

続 地域医療構想を踏まえた今後の経営戦略
～愛媛の医療連携の将来を考える～

大学病院からみた 愛媛の地域医療提供体制について



愛媛大学医学部附属病院

杉山 隆

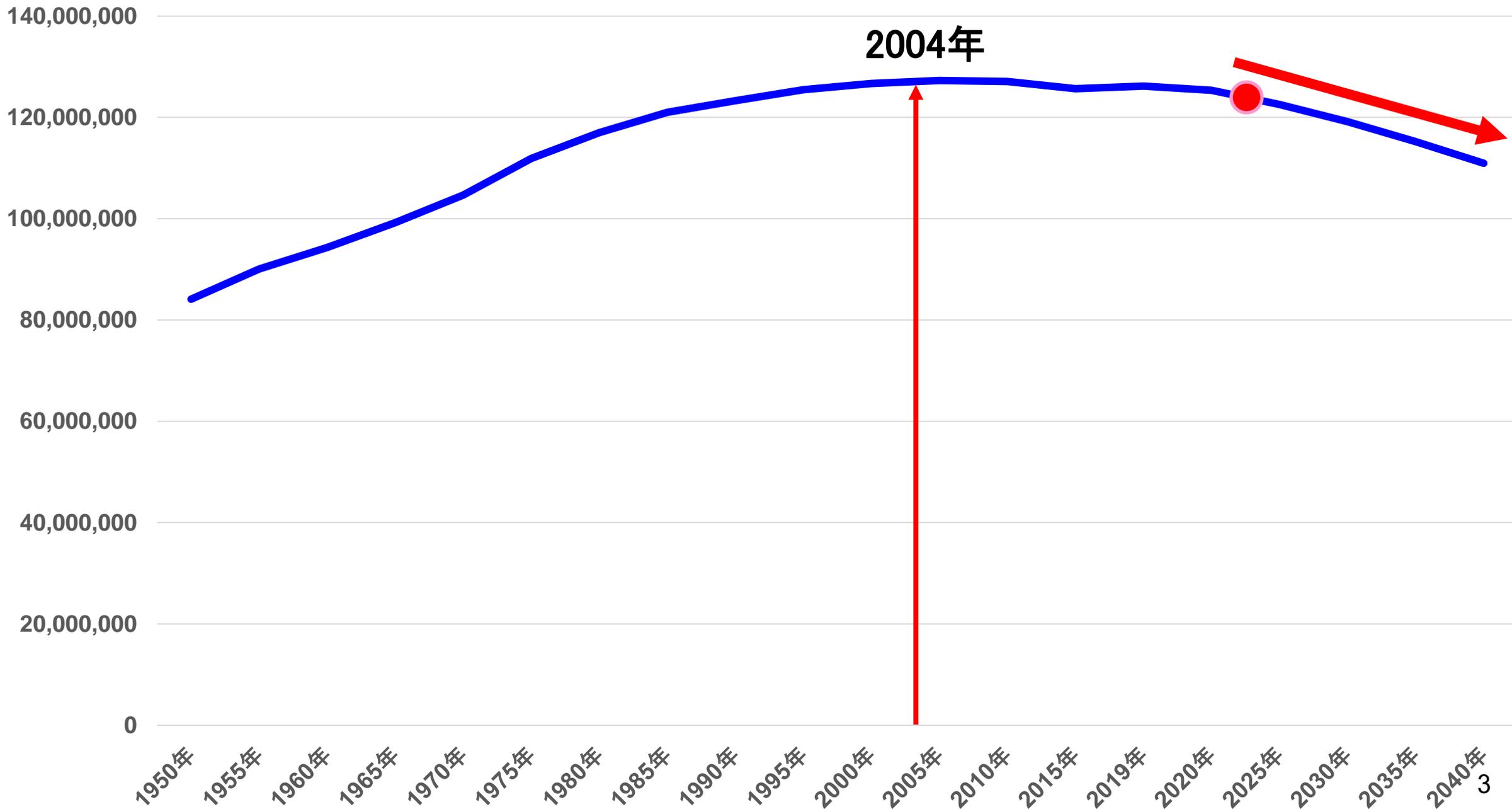


本講演の発表内容に関連し、
開示すべきCOI関係にある企業等はありません。

内容

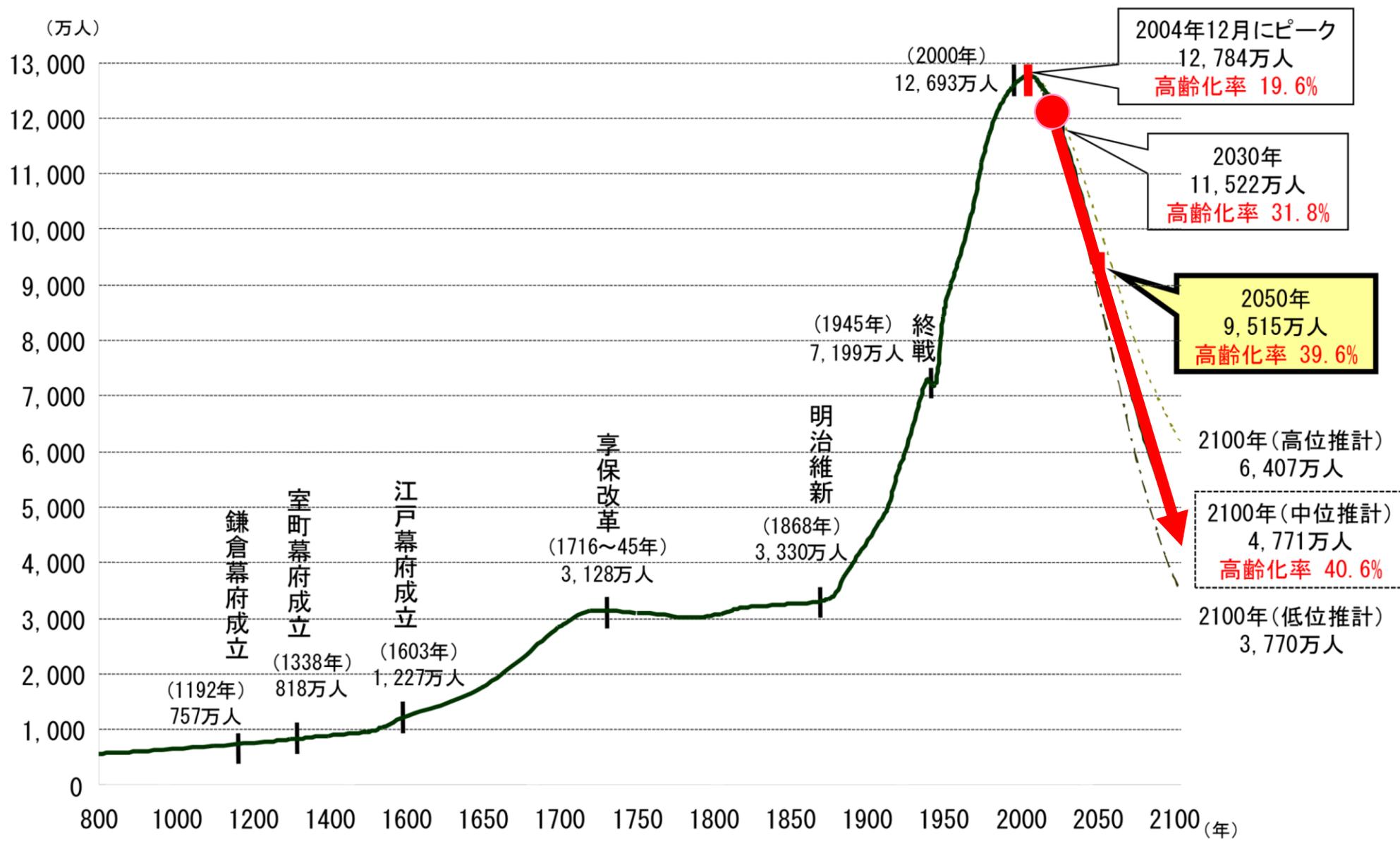
1. わが国の人口動態と2040年問題
2. 地域医療構想：2025⇒2040バージョンへ
3. 大学病院の現状と地域医療への役割
4. 地域医療構想：大学病院からの医師派遣の視点より

わが国の人口の長期的推移(1)



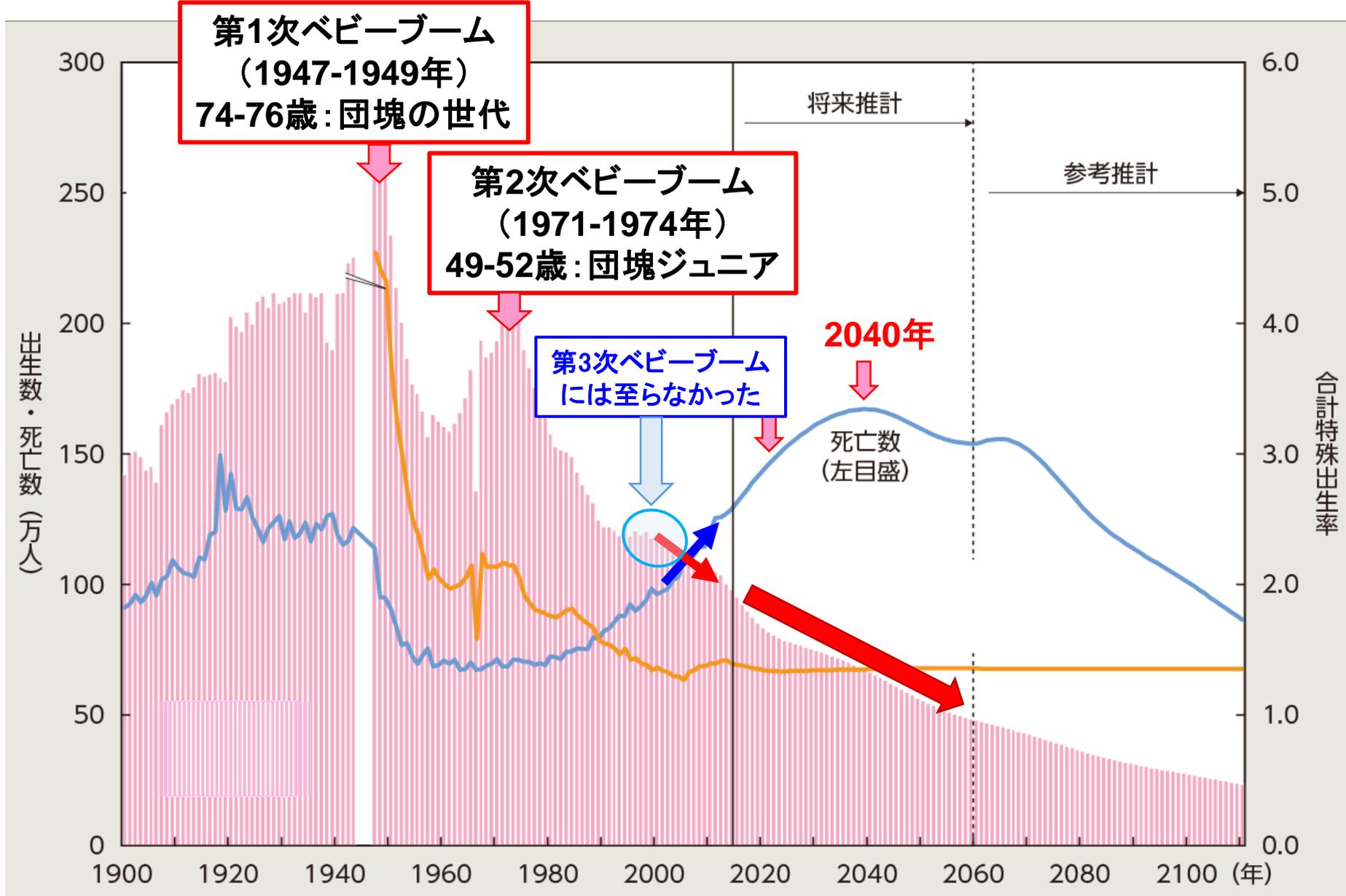
わが国の人口の長期的推移(2)

出典:「国土の長期展望」中間とりまとめ 概要(平成23年 国土審議会政策部会長期展望委員会)

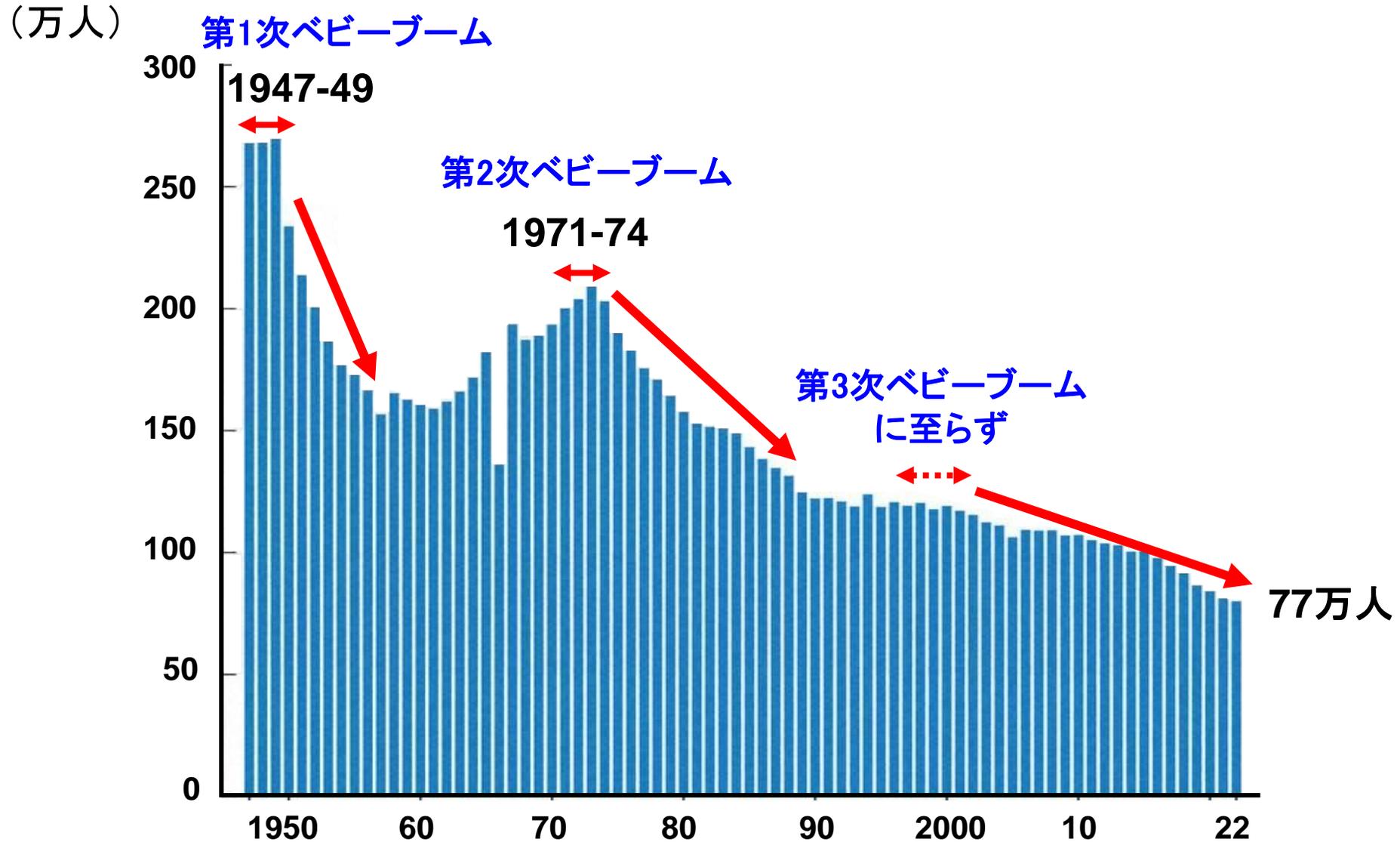


わが国の人口の長期的推移(3)

平成27年度版 厚生労働省白書より引用・追記

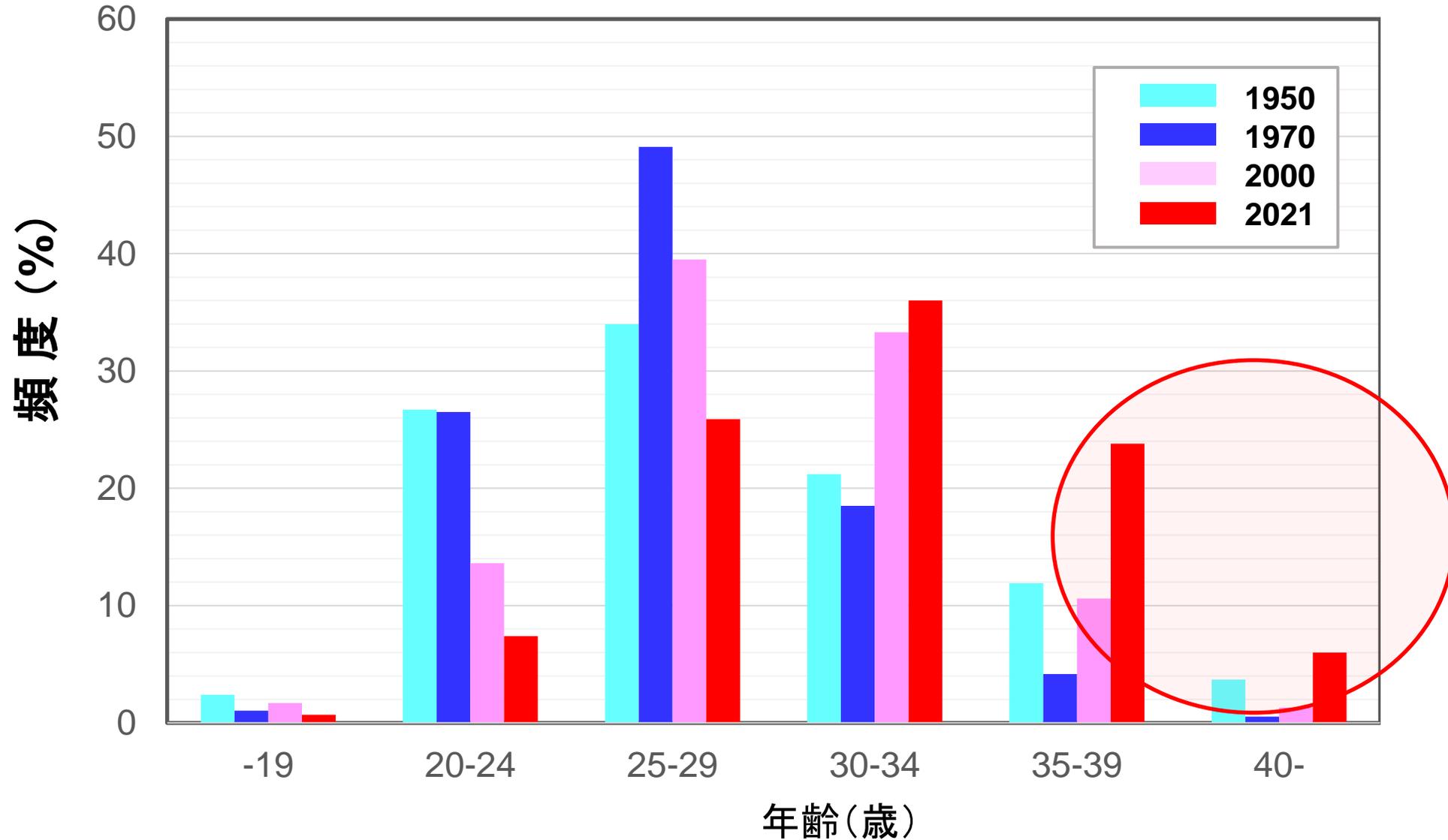


出生数の推移(1947-2022年)



