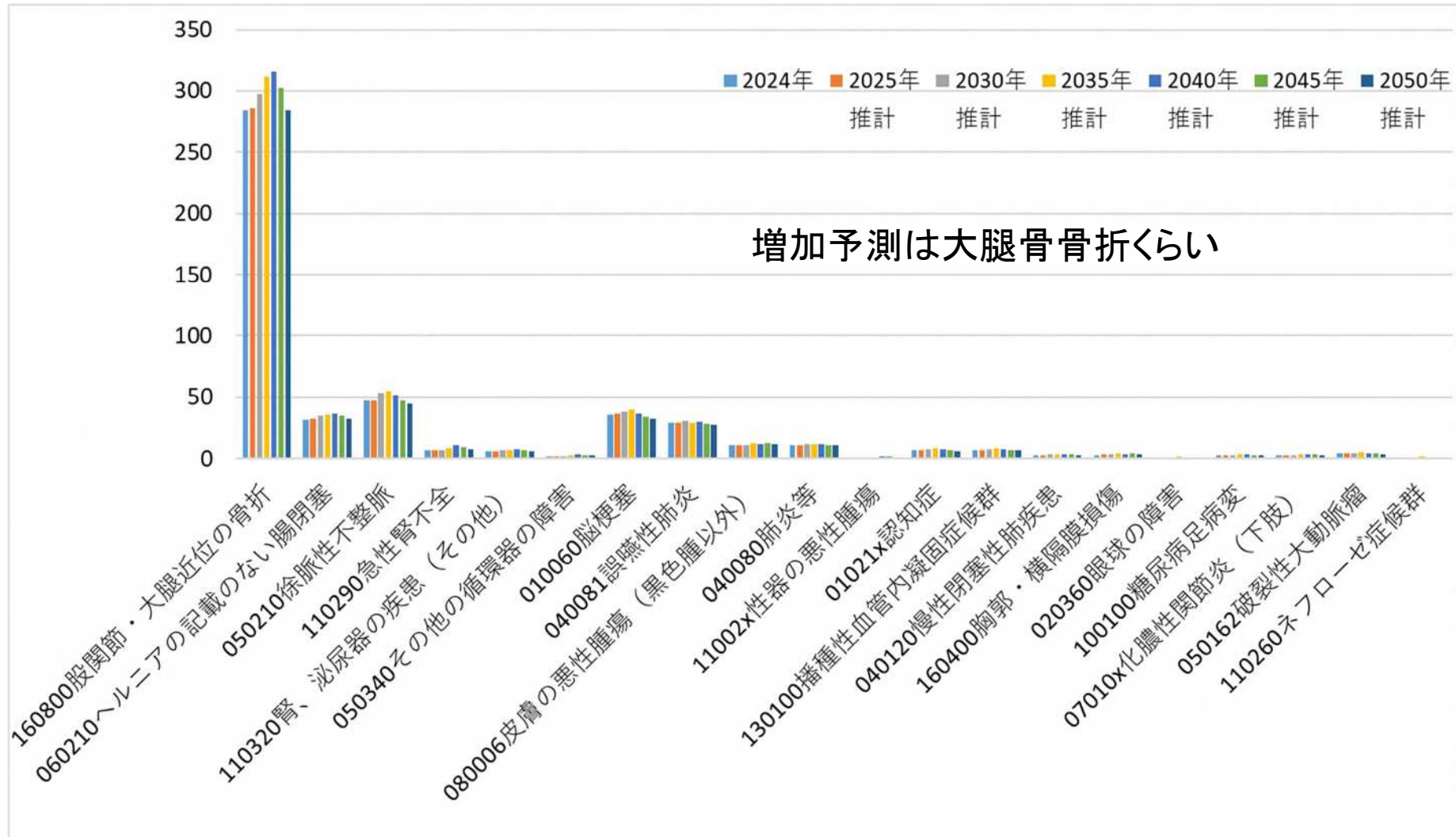
公立南砺中央病院

DPC6	DPC6傷病名	入院患者数
160800	股関節・大腿近位の骨折	43
160690	胸椎、腰椎以下骨折損傷（胸・腰髄損傷を含む。）	32
180030	その他の感染症（真菌を除く。）	26
050130	心不全	19
040081	誤嚥性肺炎	17
040080	肺炎等	12
050210	徐脈性不整脈	10
010060	脳梗塞	9
070510	痛風、関節の障害（その他）	9
110310	腎臓又は尿路の感染症	9
080010	膿皮症	8
160400	胸郭・横隔膜損傷	7
160980	骨盤損傷	7
160820	膝関節周辺の骨折・脱臼	6
030400	前庭機能障害	5
11013x	下部尿路疾患	5
160720	肩関節周辺の骨折・脱臼	4
010230	てんかん	4
071030	その他の筋骨格系・結合組織の疾患	4
060340	胆管（肝内外）結石、胆管炎	4

