

急性期拠点病院を中心とした 複数の役割分担案について

令和8年2月

秋田県健康福祉部医務薬事課

急性期拠点病院の選定について(国資料)

- 急性期拠点機能を担う病院への医療資源を多く要する症例の集約化が方向性として示されている。
- 急性期拠点病院を決定していくに当たっては、「救急搬送や全身麻酔手術件数等の医療資源を要する医療等の診療実績」、「新興感染症の対応等の政策医療の実施」、「建物の築年数」等を総合的に勘案して協議していくとされている。

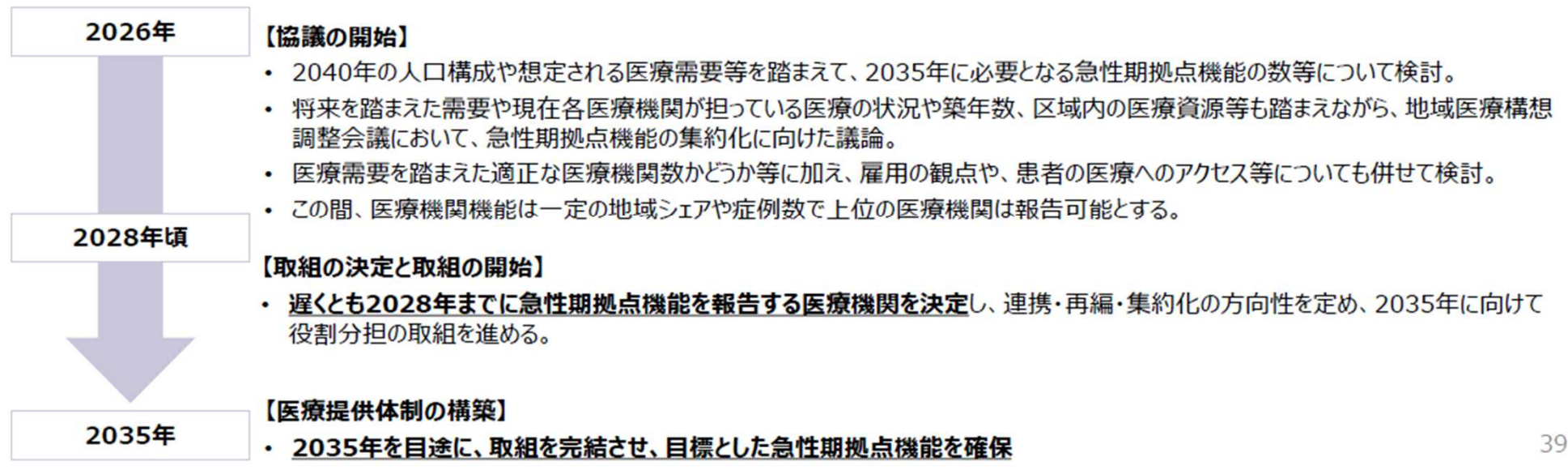
急性期拠点機能の確保に係る考え方の整理（案）

- 急性期拠点機能については、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ものであり、どの医療機関が当該機能を担うかの協議にあたっては、救急搬送や全身麻酔手術等の医療資源を要する医療等の診療実績（件数や地域内のシェア）が基本となる。
- 他方、単純に救急車の受入台数等で決定することは、複数の医療機関の中から急性期拠点機能を担う医療機関を検討する場合に、救急車の搬送件数が増加される懸念や新興感染症への対応等の政策医療を行わない医療機関が当該機能を担うことによる地域の医療提供体制への懸念がある。
- また、診療実績だけに着目すると急性期拠点機能を担うことが想定される医療機関であっても、当該医療機関の建物が老朽化している場合もある。2040年やその先を見据えると、急性期に係る診療実績は相対的に低くなるが、建物の建替が当面必要ないその他の医療機関が当該機能を担うことや、医療機関の経営状況が悪く、医療提供体制全体に係る費用が大きくなることが見込まれる場合にその他の医療機関が担うことも考えられる。
- このため、急性期拠点機能については、診療実績やその他の関連データも踏まえ、診療実績データを基本としつつも、政策医療の実施状況や経営状況、建物の状況等も含めて総合的に、地域で協議することとしてはどうか。

急性期拠点機能に係る議論の進め方(案)

- 各地域には、公立病院や、日赤、済生会、NHO、JCHO等の公的病院等、民間病院など、様々な設立主体の医療機関が存在し、それぞれの経営等の状況が様々である中で、1-2年で手術の実施や救急の受け入れ体制等を大きく変える合意形成は現実的ではない。また、患者の医療へのアクセスや、勤務する従事者の雇用など、様々な検討すべき点があることから、急性期拠点機能に関する方針を決定した後、ただちに急性期の症例の集約や高齢者救急の分担等の取組を完結させることは困難。
- このため、以下のとおり、2026年以降協議を開始し、急性期拠点機能を有する医療機関の決定を遅くとも2028年までに行い、連携・再編・集約化の取組の一定の完結は2035年を目途に進めることとしてはどうか。
- また、急性期拠点機能の数については、20-30万人に1医療機関を目安とするが、手術件数等や他区域からの流入が多い場合に2つとすることや、人口が30万人超であっても流出が多く、症例数が少ない場合に1医療機関を目安として取り組むこととしてはどうか。

急性期拠点機能の確保に向けた議論の進め方



医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ(案)

- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

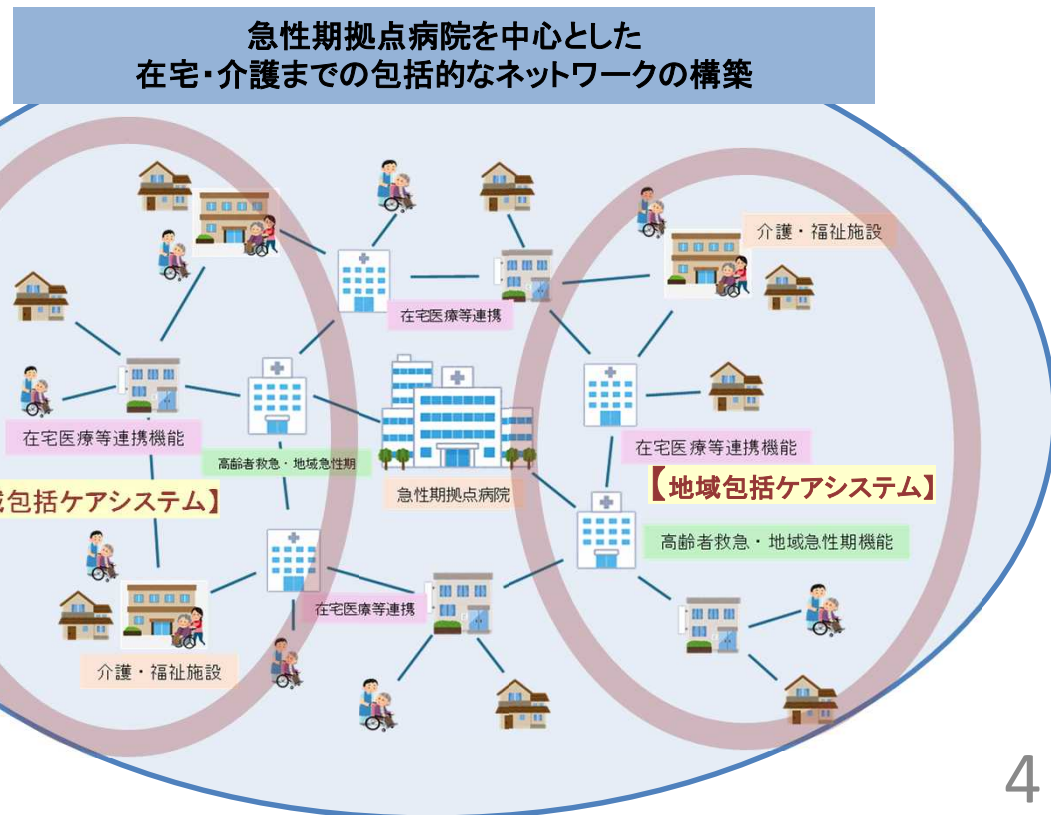
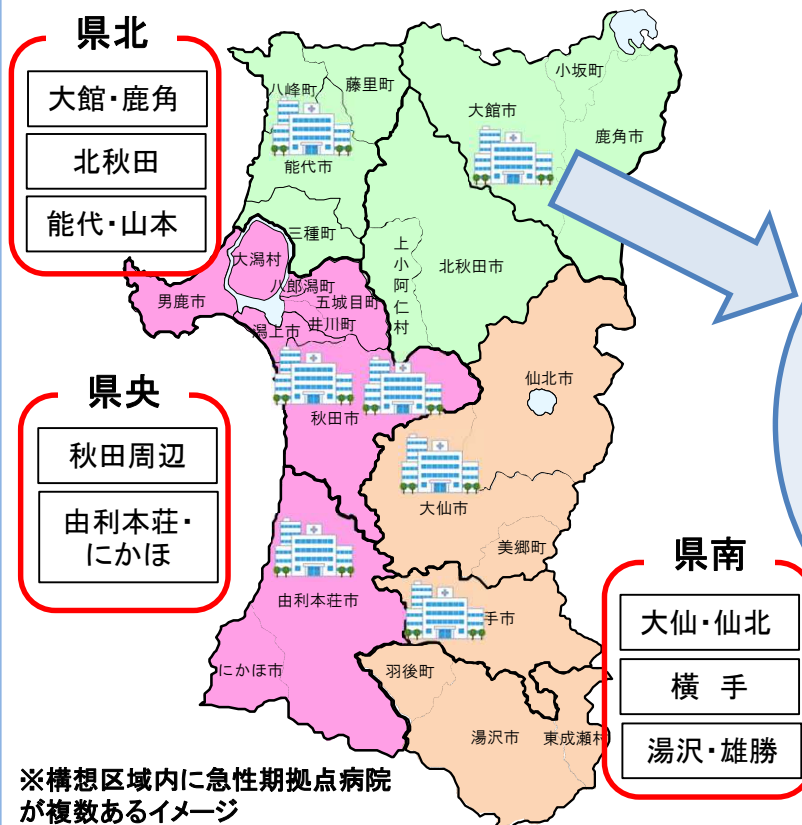
	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	<p>(急性期の総合的な診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急医療の提供 ● 手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供 <p>(急性期の提供等にあたっての体制について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率 ● 急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設 	<p>○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ件数 ● 各診療領域の全身麻酔手術件数 ● 医療機関の医師数 ● 急性期を担う病床数・稼働率 ● 医療機関の築年数、設備(例:手術室、ICU) ● その他従事者の状況(歯科医師数、薬剤師数、看護師数等) <p>等</p>
高齢者救急・地域急性期機能	<p>(高齢者救急・地域急性期に関する診療機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者に多い疾患の受入 ● 入院早期からのリハビリテーションの提供 ● 時間外緊急手術等を要さないような救急への対応 ● 高齢者施設等との平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 救急車受け入れ台数(人口の多い地域のみ) ● 医療機関の医師等の医療従事者数 ● 包括期の病床数 ● 地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 <p>等</p>
在宅医療等連携機能	<p>(在宅医療・訪問看護の提供)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供 ● 訪問看護STを有する等による訪問看護の提供 <p>(地域との連携機能)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の訪問看護ステーション等の支援 ● 高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協力体制 	<ul style="list-style-type: none"> ● 在宅療養支援診療所・病院の届出状況 ● 地域における訪問診療や訪問看護の提供状況 ● 医療機関の築年数 ● 高齢者施設等との連携状況 <p>等</p>
専門等機能	<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 	<ul style="list-style-type: none"> ● 回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況 ● 有床診療所の病床数・診療科 <p>等⁴¹</p>