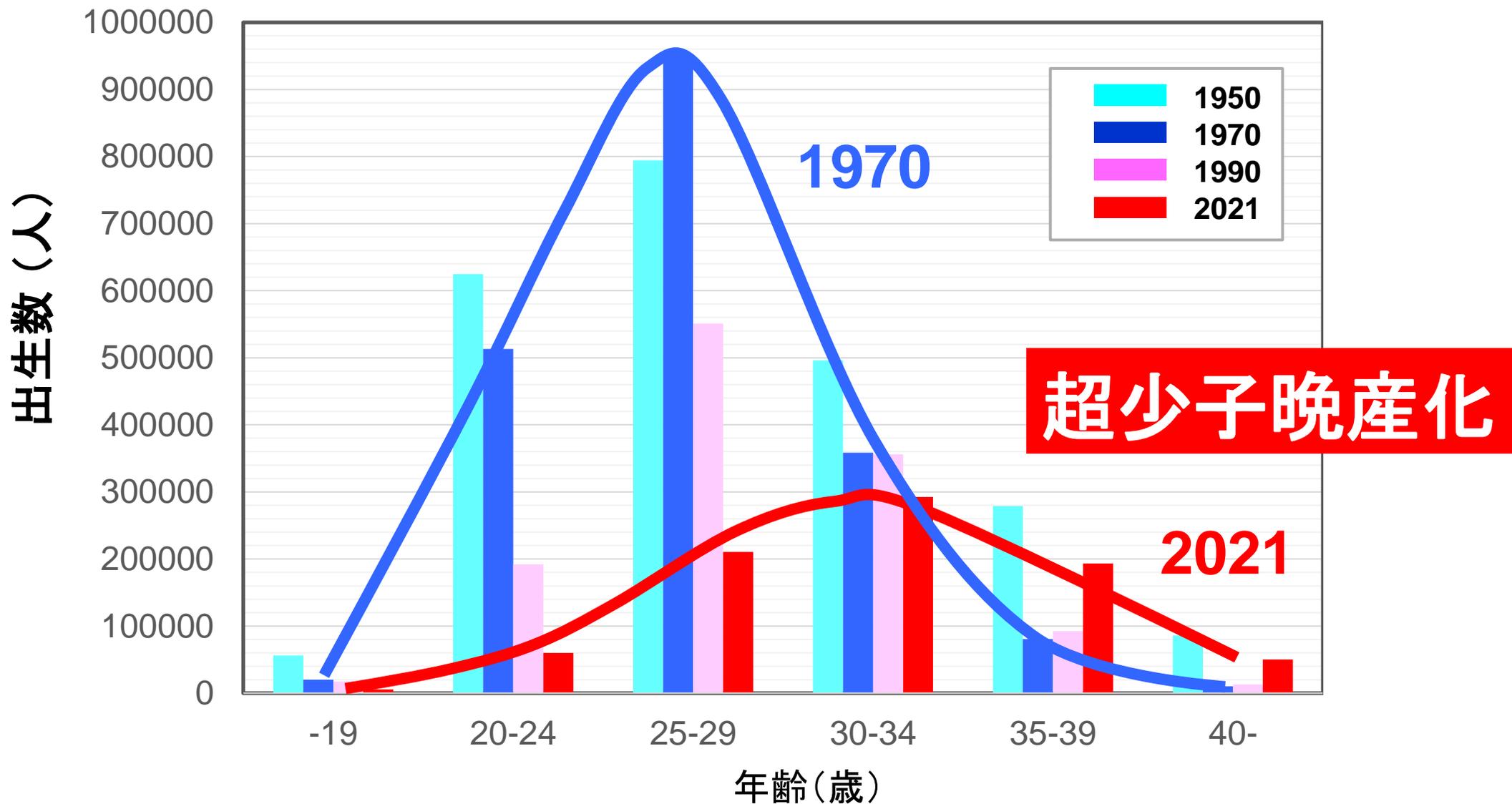
年齢別出産数の推移

2023年 母子保健統計より作成



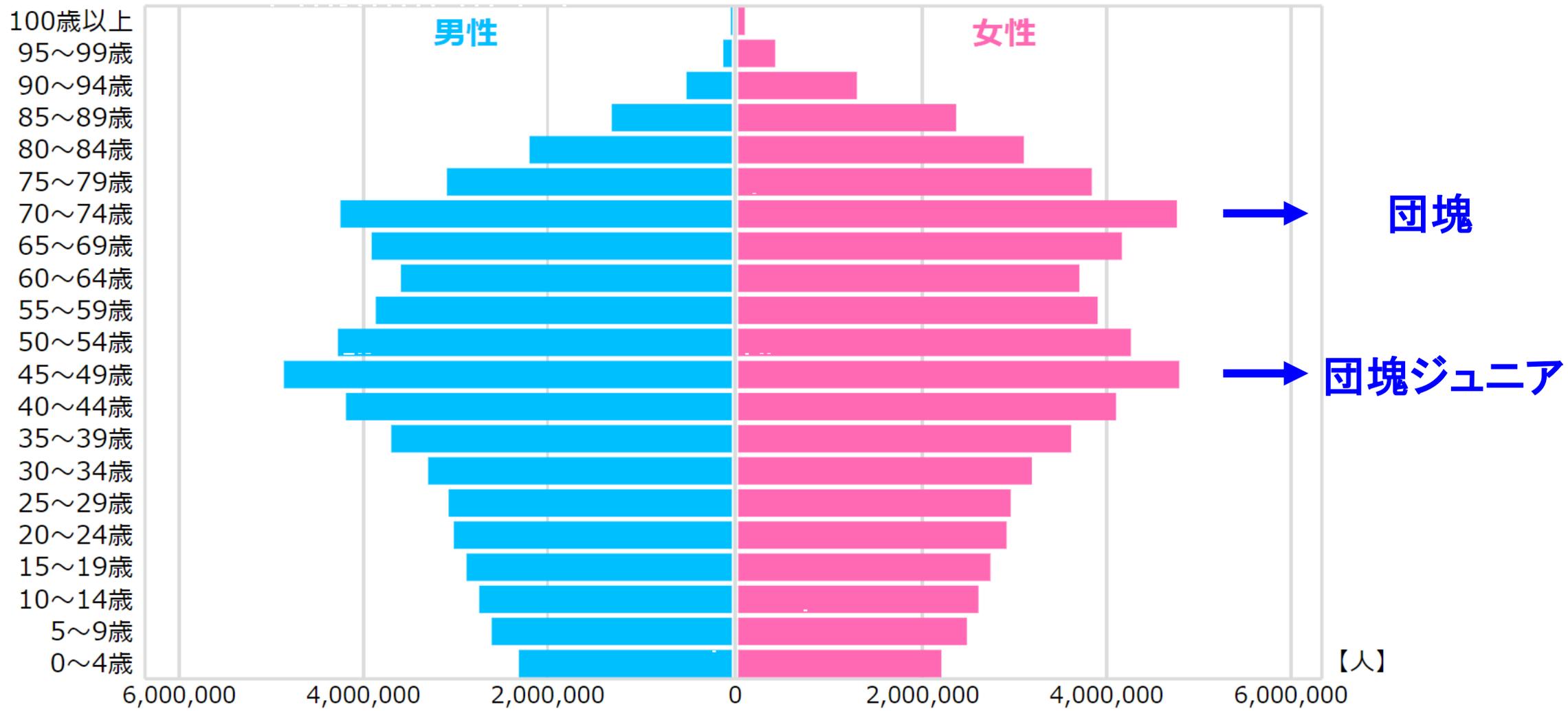
年齢別出産数の推移

2023年 母子保健統計より作成

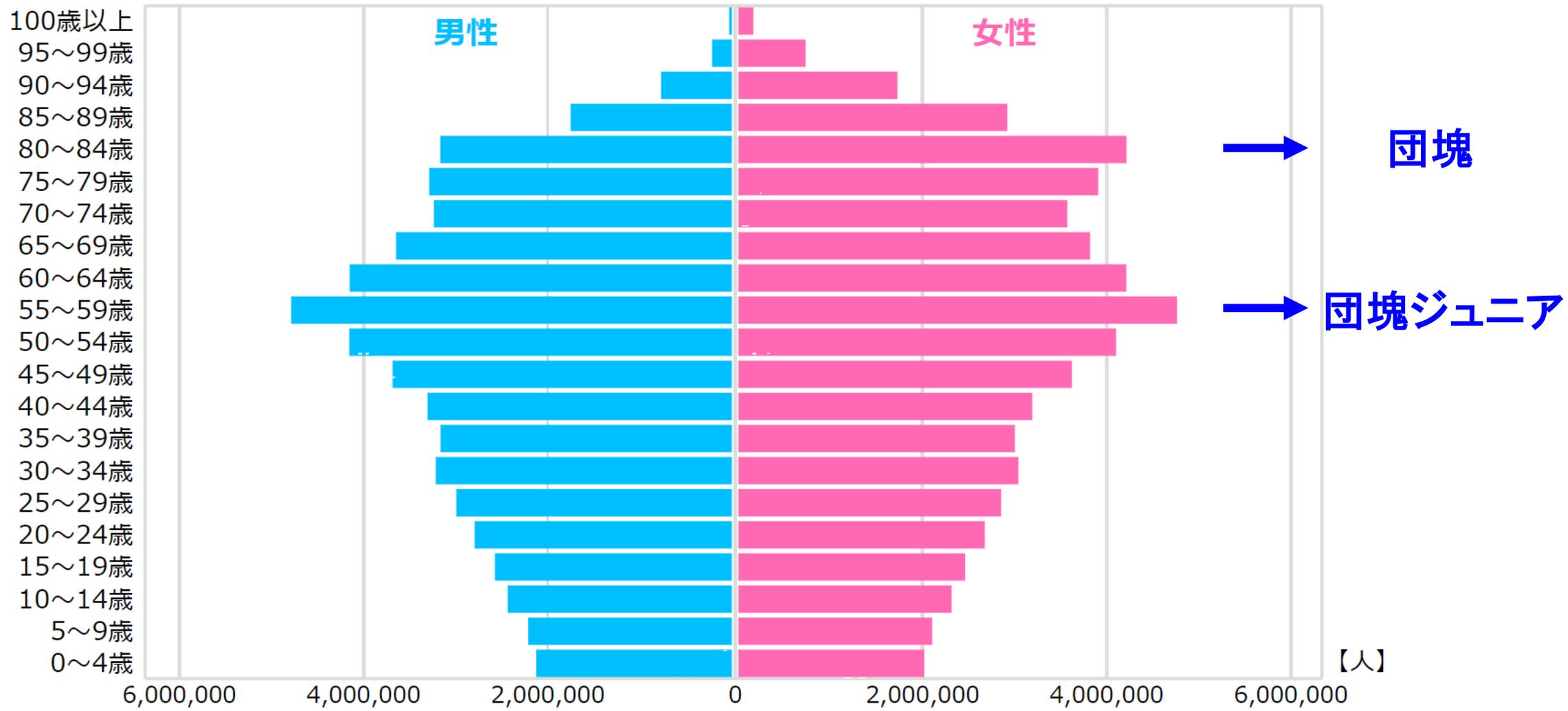


わが国の人口構成の推移

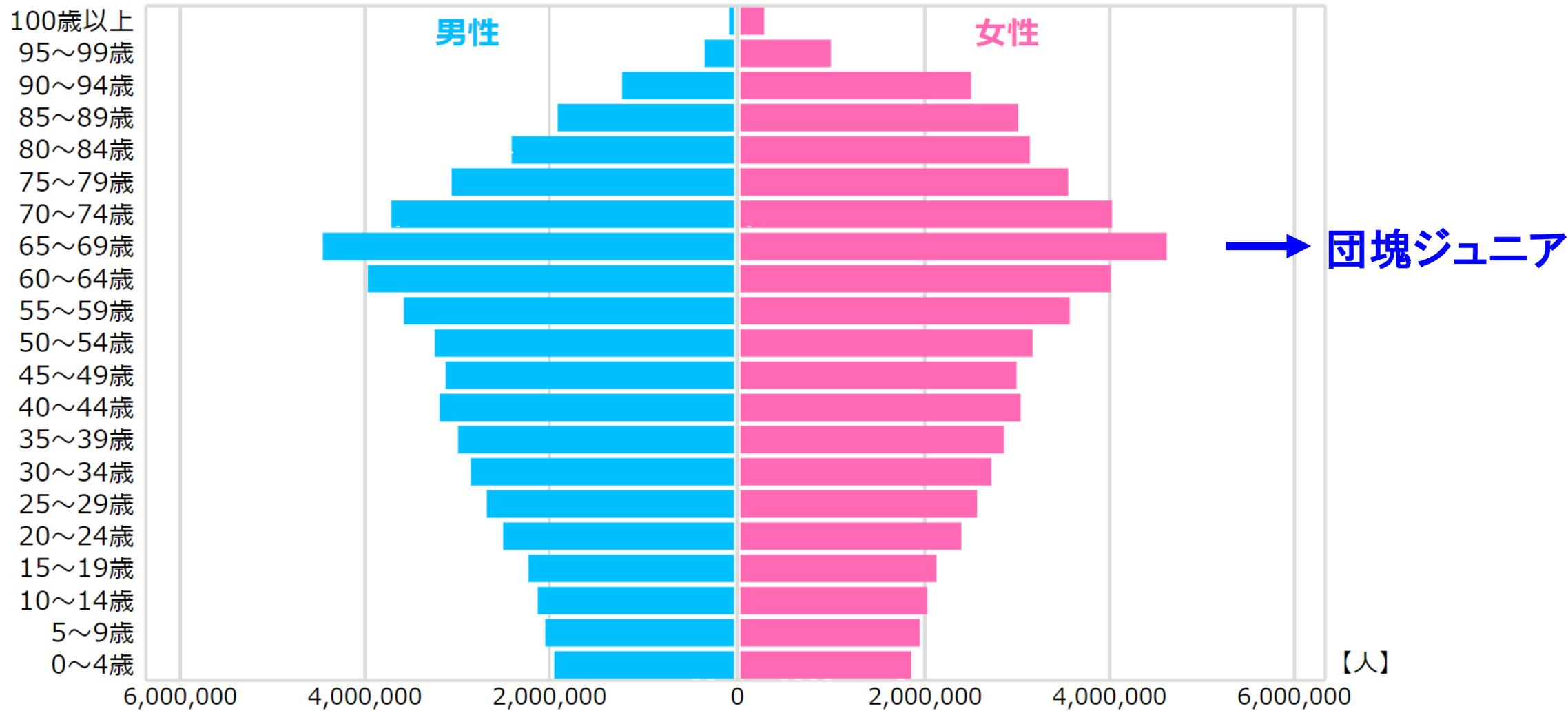
人口構成(2020年)



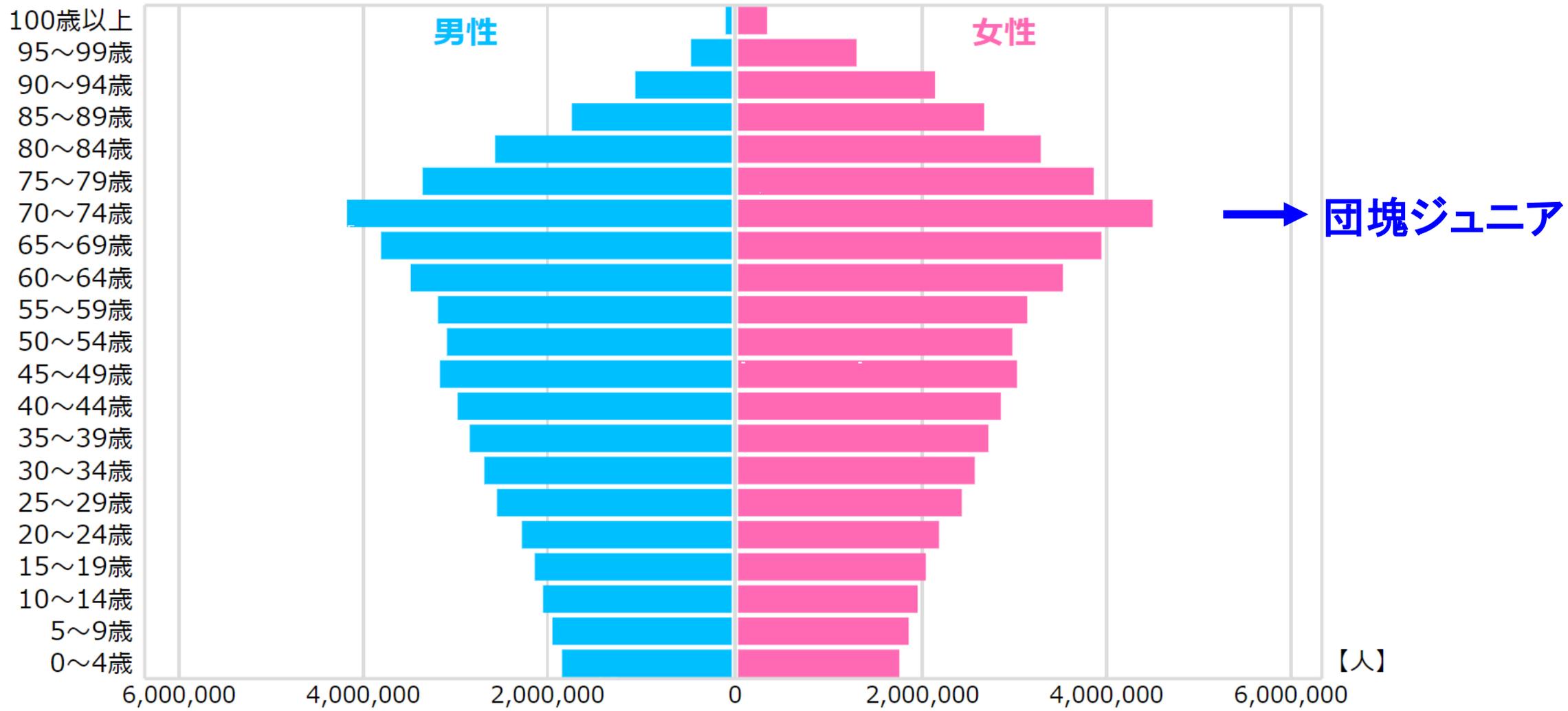
人口構成(2030年)



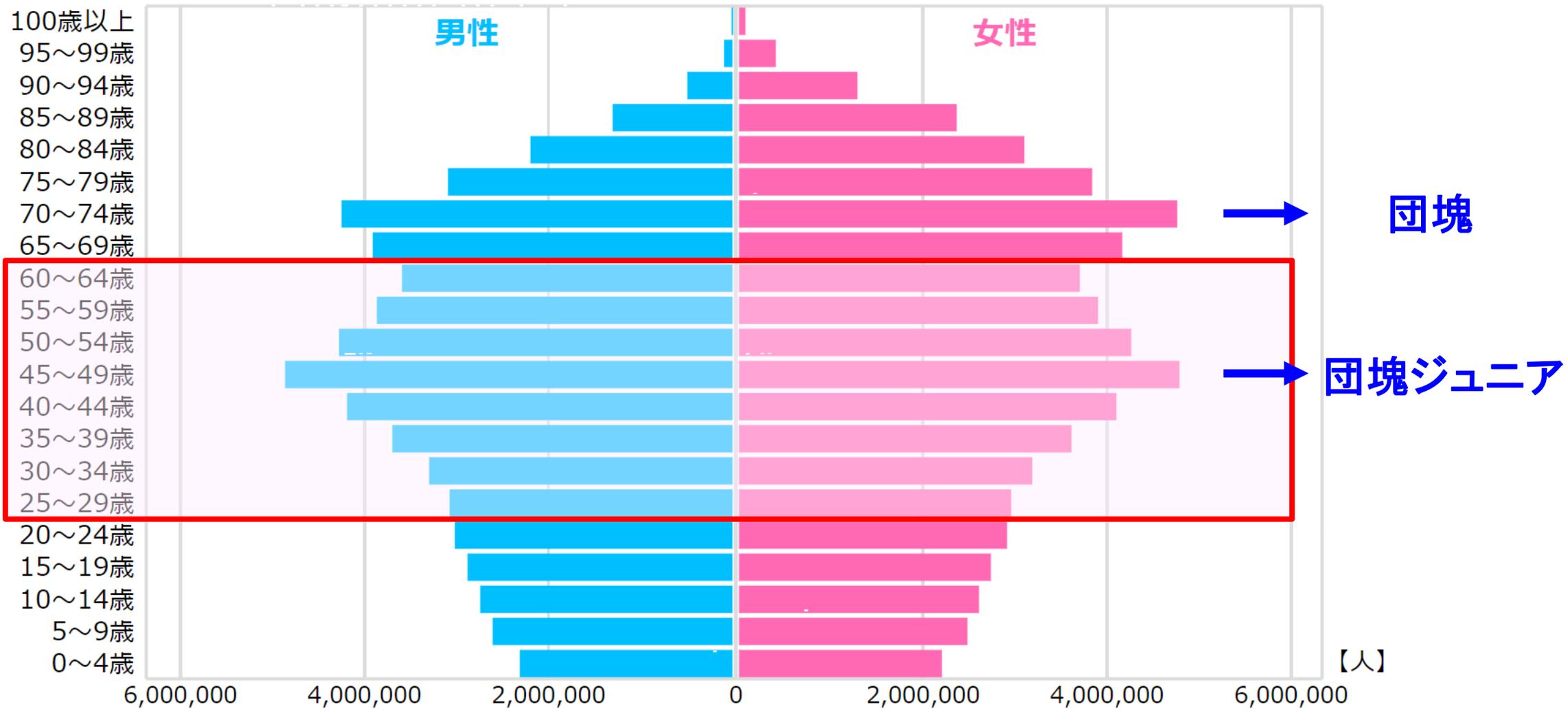
人口構成(2040年)



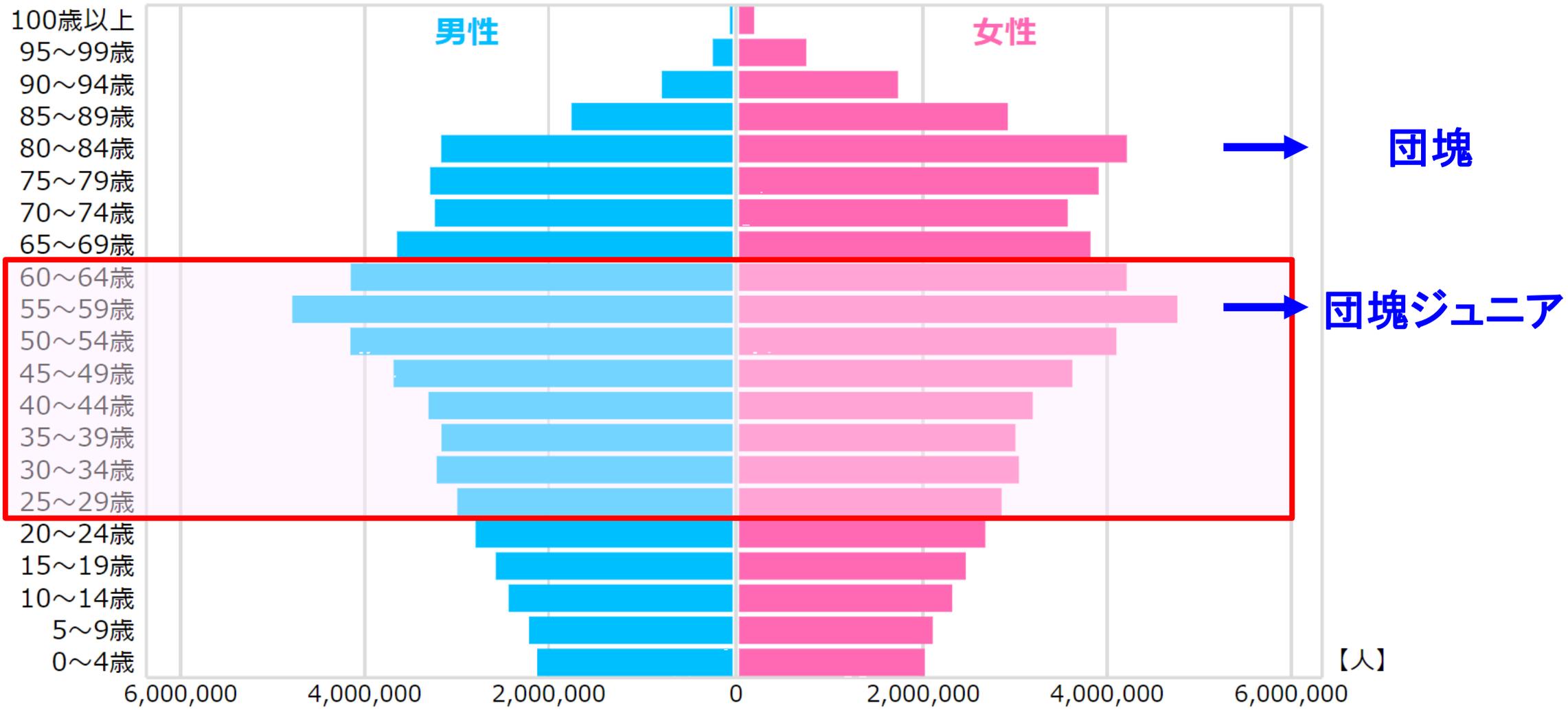
人口構成(2045年)



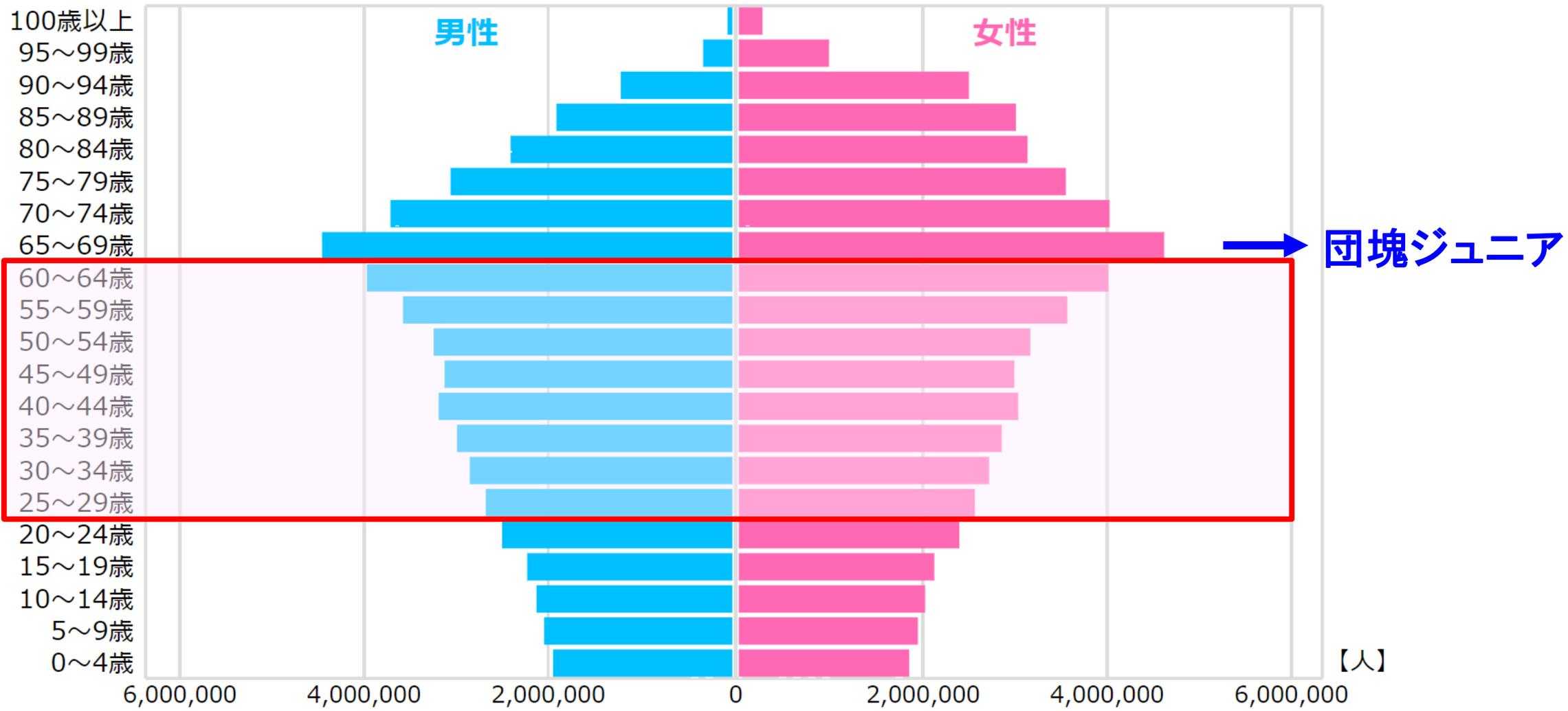
生産年齢人口構成(2020年)



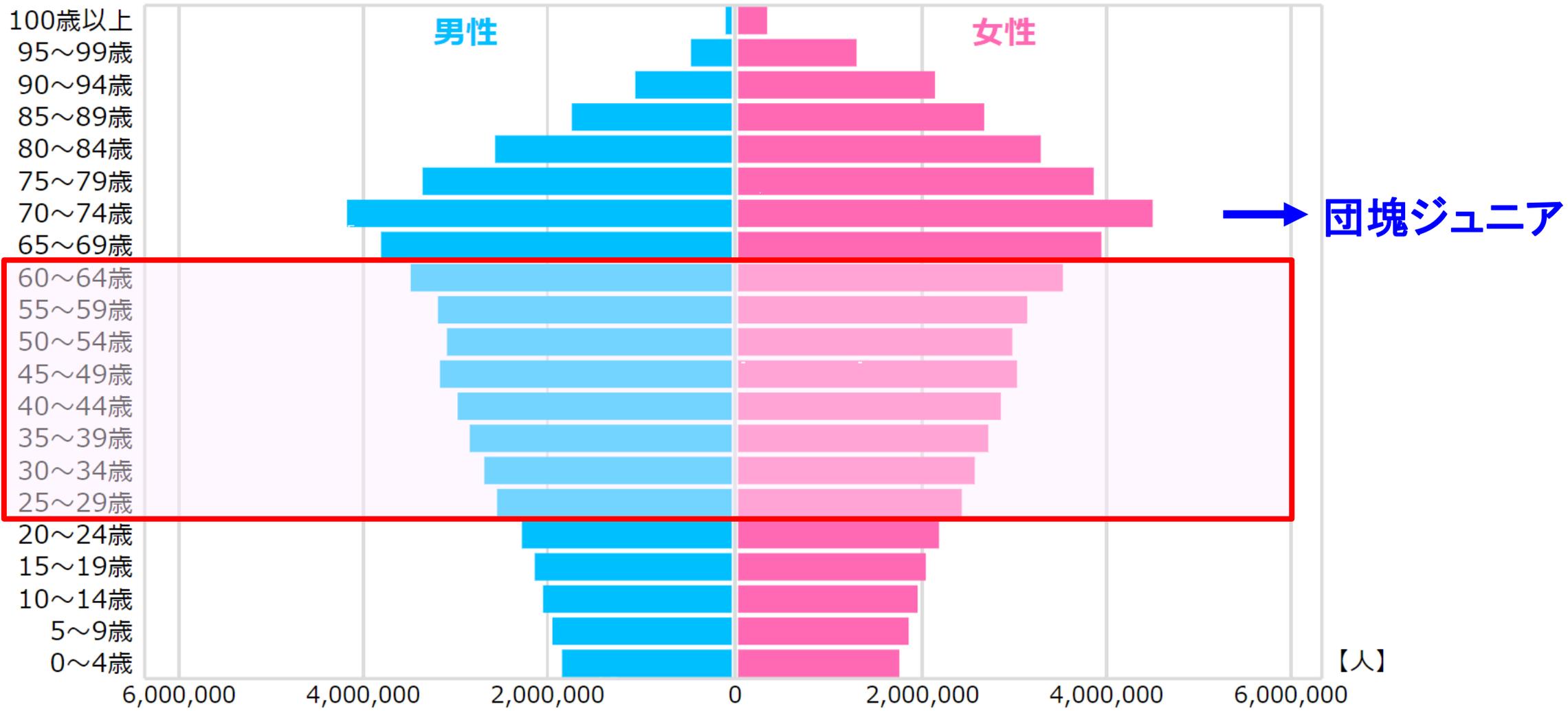
生産年齢人口構成(2030年)



生産年齢人口構成(2040年)



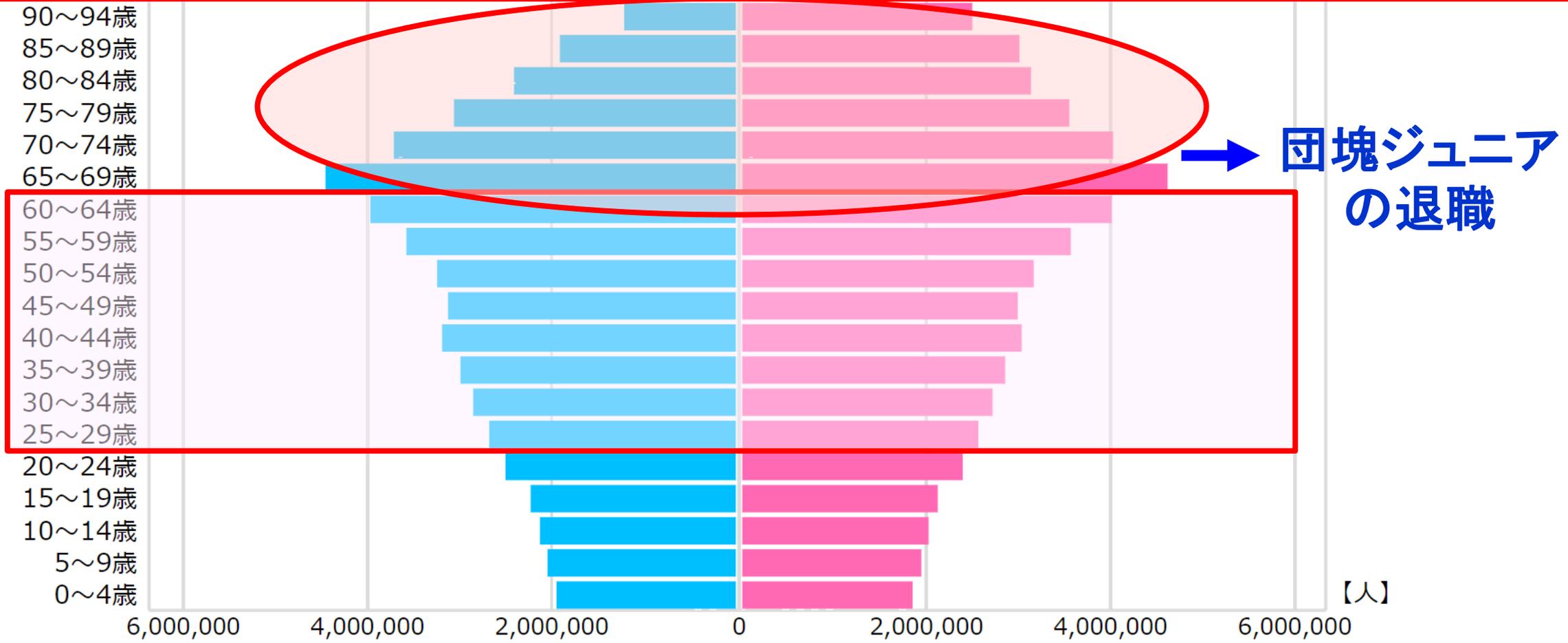
生産年齢人口構成(2045年)