高齢者疾患で両病院で同じ疾患を診ている状況が浮き彫りに

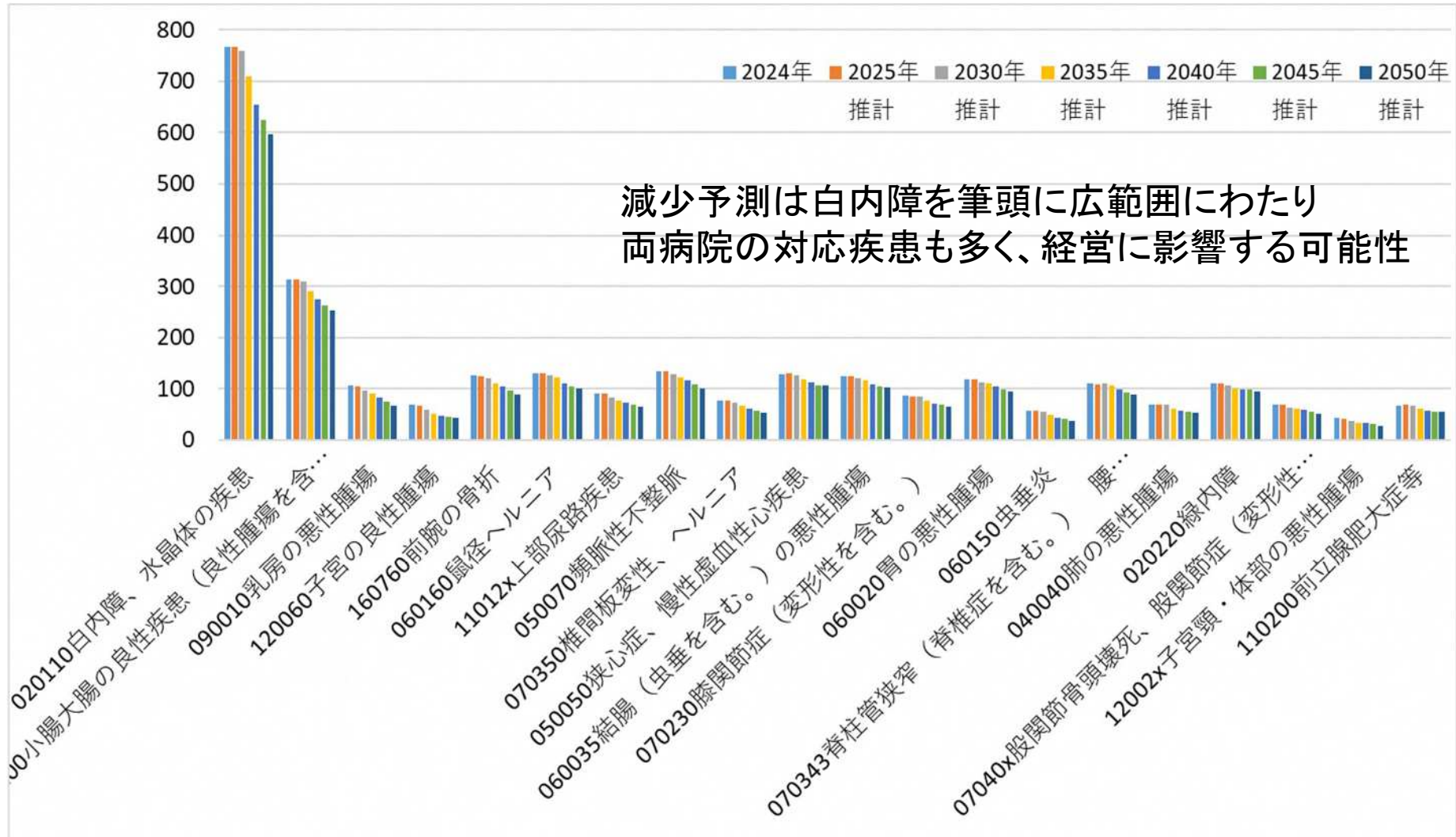
患者数将来推計（手術あり）

2024年から2040年に増加が多い疾患TOP20



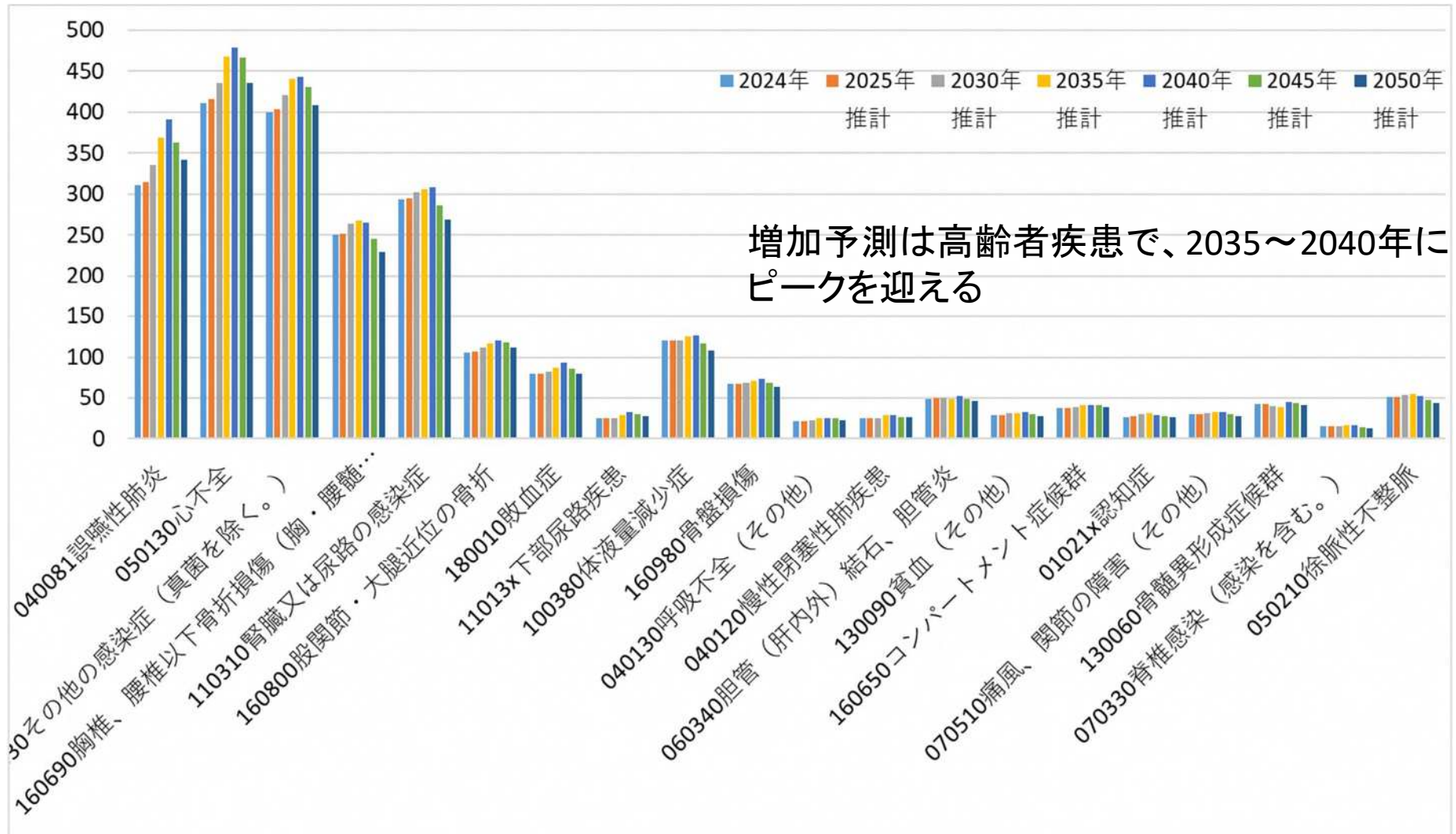
患者数将来推計（手術あり）

2024年から2040年に減少が大きい疾患TOP20



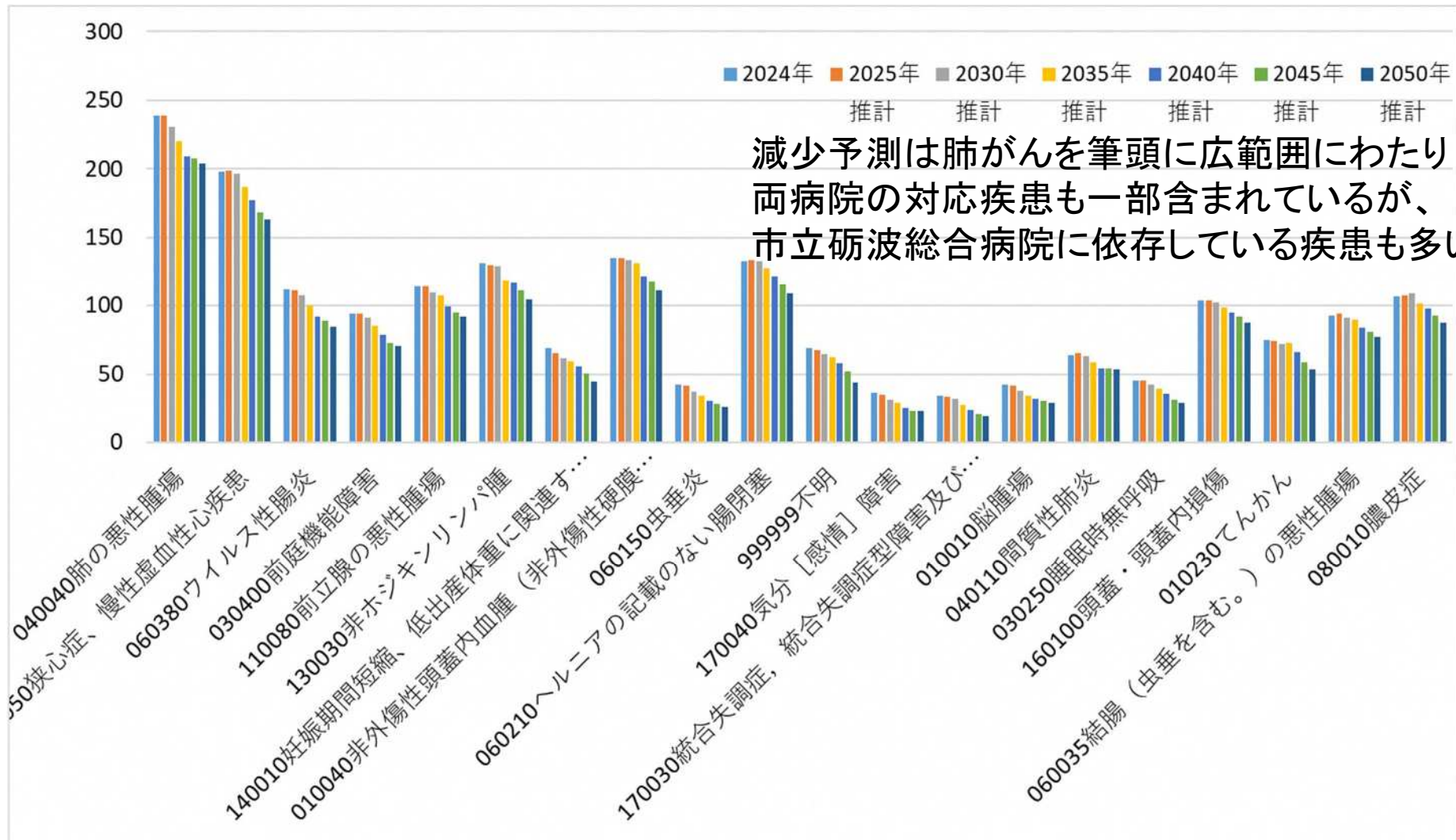
患者数将来推計（手術なし）

2024年から2040年に増加が多い疾患TOP20