構想策定における県のスタンス

- ✓ 長期的視点(2040年頃)に立ち、各地域に本当に必要な医療(特に急性期、救急)を残すため、**医療機関の再編・集約化を含めた踏みこんだ協議の実施**
- ✓ 協議結果を踏まえ、地域別に将来の方向性(再編・集約のあり方、各医療機関の将来の立ち位置)を決定し、構想に反映。

目指す形(構想区域案)

- ✓ 見直し後の二次医療圏を基盤とする県北、県央、県南の**3構想区域**
- ✓ 人口規模の基準によらず、広大な県土による患者のアクセス等を考慮した構想区域内への**急性期拠点病院の複数配置**
- ✓ 急性期拠点病院を中心とした在宅・介護の包括的なネットワークの構築
- ✓ 医療の完結を構想区域→広域連携の順で図る



- 実効性のある将来の方向性を決めるためには、県と関係者双方がその方向性に「納得」することが重要であり、そのためには、「①客観的、専門的視点に基づく協議」と「②建設的な議論をするための覚悟」が不可欠

①客観的、専門的視点に基づく協議

【協議の進め方】

- 構想区域ごとに、複数案(現状維持、連携、再編・統合)とデータに基づく複数案の評価結果の提示(右図参照)
- 提示内容を踏まえ、調整会議で意見交換を実施の上、将来の方向性を合意
- 合意内容を新たな構想へ反映

【データ分析】

- 精度の高いデータ分析を実施するに当たり、追加で必要となるデータ(例:経営データ、診療実績データ等)や必要に応じた個別のヒアリングを実施する場合は御協力いただきたい

案		現状維持の場合	連携の場合 (診療科別)	連携の場合 (機能別)	再編・統合の場合
		医療機関独自が患者の確保、医師の確保・育成、経営の維持に努める	医療機関同士が、現状の規模はそのままに、診療科別に機能の分化・集約を行う	医療機関同士が、現状の規模はそのままに、急性期、回復期といった機能別に分化・集約を行う	医療機関同士が、地域に必要な医療機能を踏まえ、合併、大胆な機能の分化、新築棟を行う
評価等					
構想区域ごとの形		①構想区域ごとに、複数の案を設定			
医療機能の確保の視点 ・急性期拠点機能確保の視点 ・高齢者救急機能確保の視点 ・地域急性期機能の確保の視点 ・在宅医療等連携機能確保の視点 ・専門等機能確保の視点 ・その他必要な視点		②これらの作業に必要なデータの収集・分析			
評価	医師確保の視点	③それぞれの案に対して、様々な観点から評価			
	施設整備の視点				
	経営への影響の視点				
	行政の負担の視点				
	交通アクセスの視点				
	住民理解の視点				
その他必要な視点					

②建設的な議論をするための覚悟

- 地域全体の医療提供体制の維持に責任を持つ当事者意識
- 2040年のデータに基づいて病床の規模や役割をゼロベースで見直す柔軟性と、「統廃合」も地域医療の維持のため必要な最善策として受け入れる柔軟性

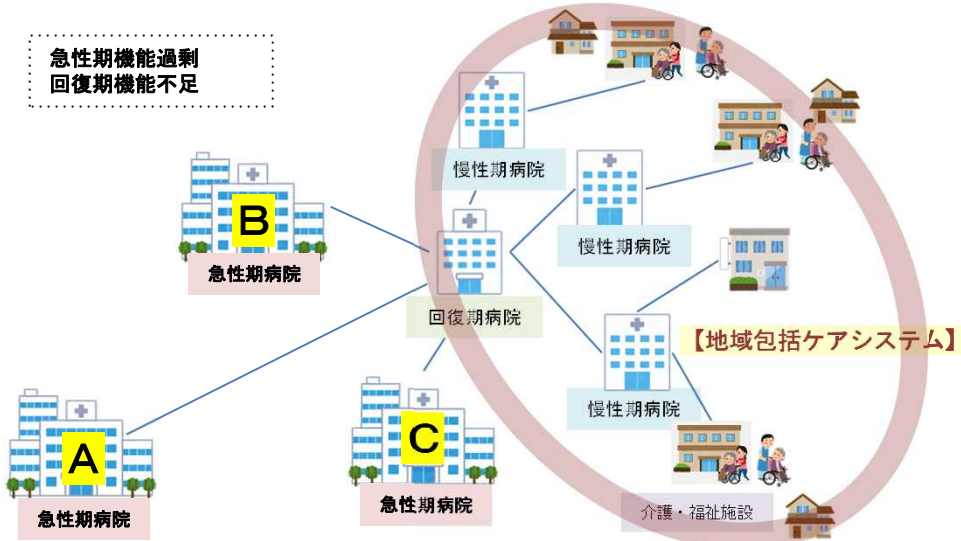
新たな地域医療構想策定に向けたベースとなる考え方（グランドデザイン）

✓ 2040年を見据え、限られた医療資源を最大限有効に活用するため、医療機関間の更なる役割分担と連携を推進

現行の地域医療構想

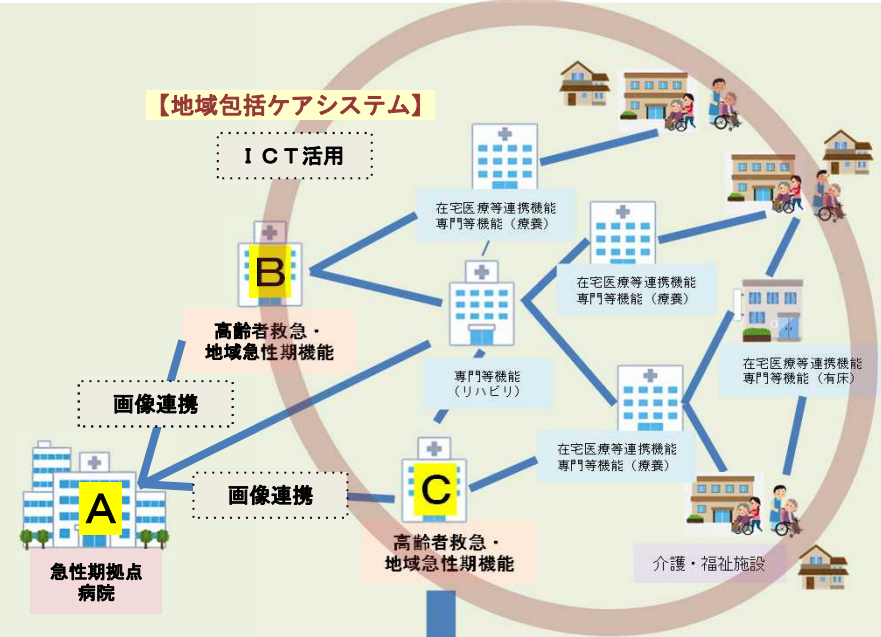
医療需要を踏まえ、病床機能ごとに必要な病床数を定め、病床機能の適正化を推進

急性期機能過剰
回復期機能不足



新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、医療提供体制全体の課題解決を図るため、医療機関の役割分担を明確化



【新たな地域医療構想で目指す姿】 「治す医療」と「治し支える医療」の役割分担

- 急性期拠点病院（A）に、医師や医療機器等の医療資源を集約し、高度で専門的な医療に専念
- 高齢者救急・地域急性期の医療を担う病院（B・C）が急性期拠点病院の後方支援を行うとともに、今後増加が見込まれる高齢者疾患に対応
- 在宅医療・介護等との連携推進、多職種人材の活躍と連携の推進
- ICTを活用し、高度な医療と地域の医療をつなぐほか、患者情報等を地域包括ケアシステムの中で共有
- 急性期拠点病院等の各病院が担う役割の決定に当たっては、将来の医療需要や、各病院が備えるべき機能、経営的な持続可能性等、多角的な分析結果を提示しながら、地域の関係者と議論を重ね、合意形成を促進

急性期拠点病院の候補案について(県北)

県北医療圏における診療実績等について ※救急告示病院のみ(全身麻酔手術件数順)

急性期拠点病院候補

医療機関名	現構想区域	全身麻酔手術件数	1日当たり全麻件数	手術総数	全麻/手術総数	救急車の受入件数	その他急性期拠点病院に求められる役割					
							災害拠点病院	医療措置協定 (第一種又は第二種協定指定医療機関)	基幹型臨床研修病院	医療需要に合わせた病床の整備 (一般+療養病床数)	地域への医師派遣 (各常勤医師数を記載)	築年数 ※病棟を増築している場合は、増築前の病棟の築年数を踏まえ、算出
能代厚生医療センター	能代・山本	901	2.5	2,121	42.5%	2,535	○	○	○	329	55	36
秋田労災病院	大館・鹿角	879	2.4	943	93.2%	426		○		194	11	33
大館市立総合病院	大館・鹿角	502	1.4	2,516	20.0%	2,903	○	○	○	375	72	18
北秋田市民病院	北秋田	469	1.3	1,350	34.7%	1,572	○	○		272	18	16
JCHO秋田病院	能代・山本	333	0.9	1,042	32.0%	516		○		163	19	32
かづの厚生病院	大館・鹿角	305	0.8	834	36.6%	1,295	○	○		197	16	15
能代山本医師会病院	能代・山本	288	0.8	733	39.3%	467		○		197	13	41

※病床数は病床機能報告(令和7年7月1日時点)の数値を記載
出典: 病床機能報告(令和6年度)