生産年齢人口は著減する

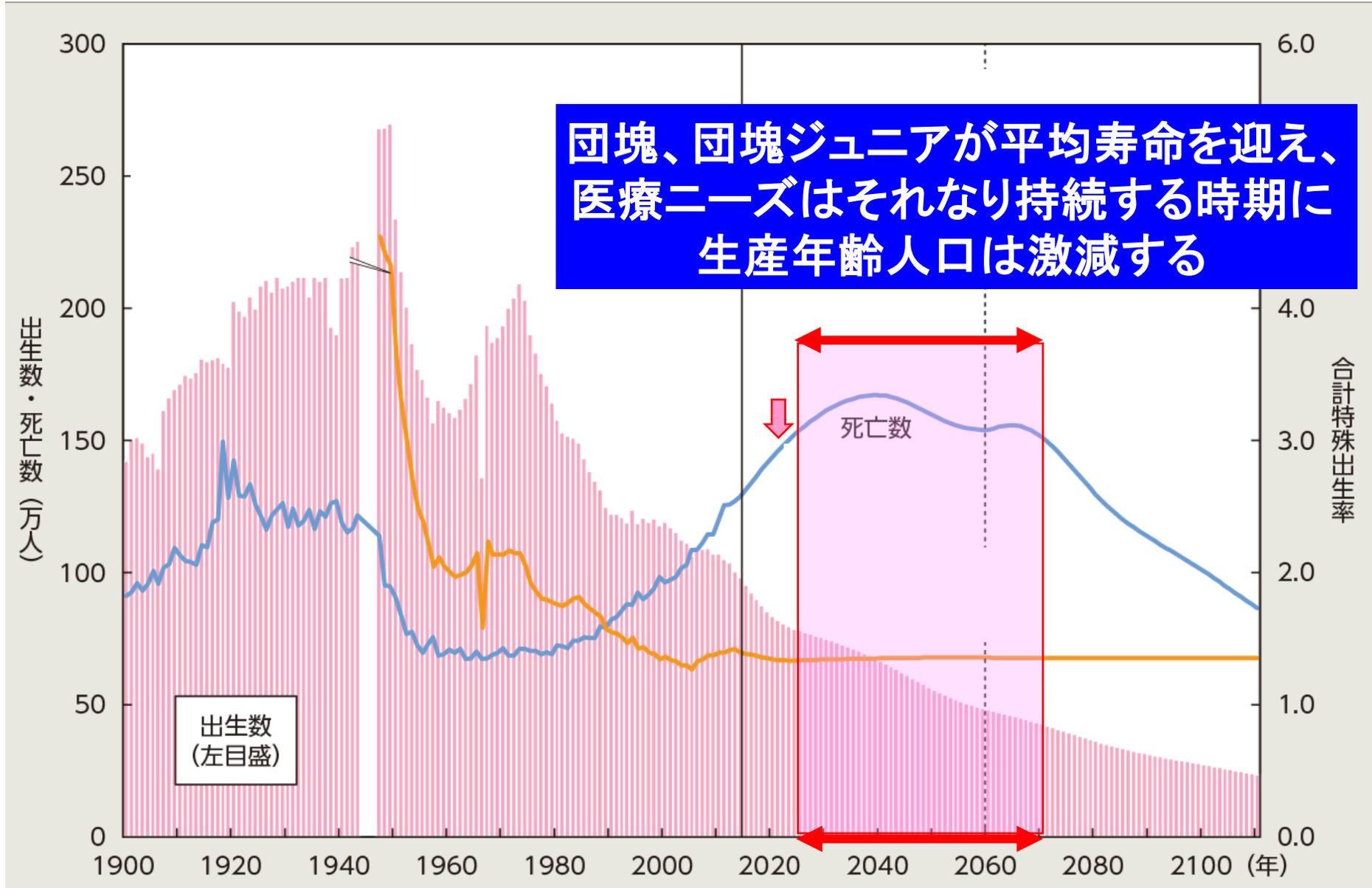
2040年問題

➡ 高齢者増加と高齢者を支えるべき医療従事者の激減

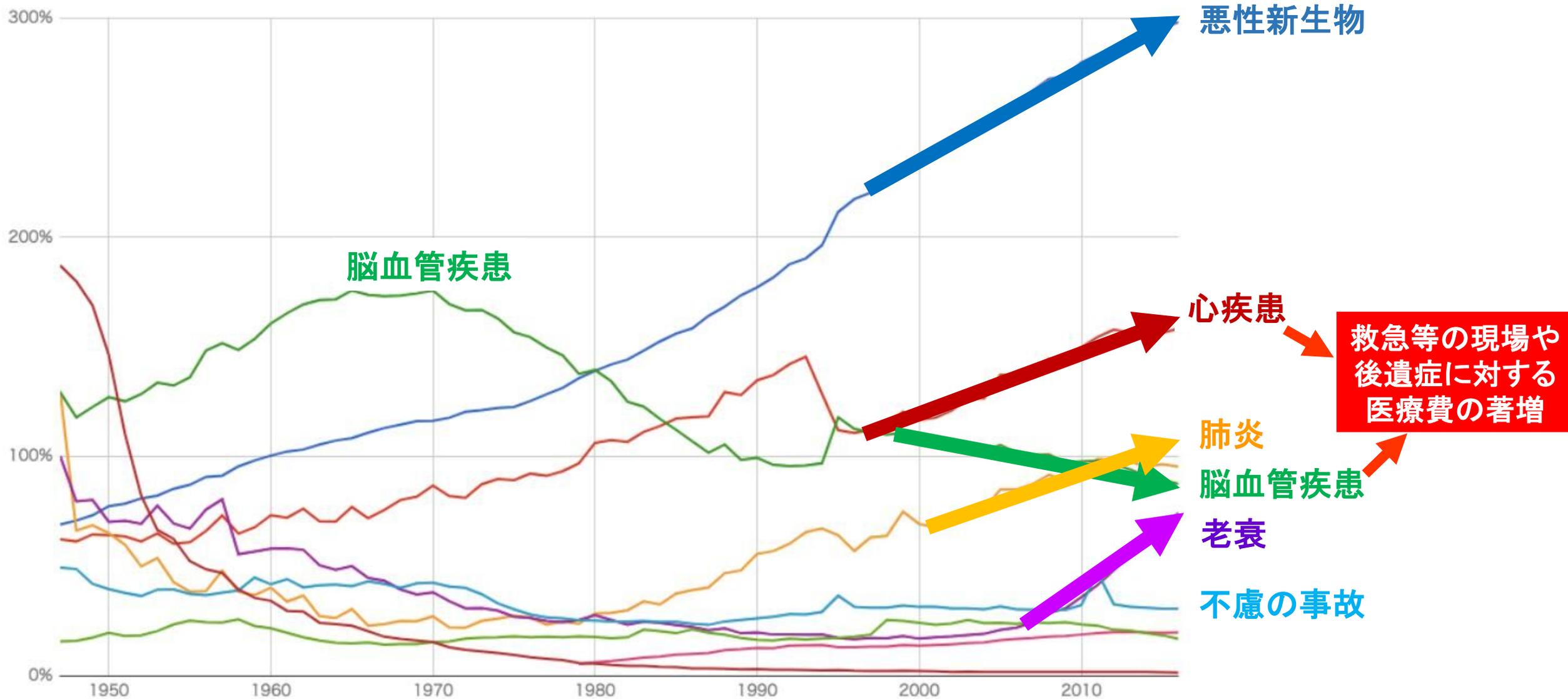


わが国の人口の長期的推移(2)

平成27年度版 厚生労働省白書

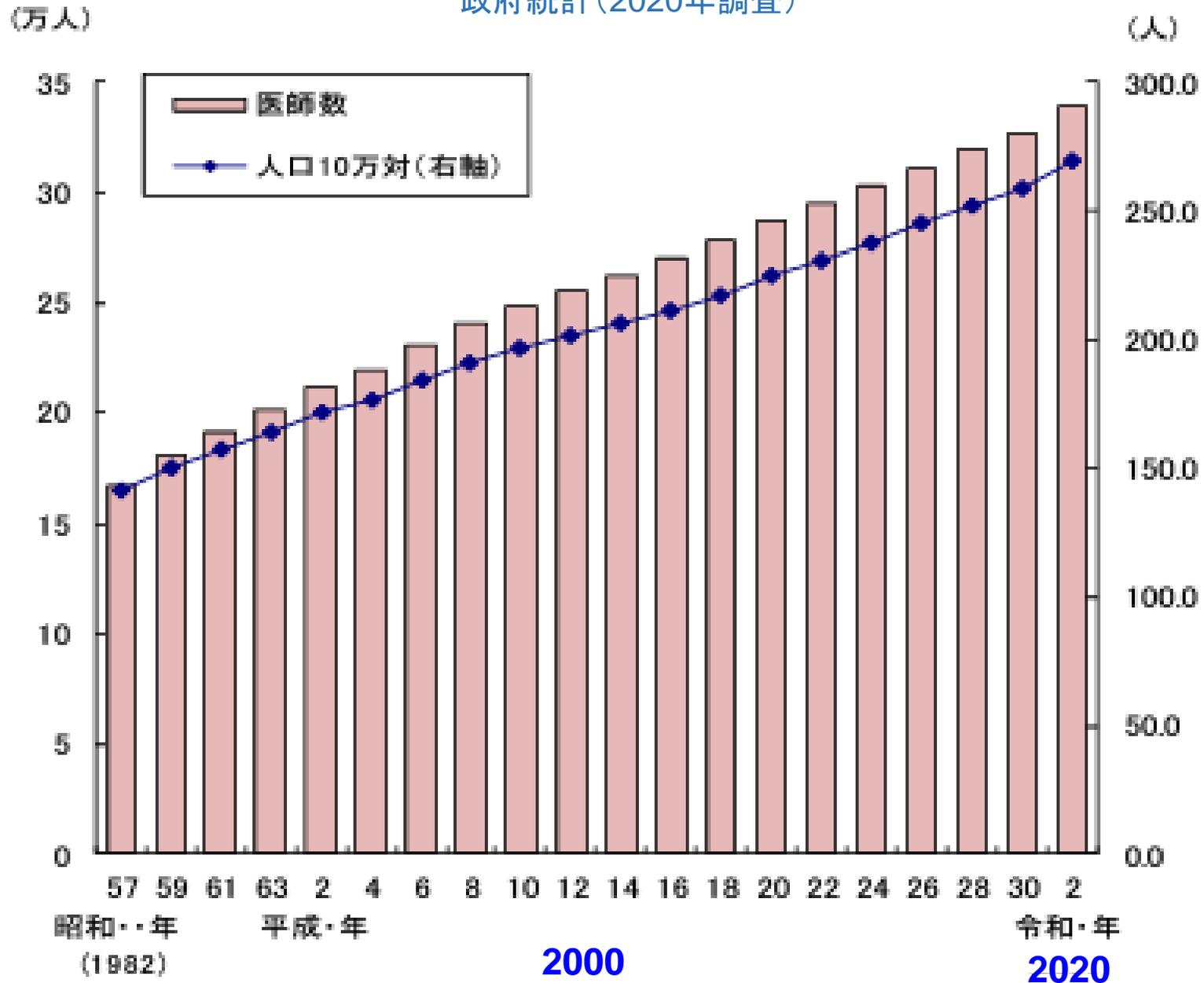


死因別にみた死亡率の推移(1947~2016年)



医師数の年次推移

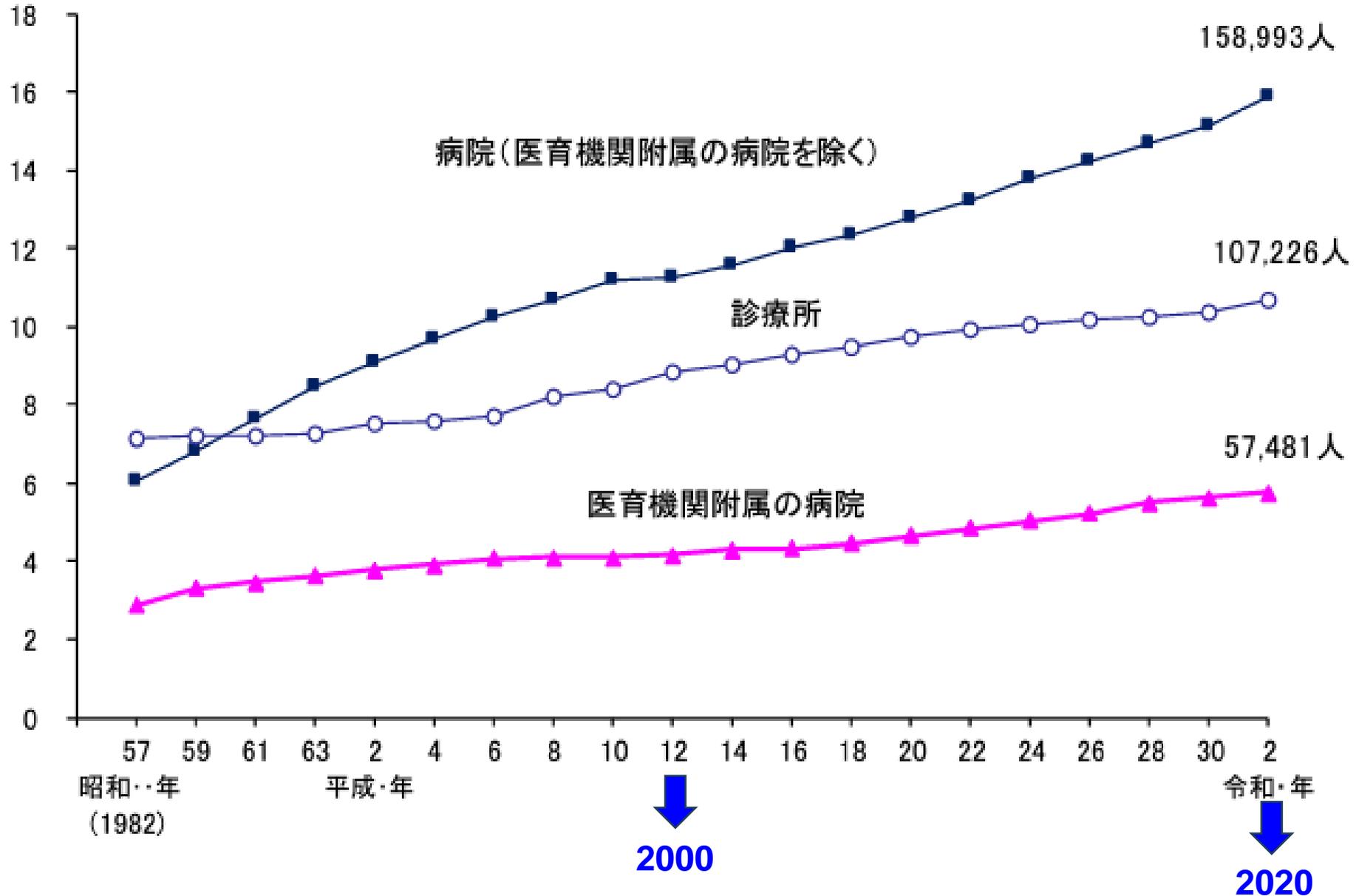
政府統計(2020年調査)



施設種別に応じた従事医師数の年次推移

政府統計(2020年調査)

(万人)

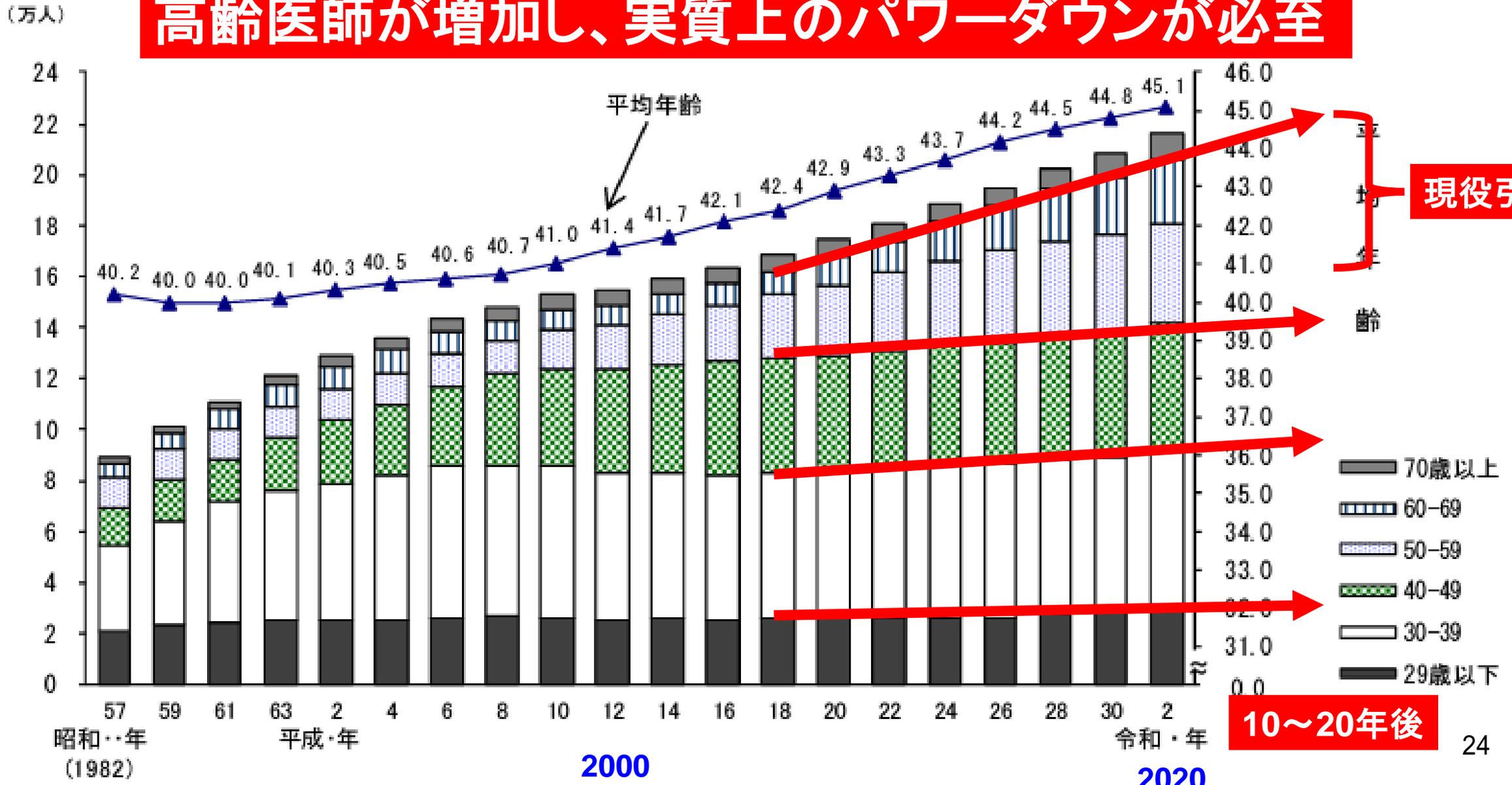


**一見、医師数は漸増し、
維持されるようにみえるが...**

年齢階級別にみた病院に從事する医師数及び平均年齢の年次推移

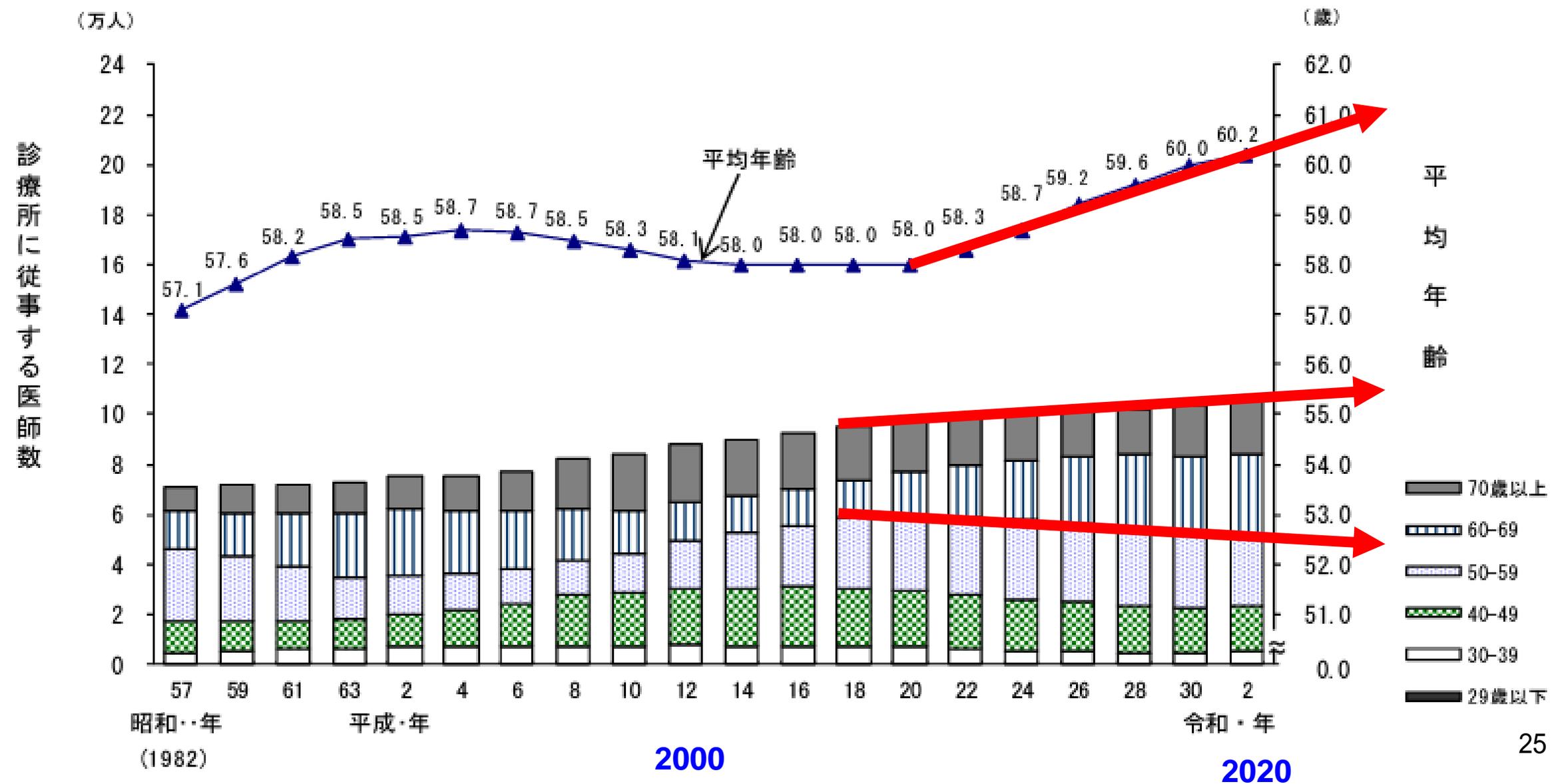
政府統計(2020年調査)

高齢医師が増加し、実質上のパワーダウンが必至



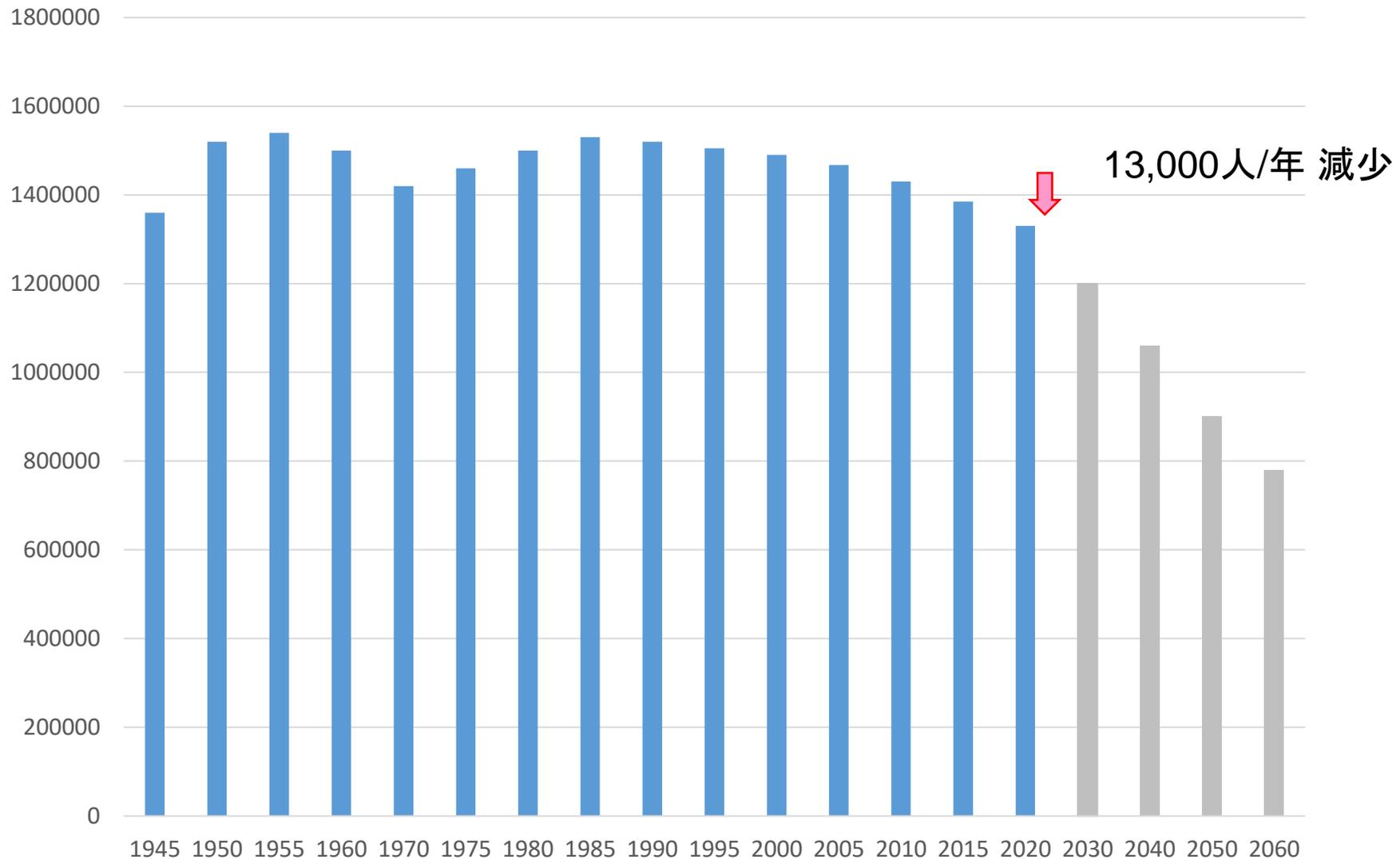
年齢階級別にみた診療所に従事する医師数及び平均年齢の年次推移

政府統計(2020年調査)