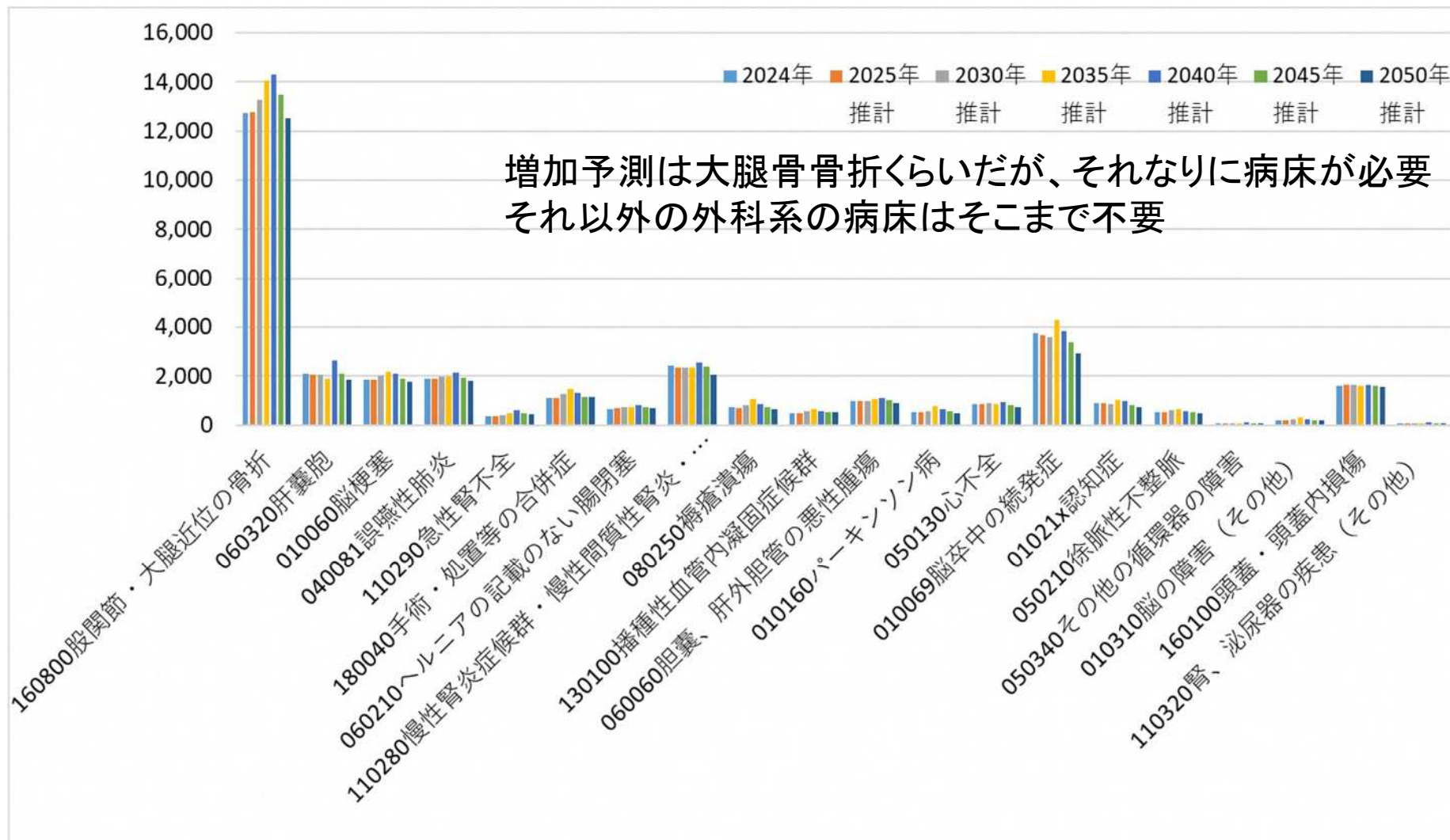
患者数将来推計（手術なし）

2024年から2040年に減少が大きい疾患TOP20



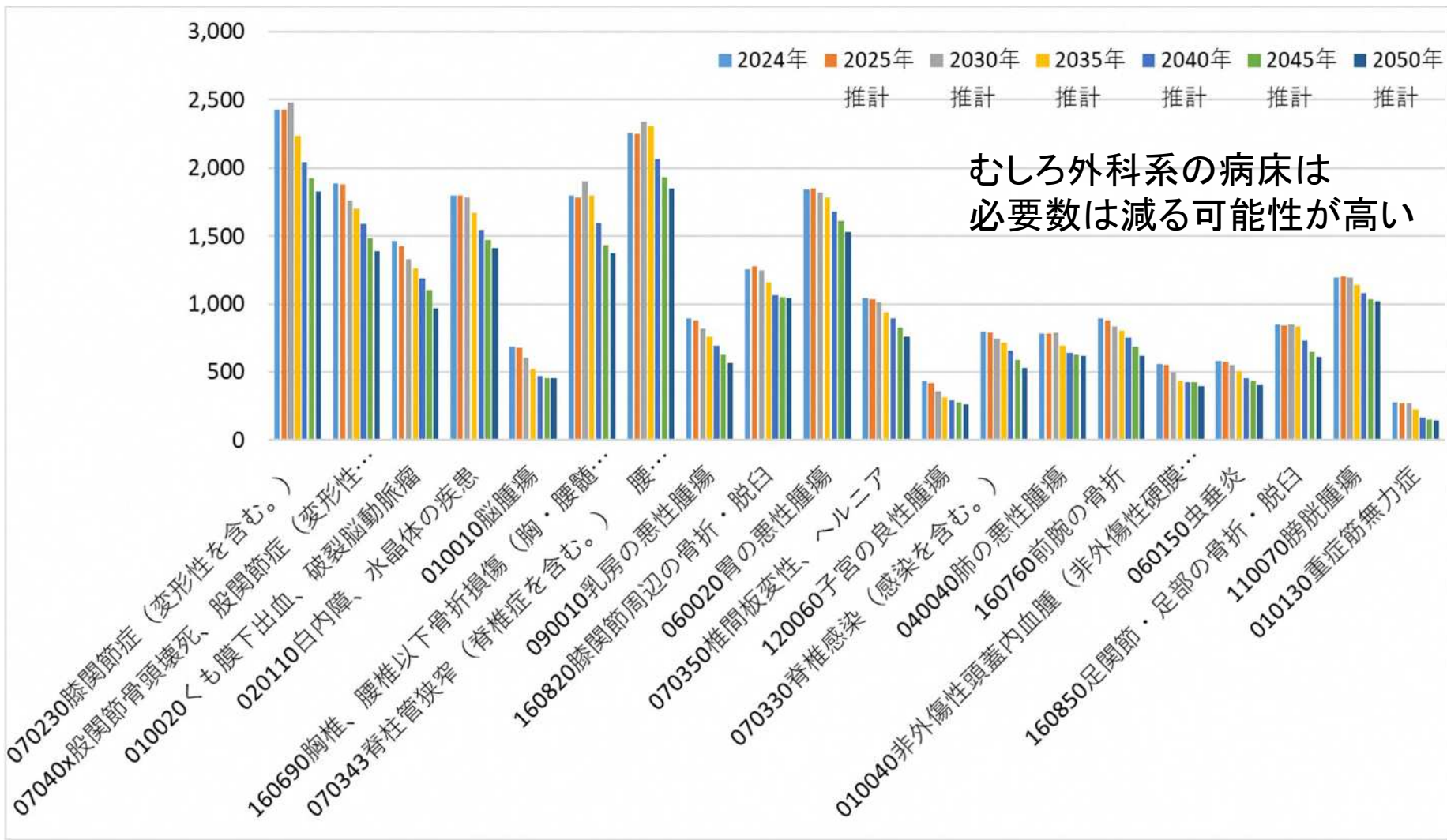
延べ在院日数将来推計（手術あり）

2024年から2040年に増加が多い疾患TOP20



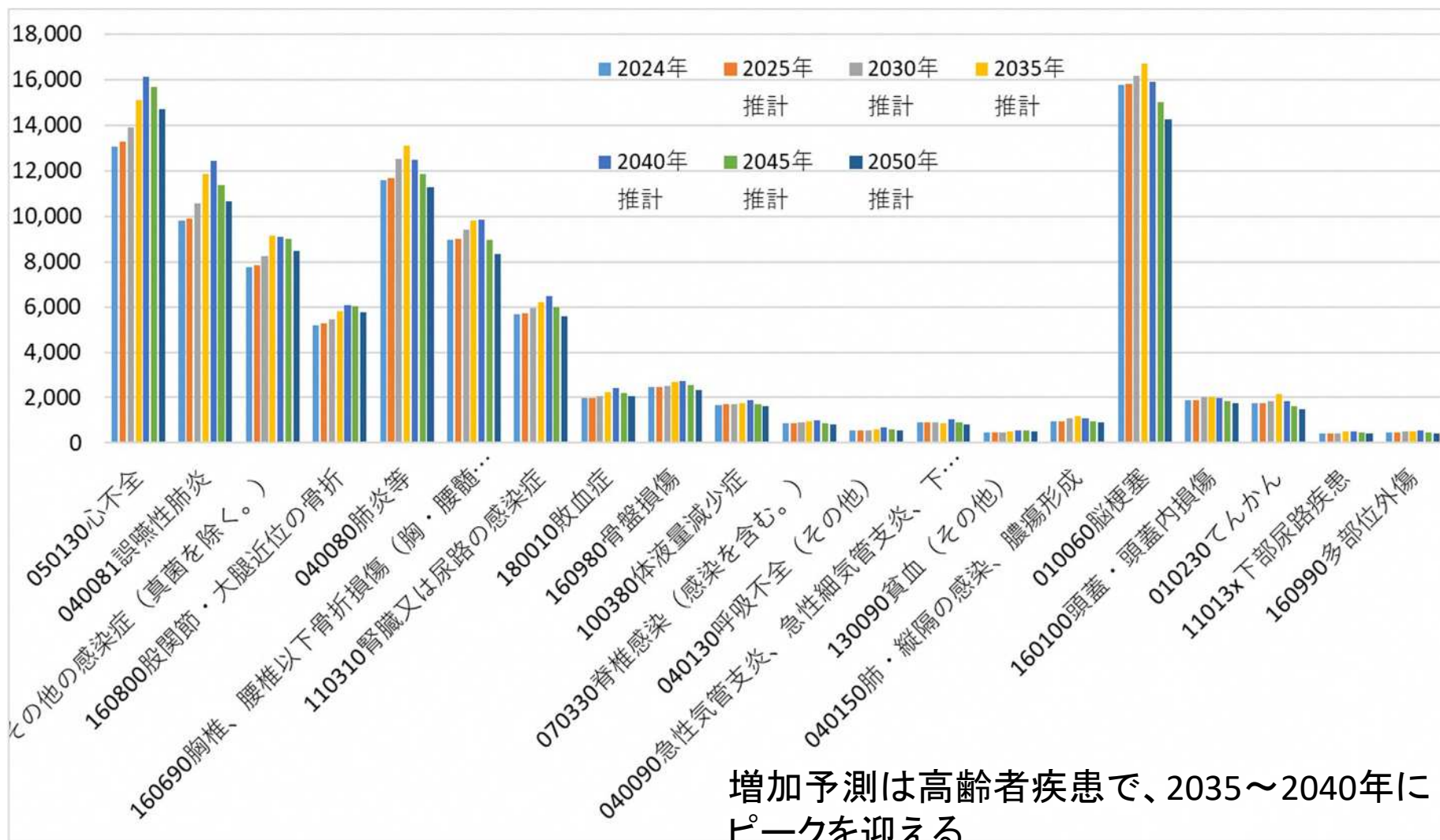
延べ在院日数将来推計（手術あり）

2024年から2040年に減少が大きい疾患TOP20



延べ在院日数将来推計（手術なし）