「大館市立総合病院」を急性期拠点病院の候補とした理由

- 救急車受入件数は県北区域で最多の実績であり、地域救命救急センターとして区域の救急医療において中心的な役割を担っている。
- 仮に大館・鹿角区域と北秋田区域の全身麻酔手術を集約した場合、受入体制の観点で、同院の常勤医師数が区域内で最も多いことから、全身麻酔手術の拠点になりえと考える。
- 県北で常勤医師数が最も多く、機関型臨床研修病院として若手医師の教育や専門医取得のための症例確保に寄与している。また、築18年と他病院と比較して新しく、2040年を見据えた長期的な拠点機能を安定的に維持しうる環境があると考える。

「能代厚生医療センター」を急性期拠点病院の候補とした理由

- 全身麻酔手術件数は県北で最大であり、救急車受入件数も区域内で上位にあることから、急性期機能において高い実績がある。
- 仮に能代・山本と北秋田区域の全身麻酔手術を集約した場合、受入体制の観点で、同院の常勤医師数が区域内で上位であることから、全身麻酔手術の拠点になりえと考える。
- 区域内で上位の常勤医師数であり、機関型臨床研修病院としての役割も担っている。一方で、築36年を経過していることから、将来的な建替え時期を見据えつつ、持続可能な再編・集約化の在り方を検討していく必要がある。

急性期拠点病院を中心とした複数の役割分担案について(県北A)

県北A		現状維持の役割分担	医療機関機能別の役割分担	再編・統合
<div data-bbox="140 288 451 631" style="background-color: #4a86e8; color: white; border-radius: 15px; padding: 20px; text-align: center;"> <h2>各病院の機能</h2> </div>	<p>【急性期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大館市立総合病院 ・かづの厚生病院 ・秋田労災病院 ・北秋田市民病院 <p>※「消化器系」手術において症例が分散</p> <p>【回復期・慢性期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大湯リハビリ温泉病院 ・大館市立扇田病院 ・大館記念病院・鹿角中央病院 <p>【精神】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・東台病院・今井病院・鷹巣病院 	<p>【急性期拠点機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大館市立総合病院 <p>【高齢者救急・地域急性期機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かづの厚生病院・北秋田市民病院 <p>【在宅医療等連携機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大湯リハビリ温泉病院 ・鹿角中央病院 <p>【専門等機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・秋田労災病院(リハビリ、特定診療科) ・大湯リハビリ温泉病院(リハビリ、療養) ・大館記念病院(療養) <p>【精神】・東台病院・今井病院・鷹巣病院</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・建物の耐用年数や2040年の医療需要を踏まえ検討 ・統合案としては、現在、急性期を担う大館市立総合病院が他の病院と統合し、急性期拠点と高齢者救急・地域急性期機能を幅広く担う形があり得る 	
	<div data-bbox="37 773 120 1216" style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 5px; writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;"> 分析の視点 </div> <ul style="list-style-type: none"> 2040年の医療需要 各病院が備えるべき機能(スペック) 機能確保の検証 経営分析 住民の理解 行政の支援 その他必要な視点 	<p>具体的な分析内容は17ページ ※分析は来年度</p>		
<div data-bbox="124 1345 430 1413" style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 5px;"> 評価 </div>	分析を踏まえ、来年度提示			

急性期拠点病院を中心とした複数の役割分担案について(県北B)

県北B		現状維持の役割分担	医療機関機能別の役割分担	再編・統合
<div data-bbox="140 289 451 629" style="background-color: #4a86e8; color: white; border-radius: 15px; padding: 20px; text-align: center;"> <h2>各病院の機能</h2> </div>		<p>【急性期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・能代厚生医療センター ・JCHO秋田病院 ・能代山本医師会病院 ・北秋田市民病院 <p>※「消化器系」、「筋骨格系」手術において症例が分散</p> <p>【回復期・慢性期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・能代病院 ・森岳温泉病院 <p>【精神】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・島田病院・鷹巣病院 	<p>【急性期拠点機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・能代厚生医療センター <p>【高齢者救急・地域急性期機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・JCHO秋田病院 ・能代山本医師会病院 ・北秋田市民病院 <p>【在宅医療等連携機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・能代山本医師会病院 ・能代病院 <p>【専門等機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・森岳温泉病院(リハビリ) ・能代病院(療養) <p>【精神】・島田病院・鷹巣病院</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・建物の耐用年数や2040年の医療需要を踏まえ検討 ・統合案としては、現在、急性期を担う能代厚生医療センターが他の病院と統合し、急性期拠点と高齢者救急・地域急性期機能を幅広く担う形があり得る
<h2>分析の視点</h2>	2040年の医療需要	<p>具体的な分析内容は17ページ ※分析は来年度</p>		
	各病院が備えるべき機能(スペック)			
	機能確保の検証			
	経営分析			
	住民の理解			
	行政の支援			
	その他必要な視点			
<h2>評価</h2>	<p>分析を踏まえ、来年度提示</p>			

急性期拠点病院の候補案について(県央※秋田周辺区域)

県央医療圏における診療実績等について

※救急告示病院のみ(全身麻酔手術件数順)

急性期拠点病院候補

医療機関名	現構想区域	全身麻酔手術件数	1日当たり全麻件数	手術総数	全麻/手術総数	救急車の受入件数	その他急性期拠点病院に求められる役割					築年数 ※病棟を増築している場合は、増築前の病棟の築年数を踏まえ、算出
							災害拠点病院	医療措置協定 (第一種又は第二種協定指定医療機関)	基幹型臨床研修病院	医療需要に合わせた病床の整備 (一般+療養病床数)	地域への医師派遣 (各常勤医師数を記載)	
秋田大学医学部附属病院	秋田周辺	2,878	7.9	7,055	40.8%	2,606	◎基幹	○	○	577	324	49
秋田厚生医療センター	秋田周辺	1,851	5.1	3,567	51.9%	4,206		○	○	429	69	25
秋田赤十字病院	秋田周辺	1,644	4.5	3,711	44.3%	3,423	○	○	○	465	123	27
市立秋田総合病院	秋田周辺	1,566	4.3	3,723	42.1%	3,373	○	○	○	333	98	3
由利組合総合病院	由利本荘・にかほ	1,299	3.6	2,786	46.6%	2,732	○	○	○	395	73	31
中通総合病院	秋田周辺	1,289	3.5	2,866	45.0%	3,083		○	○	450	62	28
秋田県立循環器・脳脊髄センター	秋田周辺	371	1.0	662	56.0%	499	○	○		188	24	17
本荘第一病院	由利本荘・にかほ	286	0.8	997	28.7%	836		○	○	142	22	37
男鹿みなと市民病院	秋田周辺	141	0.4	338	41.7%	732		○		145	14	27
藤原記念病院	秋田周辺	-	-	98	-	229		○		140	15	29
医療法人佐藤病院	由利本荘・にかほ	-	-	-	-	451		○		137	6	54

※病床数は病床機能報告(令和7年7月1日時点)の数値を記載
出典: 病床機能報告(令和6年度)

- 急性期拠点病院を検討していく上で、考慮すべき実績(全身麻酔手術件数、救急車受入件数)や役割を踏まえた場合、「秋田大学医学部附属病院」、「秋田厚生医療センター」、「秋田赤十字病院」、「市立秋田総合病院」がいずれも急性期拠点病院を担う上で、十分な実績や役割を担っている状況であること等を踏まえると、各医療機関の実績について、より深い分析を実施の上、選定が必要である。

急性期拠点病院の候補案について(県央※由利本荘・にかほ区域)

県央医療圏における診療実績等について ※救急告示病院のみ(全身麻酔手術件数順)

急性期拠点病院候補

医療機関名	現構想区域	全身麻酔手術件数	1日当たり全麻件数	手術総数	全麻/手術総数	救急車の受入件数	その他急性期拠点病院に求められる役割					築年数 ※病棟を増築している場合は、増築前の病棟の築年数を踏まえ、算出
							災害拠点病院	医療措置協定 (第一種又は第二種協定指定医療機関)	基幹型臨床研修病院	医療需要に合わせた病床の整備 (一般+療養病床数)	地域への医師派遣 (各常勤医師数を記載)	
秋田大学医学部附属病院	秋田周辺	2,878	7.9	7,055	40.8%	2,606	◎基幹	○	○	577	324	49
秋田厚生医療センター	秋田周辺	1,851	5.1	3,567	51.9%	4,206		○	○	429	69	25
秋田赤十字病院	秋田周辺	1,644	4.5	3,711	44.3%	3,423	○	○	○	465	123	27
市立秋田総合病院	秋田周辺	1,566	4.3	3,723	42.1%	3,373	○	○	○	333	98	3
由利組合総合病院	由利本荘・にかほ	1,299	3.6	2,786	46.6%	2,732	○	○	○	395	73	31
中通総合病院	秋田周辺	1,289	3.5	2,866	45.0%	3,083		○	○	450	62	28
秋田県立循環器・脳脊髄センター	秋田周辺	371	1.0	662	56.0%	499	○	○		188	24	17
本荘第一病院	由利本荘・にかほ	286	0.8	997	28.7%	836		○	○	142	22	37
男鹿みなと市民病院	秋田周辺	141	0.4	338	41.7%	732		○		145	14	27
藤原記念病院	秋田周辺	-	-	98	-	229		○		140	15	29
医療法人佐藤病院	由利本荘・にかほ	-	-	-	-	451		○		137	6	54

※病床数は病床機能報告(令和7年7月1日時点)の数値を記載
出典: 病床機能報告(令和6年度)

「由利組合総合病院」を急性期拠点病院の候補とした理由

- 全身麻酔手術件数と救急車受入件数のいずれも、由利本荘にかほ区域内で最多である。
- 仮に由利本荘・にかほ区域の全身麻酔手術を集約した場合、受入体制の観点で、同院の常勤医師数が区域内で最も多いことから、全身麻酔手術の拠点になりえると考える。
- 機関型臨床研修病院として若手医師の教育や症例確保において重要な役割を担っている。一方で、築31年を経過していることから、将来的な建替え時期を見据えつつ、持続可能な再編・集約化の在り方を検討していく必要がある。

急性期拠点病院を中心とした複数の役割分担案について(県央A)