愛媛県の状況

愛媛県の人口の推移と予測



都道府県別人口(2020年)

1	東京都	14047594	25	沖縄県	1467480
2	神奈川県	9237337	26	滋賀県	1413610
3	大阪府	8837685	27	山口県	1342059
4	愛知県	7542415	28	愛媛県	1334841
5	埼玉県	7344765	29	奈良県	1324473
6	千葉県	6284480	30	長崎県	1312317
7	兵庫県	5465002	31	青森県	1237984
8	北海道	5224614	32	岩手県	1210534
9	福岡県	5135214	33	石川県	1132526
10	静岡県	3633202	34	大分県	1123852
11	茨城県	2867009	35	宮崎県	1069576
12	広島県	2799702	36	山形県	1068027
13	京都府	2578087	37	富山県	1034814
14	宮城県	2301996	38	秋田県	959502
15	新潟県	2201272	39	香川県	950244
16	長野県	2048011	40	和歌山県	922584
17	岐阜県	1978742	41	佐賀県	811442
18	群馬県	1939110	42	山梨県	809974
19	栃木県	1933146	43	福井県	766863
20	岡山県	1888432	44	徳島県	719559
21	福島県	1833152	45	高知県	691527
22	三重県	1770254	46	島根県	671126
23	熊本県	1738301	47	鳥取県	553407
24	鹿児島県	1588256			

都道府県別出生数(2020年)

1	東京	99,661	25	三重	11,141
2	大阪	61,878	26	滋賀	10,437
3	神奈川	60,865	26	長崎	9,182
4	愛知	55,613	27	山口	8,203
5	埼玉	47,328	29	愛媛	8,102
6	千葉	40,168	30	奈良	7,831
7	福岡	38,966	31	宮崎	7,720
8	兵庫	36,953	32	石川	7,712
9	北海道	29,523	33	大分	7,582
10	静岡	22,497	34	青森	6,837
11	広島	19,609	35	岩手	6,718
12	茨城	17,389	36	富山	6,256
13	京都	16,440	37	山形	6,217
14	沖縄	14,943	38	香川	6,179
15	宮城	14,480	39	佐賀	6,004
16	岡山	13,521	40	和歌山	5,732
17	熊本	13,011	41	福井	5,313
18	新潟	12,921	42	山梨	5,184
19	長野	12,864	43	徳島	4,521
20	岐阜	12,092	44	秋田	4,499
21	栃木	11,808	45	島根	4,473
22	群馬	11,660	46	高知	4,082
23	鹿児島	11,638	47	鳥取	3,783
24	福島	11,215			

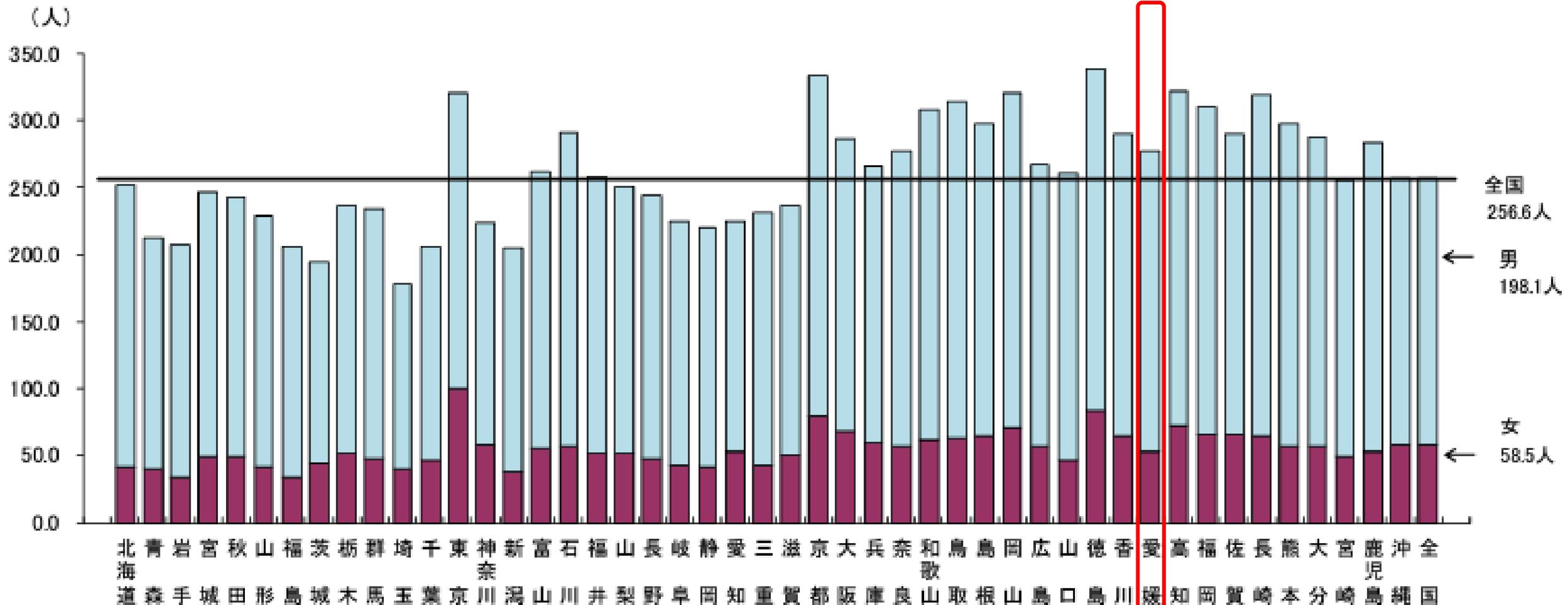
愛媛県の研修医数の推移

研修医 開始年度	合計
	(人)
2016	92
2017	71
2018	85
2019	75
2020	79
2021	69
2022	70
2023	86
2024	87



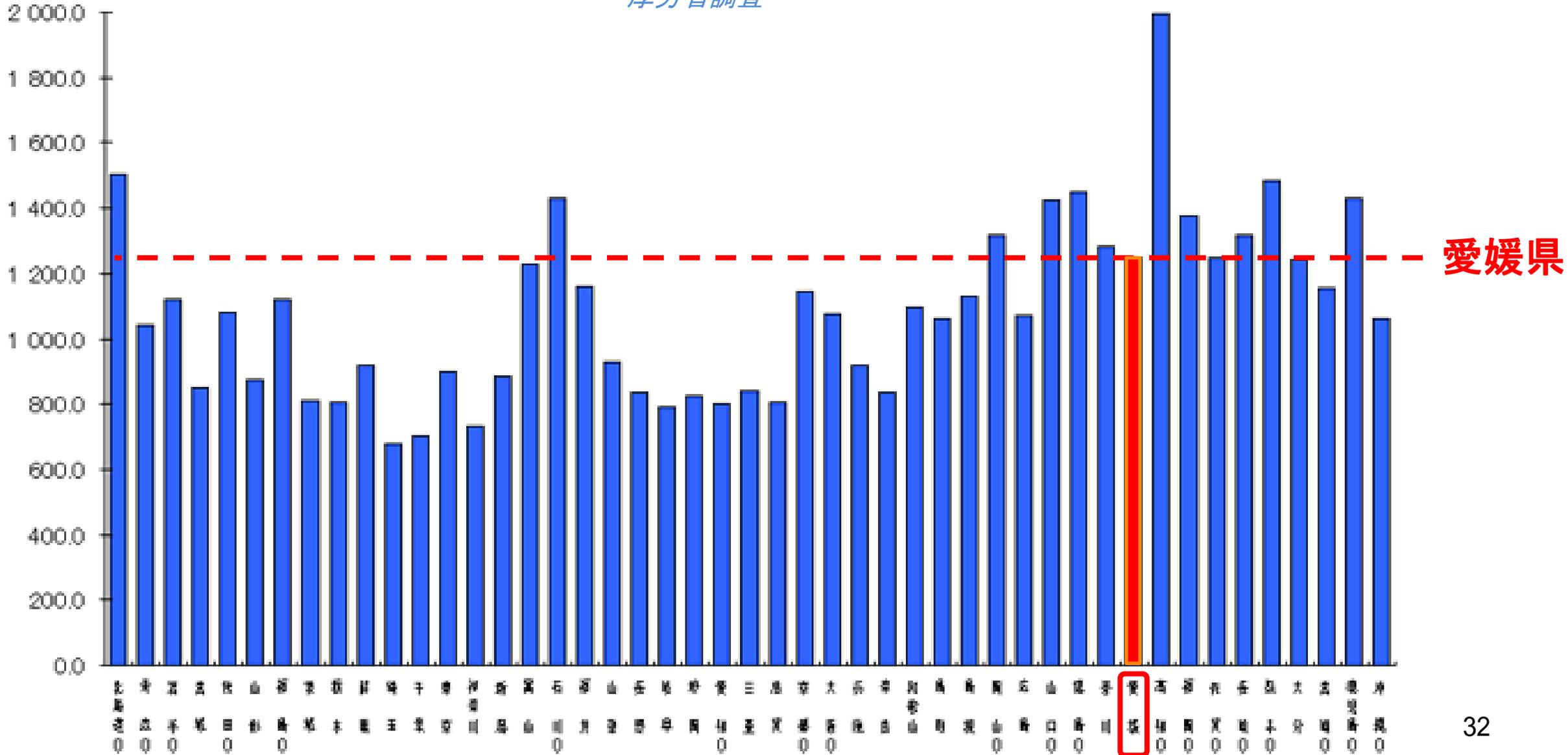
60-80名が
専攻医として
採用

都道府県別の人口10万対医師数（2020年）



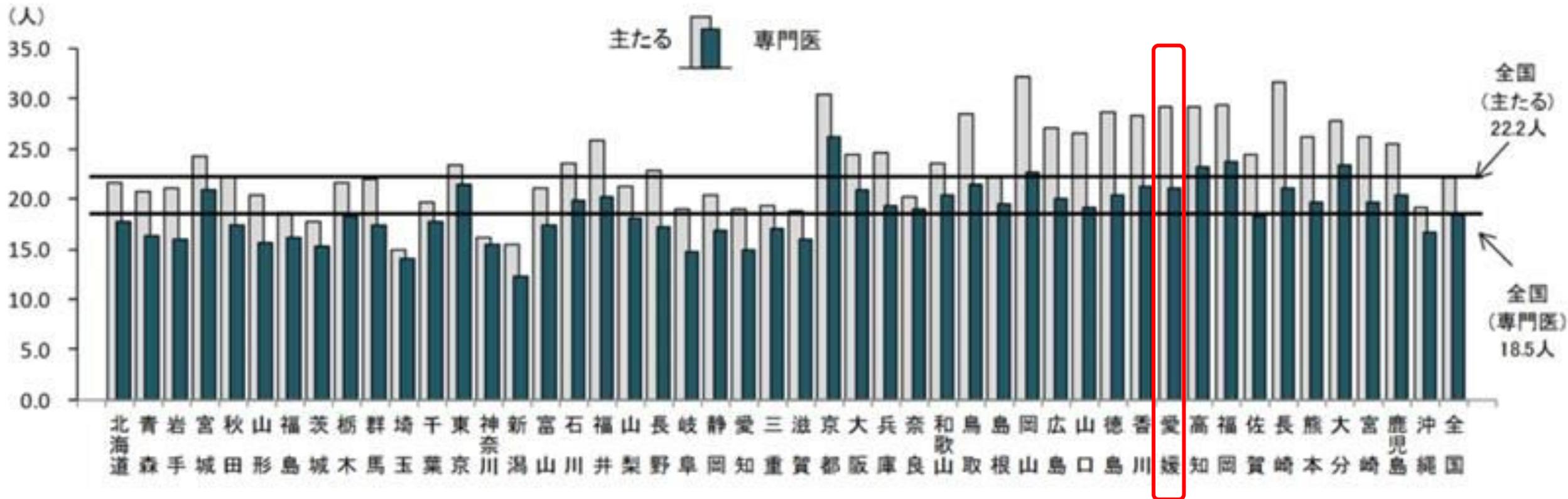
都道府県別の人口10万対一般病床数

厚労省調査



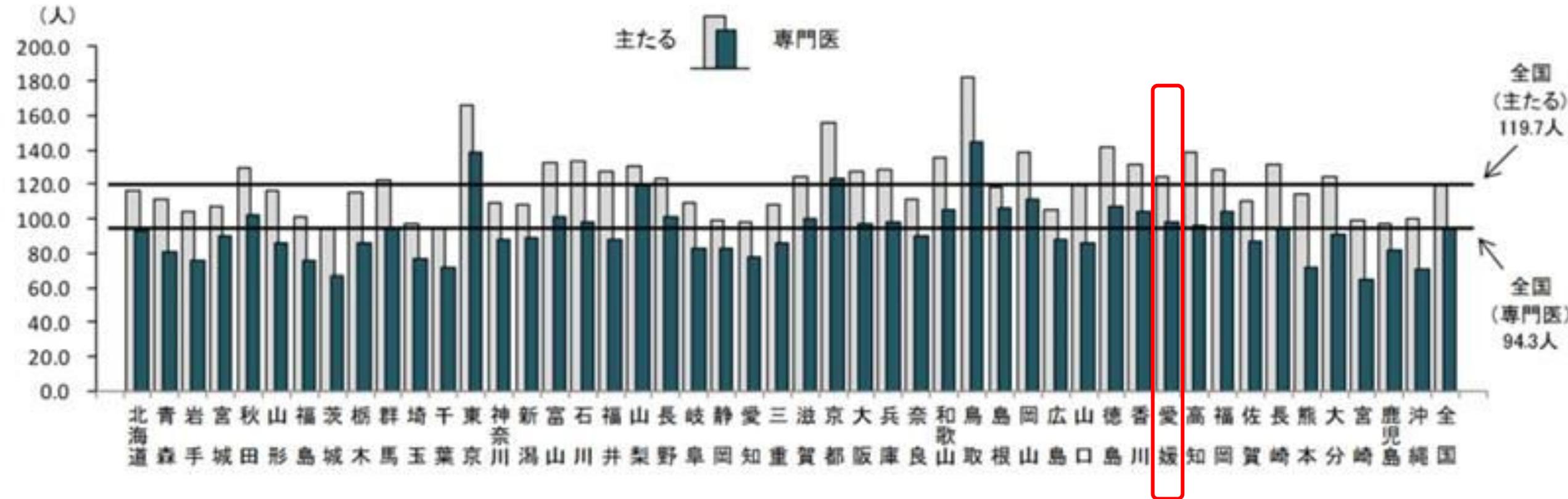
都道府県別外科医師数

厚労省政策統括官付参事官付保健統計室 (2020年)



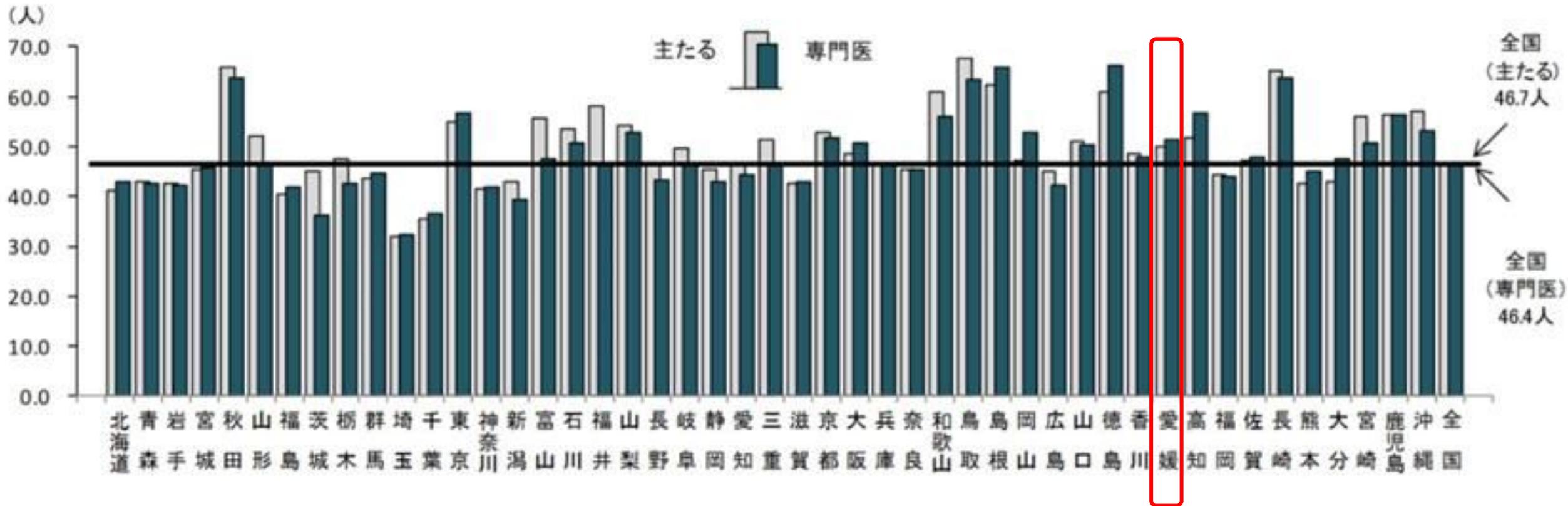
都道府県別小児科医師数

厚労省政策統括官付参事官付保健統計室 (2020年)



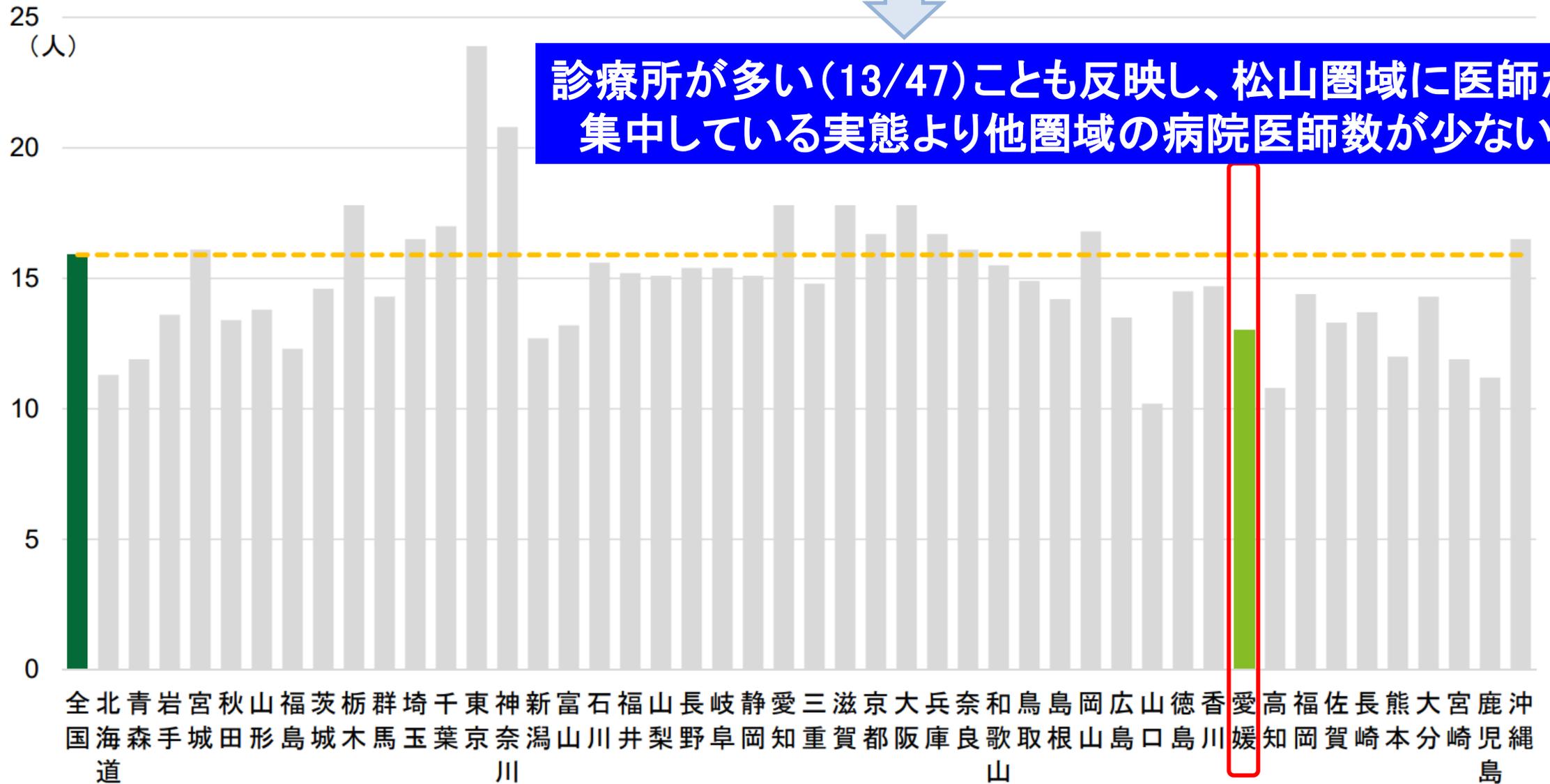
都道府県別産婦人科医師数

厚労省政策統括官付参事官付保健統計室 (2020年)



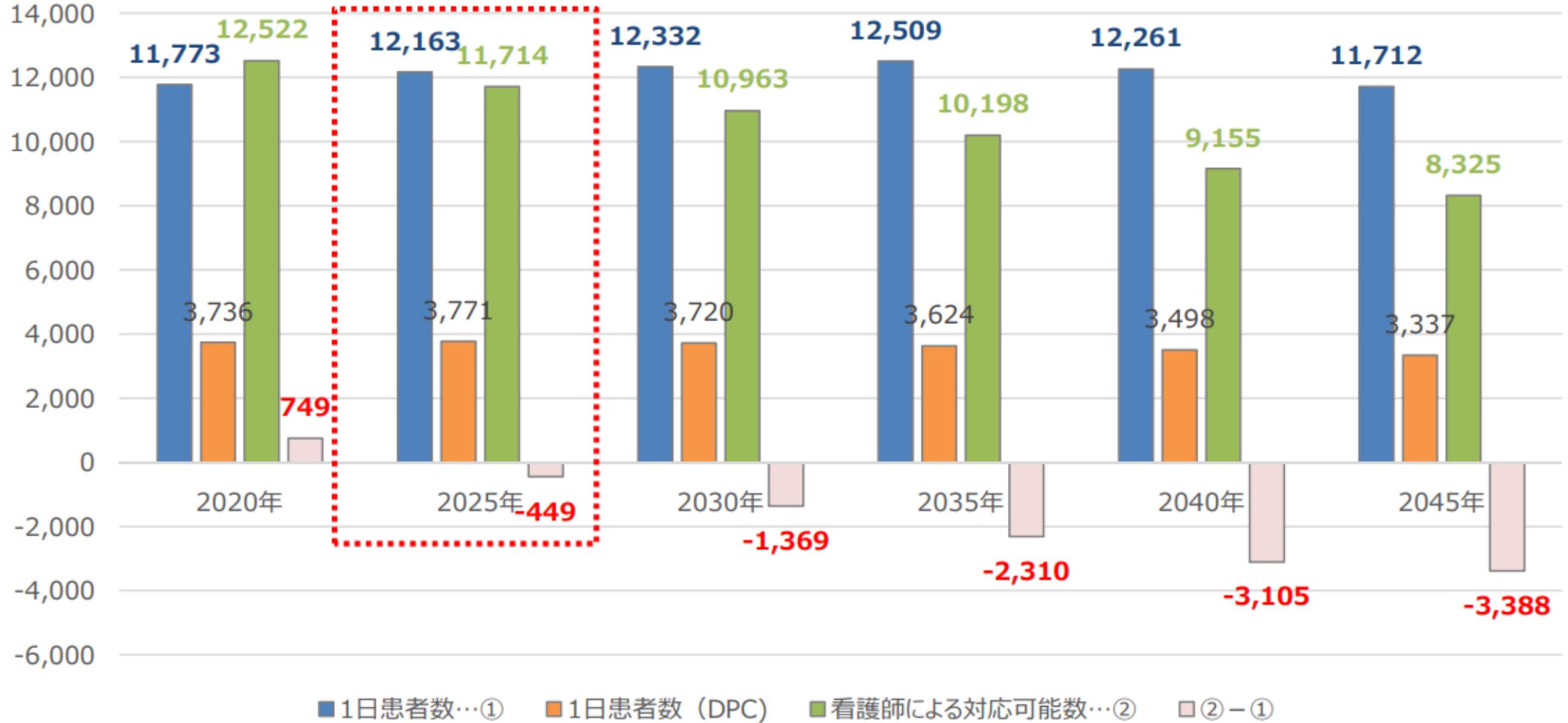
一見、医師数は満たされているようにみえるが...