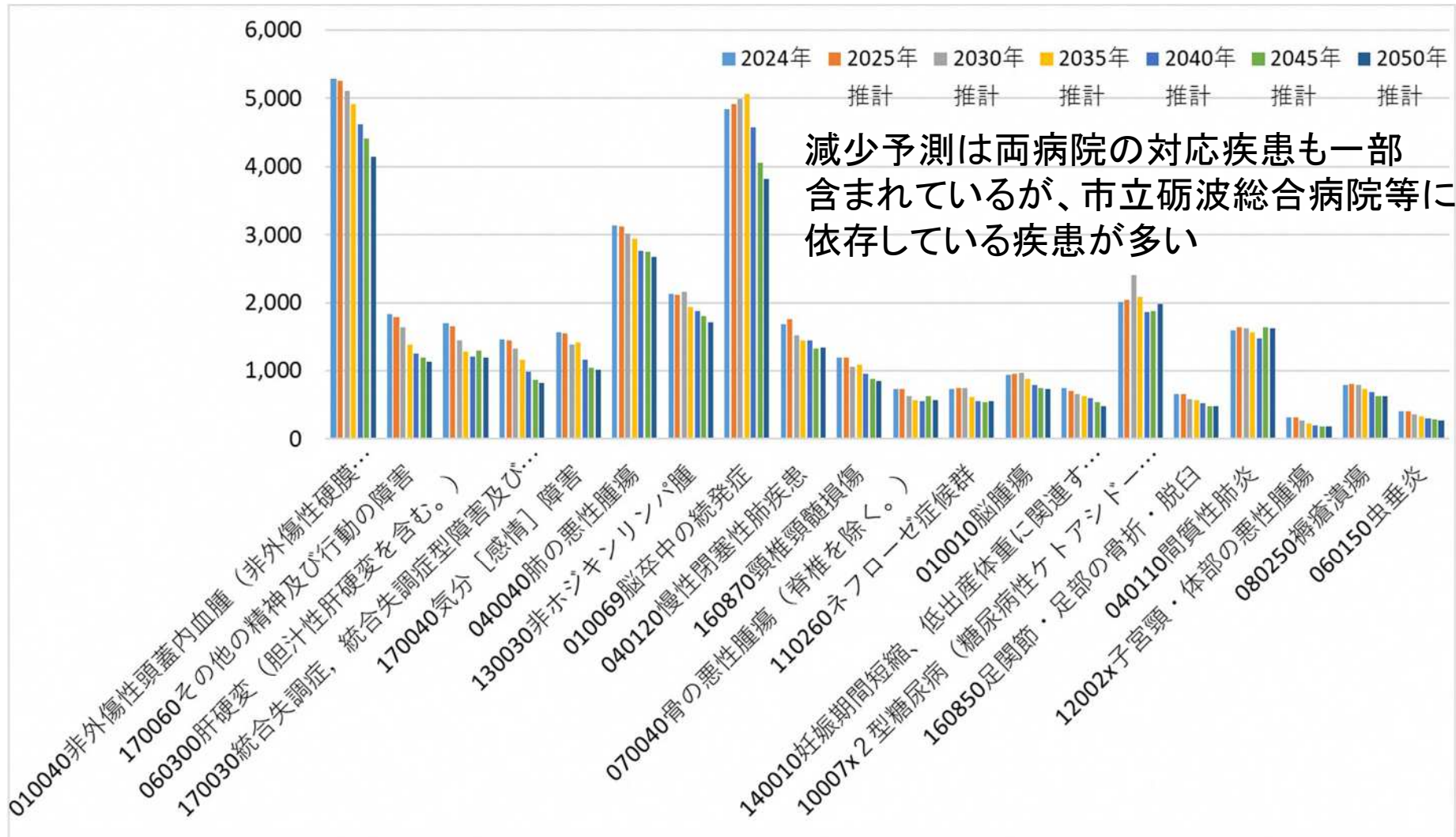
2024年から2040年に増加が多い疾患TOP20



増加予測は高齢者疾患で、2035～2040年にピークを迎える

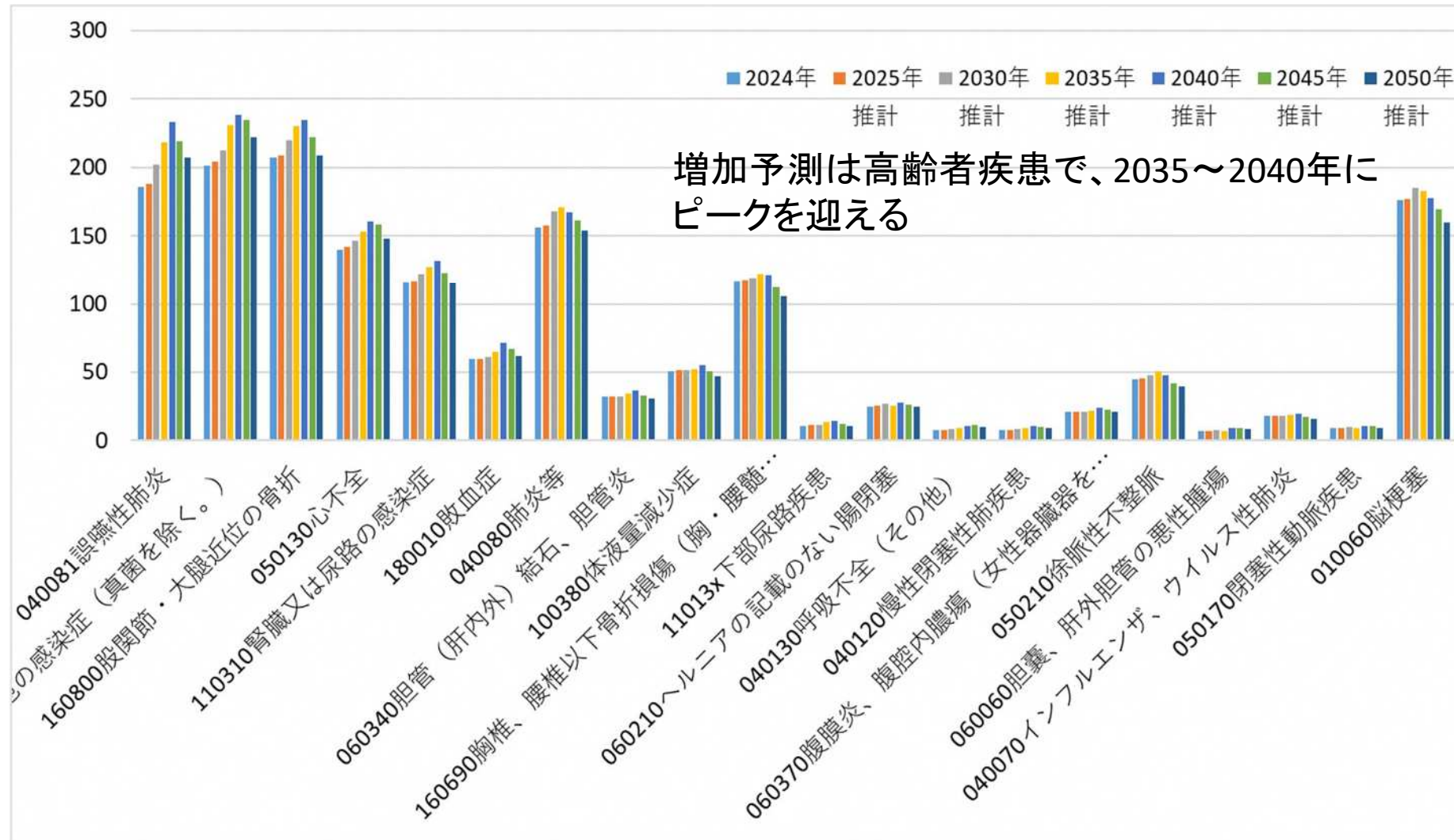
延べ在院日数将来推計（手術なし）

2024年から2040年に減少が大きい疾患TOP20



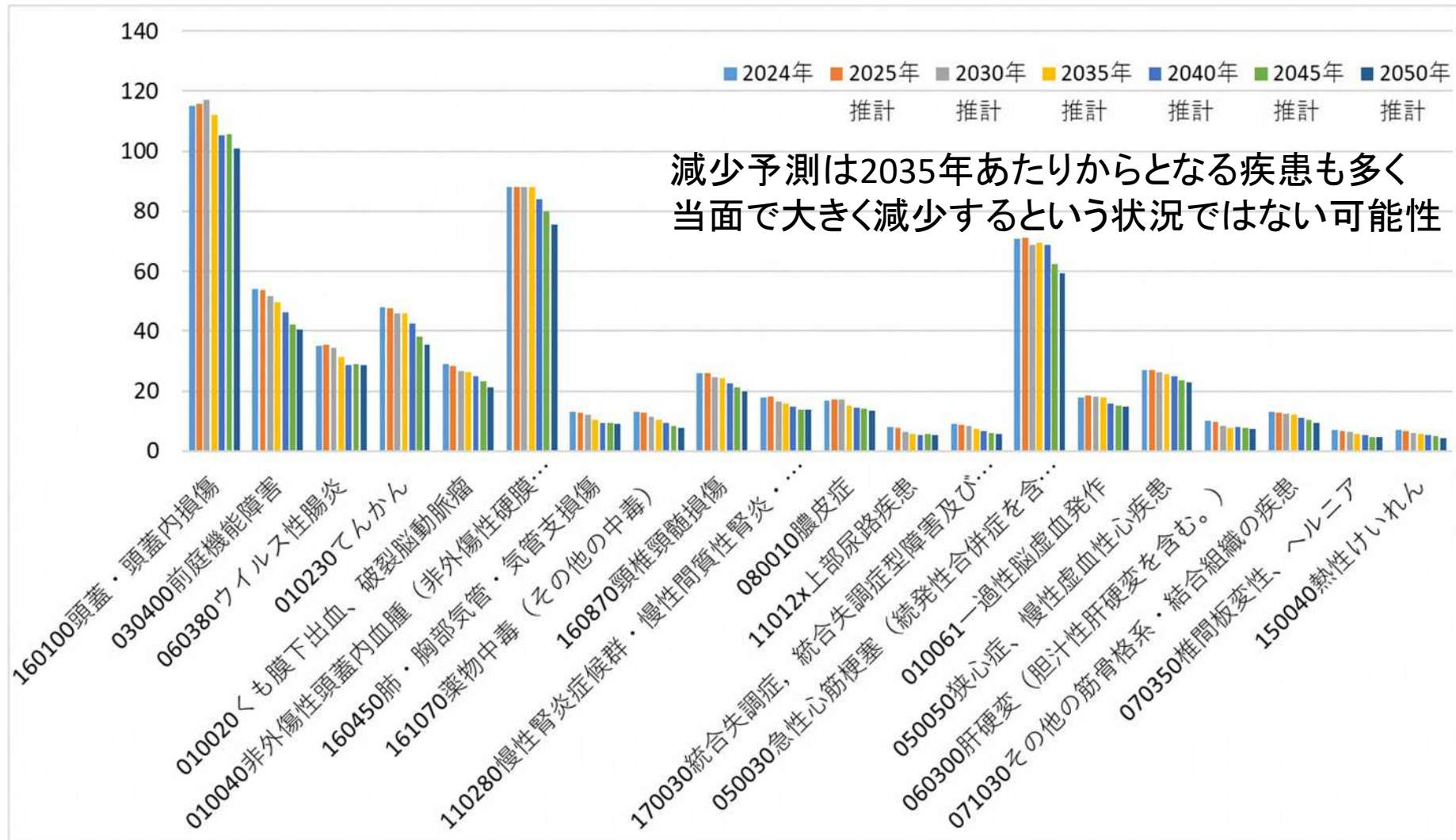
患者数将来推計（救急搬送あり）

2024年から2040年に増加が多い疾患TOP20