県央A		医療機関機能別の役割分担		再編・統合
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; width: 150px; margin: 0 auto;"> 各病院の 機能 </div>	現状維持の役割分担 【急性期(高度急性期含む)】 ・秋田大学医学部附属病院 ・秋田赤十字病院 ・中通総合病院 ・秋田厚生医療センター ・市立秋田総合病院 ・県立循環器・脳脊髄センター ・男鹿みなと市民病院 ・藤原記念病院 ※「神経系」、「呼吸器系」、「循環器系」、「消化器系」、「筋骨格系」手術において症例が分散 【回復期・慢性期】 ・御野場病院 ・湖東厚生病院 等 【精神】 ・秋田回生会病院 等	急性期拠点病院 2病院パターン 【急性期拠点機能(候補)】 ①秋田大学医学部附属病院 ※医育及び広域診療機能含む ②秋田赤十字病院 【高齢者救急・地域急性期機能】 ・中通総合病院 ・秋田厚生医療センター ・市立秋田総合病院 等 【在宅医療等連携機能】 ・御野場病院 ・湖東厚生病院 等 【専門等機能】 ・循脳センター(特定診療科)・外旭川病院(療養)・杉山病院(療養)等	急性期拠点病院 3病院パターン 【急性期拠点機能(候補)】 ①秋田大学医学部附属病院 ※医育及び広域診療機能含む ②秋田赤十字病院 ③秋田厚生医療センター ③市立秋田総合病院 →3つ目の急性期拠点病院ついて、どちらが、拠点として機能を有するかも含めて分析する	<ul style="list-style-type: none"> 建物の耐用年数や2040年の医療需要を踏まえ検討 統合案は急性期拠点となる病院の方向性がある程度決定した後に、検討するため、現時点では案はなし
	分析の視点 2040年の医療需要 各病院が備えるべき機能(スペック) 機能確保の検証 経営分析 住民の理解 行政の支援 その他必要な視点	具体的な分析内容は17ページ ※分析は来年度		
評価	分析を踏まえ、来年度提示			

急性期拠点病院を中心とした複数の役割分担案について(県央B)

県央B		現状維持の役割分担	医療機関機能別の役割分担	再編・統合
<div data-bbox="140 288 451 631" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> <h2>各病院の機能</h2> </div>		<p>【急性期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・由利組合総合病院 ・本荘第一病院 <p>※「消化器系」手術において症例が分散</p> <p>【回復期・慢性期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・佐藤病院 ・由利本荘医師会病院 <p>【専門的な慢性期医療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あきた病院 <p>【精神】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・菅原病院、象潟病院 	<p>【急性期拠点機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・由利組合総合病院 <p>【高齢者救急・地域急性期機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本荘第一病院 ・佐藤病院 <p>【在宅医療等連携機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・佐藤病院 ・由利本荘医師会病院 <p>【専門等機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あきた病院(神経難病等) <p>【精神】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・菅原病院、象潟病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・建物の耐用年数や2040年の医療需要を踏まえ検討 ・統合案としては、現在、急性期を担う由利組合総合病院が他の病院と統合し、急性期拠点と高齢者救急・地域急性期機能を幅広く担う形があり得る
<div data-bbox="37 773 120 1216" style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> 分析の視点 </div>	2040年の医療需要	<p>具体的な分析内容は17ページ ※分析は来年度</p>		
	各病院が備えるべき機能(スペック)			
	機能確保の検証			
	経営分析			
	住民の理解			
	行政の支援			
	その他必要な視点			
<div data-bbox="128 1345 439 1410" style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> 評価 </div>	分析を踏まえ、来年度提示			

急性期拠点病院の候補案について(県南)

県南医療圏における診療実績等について

※救急告示病院のみ(全身麻酔手術件数順)

急性期拠点病院候補

医療機関名	現構想区域	全身麻酔手術件数	1日当たり全麻件数	手術総数	全麻/手術総数	救急車の受入件数	その他急性期拠点病院に求められる役割					築年数 ※病棟を増築している場合は、増築前の病棟の築年数を踏まえ、算出
							災害拠点病院	医療措置協定 (第一種又は第二種協定指定医療機関)	基幹型臨床研修病院	医療需要に合わせた病床の整備 (一般+療養病床数)	地域への医師派遣 (各常勤医師数を記載)	
大曲厚生医療センター	大仙・仙北	1,864	5.1	3,727	50.0%	4,019	○	○	○	433	68	11
平鹿総合病院	横手	1,278	3.5	3,278	39.0%	3,382	○	○	○	558	73	18
市立横手病院	横手	560	1.5	1,799	31.1%	1,264		○	○	225	34	18
雄勝中央病院	湯沢・雄勝	311	0.9	960	32.4%	1,452	○	○	○	193	23	20
市立角館総合病院	大仙・仙北	276	0.8	589	46.9%	1,272	○	○	○	170	17	8
羽後町立羽後病院	湯沢・雄勝	174	0.5	399	43.6%	368		○		113	8	29
市立大森病院	横手	135	0.4	319	42.3%	282		○		150	14	27
大曲中通病院	大仙・仙北	-	-	-	-	415		○		152	6	17

※病床数は病床機能報告(令和7年7月1日時点)の数値を記載
出典: 病床機能報告(令和6年度)

「大曲厚生医療センター」を急性期拠点病院の候補とした理由

- 全身麻酔手術件数と救急車受入件数のいずれも、医療圏内で最多である。
- 仮に大仙・仙北区域の全身麻酔手術を集約した場合、受入体制の観点で、同院の常勤医師数が区域内で多いことから、全身麻酔手術の拠点になりえると考え。
- 機関型臨床研修病院として若手医師の教育や症例確保において重要な役割を担っているほか、築11年と非常に新しく、2040年を見据えた長期的な拠点となりうる。

「平鹿総合病院」を急性期拠点病院の候補とした理由

- 全身麻酔手術件数と救急車受入件数のいずれも、大曲厚生医療センターに次いで、医療圏内で最多である。
- 仮に横手、湯沢・雄勝区域の全身麻酔手術を集約した場合、受入体制の観点で、同院の常勤医師数が区域内で最も多いことから、全身麻酔手術の拠点になりえると考え。
- 機関型臨床研修病院として若手医師の教育や症例確保において重要な役割を担っているほか、築18年と他病院に比べ新しく、2040年を見据えた長期的な拠点となりうる。

急性期拠点病院を中心とした複数の役割分担案について(県南B)

県南B		現状維持の役割分担	医療機関機能別の役割分担	再編・統合
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; background-color: #4a86e8; color: white; padding: 20px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 各病院の 機能 </div>		<p>【急性期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平鹿総合病院 ・市立横手病院 ・雄勝中央病院 <p>※「消化器系」「筋骨格系」手術において症例が分散</p> <p>【回復期・慢性期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市立大森病院 ・町立羽後病院 <p>【精神】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・横手興生病院 ・佐藤病院 	<p>【急性期拠点機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平鹿総合病院 <p>【高齢者救急・地域急性期機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市立横手病院 ・市立大森病院 ・雄勝中央病院 ・町立羽後病院 <p>【在宅医療等連携機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市立大森病院 ・町立羽後病院 <p>【専門等機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市立大森病院 <p>【精神】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・横手興生病院 ・佐藤病院 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 建物の耐用年数や2040年の医療需要を踏まえ検討 ・ 統合案としては、現在急性期を担う平鹿総合病院が他の病院と統合し、急性期拠点と高齢者救急・地域急性期機能を幅広く担う形があり得る
分析の 視点	2040年の医療需要	具体的な分析内容は17ページ ※分析は来年度		
	各病院が備えるべき機能(スペック)			
	機能確保の検証			
	経営分析			
	住民の理解			
	行政の支援			
	その他必要な視点			
評価		分析を踏まえ、来年度提示		

具体的な分析内容案について

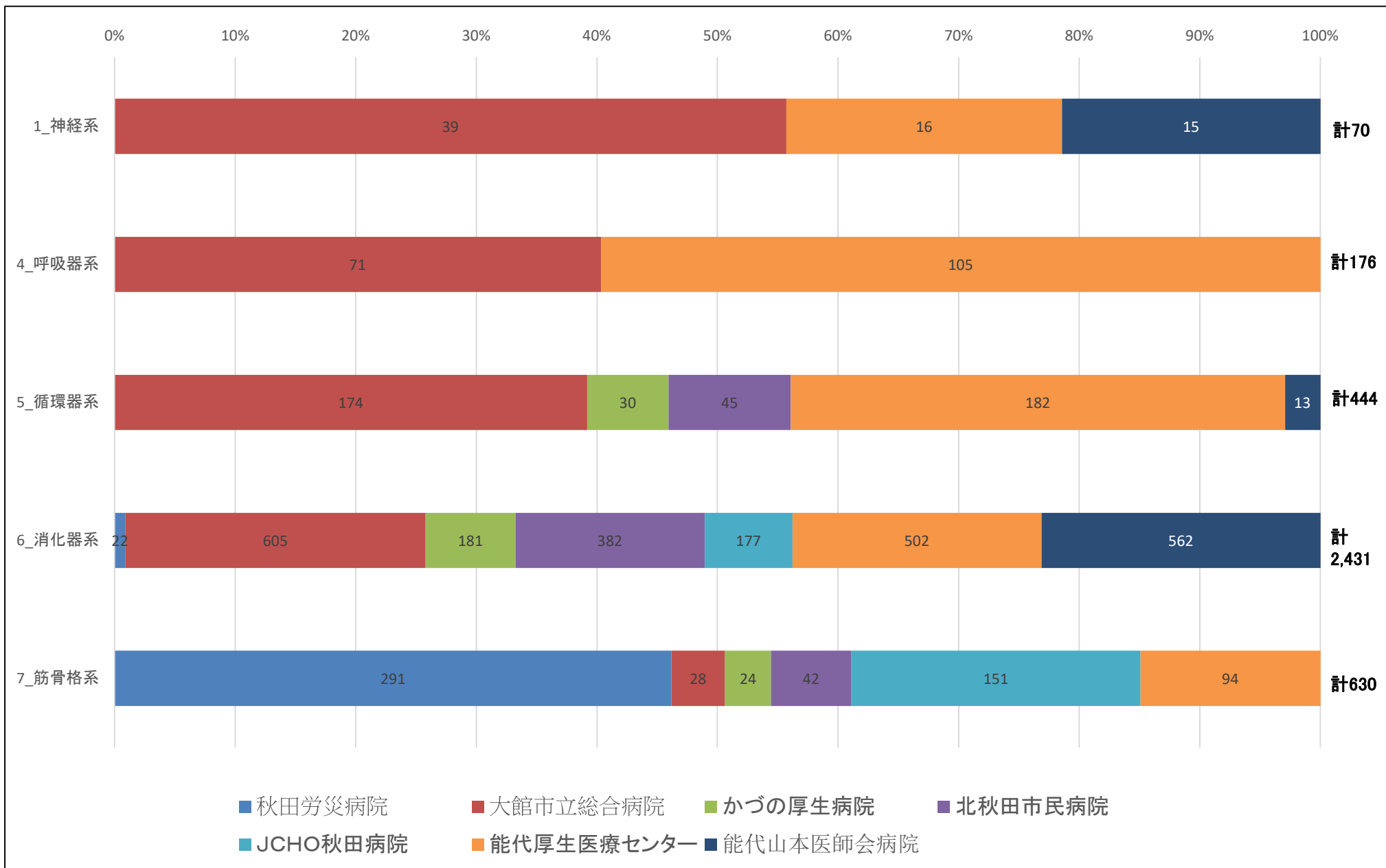
		現状維持、診療科・症例別の役割分担	医療機関機能別の役割分担	再編・統合
各病院の機能		前段のページで提示済み		
分析の視点	2040年の医療需要	<ul style="list-style-type: none"> 県内の人口動態や県内の受療動向を踏まえ、2040年の医療機能別や主要疾患別等の医療需要を分析 等 		
	各病院が備えるべき機能(スペック)	<ul style="list-style-type: none"> 急性期拠点を担う病院が経営及びその機能を維持できるかについて、急性期拠点を担う病院に求められる機能(設備・機器、医療人材、症例数、災害医療提供体制等)を踏まえた分析 県域を越えた急性期拠点の考え方について分析、整理 等 		
	機能確保の検証	<p>【医師の確保に関する分析】</p> <ul style="list-style-type: none"> 秋田大学医学部医局のほか、弘前大学医学部、岩手医科大学医学部等、県内の病院に医師を派遣する機能を持つ大学の医局に対し十分なヒアリングを実施の上、各病院の医師の確保の可能性について分析 <p>【看護師の確保に関する分析】</p> <ul style="list-style-type: none"> 県内の人口動態、看護系大学・看護師養成所の定員、充足率、進学実績を踏まえた将来の供給予測に加え、例えば社宅や寮の設置等、看護師確保にあたって効果的に作用すると思われる要因の分析を行った上で、これらを実施するにあたってのコストも踏まえて、各病院の看護師の確保の可能性について分析 等 		
	経営分析	<ul style="list-style-type: none"> 将来の人口、医療需要、病院のハードの状況(建築年数、建替修繕を要する場合は建物への投資額)、担うべき機能を果たすために必要な医療人材の数やコスト、現在の財務状況(借入金等)等を踏まえ、将来の経営が成り立つか、2030年、2040年、2050年のシミュレーションを分析 等 		
	住民の理解	<ul style="list-style-type: none"> 各医療機関へのアクセスや公共交通機関の状況 統合等で立地が変わる場合は、場所の候補案や、どのような観点でアクセスを確保すべきかを分析 立地場所を工夫することによって県が進める移住促進や転出者の減少につながる可能性があるかを分析 等 		
	行政の支援	<ul style="list-style-type: none"> 各病院が担うべき機能を果たすために行政(県、市町村)が支援すべき金額及び財源の分析を行い、費用対効果を分析 統合に当たって施設整備を要する場合は、行政が行うべき支援策とその金額及び財源を分析 等 		
	その他必要な視点	<ul style="list-style-type: none"> 今回の地域医療構想調整会議の御意見等を踏まえ、検討 等 		
評価		分析を踏まえ、来年度提示		