一般病院病床100床当たりの医師数は少ない



看護師数から見た病床数の試算（愛媛県全体）

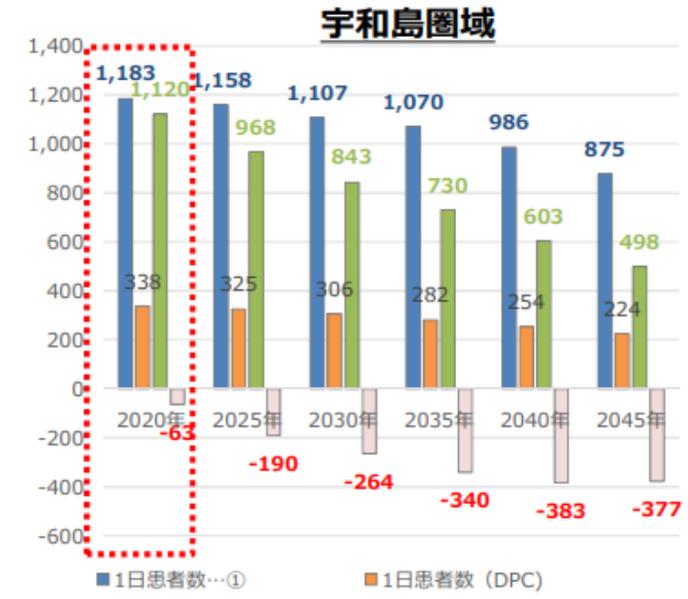
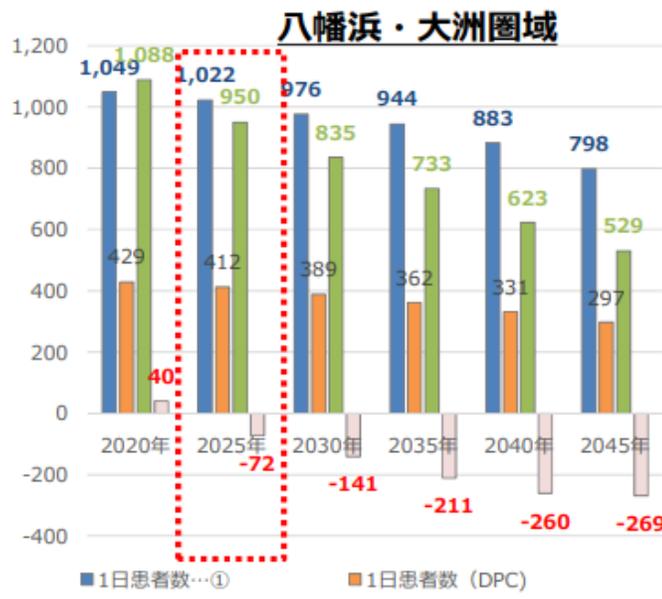
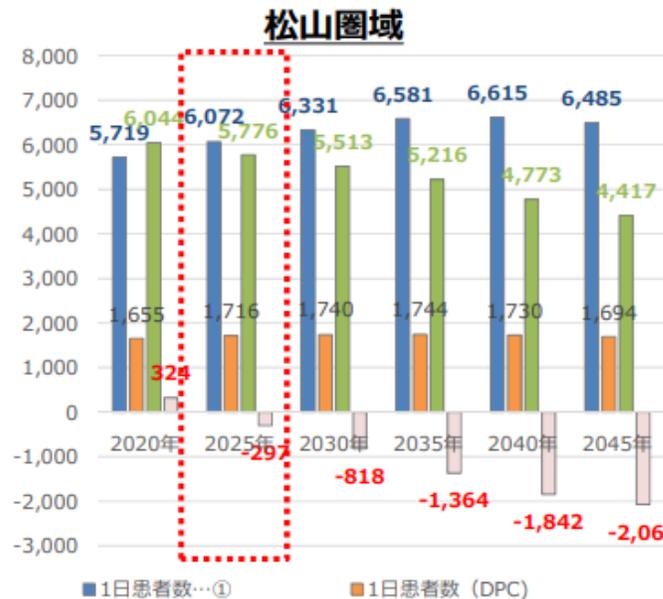
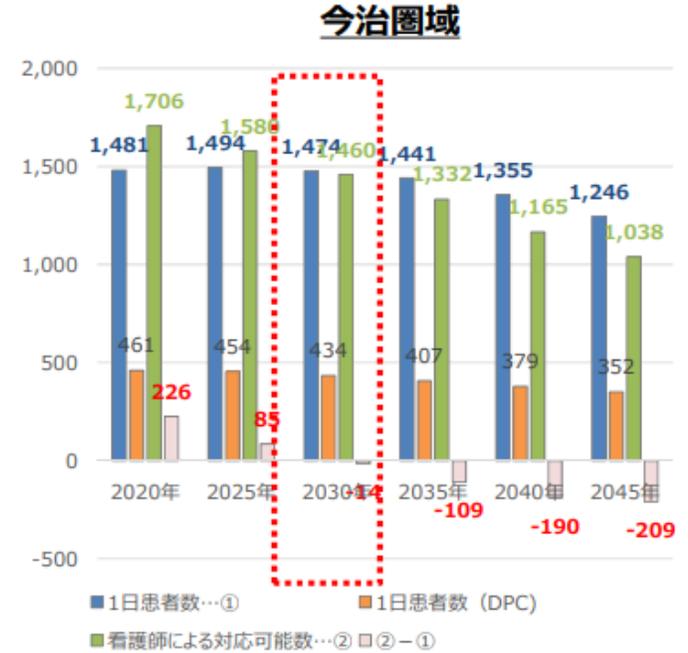
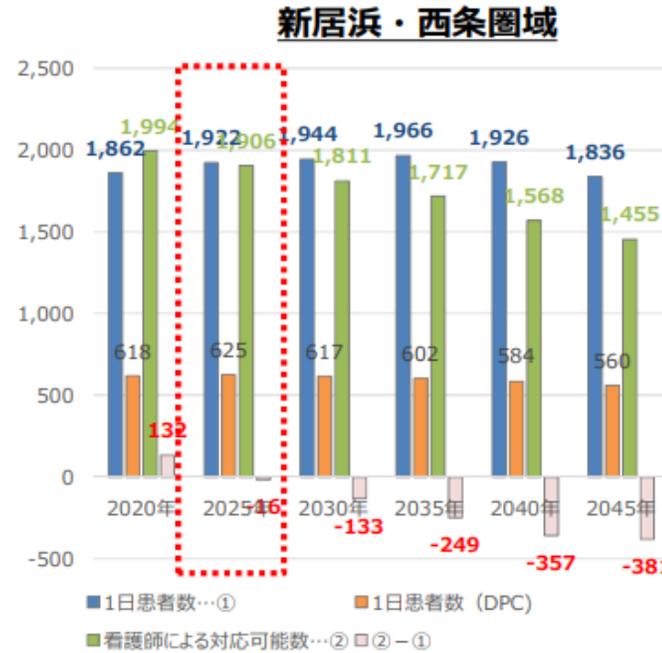
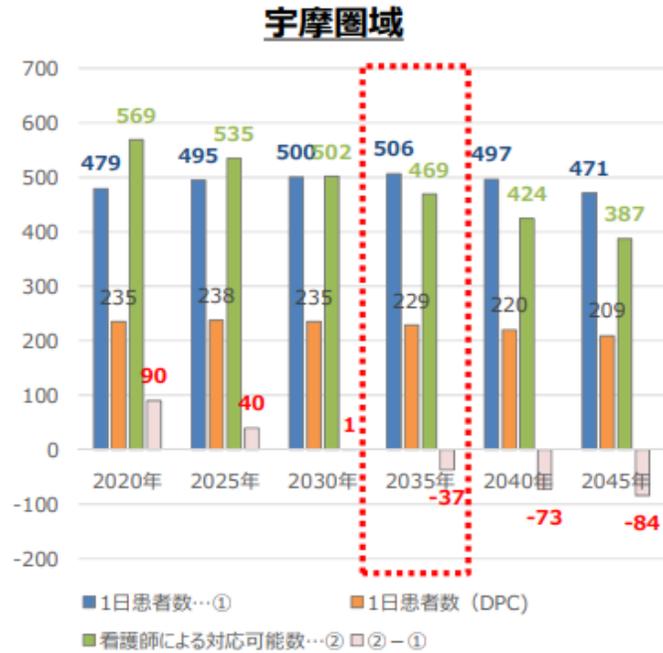
(人/日)



(日本経営資料より引用) 出典:2020年度病床機能報告結果および厚生労働省患者調査結果、国立社会 保障人口問題研究所人口動態推計より試算

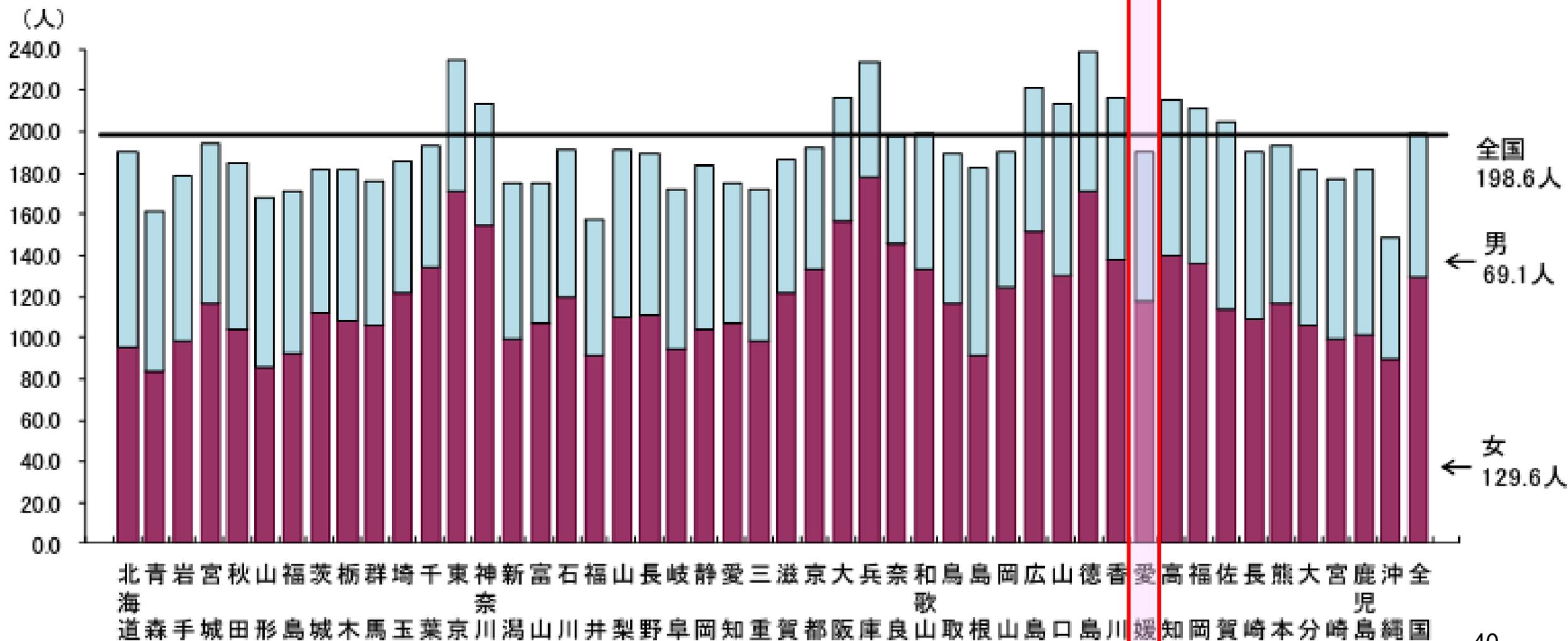
看護師数から見た病床数の試算(各圏域)

(日本経営資料より引用)



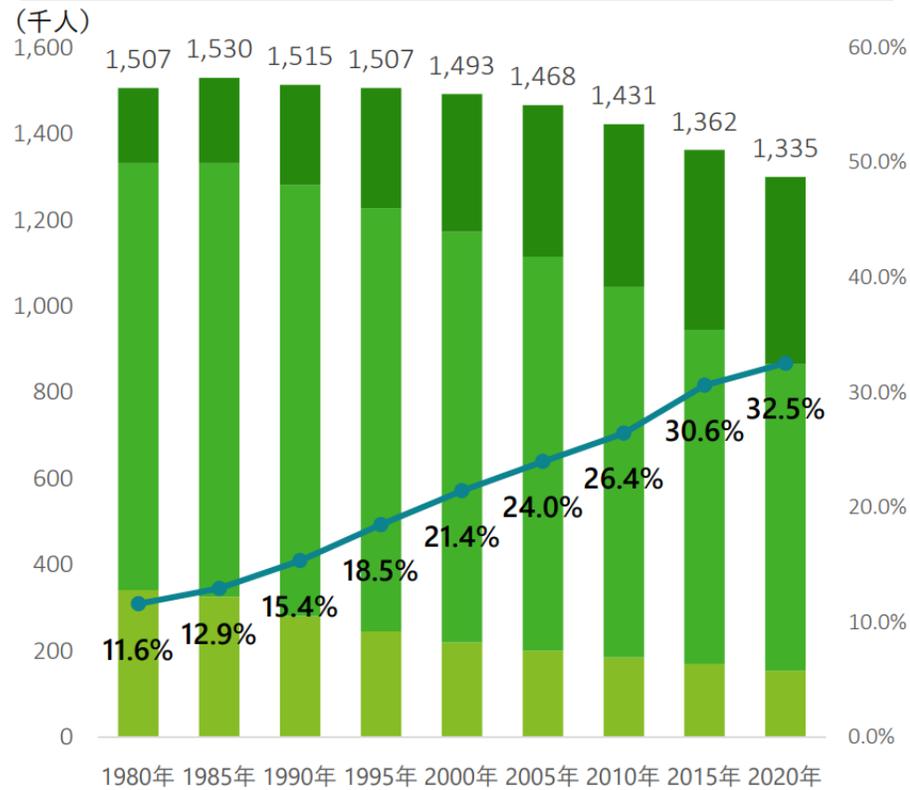
都道府県別薬剤師数

厚労省政策統括官付参事官付保健統計室 (2020年)

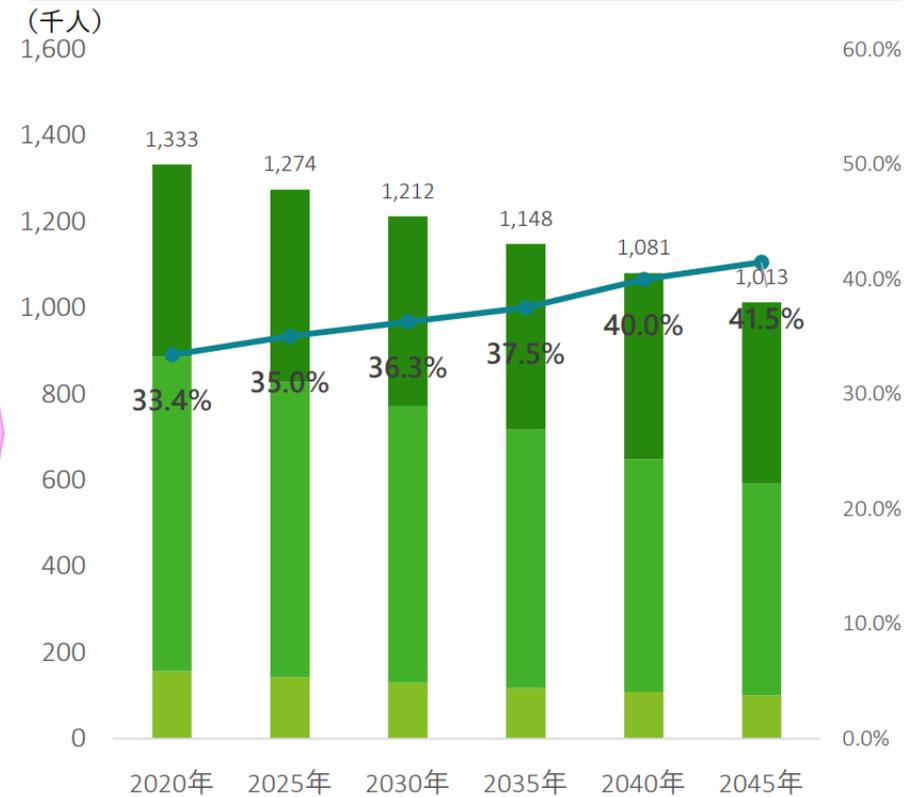


愛媛県の人口の推移

愛媛県の人口推移（1980年から2020年）



愛媛県の将来人口推計（2020年から2045年）



■ 65歳以上
 ■ 15～64歳
 ■ 15歳未満
 ● 65歳以上の割合

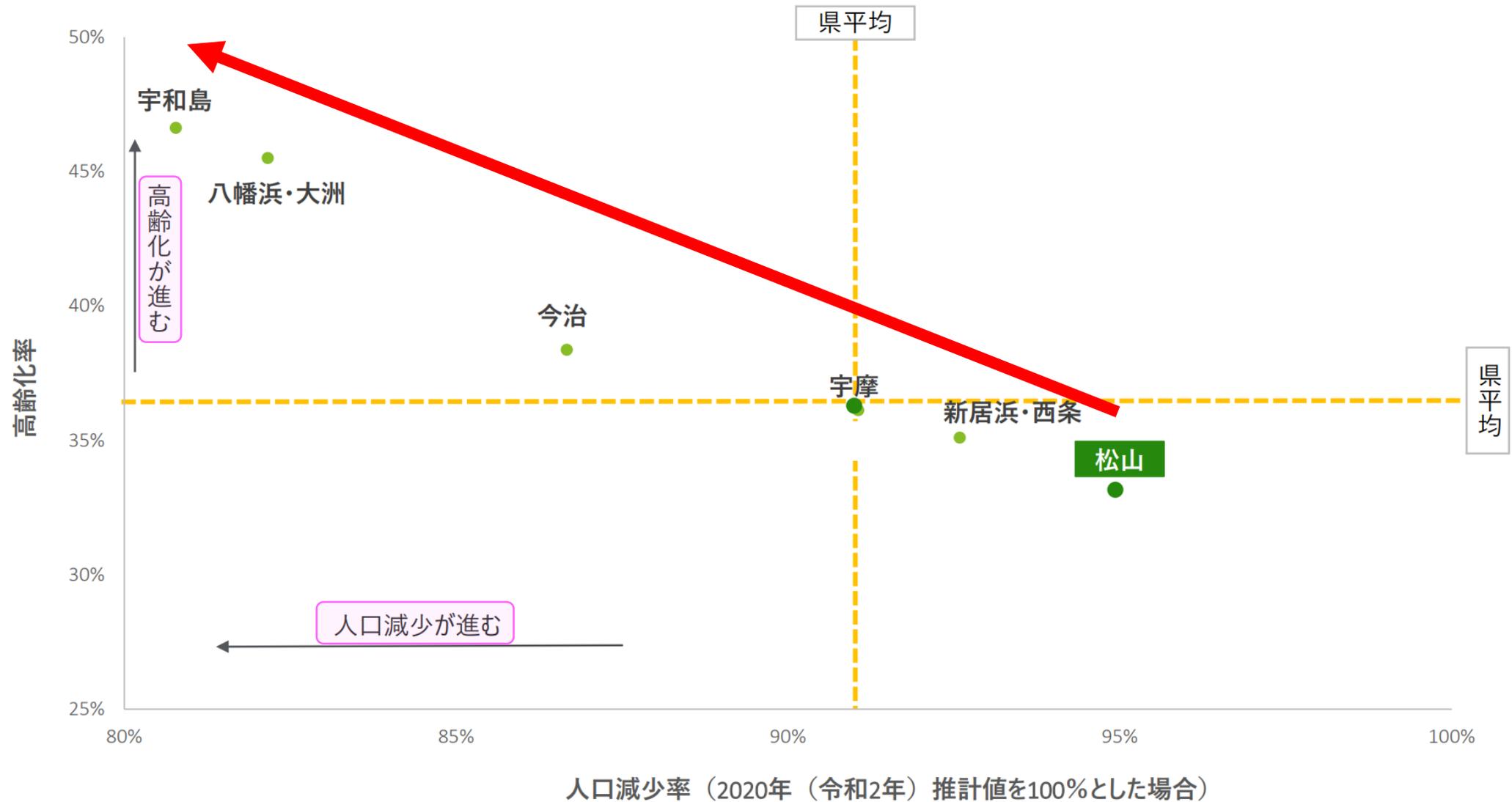
■ 65歳以上
 ■ 15～64歳
 ■ 15歳未満
 ● 65歳以上の割合

出所：総務省 国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口 平成30年3月推計」より作成（日本経営資料より引用）

愛媛県の2次医療圏

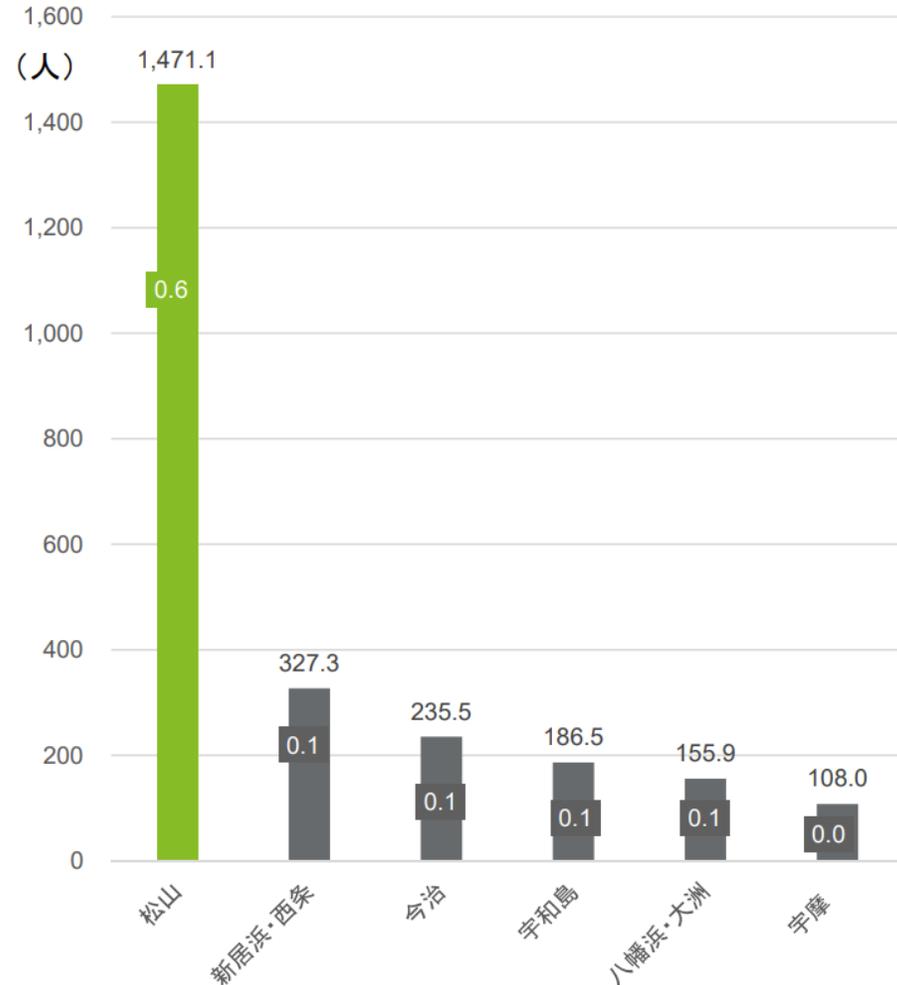


県下の2次医療圏別人口推移

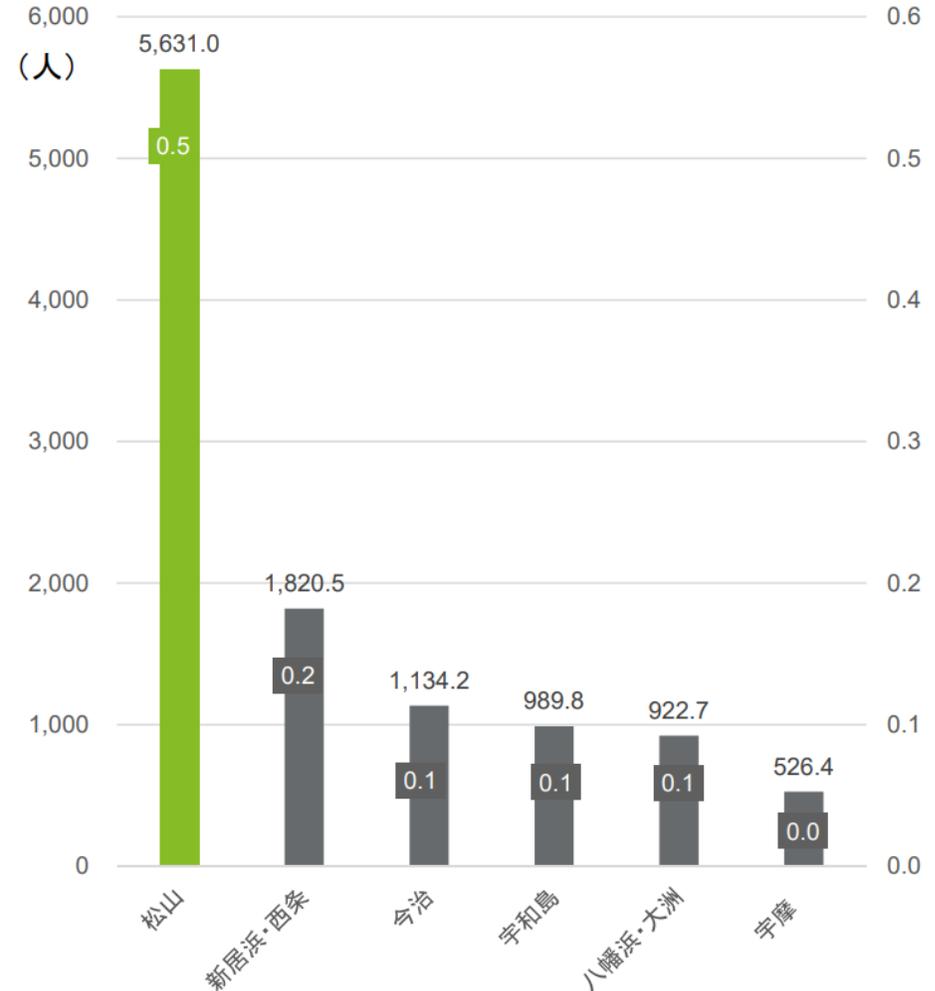


医師・看護師は松山圏域に集中している

医療圏別 **医師数** (平成28年度)



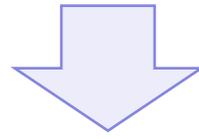
医療圏別 **看護師数** (平成28年度)



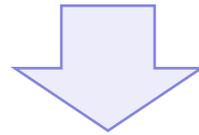
出所: 政府統計(平成28年病院報告) (日本経営資料より引用)

小 括

地方では、超少子高齢化の時代、
患者数に見合わぬ医療従事者不足が到来



対策を講じることが必要



地域医療構想

内容

1. わが国の人口動態と2040年問題
- 2. 地域医療構想：2025⇒2040バージョンへ**
3. 大学病院の現状と地域医療への役割
4. 地域医療構想：大学病院からの医師派遣の視点より

**多くの道府県で程度は違えど同様の問題が生じており、
今後の少子高齢化に向けた医療体制を
先手で考える必要あり**



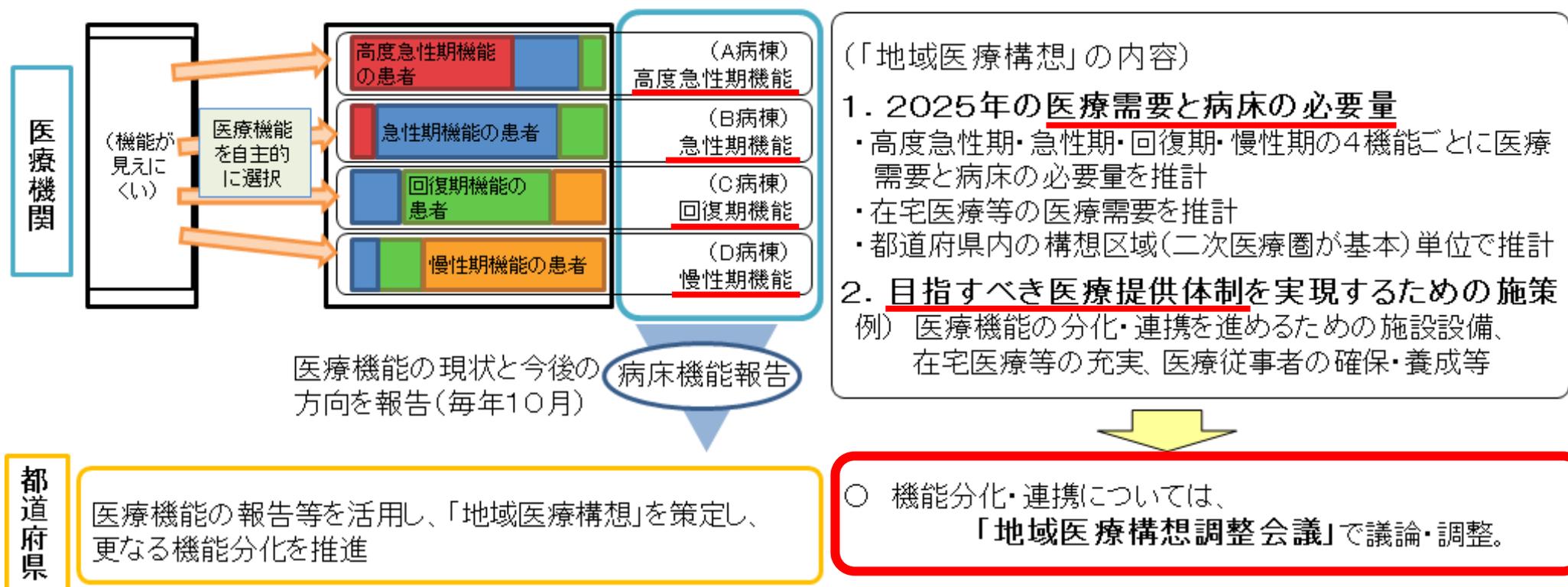
地域医療構想

当初、2025年を見据え、準備していた

- ・2025年、団塊世代が75歳を迎える⇒医療・介護需要の最大化
- ・医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要