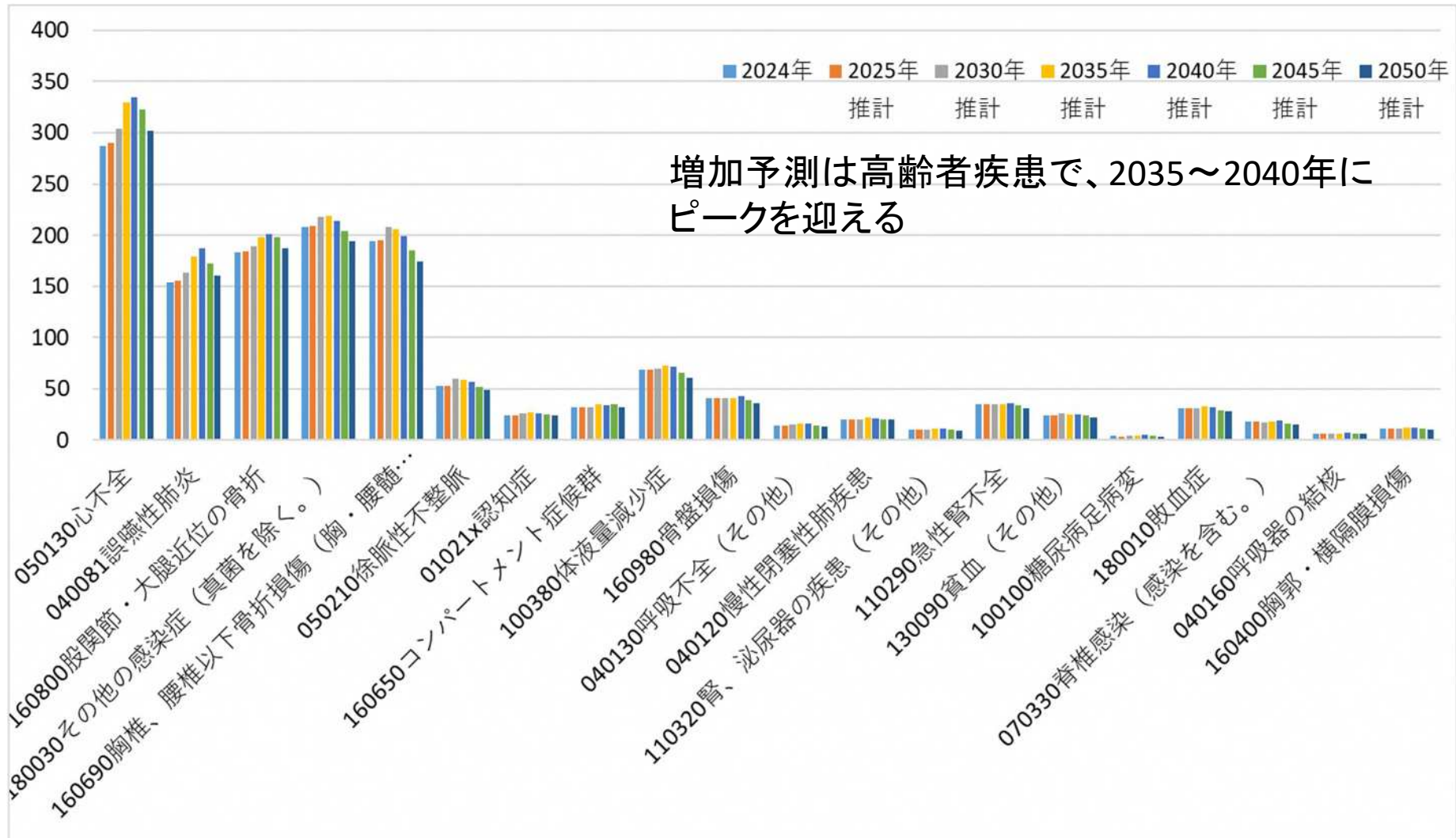
患者数将来推計（救急搬送あり）

2024年から2040年に減少が大きい疾患TOP20



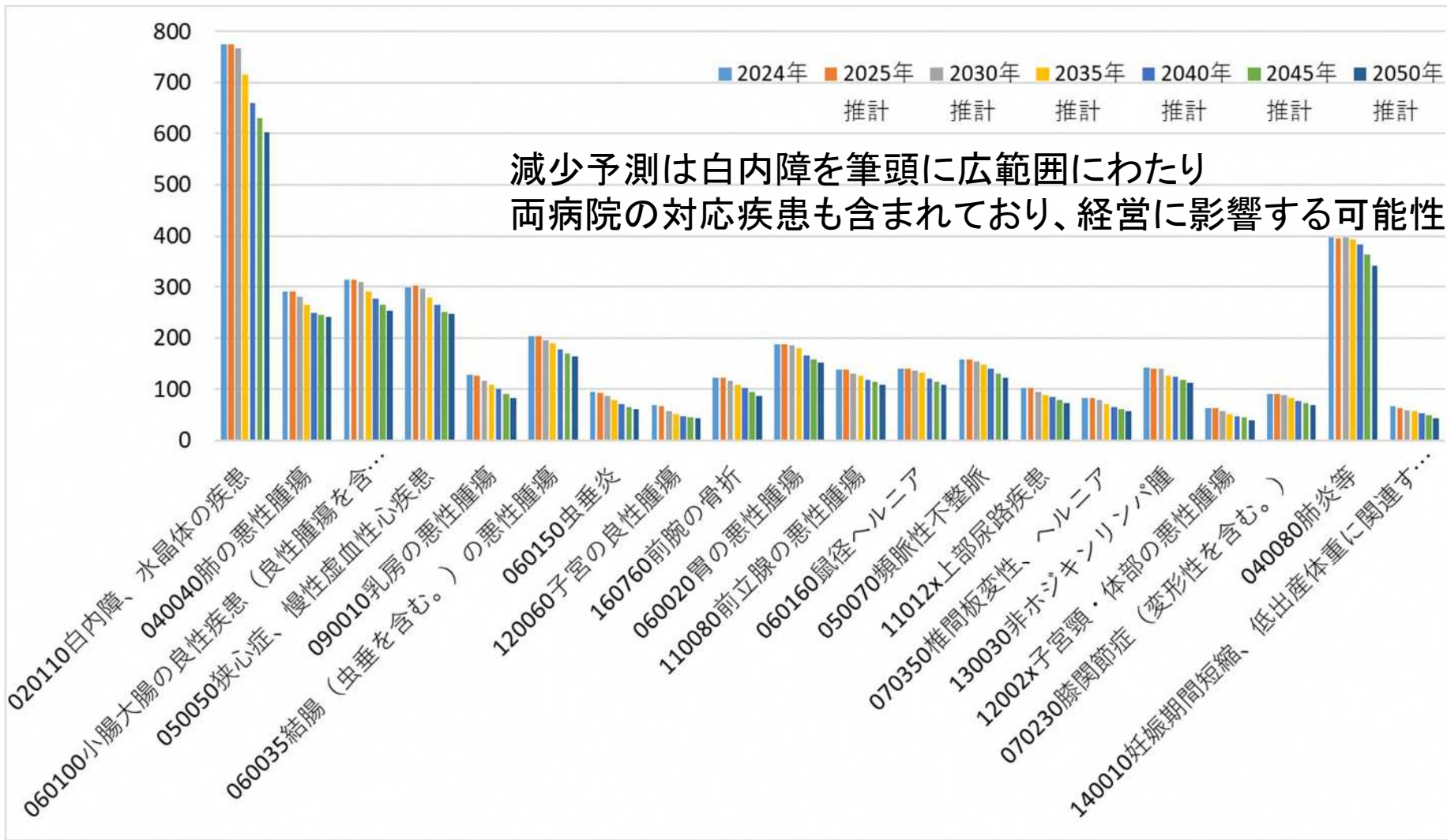
患者数将来推計（救急搬送なし）

2024年から2040年に増加が多い疾患TOP20

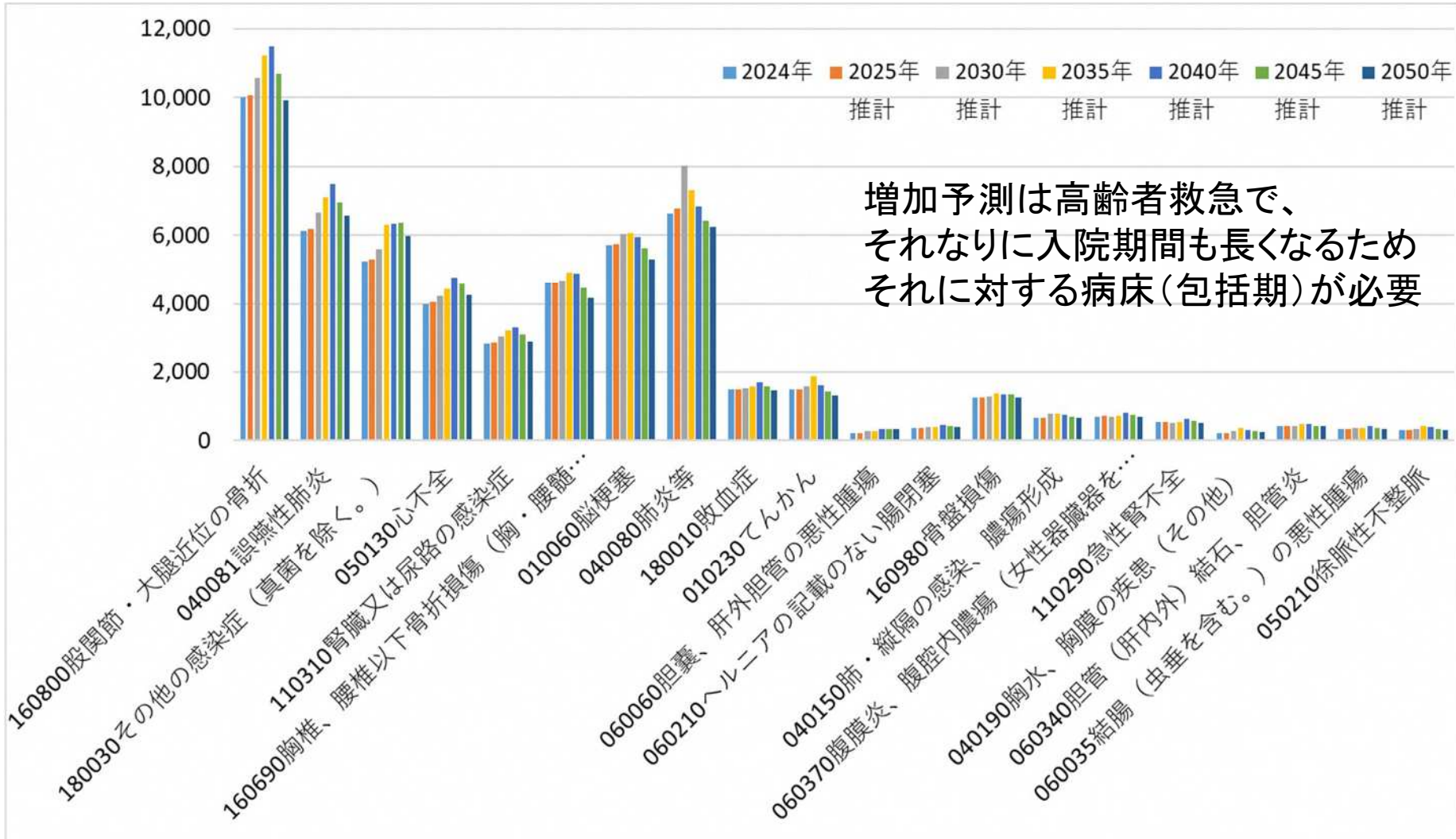


患者数将来推計（救急搬送なし）

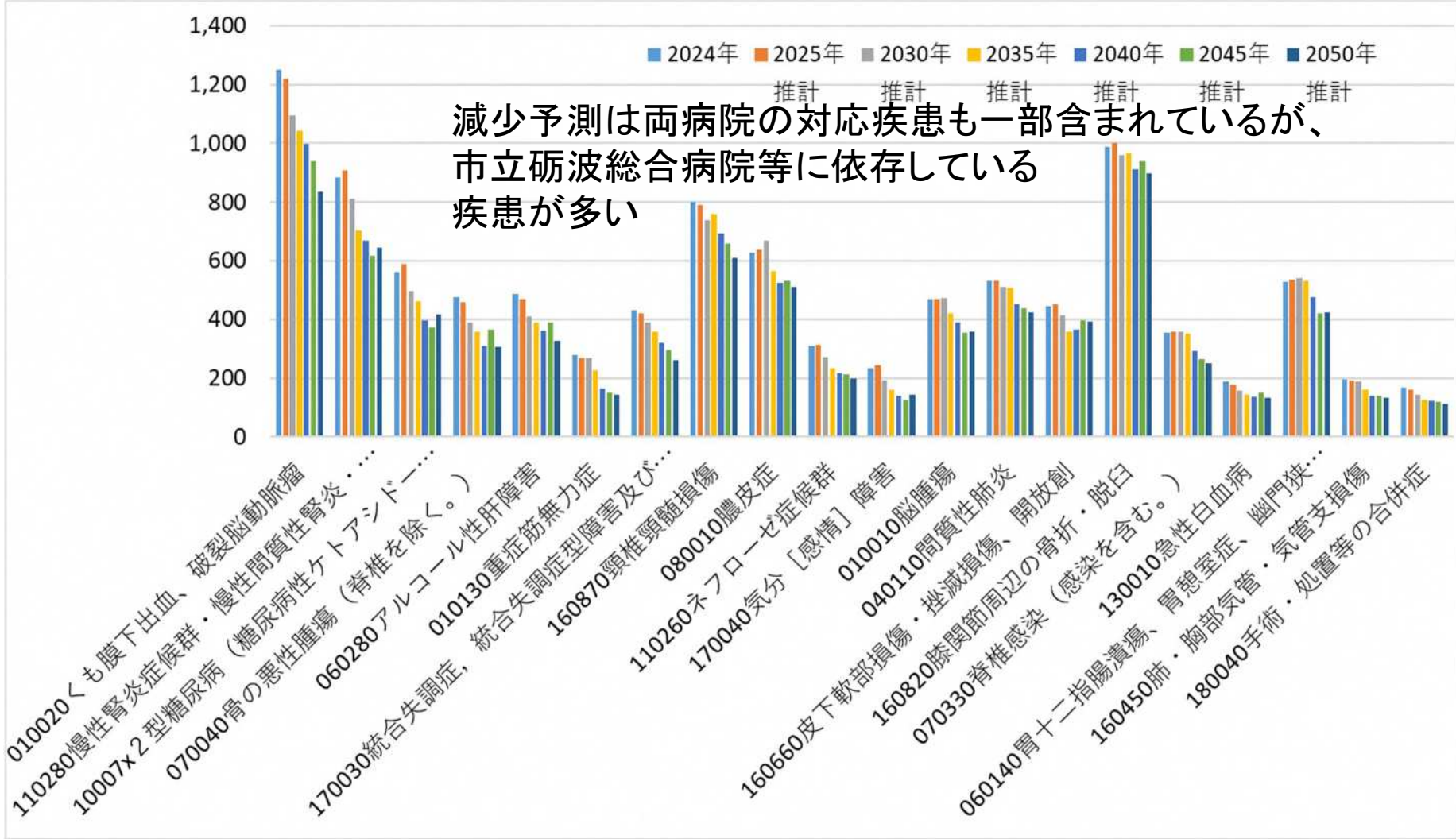