本日の意見交換の内容

各これまでの資料の中で、以下について、御意見をいただきたい。

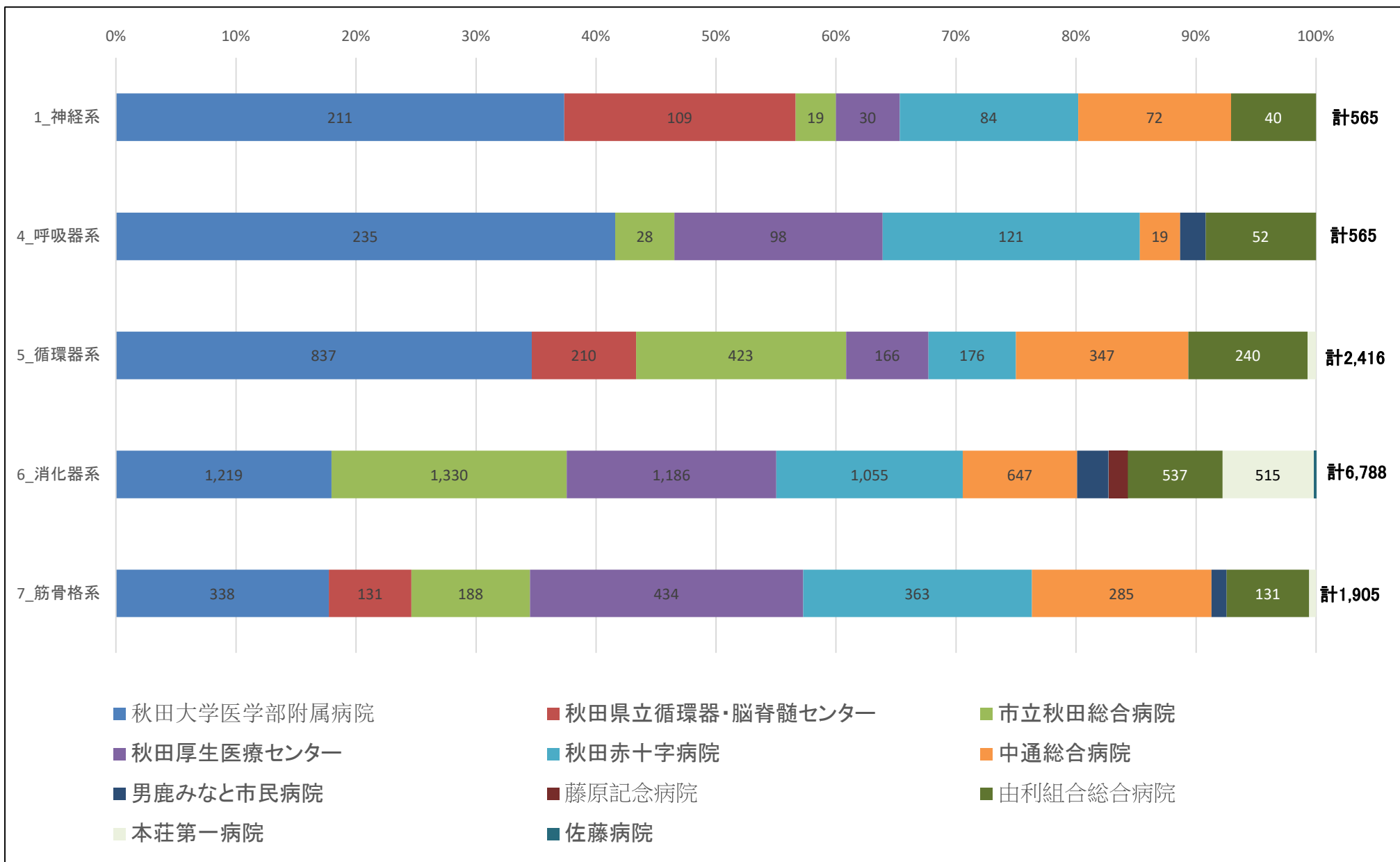
- 各医療圏内における急性期拠点病院案について
- 急性期拠点病院を中心とした複数の役割分担案について
- 来年度複数の役割分担案を検討していく上で、必要な分析について

【参考】MDC症例別医療機関別手術件数(県北)

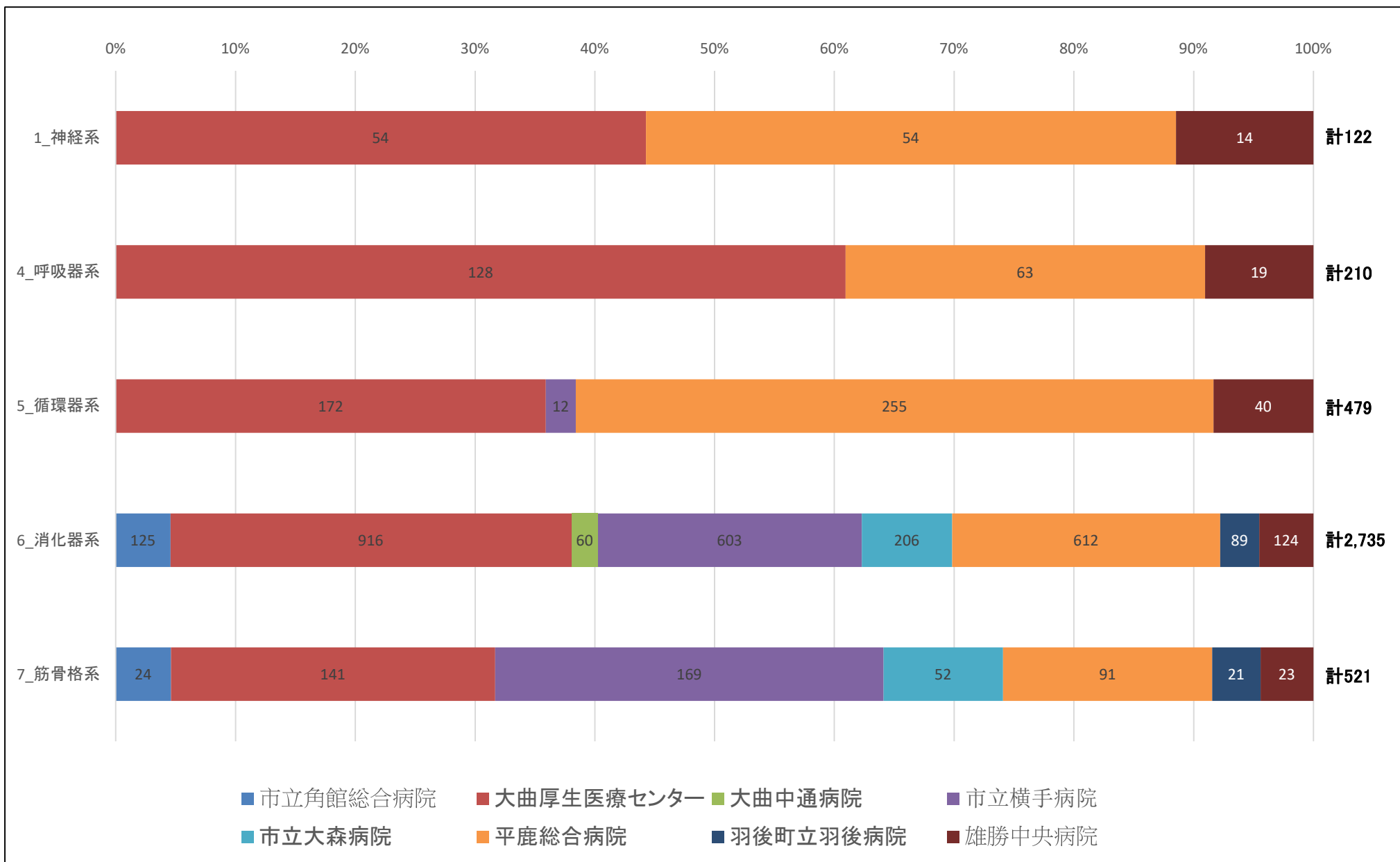


出典:厚生労働省「DPC退院患者調査」

【参考】MDC症例別医療機関別手術件数(県央)