地域医療構想について

- 今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要。
- こうした観点から、各地域における2025年の医療需要と病床の必要量について、医療機能(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)ごとに推計し、「地域医療構想」として策定。
 その上で、各医療機関の足下の状況と今後の方向性を「病床機能報告」により「見える化」しつつ、各構想区域に設置された「地域医療構想調整会議」において、病床の機能分化・連携に向けた協議を実施。



2025年を目指してきた地域医療構想であったが、 2040年問題もあり、2025年の先がピークであり、 バージョンアップした計画を進める必要あり

➡ 2040年を見据えると、2025年は通過点にすぎない

特に75歳以上の高齢者疾患は今後も増え続ける

- 現在すでに患者数が多い or 延べ在院日数が多い疾患も多数あり
- 病床(特に回復期)を減らすと、今後カバーできない可能性あり
- 地域によって、在宅や介護との連携の状況も違う

2025年以降における地域医療構想について

資料1-1

- 地域医療構想については、これまでもPDCAサイクルや都道府県の責務の明確化による取組の推進を行ってきており、現在の2025年までの取組を着実に進めるために、PDCAも含め責務の明確化による取組の強化を図っていく。
- さらに、2025年以降についても、今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要がある。そのため、現在の取組を進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討を行っていく。

(検討のスケジュールのイメージ)

	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度	2026年度
新しい地域医療構想の検討・取組		国における検討・制度的対応		都道府県における策定作業	新たな構想に基づく取組
現行の地域医療構想の取組	構想に基づく取組				

全世代型社会保障構築会議 議論の中間整理(令和4年5月17日)

6. 医療・介護・福祉サービス

- 今後の更なる高齢化の進展とサービス提供人材の不足等を踏まえると、医療・介護提供体制の改革や社会保障制度基盤の強化の取組は必須である。まずは、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築に向け、地域医療構想の推進、地域医療連携推進法人の活用、地域包括ケアシステムの整備などを、都道府県のがバナンス強化など関連する医療保険制度等の改革と併せて、これまでの骨太の方針や改革工程表に沿って着実に進めていくべきである。

加えて、今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである。

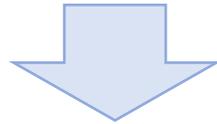
2025年までの取組となっている地域医療構想については、第8次医療計画(2024年～)の策定とあわせて、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、しっかり議論を進めた上で、さらに生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けたバージョンアップを行う必要がある。

P51~53 削除

2040年を見据えた新たな地域医療構想(1)

これまでの調整会議の議論の傾向:

- ① 構想区域ごとの事情が強調され、具体的な対応方針の議論が進まなかった
- ② 都道府県内のみでの比較が重視され、重点化等の議論が進んでいる他県の構想区域の事例が必ずしも参考にされていない



特徴が似た**構想区域を類型化**することで、全国の構想区域から議論推進のために参考となる区域を見つけることが可能

例: 同じ人口規模の構想区域でも、今後の人口動態に違いあり

- ・高齢者(医療需要)↑、生産年齢人口(供給量)↓
- ・高齢者(医療需要)↓、生産年齢人口(供給量)↓

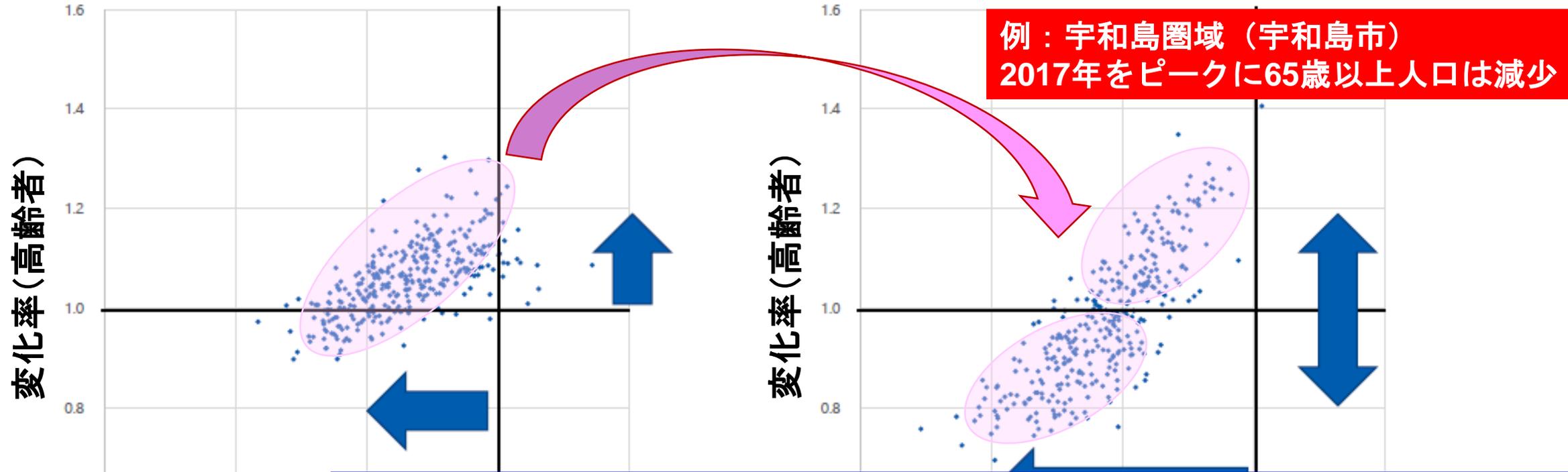
地域によって異なる人口動態

- 2次医療圏単位で見ると、2015年から2025年にかけて、多くの地域で、65歳以上人口の増加と生産年齢人口の減少が起きる。
- 2025年から2040年にかけては、65歳以上人口が増加する地域（135の医療圏）と減少する地域（194の医療圏）に分かれる。また、多くの地域で生産年齢人口が急減する。

2次医療圏ごとの人口変化率

2015→2025年

2025→2040年



各圏域に応じた医療体制を構築する必要あり
 その際、他県の情報も有効利用し、地域包括ケア支援を強化

2040年を見据えた新たな地域医療構想(2)

◇ 医療機関の類型化の進め方

1. 地域で生活を続けられるよう、地域包括ケアシステムを深化できる病院

- 地域包括ケア支援機能を持つ医療機関(救急型、地域密着型)
 - 診療所、歯科診療所、介護施設等と連携して在宅医療を提供
 - ポスト急性期の回復機能を有する

2. 24時間365日体制の救急対応等、患者を断らない「最後の砦」となる病院

- 特定機能病院等
 - 三次救急
 - 地域包括ケア支援機能をもつ医療機関と連携し、在院日数を短縮→後方病院への連携
 - がん、手術、救急、感染症、災害対応(働き方改革もあり、集約化・大規模化)

☆ ただし、医療需要は多くの圏域で2040年をピークに減少に転じるので、減少も踏まえた提供体制を考える必要あり

各構想区域の現状の問題点

(日本経営資料より引用・作図)

医療需要のピークは2020年

【今治構想区域】

地域完結率:97%

- 区域内に三次救急拠点病院がない。高度救急医療は松山医療圏等の医療資源に頼らざるを得ない
- 離島の医師確保が難しく、無医島化の危機に瀕している

・救急医療は輪番体制

医療需要のピークは2030年

【宇摩構想区域】

- 医療資源が脆弱であり、新居浜や香川県の三豊への患者流出が続いている
- 区域内での高度急性期医療の完結が困難
- 脳神経外科、循環器科で医師不足が深刻化

・救急医療:1次・2次対応、3次は県新

地域完結率:92%

医療需要のピークは2035年

【松山構想区域】

- 政策医療の拠点病院が集中。医療資源が充足しており、他区域からの患者の流入も多い
- 山間部の過疎化が深刻で、医療・介護の基盤弱体化が問題となっている

・救急医療は輪番体制

地域完結率 99%

医療需要のピークは2030年

【新居浜・西条構想区域】

- 区域内で高度急性期医療が完結できず、患者の多くは松山医療圏に流出
- 小児科では、救急医療の広域化が進んでいる

・救急医療の輪番体制なし

地域完結率:96%

医療需要は既にピークアウト

【八幡浜・大洲構想区域】

- 区域内に高度急性期病床がなく大幅不足
- 県内でも特に高齢化が顕著。医療従事者も高齢化し人材不足
- 医療資源に乏しく、区域内での二次救急医療の体制維持が困難

・救急医療は市八+市立大洲、大洲中央、喜多医師会

地域完結率:75%

医療需要は既にピークアウト

【宇和島構想区域】

- 区域内の医療需要に対する医療提供体制は概ね整備されている
- 脳神経外科・小児科・外科・麻酔科・産婦人科は慢性的な医師不足

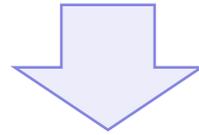
・救急医療:市立宇和島+JCHO、徳洲会

地域完結率:87%



小 括

地方では、超少子高齢化の中、
患者数に見合わぬ医師不足と超看護師不足が到来



対策を講じることが必要 ➡ 地域医療構想

- ・各圏域の病院の機能再編が必須
機能分担化と機能に応じた看護師の効率的配置
➡地域医療構想調整会議での議論が重要

☆ 大学から多くの医師が各圏域関連施設へ派遣されるので、
調整会議の場に加えていただきたい

内容

1. わが国の人口動態と2040年問題
2. 地域医療構想：2025⇒2040バージョンへ
- 3. 大学病院の現状と地域医療への役割**
4. 地域医療構想：大学病院からの医師派遣の視点より

愛大病院の役割: 第4期中期目標中期計画

- ◇ 診療: 県内唯一の特定機能病院
 - ➡ 高度急性期医療を行うと共に高度医療を提供
- ◇ 教育: 県内唯一の医育施設
 - 他院と連携し、卒前・卒後教育(臨床研修センターがプラットフォーム)
 - ➡ 高度医療を行える医療人を輩出
 - ➡ 手術手技研修、実習生・研修生受け入れ ➡ 人材育成
 - ➡ 地域医療を守る(医師派遣含)とともに世界に新知見を発信
- ◇ 研究: 臨床・研究の橋渡しを含め、臨床・基礎的研究を推進
 - 愛大にしかできないコホート研究等を利用
 - バイオバンクの設立 ➡ 研究のインフラ整備と研究の効率化
 - ➡ 働き方改革下、より効率的に新知見を世界に発信

働き方改革の目的

医師を含め、医療機関で働くすべての人の働き方改革を進め、
誰もが心身ともに健康を維持しながら
いきいきと医療に従事できる状況の実現を図ること



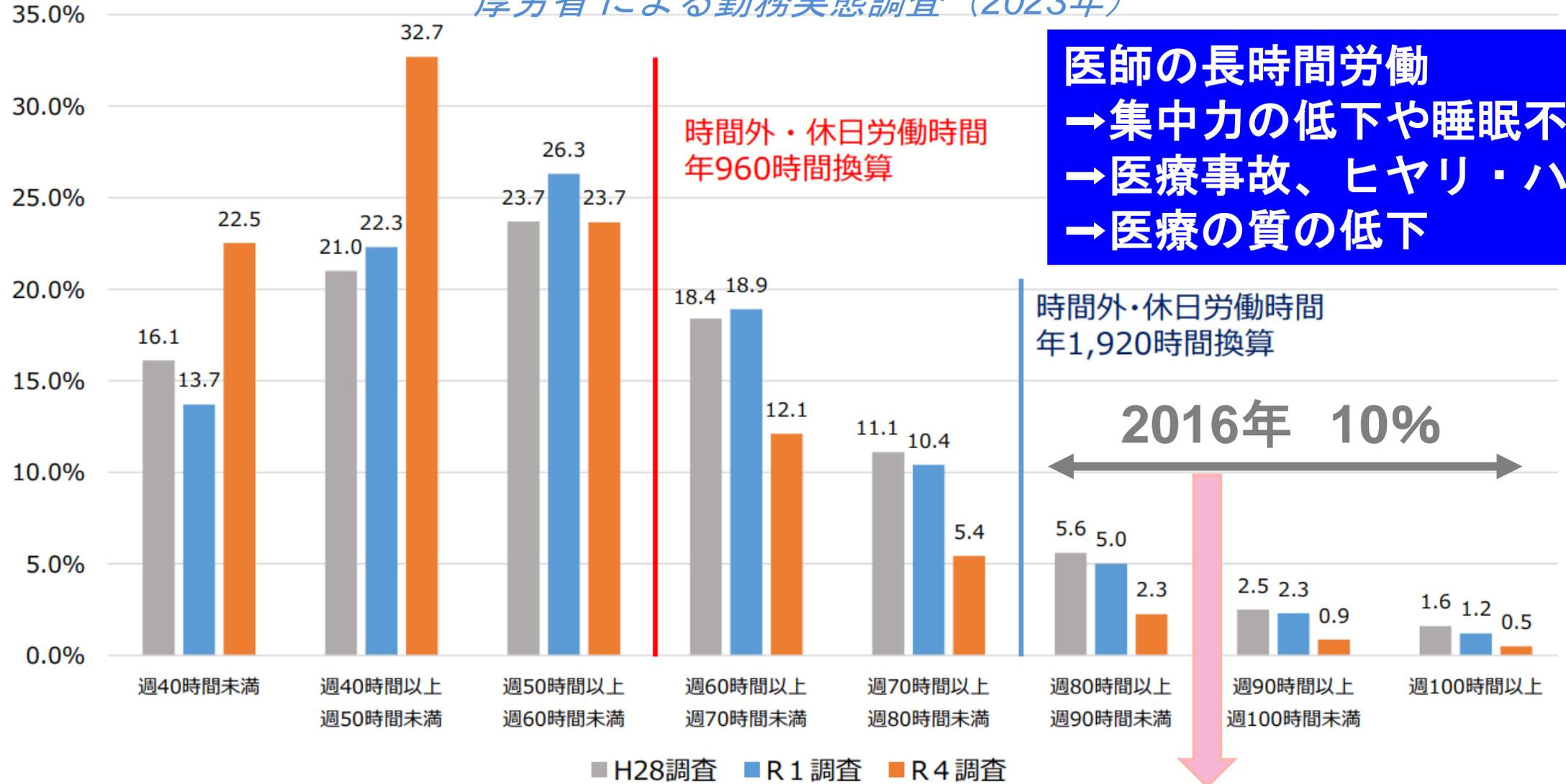
より質の高い医療の提供へ

医師の働き方改革

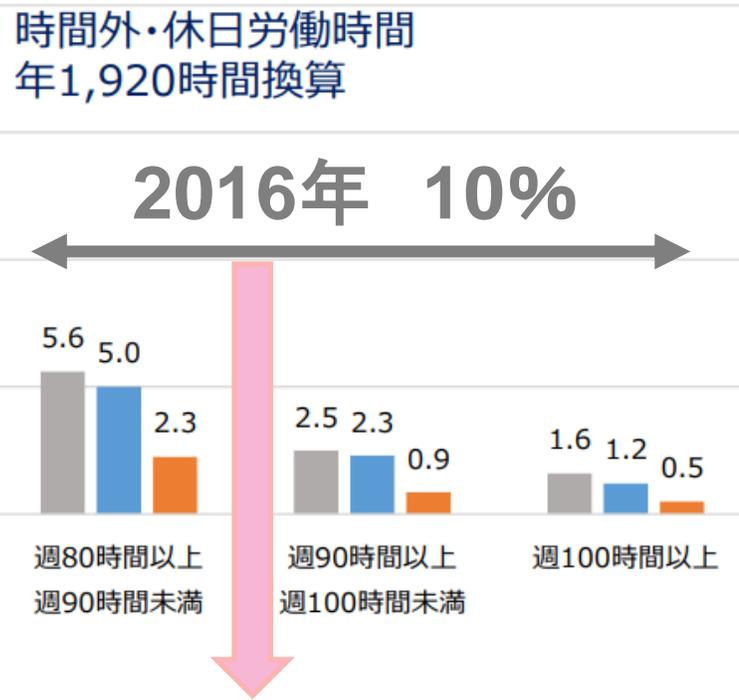
**1860時間という時間外上限をどのような根拠で
決定したのか？**

わが国の病院勤務医師の週当たりの労働時間

厚労省による勤務実態調査 (2023年)



医師の長時間労働
 → 集中力の低下や睡眠不足
 → 医療事故、ヒヤリ・ハット↑
 → 医療の質の低下



2022年 3.6%

当院医師の週当たりの労働時間の現状

医師の勤務実態調査 (2021年11月)

時間外・休日勤務 年960時間換算
※休日込み(以下同じ)

全国 当院

2021年 8.5% 6.9%

2022年 3.6% 0%



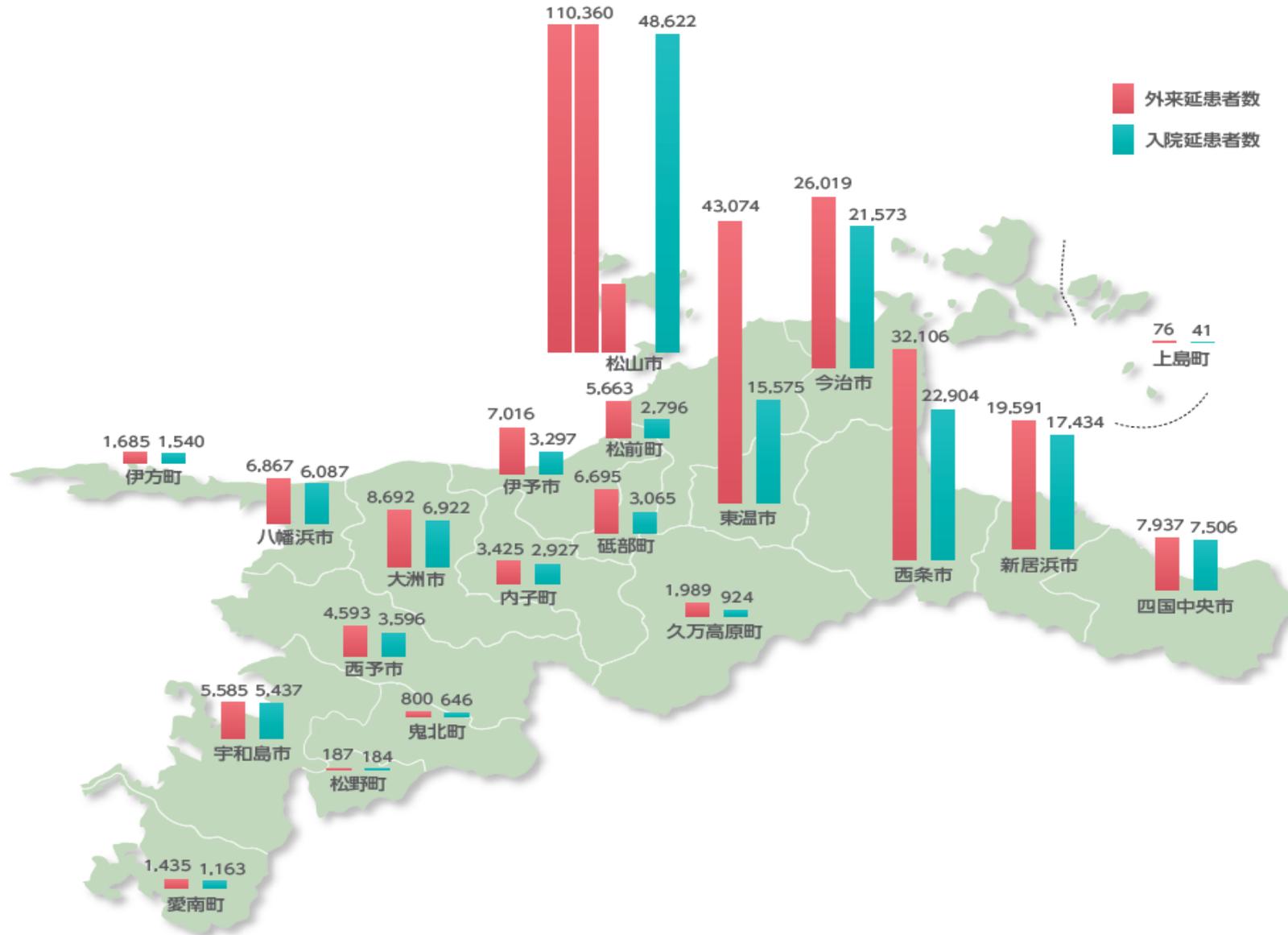
当院において時間外労働時間が960時間を超える医師数

※対象は2023年9月末時点の在籍者（育休・休職者は除く）、2023年4月～9月の実績を基に試算

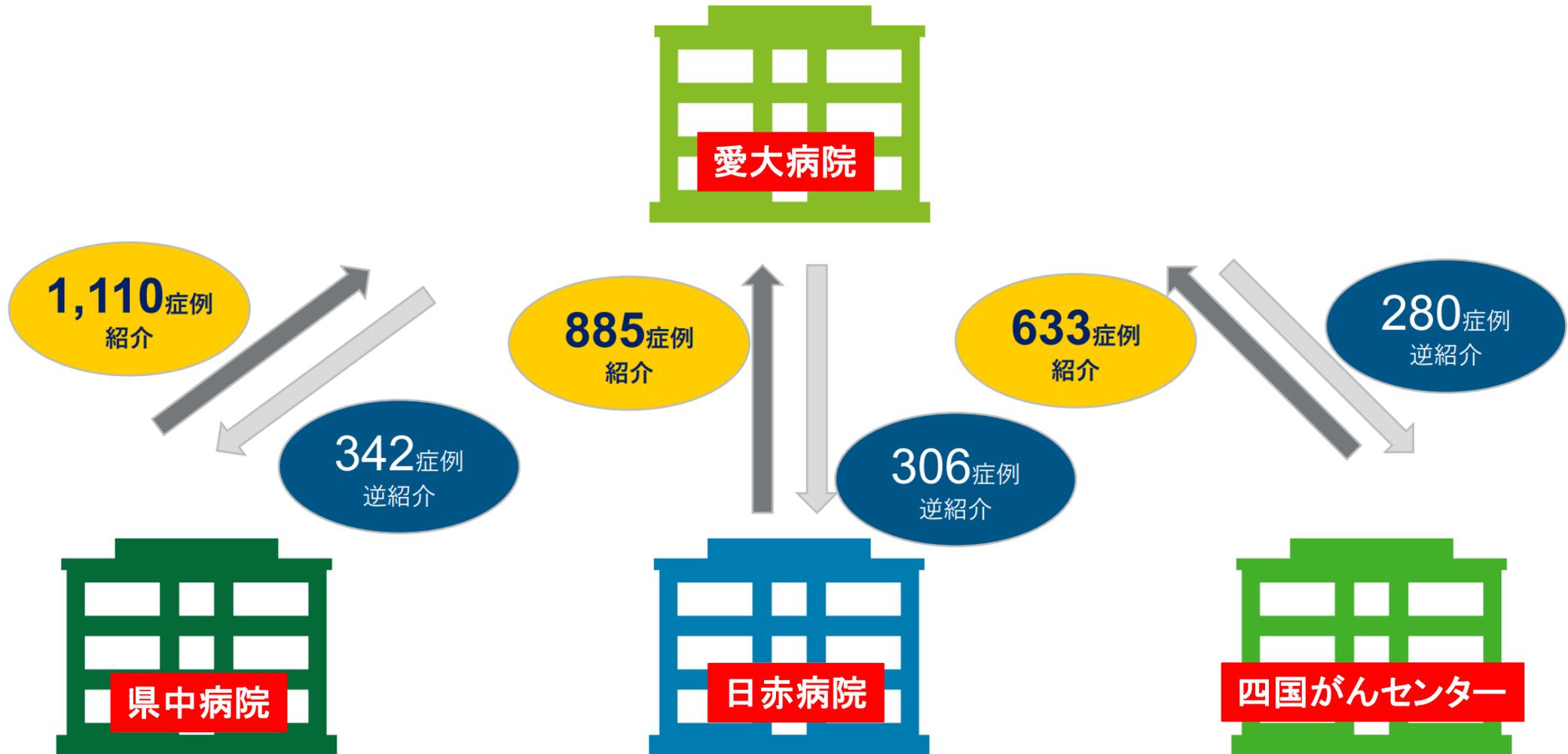
診療科	人数	年960H ～1860H 以下	年1860H 超	特例水準 申請医師 数	特例水準
小児科	35	4	0	3	B
消化管腫瘍外科	14	3	0	1	B
心臓血管呼吸器外科	18	3	0	5	B
脳神経外科	14	1	0	1	B
麻酔科	32	1	0	1	連携B
救急科	13	7	0	7	B
上記以外の診療科	382	0	0	0	
計	508	19	0	18	

当院は松山圏域以外からも多くの患者を受け入れている

患者：愛媛県内市町別外来・入院患者数(2020年度)