2024年から2040年に減少が大きい疾患TOP20



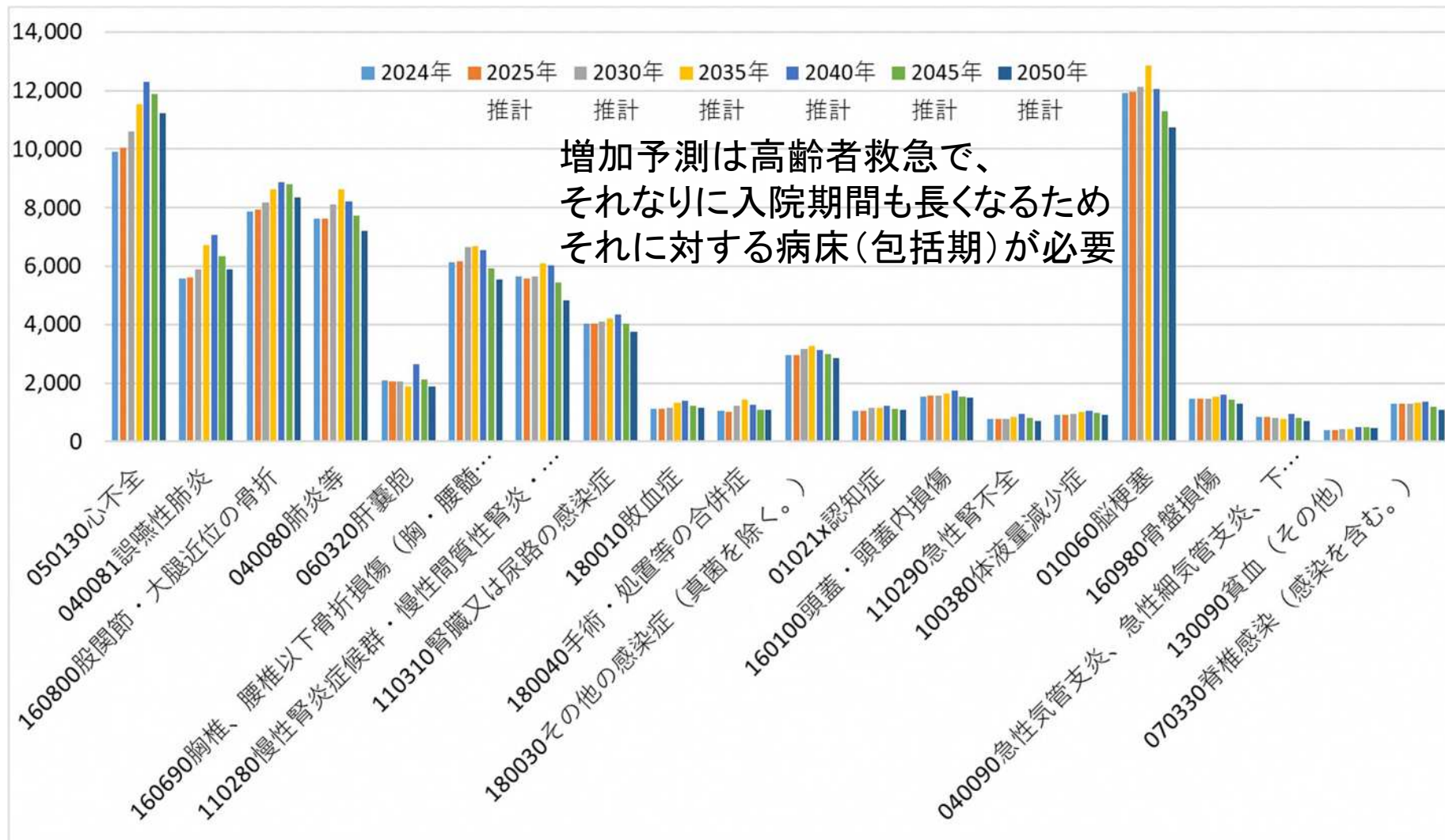
延べ在院日数将来推計（救急搬送あり） 2024年から2040年に増加が多い疾患TOP20



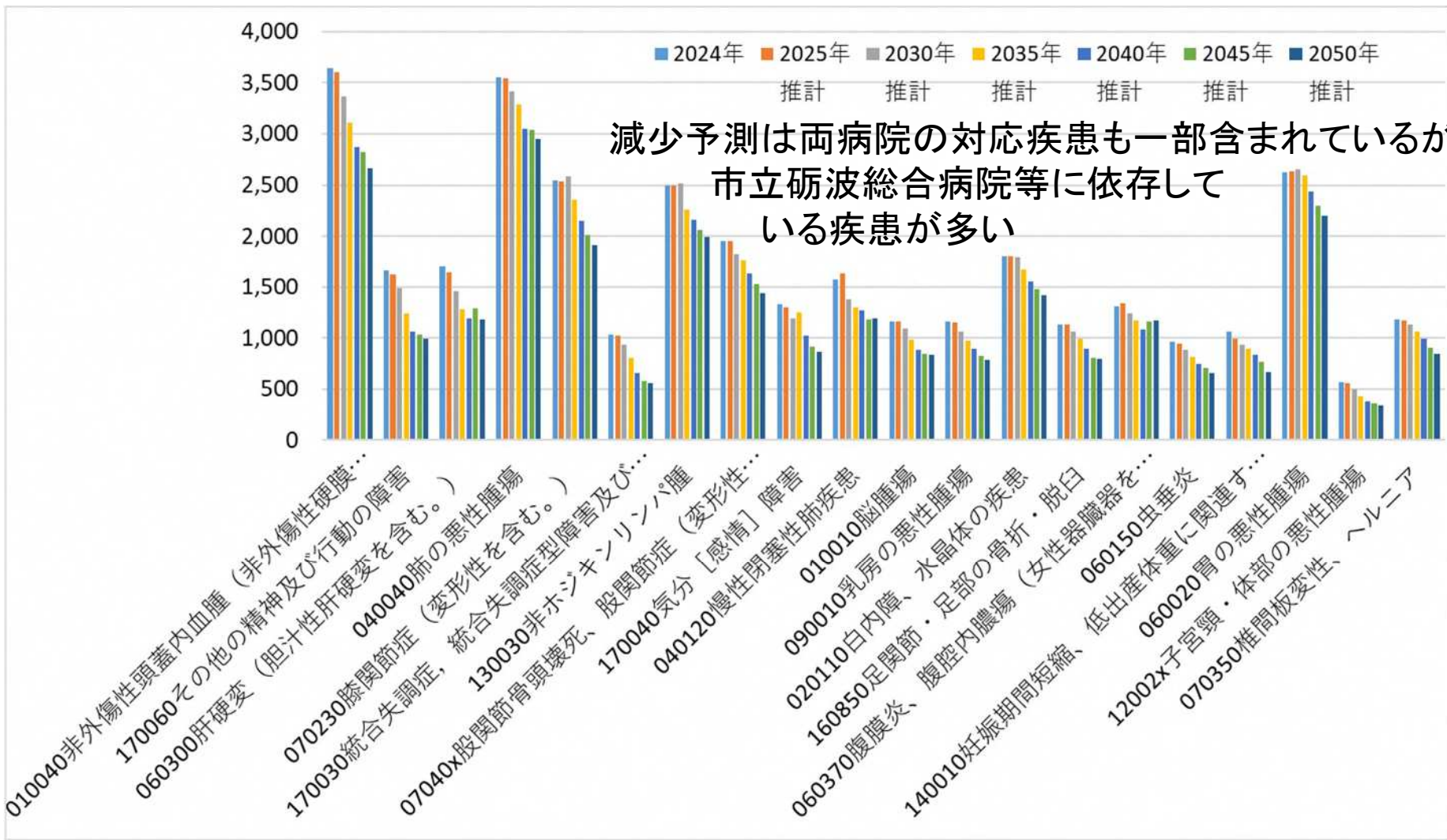
延べ在院日数将来推計（救急搬送あり） 2024年から2040年に減少が大きい疾患TOP20



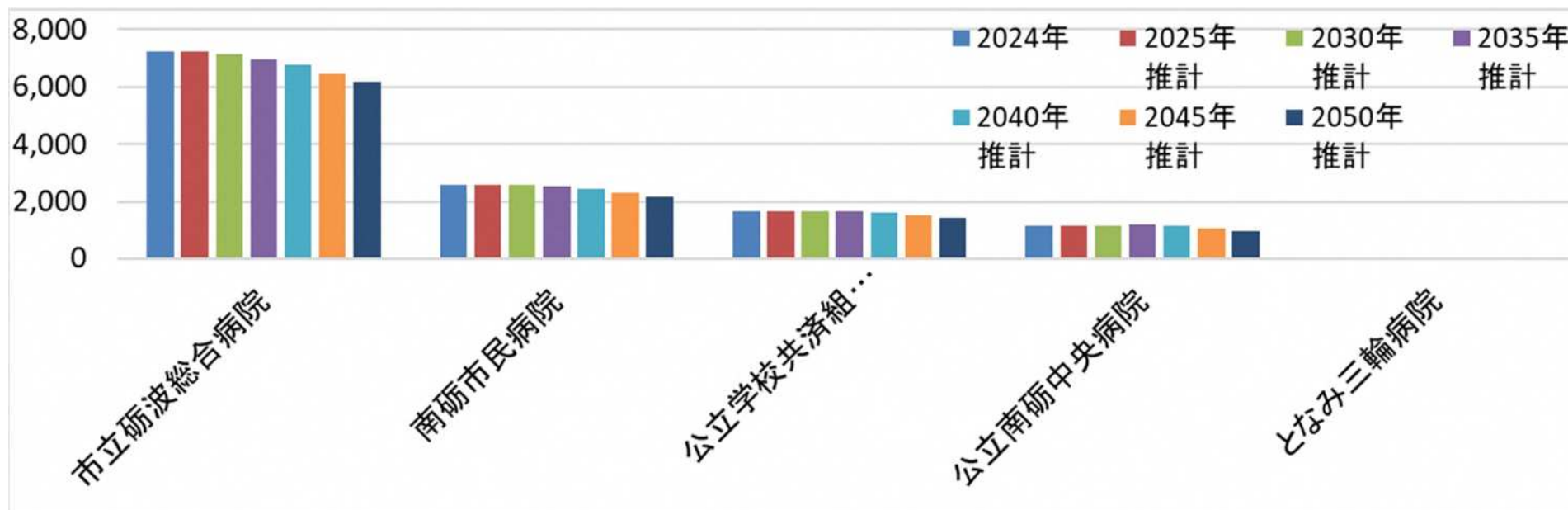
延べ在院日数将来推計（救急搬送なし） 2024年から2040年に増加が多い疾患TOP20