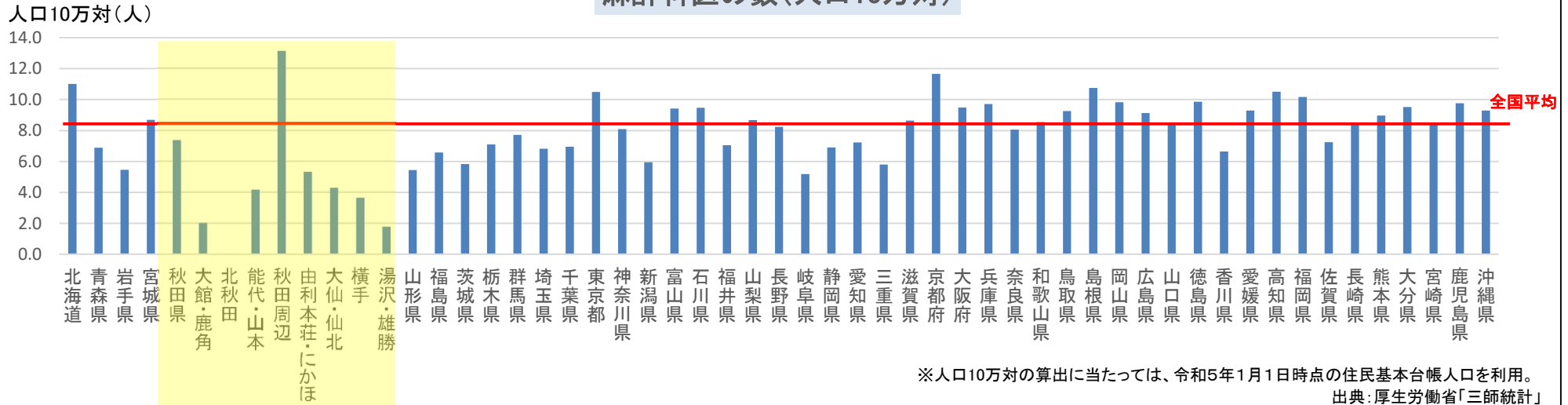
【参考】MDC症例別医療機関別手術件数(県南)



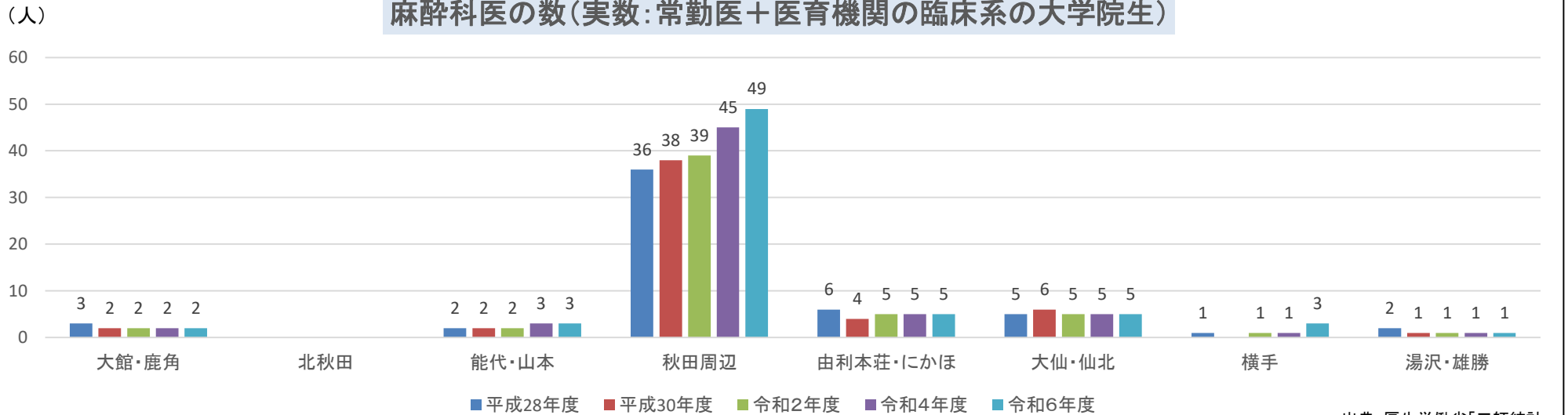
出典:厚生労働省「DPC退院患者調査」

【参考】本県における麻酔科医の状況について

麻酔科医の数(人口10万対)

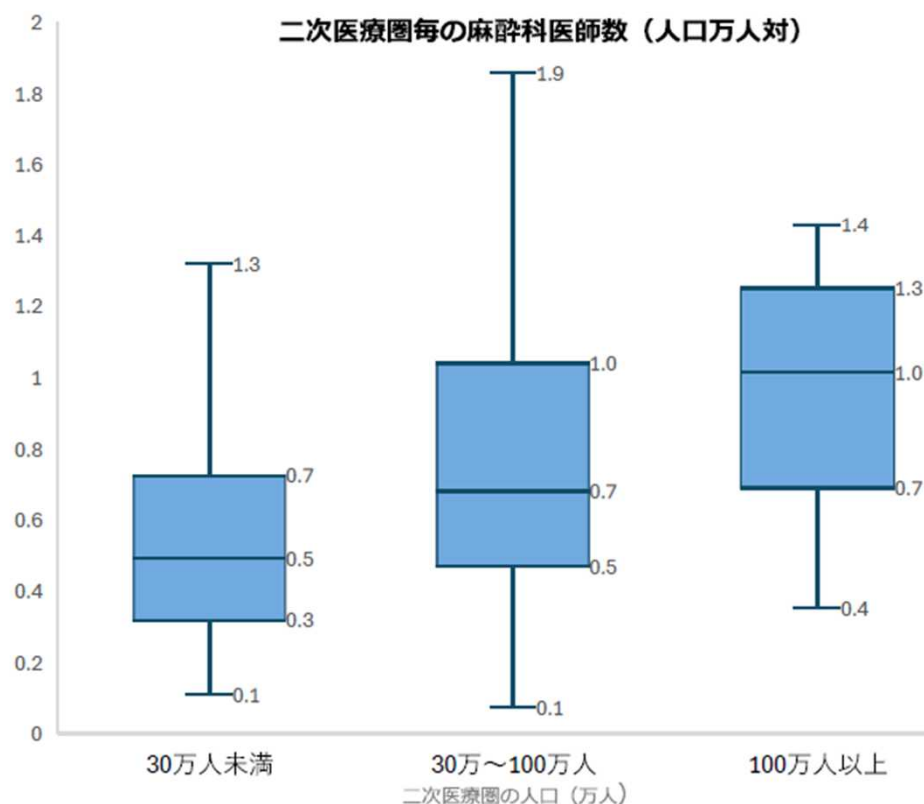


麻酔科医の数(実数:常勤医+医育機関の臨床系の大学院生)



麻酔科医の確保について

- 全身麻酔手術等の実施に必要な麻酔科医については、人口あたり医師数で比較しても、人口が多い地域に、より多く集まる傾向にある。また、日本麻酔科学会からは、小規模な外科診療の縮小や急性期病院の集約化を進めることについて指摘されている。
- 都市部においては、急性期拠点機能を担う医療機関以外の医療機関であっても、増加する高齢者の骨折をはじめとした手術を実施する必要があり、一定の集約の議論は進めつつも、急性期拠点機能以外の病院も含めた手術の実施体制の確保が必要であるなど、人材確保の観点も踏まえながら地域ごとの事情に応じた連携・再編・集約化の議論が必要である。



資料出所：医師・歯科医師・薬剤師統計（令和4年）

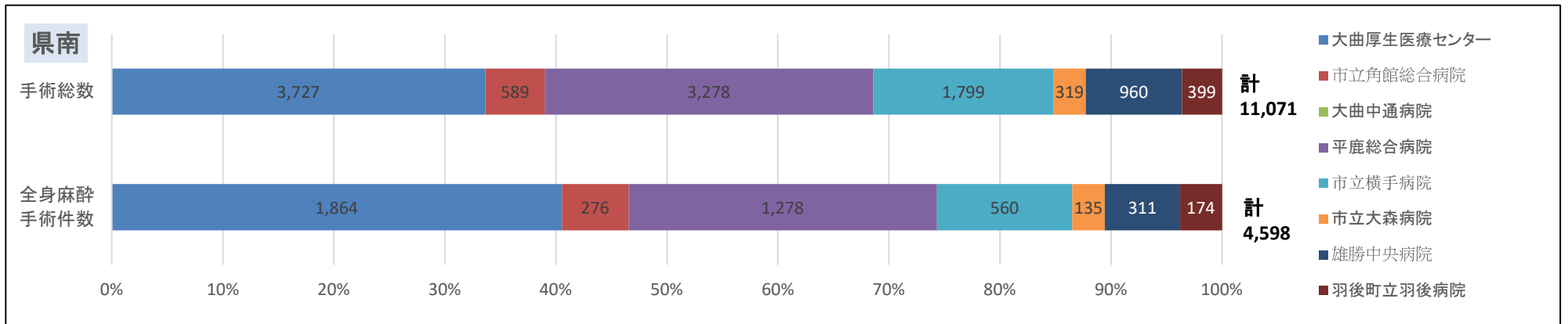
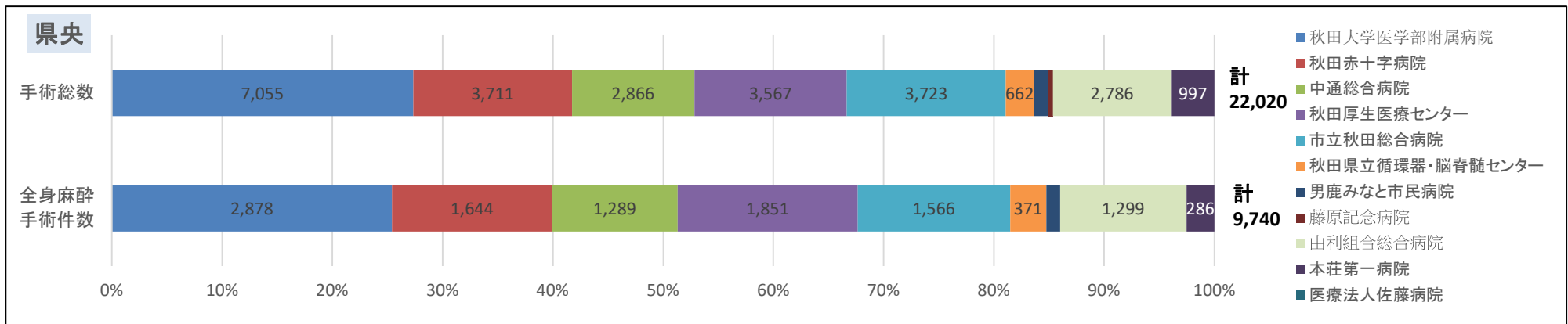
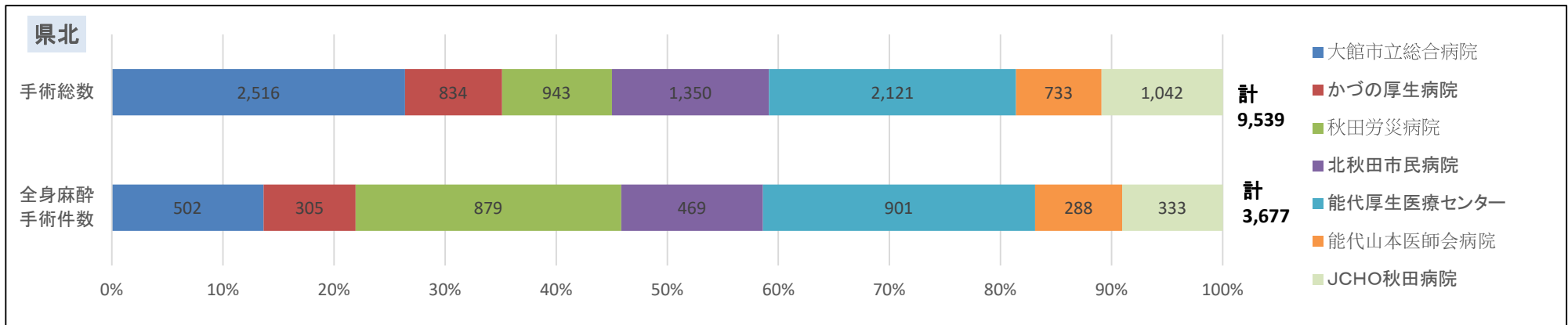
公益社団法人日本麻酔科学会要望書（抜粋）