高度急性期3病院および四国がんセンター間において 活発に患者紹介がなされている

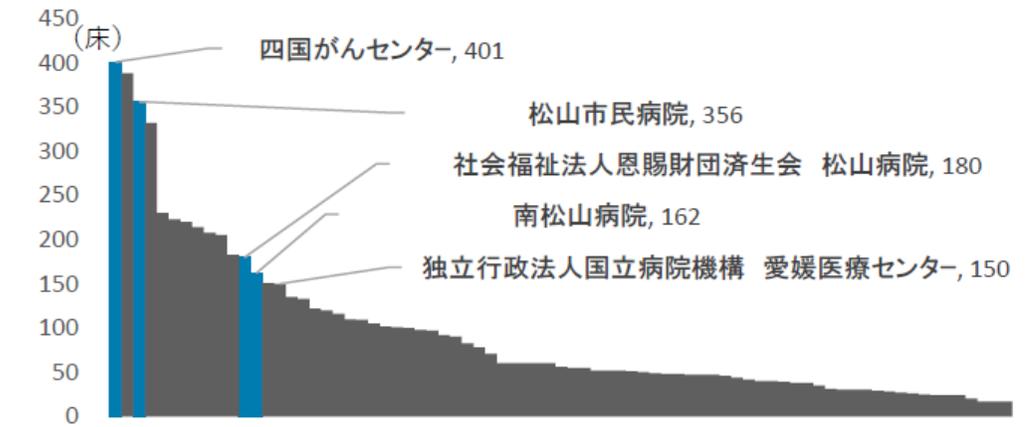
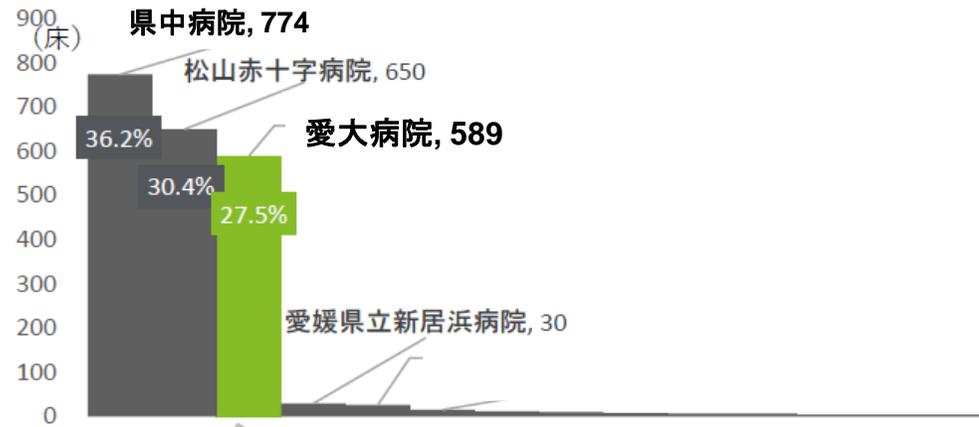


当院が県下の高度急性期の40%以上を対応

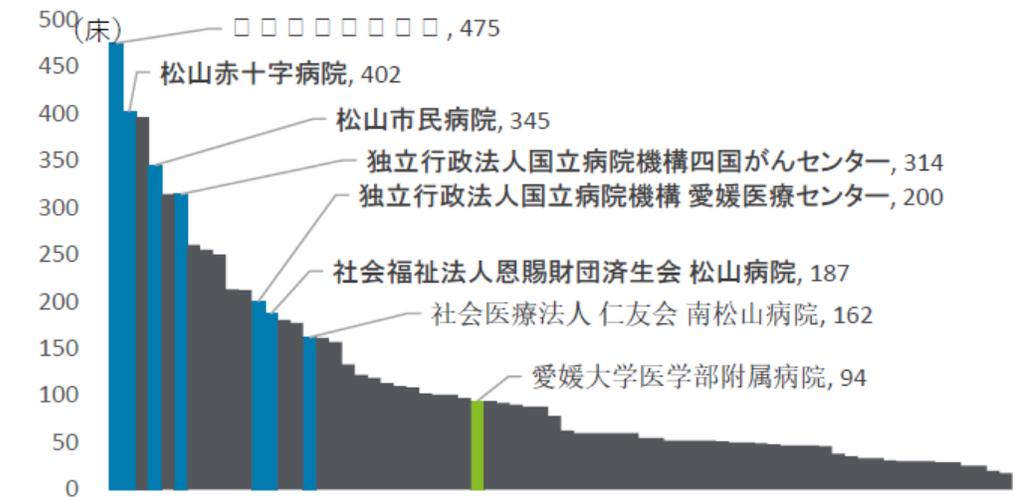
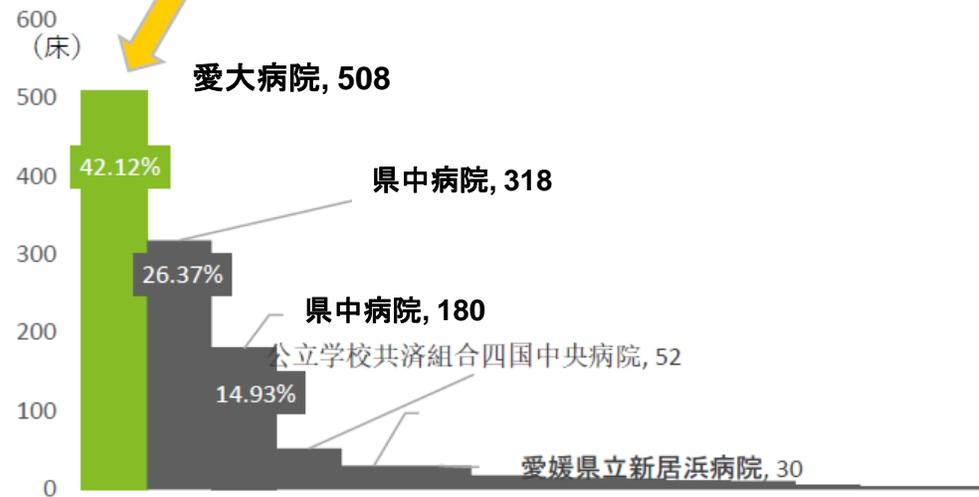
高度急性期

急性期

平成27年度



令和3年度



出所：厚生労働省「令和3年度病床機能報告」より作成

愛大病院は地域医療支援を果たす役割がある

地域別派遣医師数

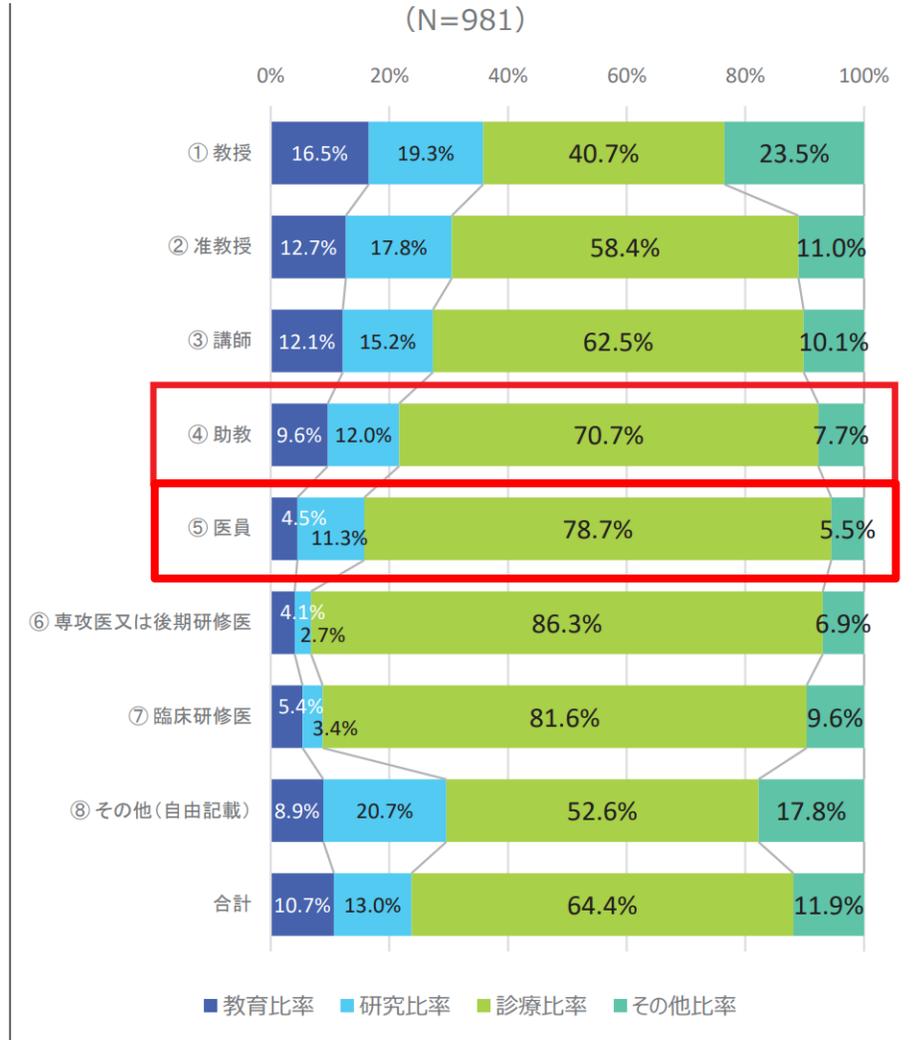
地域	医療機関数 (派遣医師数)	愛媛県二次 医療圏	医療県内 市町村	医療機関数	派遣医師数
愛媛県	79機関 (767人)	松山	松山市	30	359
			東温市	3	37
			久万高原町	1	3
		今治	今治市	11	82
		新居浜・西条	西条市	6	42
			新居浜市	8	75
		八幡浜・大洲	大洲市	6	38
			八幡浜市	2	16
			西予市	1	1
		宇和島	宇和島市	6	94
			鬼北町	1	2
		宇摩	四国中央市	4	18
		県外	13機関 (26人)	香川県:4(10)・岡山県:1(2)・広島県:1(6)・兵庫県:4(4) ・大阪府:1(1)・静岡県:1(2)・東京都:1(1)	
計	92機関 (793人)			92	793



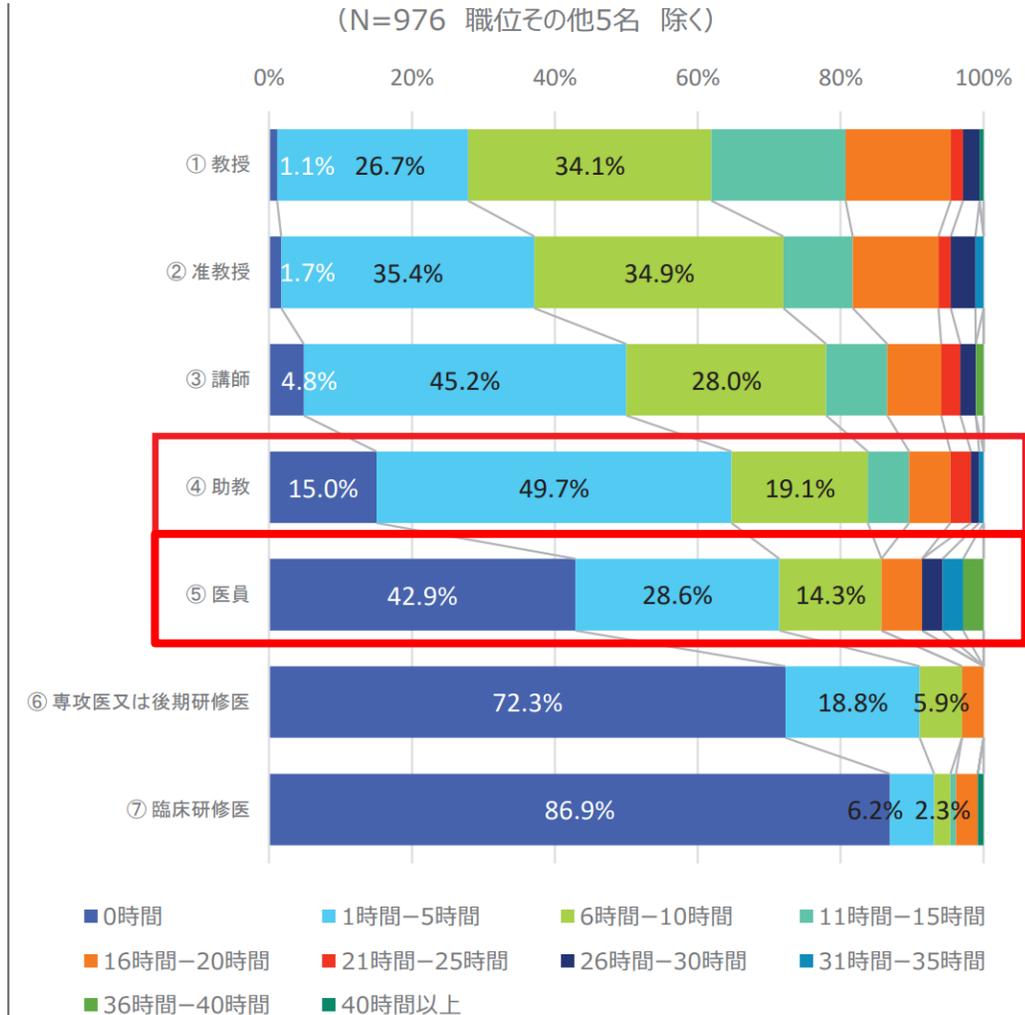
大学病院の医師は診療へのエフォートが大きい

R.4年度 文科省「大学病院における医師の働き方に関する調査研究報告書」

職位ごとの診療・教育・研究等の業務時間 構成比率

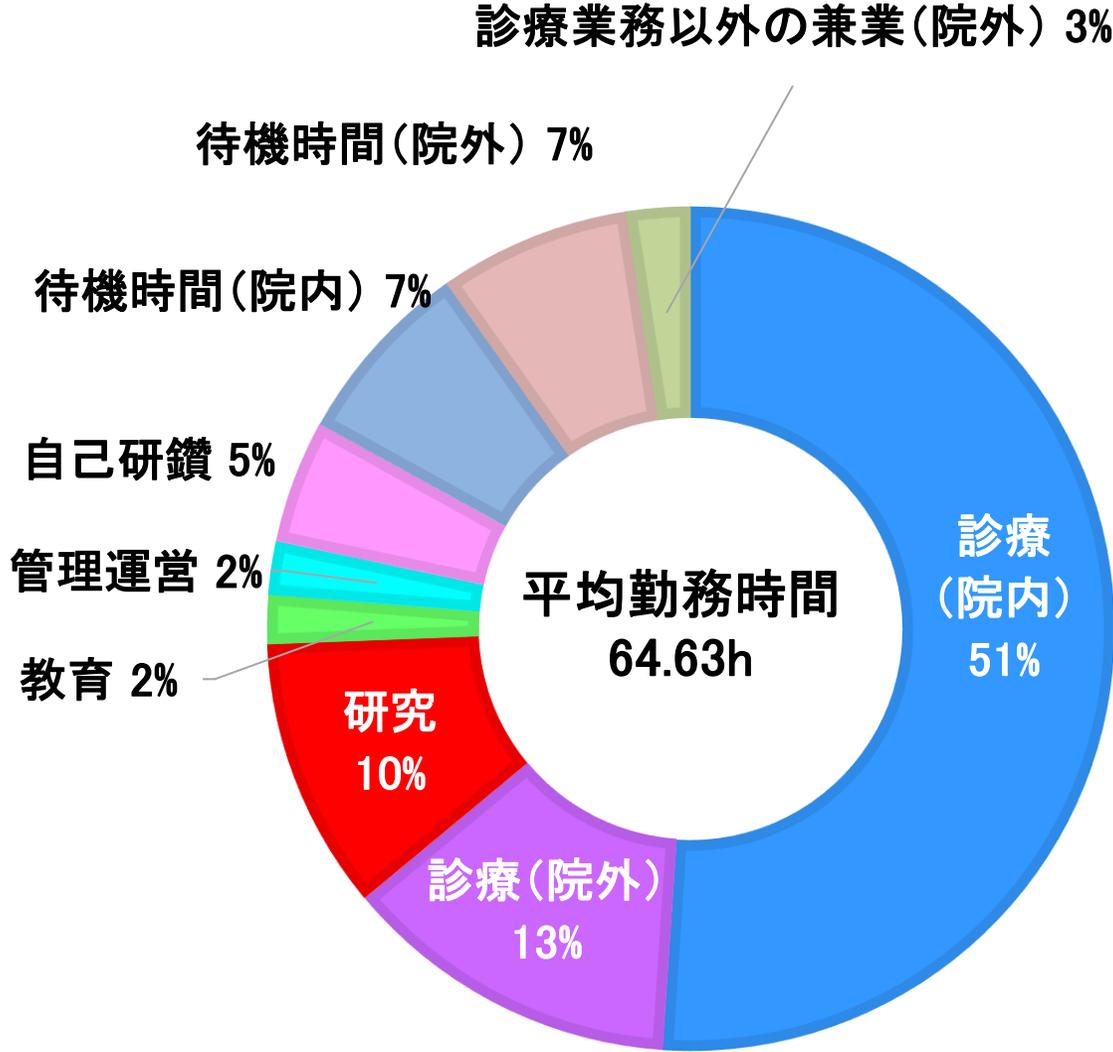


職位ごとの週当たりの研究時間 構成比率



当院の医師（全職種）の勤務における各業務の割合

R.3年度 「勤務実態調査」 1週間の勤務における各業務の割合



**診療へのエフォート
81%**

当院の医師(講師・助教)の勤務における各業務の割合

R.3年度「勤務実態調査」1週間の勤務における各業務の割合

若手医師の大学離れが懸念される
→ 医局と関連のない施設、県外(都会)への流出

待機時間(院外) 4%

3%

待機時間(院外) 7%

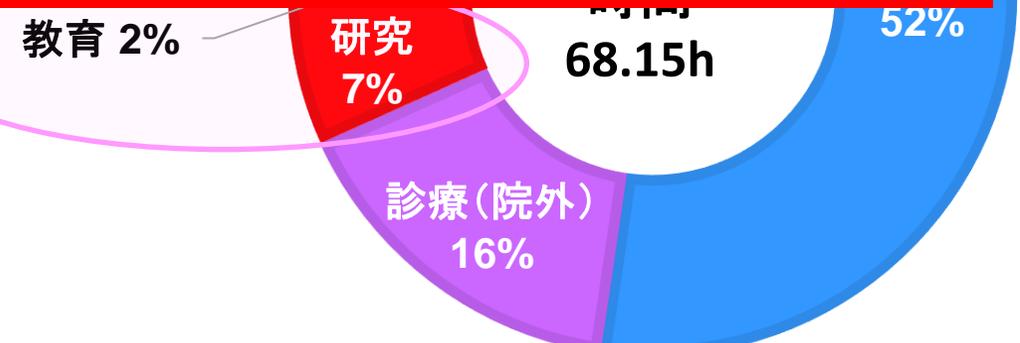
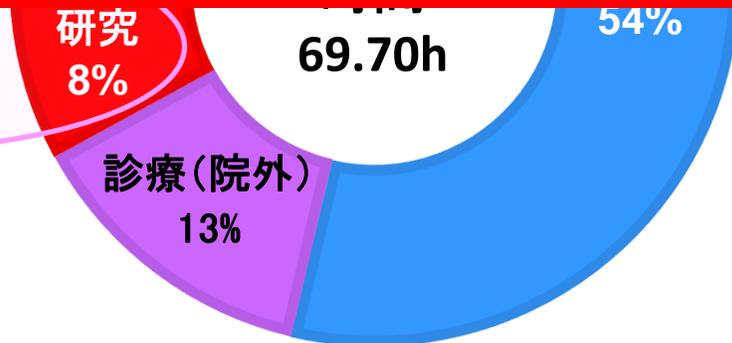
2%

**今、地方は生き残り合戦の状況にあり、
今、しっかり準備しなければ
愛媛県は負け組となる**

自己研

管理運営

教育 1%



診療へのエフォート: 81%

診療へのエフォート: 86%

国立大学病院で勤務する医師の給与水準

第3回今後の医学教育の在り方に関する検討会
(令和5年7月12日) 資料3-1より抜粋

国立大学病院(A)		国立病院機構の例(B)		差額(A)-(B)
教授	1,252万円	部長	1,890万円	-638万円
准教授	1,007万円	医長	1,710万円	-703万円

大学病院では、依然、自己犠牲のもと、診療に当たっており、
国は教育・研究をその自己犠牲に頼っている

※AJMC調べ(年収額)

42歳 1,255万円

個別大学の例(AJMC調べ)

出典:国立病院機構HPより
出典:厚生労働省令和2年度賃金構造基本統計調査から

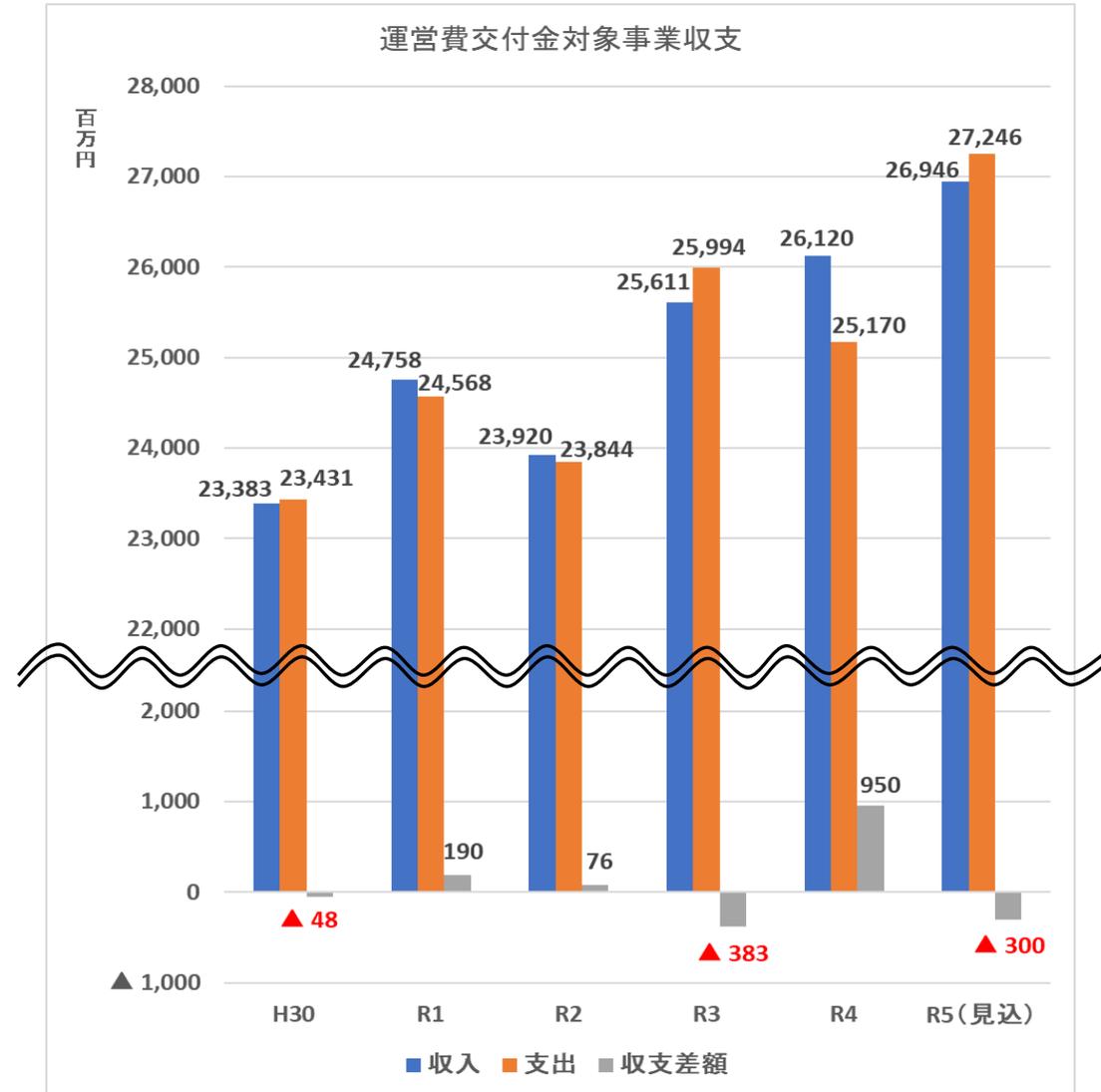
全国医学部長病院長会議等より文科省・厚労省に要望し、
文科省も認識し、「今後の医学教育の在り方に関する検討会」
を開催し、改善策を検討中

講師	47歳	1,042	4	1,048	42歳	834
助教	42歳	809	2	860	38歳	700
専攻医・医員	22歳	419	20歳	229	26歳	279

しかし、大学医師の給与増額につながらないであろう

大学病院の厳しい経営状況(1)

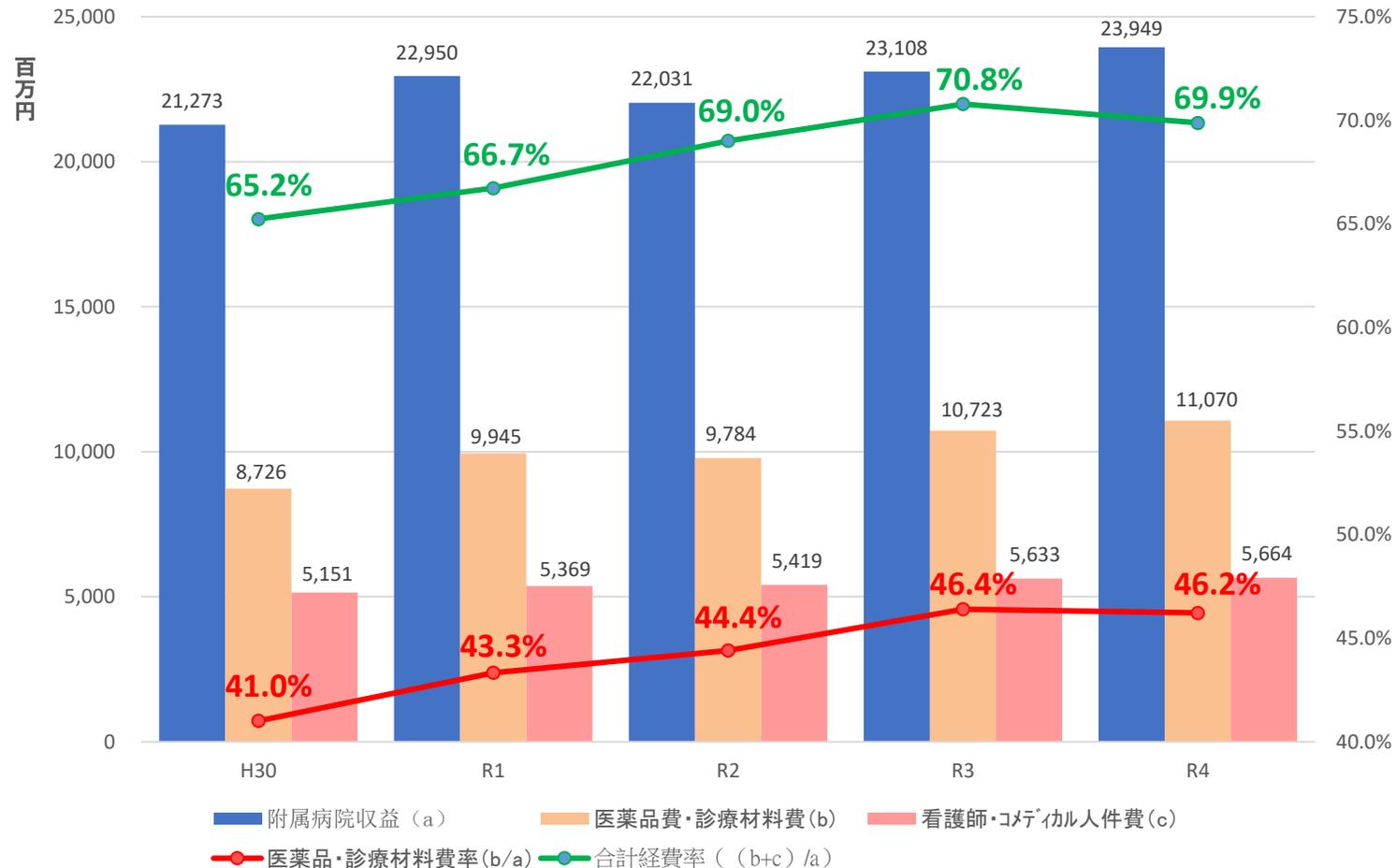
☆ 収入は増加傾向にあるが、収支差額は減少傾向 ➡ 増収減益



大学病院の厳しい経営状況(2)