延べ在院日数将来推計（救急搬送なし） 2024年から2040年に減少が大きい疾患TOP20

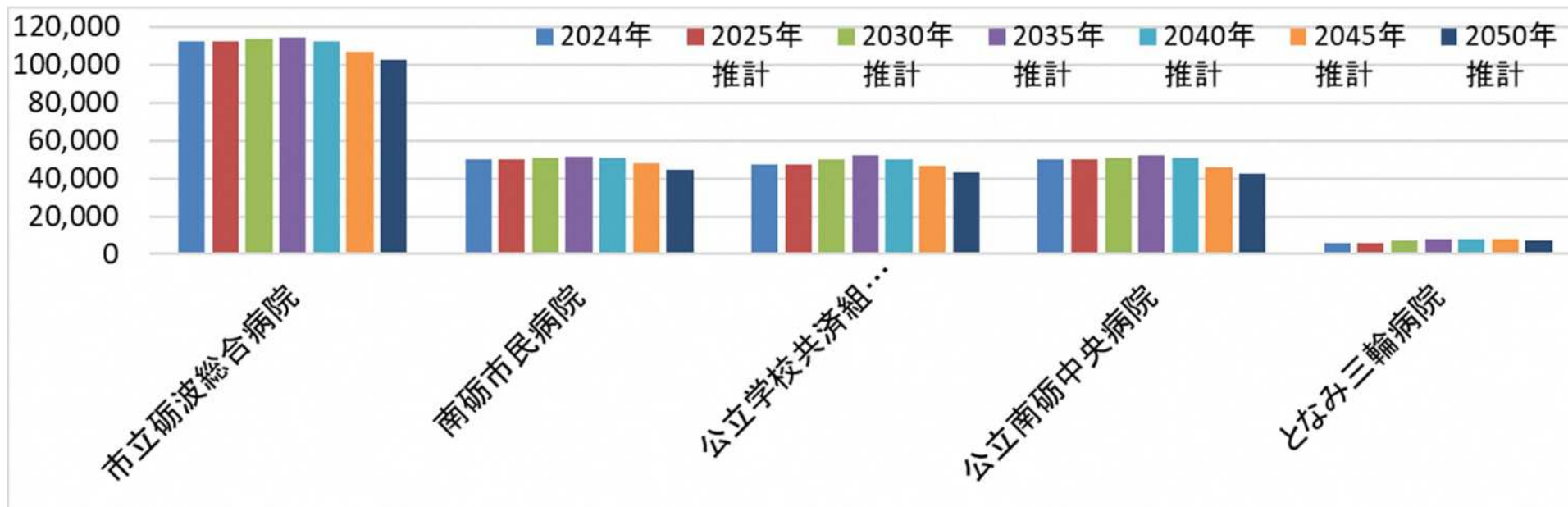


患者数将来推計（医療機関別）



医療機関名称	2024年	2025年推計	2030年推計	2035年推計	2040年推計	2045年推計	2050年推計	2024年と2040年との差
市立砺波総合病院	7,251	7,235	7,149	6,967	6,753	6,448	6,177	-498
南砺市民病院	2,591	2,594	2,583	2,546	2,456	2,306	2,152	-135
公立学校共済組合北陸中央病院	1,637	1,645	1,657	1,663	1,624	1,530	1,428	-13
公立南砺中央病院	1,157	1,158	1,174	1,177	1,138	1,052	961	-19
となみ三輪病院	23	23	27	27	27	26	25	4
総計	12,659	12,655	12,589	12,381	11,997	11,362	10,743	-662

延べ在院日数将来推計（医療機関別）



医療機関名称	2024年	2025年推計	2030年推計	2035年推計	2040年推計	2045年推計	2050年推計	2024年と2040年との差
市立砺波総合病院	111,930	112,147	113,681	113,988	112,020	106,675	102,678	90
南砺市民病院	49,935	50,100	50,885	51,676	50,723	47,856	44,748	788
公立学校共済組合北陸中央病院	47,070	47,530	49,974	51,950	50,410	46,672	43,434	3,340
公立南砺中央病院	50,087	50,123	50,419	52,153	50,789	46,264	42,322	702
となみ三輪病院	6,155	6,183	7,196	7,907	8,259	7,704	7,250	2,104
総計	265,177	266,083	272,155	277,674	272,200	255,171	240,431	7,023

茹でガエルの法則

ビジネス環境の変化に対応する事の重要性、困難性を指摘するために用いられる警句のひとつ。「カエルは、いきなり熱湯に入れられると驚いて逃げ出すが、常温の水に入れて水温を上げていくと逃げ出すタイミングを失い最後には死んでしまう（茹でガエル）」という作り話が由来。（Wikipediaより）



今後の地域での検討について

一番あってはならない事

現状分析・将来予測を考慮せず、現状維持を全体的に選択



患者減少や構造変化への対応が遅れる



経営の非効率化（悪化）が進む



地域で共倒れ状態（もしくは調整なしでの一部撤退など）



地域で必要な医療提供が不足

医療機関経営の目線から

高いけど安全性の高い最新の医療機器を導入

- 患者にとっては低侵襲で社会復帰も早いのでとてもよい
 - 差別化（ブランディング）戦略にはよい、かも
- 医療機関にとっては高額なので、元を取るには一定数の患者が必要
 - 損益分岐点分析を行って、どれだけの患者が必要かは計算するが、今後人口は減り少子高齢化の中で、想定する患者数は本当に確保し続けられる？
 - 机上の空論になってしまわないかというリスクがある
- 実は他に付随してくる費用や機会損失がもっとあるのでは？？
 - 例：ダヴィンチだとMEさんが事前に準備が必要だったり、手術前後の必要時間があるため、1日3回転できた手術室が2回転しかできなくなったりして、全体の手術件数はあまり増加しない、など
 - 本当に病院全体として「増収・増益」できる？

診療報酬が高いものでも、実質的な儲けは少ない？

- 肺がんの手術は、ロボットより胸腔鏡下のほうが利益はでる？
 - 収益の増加ほど、利益は増加しない（むしろ赤字が増える可能性も）

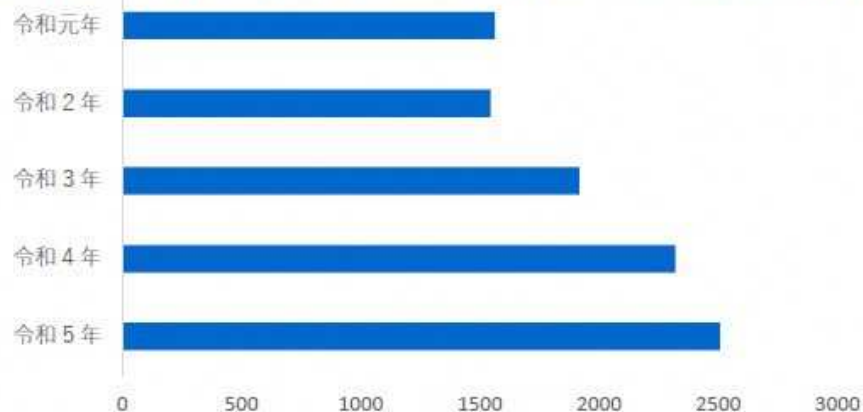
急性期医療において必要な機器の確保について①

- 手術用支援機器は、患者の合併症減少等に寄与するものであるところ、近年、適用となる疾患が増加し、多くの患者に利益をもたらしている。また、医師の技能維持のために必須とされることから、医師の確保のため当該支援機器の確保が医療機関毎に求められる場合があるとの指摘がある。
- 二次医療圏毎の台数や有している医療機関数を見ると、区域によって差が大きい。導入及び維持に一定の症例数が必要であるところ、人口の規模に比べて区域内で多くの台数が配置されている場合があり、必ずしも効率的ではない提供体制となっている。

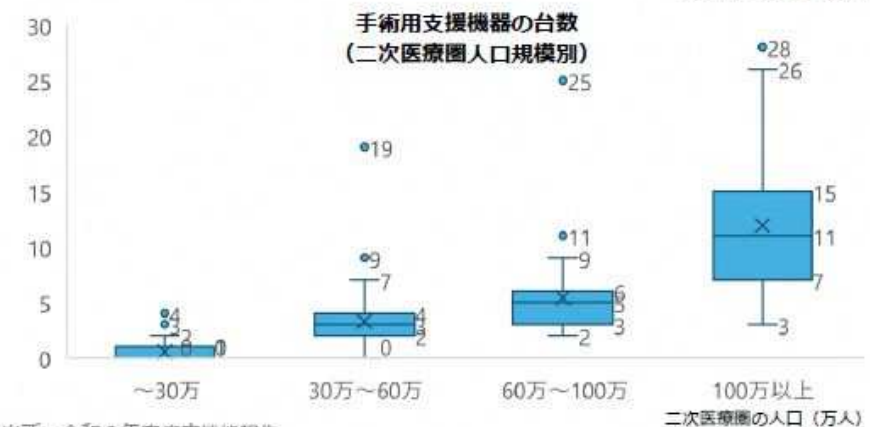
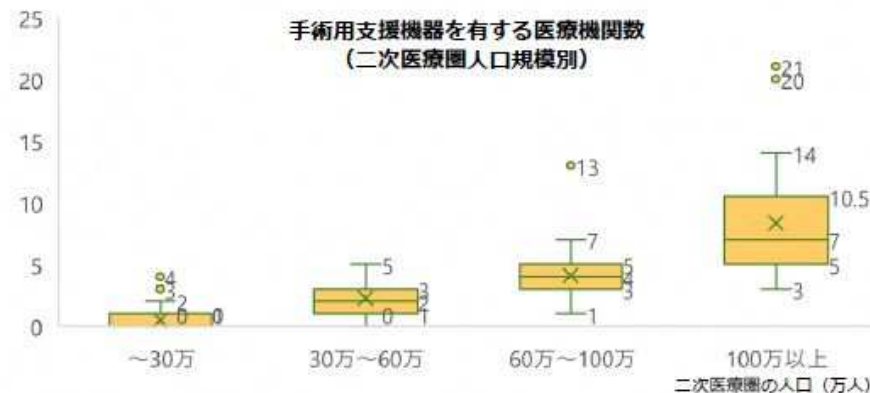
手術用支援機器については、前立腺全摘除術の手術について、腹腔鏡と比較して、出血量の減少、輸血割合の減少、開腹手術への移行割合の減少、在院日数の減少、合併症の減少など、治療効果の向上のエビデンスが示されている。

Coelho, R. F., Rocco, B., Patel, M. B., Orvieto, M. A., Chauhan, S., Ficarra, V., Melegari, S., Palmer, K. J., & Patel, V. R. (2010). Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: A critical review of outcomes reported by high-volume centers. *Journal of Endourology*, 24(12), 2003–2015.