この度、急激な少子高齢化ならびに人口減に伴ういわゆる2040年問題に関して、我々麻酔科医が主に勤務する急性期病院のさらなる集約化の推進について要望させていただきます。

（略）一方、麻酔科医の増加に伴い、その周辺領域、例えば救急医療、集中治療、ペインクリニック、緩和医療、無痛分娩対応、そして病院管理業務など、本来の周術期麻酔科診療以外での活躍の場が広がってきています。また、麻酔科は他診療科と比べ多様なライフスタイルへの対応を迫られることが多く、一部の麻酔科医に当直や夜間/休日緊急手術対応など負荷がかかっております。

2024年度から、医療現場でも働き方改革が法的に導入され、多職種医療者へのタスク・シフト/シェアが推進されています。国民の周術期医療の安全性を担保しながら、麻酔科医の労働環境を改善することも重要な課題となっています。一方、本邦の超少子高齢化は深刻で、コロナ禍によりこの傾向が助長されることが危惧されます。総務省の報告では、2040年に日本の人口はピーク時より2000万人以上が減少し、高齢化率は35%以上、そして日本の50%の居住地域で人口が40%以上減少することが示されています。**ヒューマンリソースが相対的に減少する中、増加する医療ニーズに対応するためには本邦の特徴でもある小規模の外科診療を縮小し、いわゆる急性期病院の集約化・再編を進めることが喫緊の課題であると感じております。急性期病院の集約化は麻酔科医師のマンパワーを効率的に最大限に活用するためにも極めて重要**であると考えます。一方で集約化に伴い、起こりうる地域における医療アクセスも課題であり集約化と均てん化はバランスを持って進めることも重要と考えます。

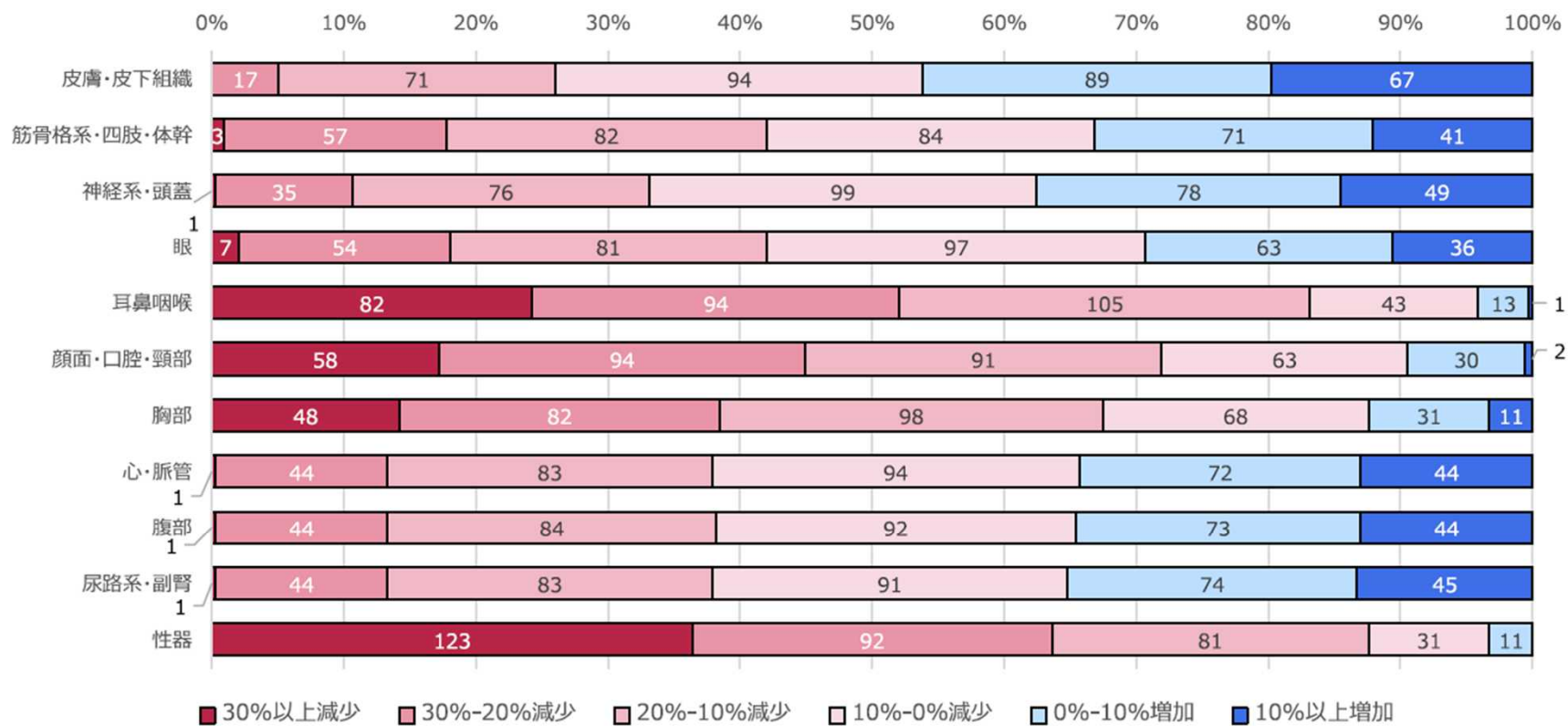
【参考】本県における手術の実施状況について



2040年における診療領域別の手術件数の変化について

多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。

2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



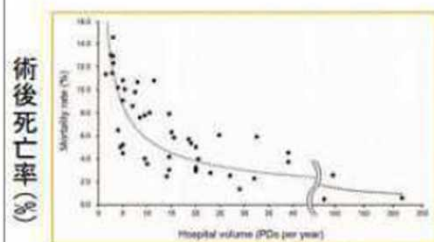
資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
 ※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

＜医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会における議論の内容＞

日本消化器外科学会提出資料

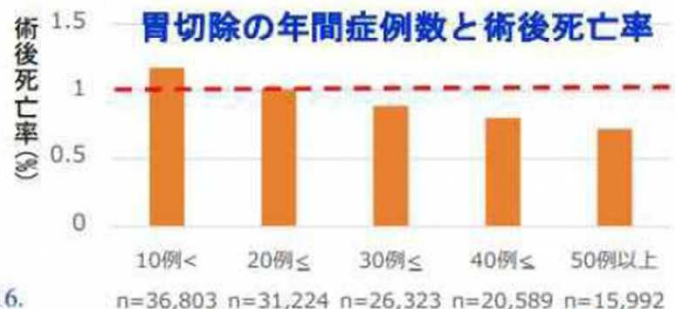
令和6年10月30日第7回医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料(資料2)

高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績
-集約化によって見込まれる短期成績の向上-



年間の当該手術数

Hata T, et al. Ann Surg 2016.



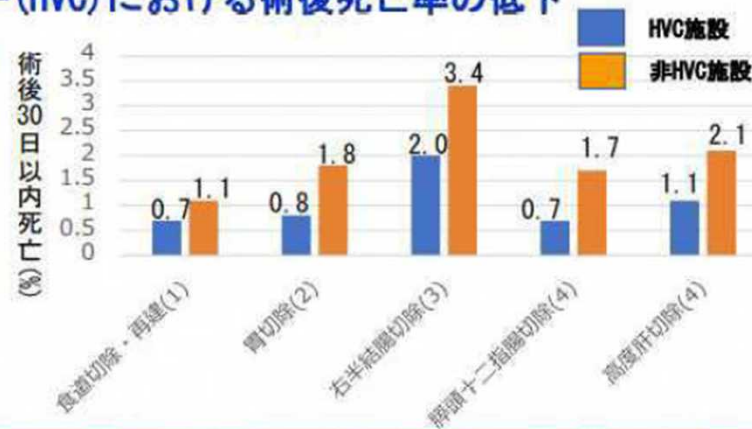
超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。
厚生労働科学特別研究事業
ナショナルビックデータを用いた新専門医制度地域外科医療に及ぼす影響の評価研究
(藤原俊義ら、2020)

年間手術数の多いハイボリュームセンター(HVC)における術後死亡率の低下

対象	重点化対象となりうるハイボリュームセンター(HVC)の基準成績の向上が見える症例数と地域分布からみた設定。
食道癌	食道癌に対する切除・再建年間20例以上
胃癌	胃癌に対する切除年間30例以上
結腸・直腸癌	大腸癌手術50例以上
肝胆膵癌	肝胆膵高難度手術30例以上

(1) Motoyama S, Esophagus 2020.
(2) Kakeji Y. NCD data.

(3) Kobayashi H, et al. Ann Gastroenterol Surg 2020.
(4) Mise Y, J Hepatobiliary Pancreat Sci 2023.

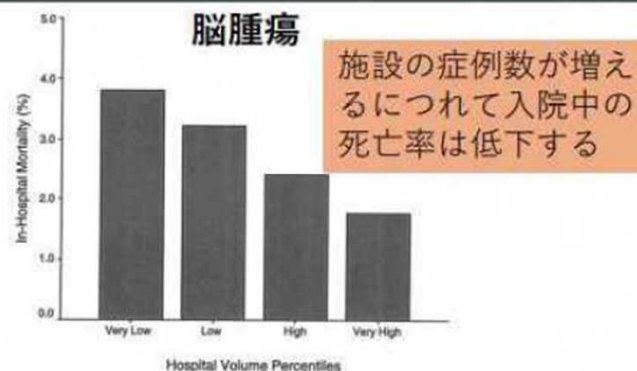


消化器領域の癌に対する手術は、ハイボリュームセンターで重点化して行う方がよりよい成績が得られる可能性。

＜医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会における議論の内容＞

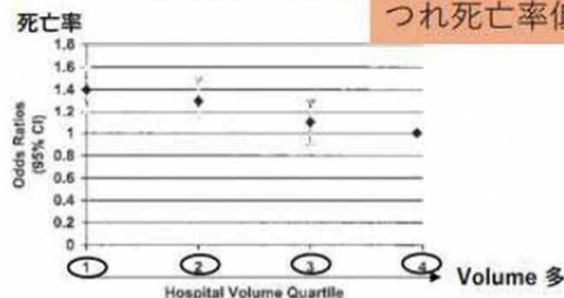
令和6年10月30日第7回医師養成過程等を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料(資料3)

日本脳神経外科学会提出資料



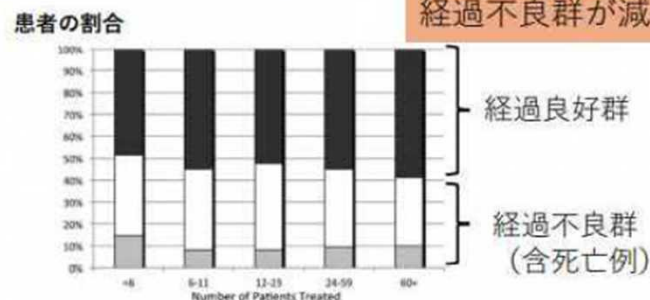
Cowan JA Jr, et al. Thimpart of provider volume on mortality after intracranial tumor resection. Neurosurgery. 2003 52(1):48-53

くも膜下出血 症例数が増えるにつれ死亡率低下



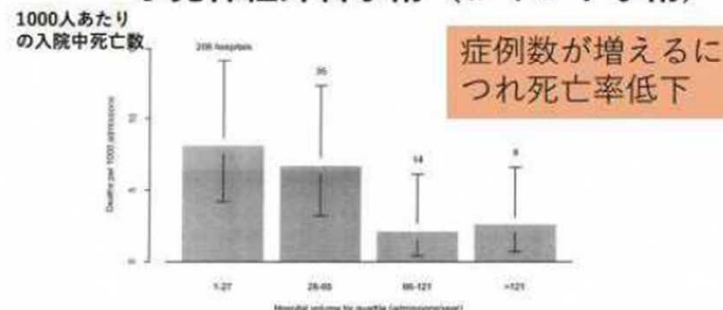
Cross DT 3rd, et al. Mortality rates after subarachnoid hemorrhage: variations according to hospital case volume in 18 states. J Neurosurg. 2003 99(5):810-7

頭部外傷 症例数が増えると経過不良群が減少



Clement RC, et al. Volume-outcome relationship in neurotrauma care. J Neurosurg. 2013 118(3):687-93

小児神経外科手術 (シャント手術)



Smith ER, et al. In-hospital mortality rates after ventriculoperitoneal shunt procedures in the United States, 1998 to 2000: relation to hospital and surgeon volume of care. J Neurosurg. 2004 100:90-7

大学に対する医師派遣要請の取組（茨城県）

- 茨城県においては、各地域医療構想調整会議からの医師派遣要望数を集計し、医師派遣要請リストを作成・地対協等で協議。とりまとめられたものを踏まえ、県から大学へ医師派遣を要請し、各大学から可能な範囲で医師派遣がなされている。

前回までの論点⑤ 令和5年度医師派遣要請リスト

区分	二次保健医療圏名	医療機関名	内科	呼吸器科	循環器科	消化器科	泌尿器科	小児科	産科	皮膚科	整形外科	眼科	耳鼻科	歯科	放射線科	その他	計	
多数	つくば	筑波学園病院		2.0										1.0			2.0	
		筑波記念病院																1.0
		筑波がくく病院														1.0		1.0
	水戸	水戸済生会総合病院																1.0
		水戸協賛病院		1.0		1.0												2.0
		筑波中央病院		1.0		1.0												2.0
土浦	水戸医療センター		1.0					1.0									2.0	
	筑波第一病院				1.0												1.0	
	土浦協賛病院													2.0			2.0	
	土浦第一病院		1.0														1.0	
少数	日立・竜ヶ崎	日立総合病院			1.0												1.0	
		日立でこ総合医療センター												1.0			1.0	
	鹿行	鹿行総合病院				1.0							1.0				2.0	
		鹿行済生会病院				1.0												1.0
	古河・坂東	筑波中央病院		1.0						1.0					1.0		4.0	
		筑波中央病院								1.0								1.0
	筑波・下妻	筑波中央病院												1.0				1.0
		筑波中央病院													2.0			2.0
	常陸太田・ひたちなか	ひたちなか総合病院													1.0			1.0
		筑波中央病院								1.0								1.0
日立	日立総合病院		1.0			2.0											3.4	
	筑波中央病院															0.4	2.2	
計		3.2	2.0	6.0	3.0	2.0	2.0	1.0	2.0	3.0	2.0	5.0	4.0	1.0	0.4		36.6	

- 令和5年度における大学への、病院別・診療科別の医師派遣要請の一覧。各病院がどの診療科に何人の医師を派遣してほしいかを要望、地域医療構想調整会議で内容を検討・協議し、とりまとめたものを地域医療対策協議会で評価・とりまとめを行い、県から大学へ派遣を要請。

令和5年度 医師派遣要請結果

○ 令和5年度医師派遣要請の結果について

地対協で承認された医師派遣要請までの具体的な手順に沿って、筑波大学・東京医科歯科大学・東京医科大学・自治医科大学・昭和大学の5大学に対し、23病院・36.6名の医師派遣の協力を要請した結果、**筑波大学から「12病院・15.4名」の医師派遣が可能との回答があった。**

大学名	要請	回答
筑波大学	21病院 34.6人	12病院 15.4人
東京医科歯科大学	14病院 18.2人	-
東京医科大学	13病院 17.2人	-
自治医科大学	13病院 17.2人	-
昭和大学	13病院 17.2人	-
合計	23病院 36.6人	12病院 15.4人

※ 5大学のうち、各病院が希望する大学へ要請

- 県から各大学へ派遣要請を行い、各大学は県へ派遣可能な病院や診療科を回答。

医師配置についての県と大学病院本院等での連携・検討体制の例（新潟県）

- 新潟県においては、地域枠の医師の配置のあり方等について、都道府県に加えて、大学医学部・大学病院本院や医師会等と検討する体制が取られている。

新潟県地域医療対策協議会 地域医療を担う医師配置等検討ワーキング

設置趣旨

- 1 県費修学生の指定勤務期間における配置医療機関の検討
- 2 医師としてキャリアアップできるしくみづくりを検討
- 3 地域医療の確保に繋がっていくような県全体のバランスを考えた効果的な運用を検討

委員

新潟大学医学部	医学部長	佐藤 昇	◎委員長
新潟大学歯学部総合病院	病院長	菊地利明	
新潟県医師会	副会長	上田昌博	
新潟県病院協会	理事	本間 照	済生会新潟病院長
新潟県厚生連	理事長	塚田芳久	
新潟県市長会	佐渡市長	渡辺竜五	
新潟県町村会	阿賀町長	神田一秋	
新潟県病院局	局長	金井健一	

※R7.8.4現在

※ 以前は「地域医療を担う医師配置等検討委員会」として設置されていたが、H30.7.25に公布された「医療法及び医師法の一部を改正する法律」を受け、地域医療対策協議会のワーキンググループに改編

(参考)R7スケジュール

第1回会議（令和7年8月4日）

○議題：配置方針等について

【地域医療支援センター】

下記の状況を総合的に判断し、配置原案を作成

- 県修学生配置参考項目
- 地域・医療圏のニーズ
- 県修学生の要望
- 大学医局の意見

第2回会議（令和8年1月下旬）

○議題：県修学生配置案等

※ 承認後、新潟県地域医療対策協議会における協議及び（公財）新潟医学振興会医師養成修学資金協議会運営委員会における協議を経て最終決定（予定）

大学病院本院による人的協力の進め方の例（実例を踏まえたイメージ）

- 新たな地域医療構想において、大学病院本院の機能として、医師等に係る人的協力が求められる。地域医療構想に沿った派遣が行われるよう、例として、以下のような取組が考えられる。

① 大学病院本院は都道府県に対し、医局に属する医師数等の情報を共有

○大学病院本院は、当該大学病院の医局に属する医師数等を整理し、医局から医師を派遣している都道府県に対して情報を共有する。

- 各大学医局に属する医師数（診療科毎）
- 地域枠医師数
- 構想区域・医療機関別の医師配置状況 等

② 都道府県は地域医療構想を踏まえながら、地域で特に医師の派遣が必要な病院を調整

○地域医療構想調整会議において、以下のような情報を踏まえながら、各医療機関において必要となる医師数を整理する。

- 構想区域毎の各区域の医療機関機能の状況（急性期拠点の数など）
- 上記の病院における現在の医師数（うち、各大学に属する医師数・地域枠の医師数）
- 各医療機関の2040年を見据えた医療機関機能等に係る取組
- 構想区域の今後の人口推計等を踏まえた医療需要の見込み 等

③ 都道府県は、都道府県内全体の状況を整理した上で、大学病院本院に共有し、大学病院本院と都道府県間で医師の派遣先を調整