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）算定回数（6月審査分）



資料出所：社会医療行為別統計

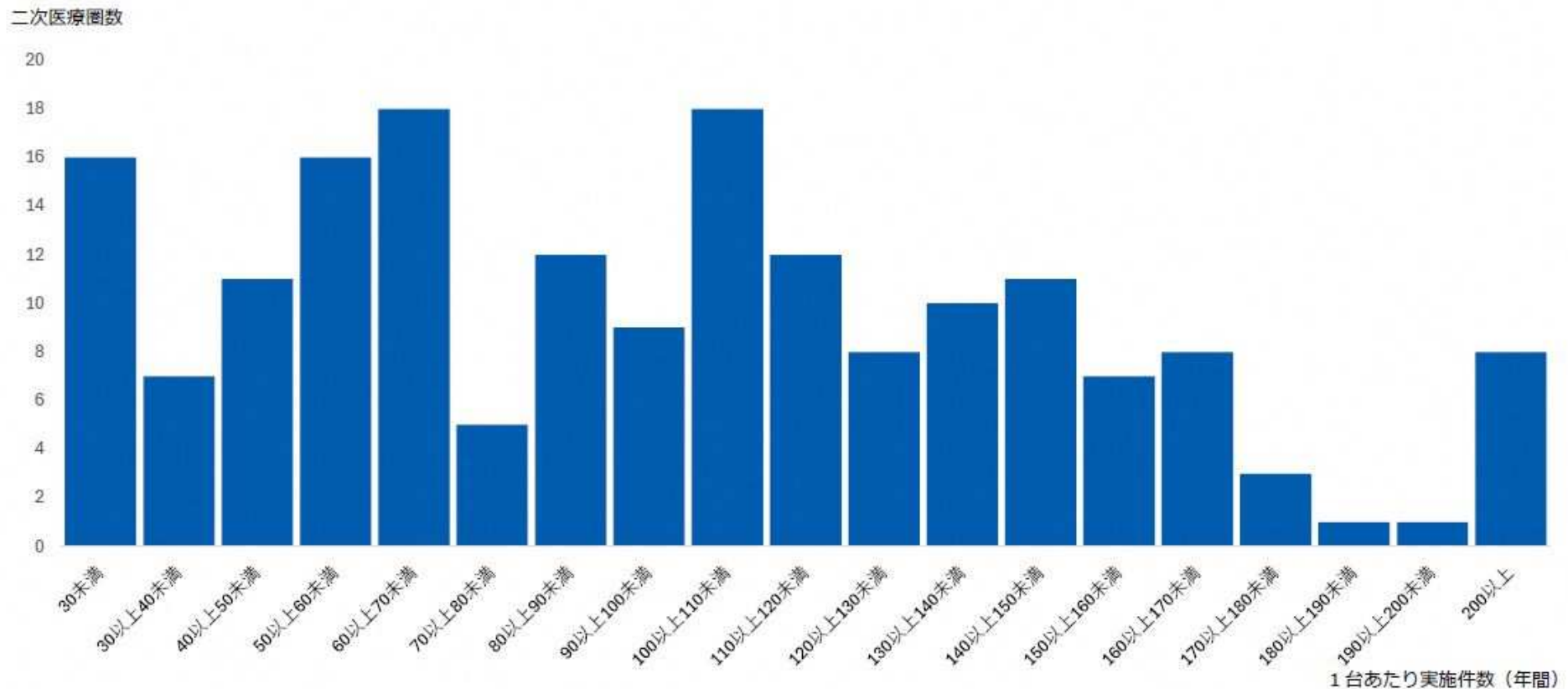


資料出所：令和6年度病床機能報告 総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成 20

急性期医療において必要な機器の確保について②

- 手術用支援機器について、二次医療圏の1台あたりの手術実施件数にばらつきが見られ、効率性に課題があると考えられる。

二次医療圏毎の手術用支援機器1台あたり手術実施件数



関連する診療報酬は、医科点数表第10部手術のうち、「内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合」の点数を集計。台数0の二次医療圏は除いて掲載。

資料出所：令和6年度病床機能報告、NDBオープンデータ
総務省「住民基本台帳人口」（2024年1月）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

21

高額機器の効率的運用

CT

医療機関名称	DPC対象病院	入院	外来	計	入院割合	外来割合	台数	1台あたり件数
市立砺波総合病院	○	5,656	11,518	17,174	32.9%	67.1%	3	5,724.7
南砺市民病院	○	2,610	3,492	6,102	42.8%	57.2%	1	6,102.0
公立学校共済組合北陸中央病院	○	1,292	3,233	4,525	28.6%	71.4%	1	4,525.0
公立南砺中央病院		1,213	2,265	3,478	34.9%	65.1%	1	3,478.0

MRI

医療機関名称	DPC対象病院	入院	外来	計	入院割合	外来割合	台数	1台あたり件数
市立砺波総合病院	○	1,012	4,253	5,265	19.2%	80.8%	2	2,632.5
公立南砺中央病院		316	1,343	1,659	19.0%	81.0%	1	1,659.0
南砺市民病院	○	524	1,028	1,552	33.8%	66.2%	1	1,552.0
公立学校共済組合北陸中央病院	○	247	1,050	1,297	19.0%	81.0%	1	1,297.0

件数が少ない＝非効率

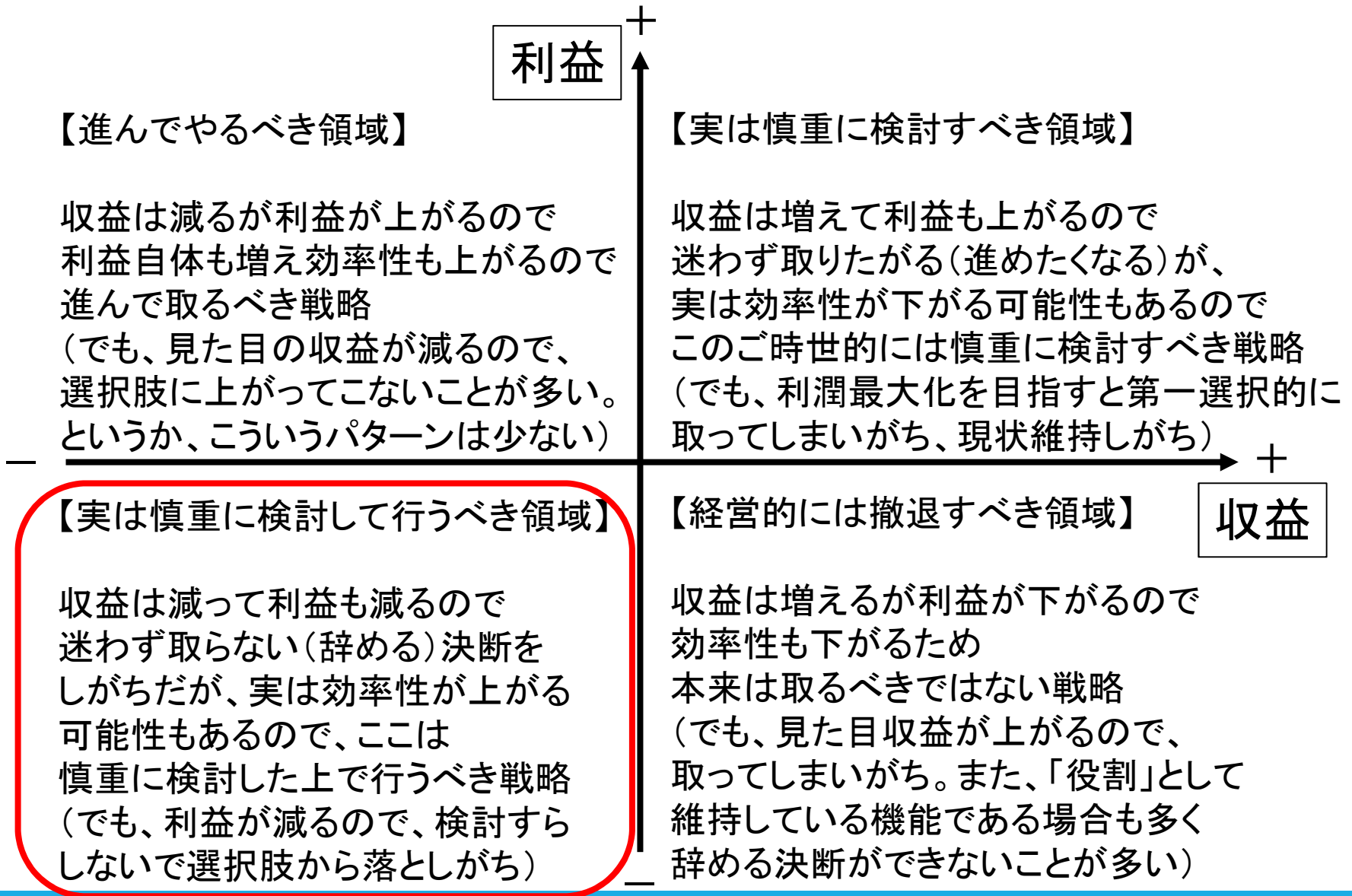
DPC対象病院で入院での割合が多い＝経営に悪影響

医療機関経営の目線から

収入増？支出減？

- 利益が増えないと次の一手が打てない
 - (ヒト・モノに) 投資するためにも利益は必要
- なぜ、支出減より収入増を先に考えてしまうのか？
 - 効果が単純で見えやすいから
 - 支出減には組織文化の変化が必要な面もあり時間がかかるから
 - でも、消耗品や管理部門の無駄部分（紙、会議出席時間）などは今すぐにでも改革すべし
- サunkコストに引っ張られる
 - すでにヒト・モノにかけた費用（投資）を回収しようとする
 - それがたとえ先細った話であっても（話であればあるほど）、少しでも回収できれば（損を減らせれば）という考えに陥る
 - 結果的に、ずるずると非効率が続く形となり、抜け出せなくなる
 - これは戦略でもなんでもない
 - 「病床は資産」などと言っているのもこれにあたる

戦略選択：収益と利益の関係から



ここが、撤退戦と言われる部分

病院経営（持続可能性）の目線から



同じ1億円の利益の増減の話でも

- 増収増益の1億よりも、減収減益の1億の方が経営の安定性の面からは良いと判断できる場合も

	現在	31億投資 32億増益	31億カット 32億減収
医業収益	300億	332億	268億
診療経費(費用)	290億	321億	259億
医業利益	10億	11億	9億
医業利益率	3.33%	3.31%	3.36%

成長(拡大)経済下であればまだしも、医療はこれ以上大きく成長が見込まれないもしくは縮小経済下となっていく可能性がある費用逦減産業(サービス提供に多くの人や設備が必要な産業)では、効率的な健全経営を目指す必要性があり、それが持続的な地域貢献につながる

病院経営（持続可能性）の目線から （経営も健康も一緒？）

体重を収益、体脂肪を費用、除脂肪を利益と置き換えると...

身長175cm
体重100kg
体脂肪率35%



どちらが健康？
（長生きできそう？）



身長175cm
体重75kg
体脂肪率15%



$$\begin{aligned} \text{体脂肪} &= 100\text{kg} \times 35\% = 35\text{kg} \\ \text{除脂肪} &= 100\text{kg} - 35\text{kg} = \underline{65\text{kg}} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{体脂肪} &= 75\text{kg} \times 15\% = 11.25\text{kg} \\ \text{除脂肪} &= 75\text{kg} - 11.25\text{kg} = \underline{63.75\text{kg}} \end{aligned}$$

経営は、営みを経ける(続ける)こと
利益は必要だが、利益を大きく上げる(増やす)ことだけが目的ではない！

今後の地域での検討について

議論・検討の流れ

現状における検討課題（過剰分野・不足分野等とその量）を把握



将来予測の結果、現状のままであった場合に過剰となる分野、不足となる分野とその量を推計



現状と将来予測との差を埋めるための方策を検討

医療機関単位での機能転換、ダウンサイジング等の検討



複数医療機関での機能分化・連携等の検討

（圏域内、隣接圏域との連携推進法人などを含む連携の検討）



複数医療機関での統廃合の可能性（問題点等も）の検討

まとめ

集約化や機能分化を補うネットワーク化等

- 医療従事者や高額医療機器も含めた集約化
 - 特に砺波圏域では「高齢者救急等機能」の在り方（人的資源、機器等）
 - **治し支える医療の充実**
 - 医師については大学からの派遣医師が多いので難しい問題ではあるが
 - **非効率な配置は、医療経営上も減収減益、増収減益に繋がりがねない**
 - **高額機器がさらに値上がりすると、維持するのも一苦労**
- 更なる機能分化・連携、地域医療連携推進法人など
 - 高齢者救急・地域急性期機能を維持できる体制
 - 隣接圏域へのアクセスの確保、在宅への対応、IoTやICTの利用などの面も検討
- 機能変更などは動き出してもすぐには機能しない
 - 早くから動いて、進めていかないと間に合わないし、 sunk cost の垂れ流しにもなる
 - 富山は全国よりも高齢化なども5～10年先を行っているのだから、こういったことも全国よりも早く対応をしていかないと間に合わない

新たな地域医療構想も地域での中長期的な医療経営

根拠(データ分析等)を基に「地域」で「医療」を「経営(マネジメント)」する



John Snow Pub London
2023/5/26現地にて撮影 ©2023 Kobayashi D.

ご清聴ありがとうございました。

ご質問は、以下まで。

kobadai@med.u-toyama.ac.jp

kobayashi-d@umin.ac.jp