増収減益の要因

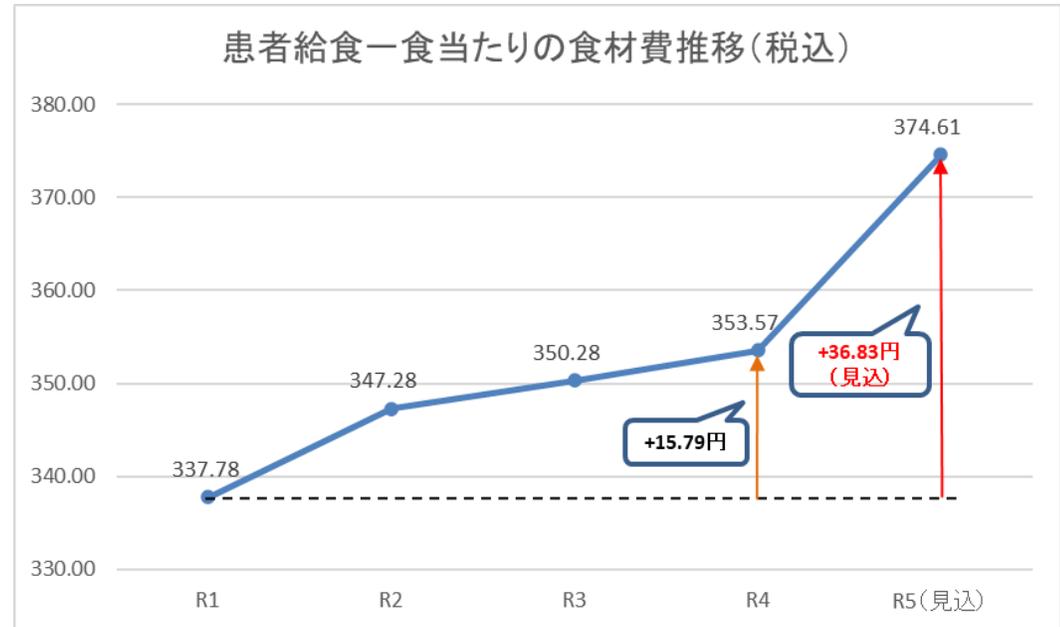
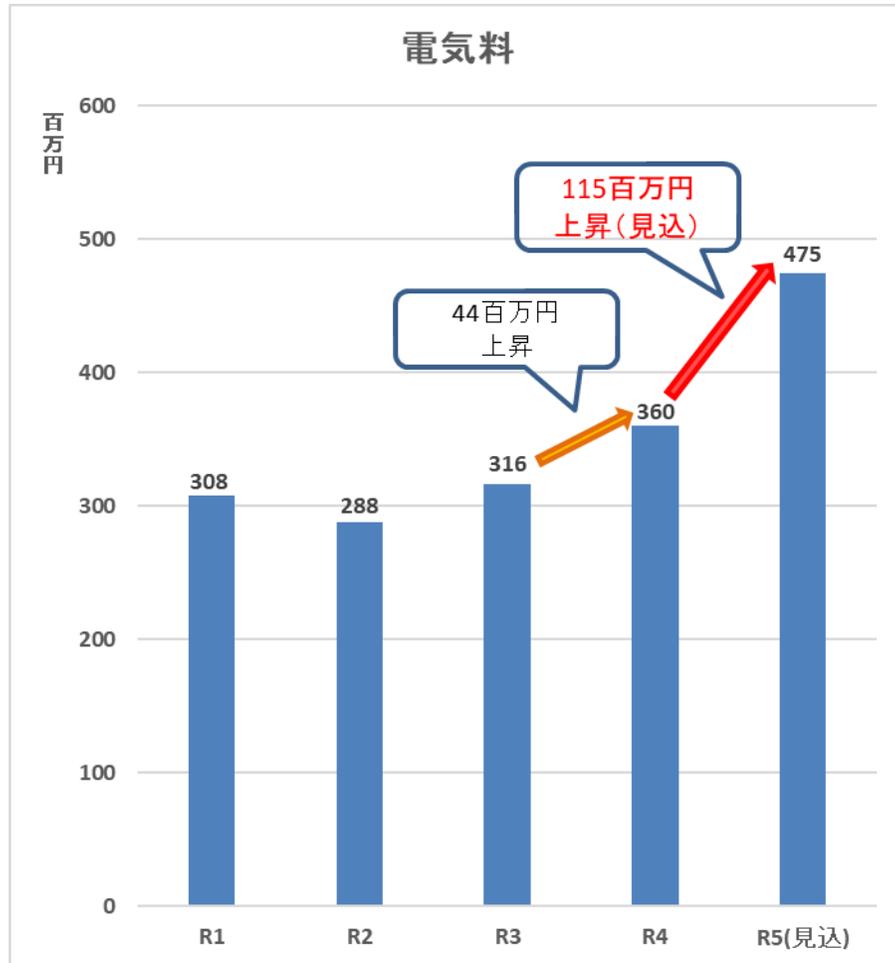
- 医薬品費・診療材料費 : 利益が生じにくい高額医薬品(抗がん剤)や高額診療材料の使用増に伴う費用増加
- 人件費(看護師・コメディカル): 勤務環境改善及び医師のタスクシフトによる人員増に伴う費用増加



大学病院の厳しい経営状況(3)

電気料・患者給食食材費の高騰

○電気料、患者給食食材費が急騰 → 経営を圧迫



(参考)患者給食に係る収支状況

(単位: 千円)

	R1	R2	R3	R4
収入	322,543	295,244	297,350	293,175
支出	328,790	337,307	343,011	345,978
収支	△ 6,247	△ 42,063	△ 45,661	△ 52,803

小 括

- ・大学病院は経営が苦しい中、診療・教育・研究を行っている。また、大学勤務医は収入が少ない中、依然、犠牲の精神で診療に加え、教育・研究に当たっている。
- ・このような状況下、国立大学病院長会議、全国医学部長病院長会議は、若手医師が大学病院から離れることに危機感を感じ、以前より厚労省・文科省に種々の要望を提出している。
- ・厚労省、文科省もこのような課題に対し改善策を講じるべく、いくつかの検討会を立ち上げ、議論を進めている。

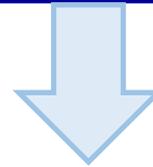


**状況は厳しくても、愛大病院は愛媛の地域医療を守るべく、
足元を固めつつ、地域支援にコミットする必要がある**

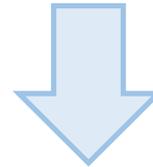
内容

1. わが国の人口動態と2040年問題
2. 地域医療構想：2025⇒2040バージョンへ
3. 大学病院の現状と地域医療への役割
4. **地域医療構想：大学病院からの医師派遣の視点より**

将来を見据えた県下の産婦人科医療体制の構築

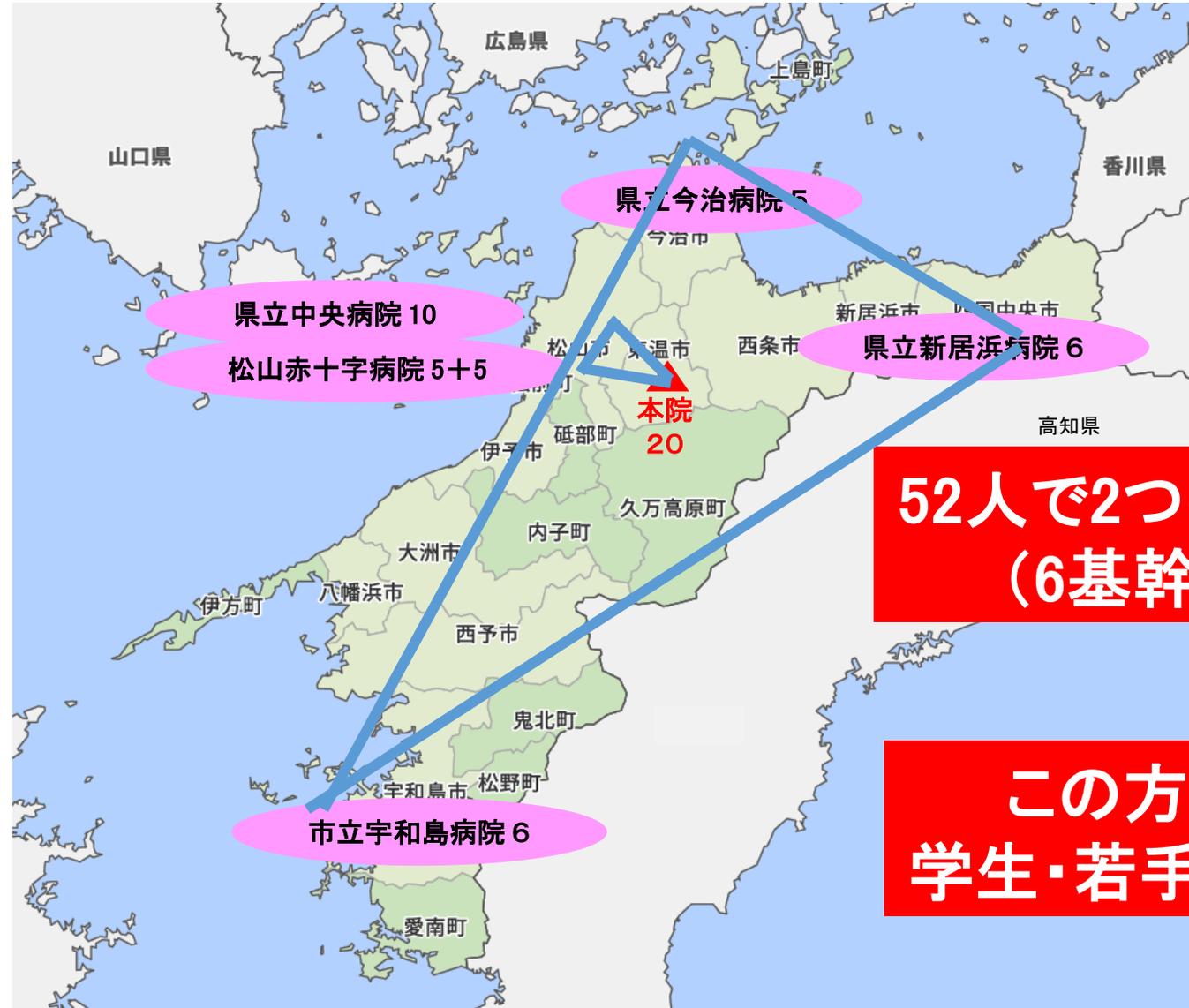


- 24時間365日の対応が必要
- 各圏域の診療所からの応需
- ➡特に周産期医療は救急医療
- ➡小児科との連携が必須



- 各圏域の基幹病院を必死に守る
- ➡集約化・重点化は必須
- ➡9年間、医師の派遣施設を絞り込み、多くは自然集約・重点化を図った

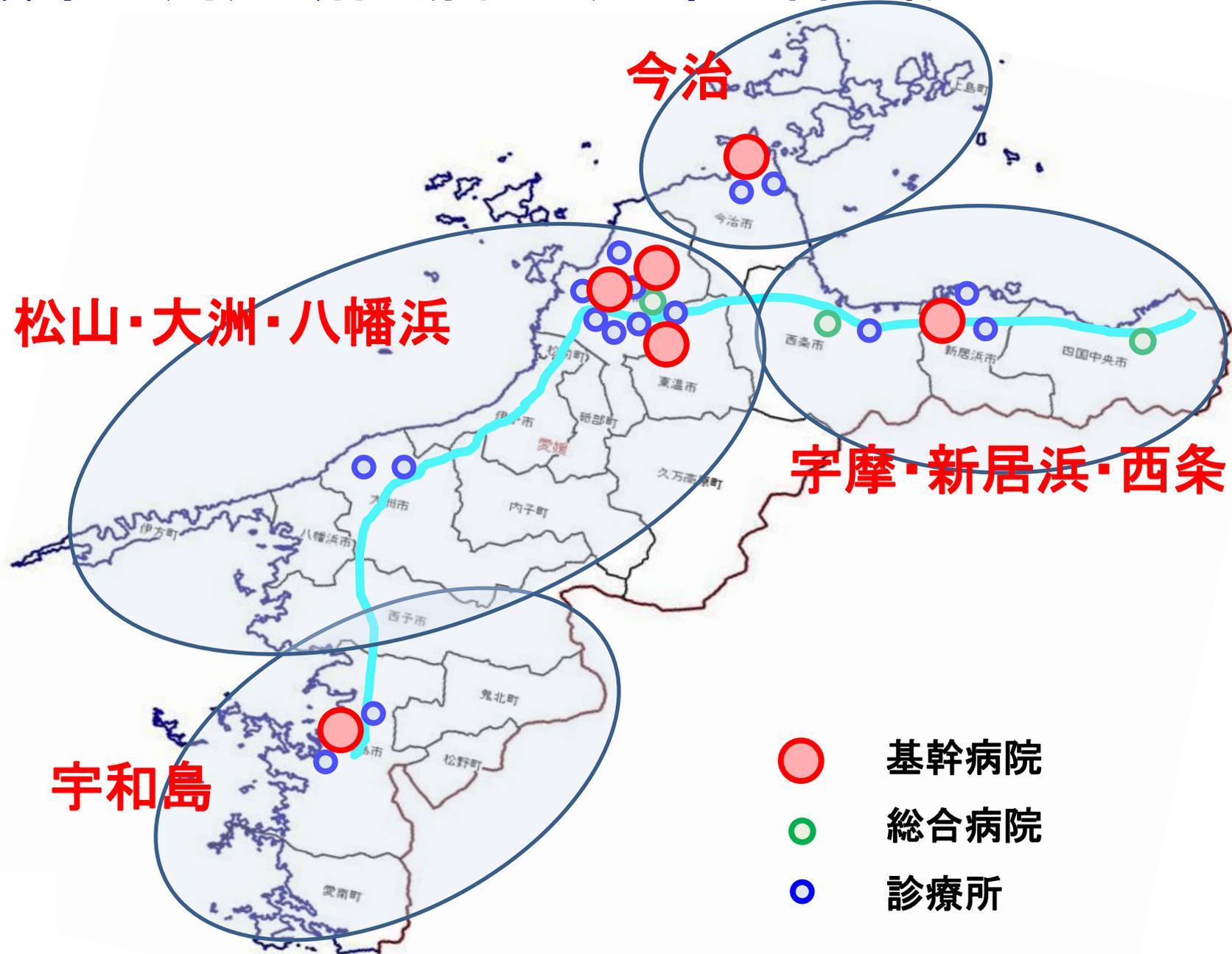
産婦人科の地域医療(関連病院)支援について



52人で2つのトライアングル
(6基幹病院)を守る

この方針を徹底し、
学生・若手医師にも伝える

愛媛県の周産期医療圏と産婦人科施設 (2023年)



地域別基幹施設からの距離と出生数

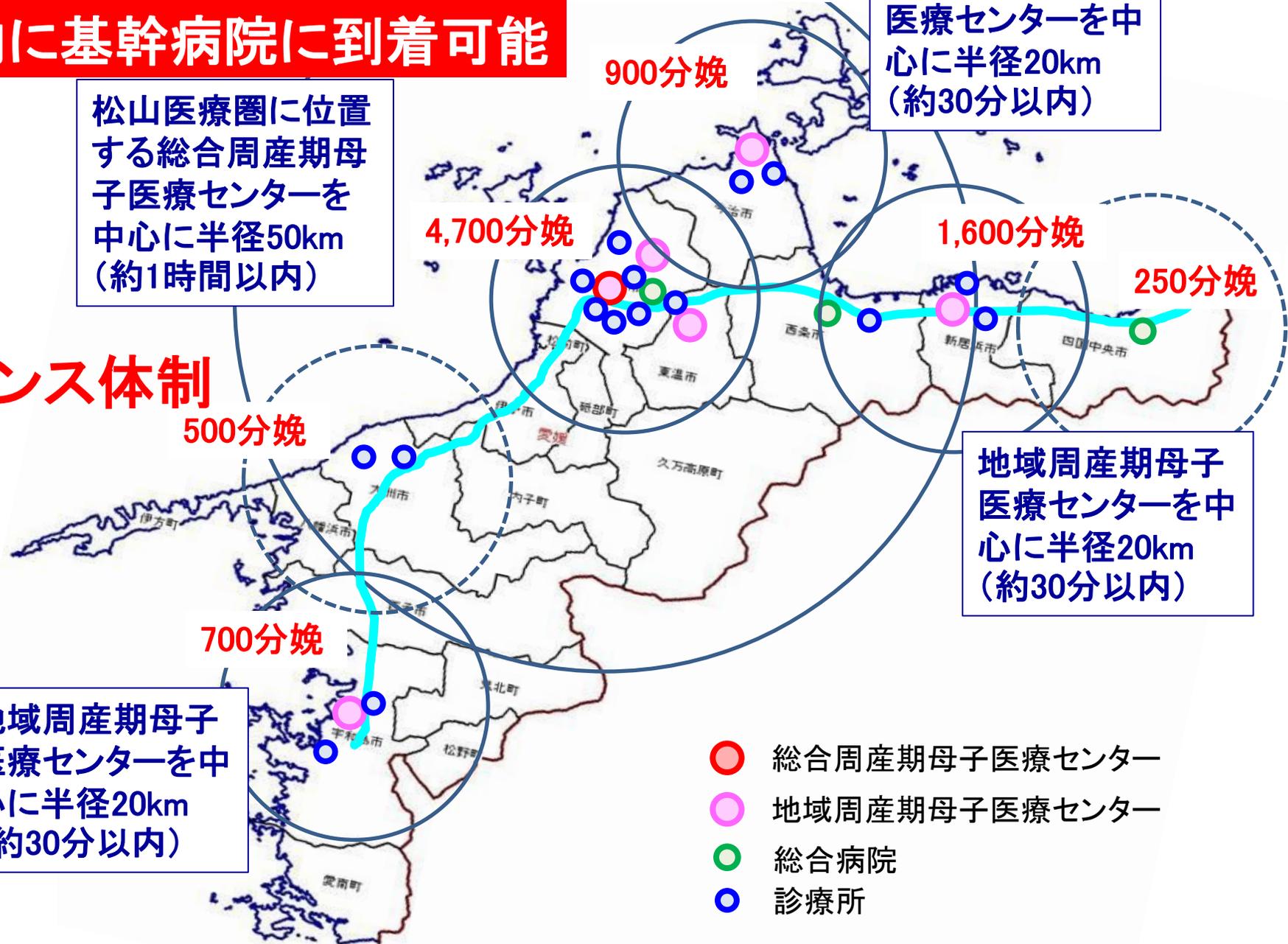
1時間以内に基幹病院に到着可能

ゾーンディフェンス体制

松山医療圏に位置する総合周産期母子医療センターを中心に半径50km(約1時間以内)

地域周産期母子医療センターを中心に半径20km(約30分以内)

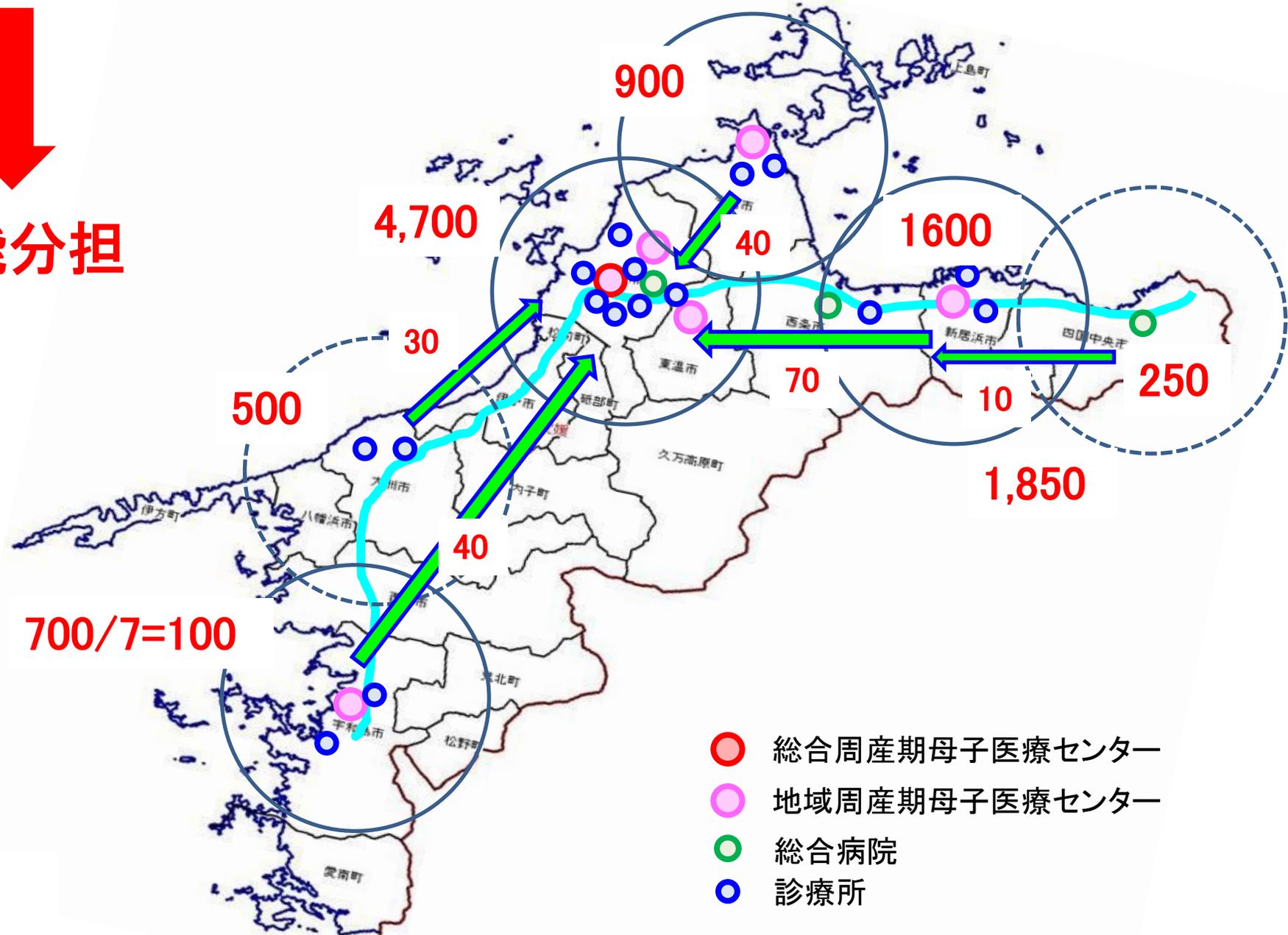
地域周産期母子医療センターを中心に半径20km(約30分以内)



症例によっては各圏域から松山医療圏へ搬送する



機能分担



地域連携：県下の産婦人科医療を守る

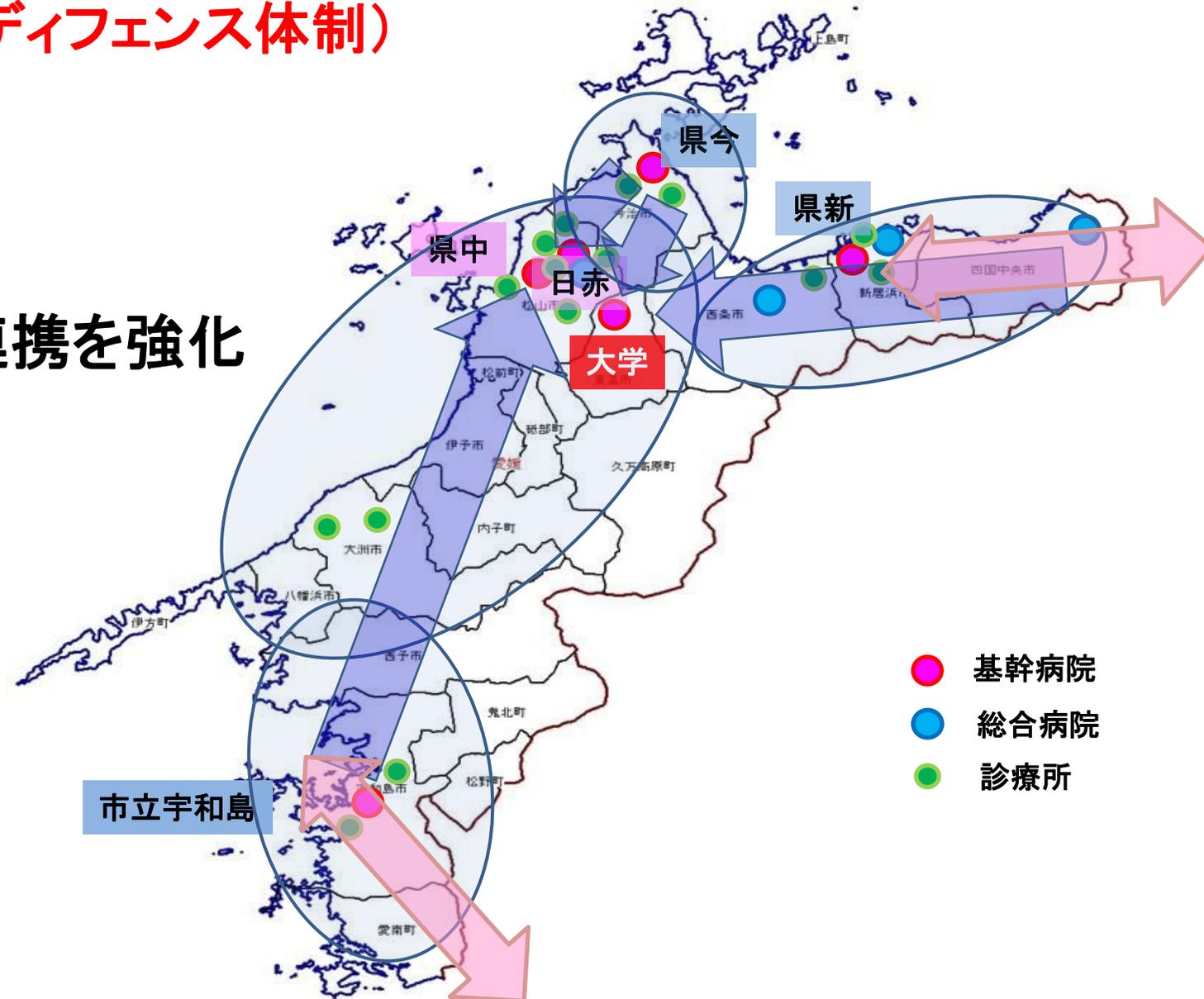
地域別連携（ゾーンディフェンス体制）

+

機能分担



県下の施設間連携を強化



各診療科の地域医療支援

この部分は私見も含むため、
資料からは省きます

Sustainableな地域医療の戦略

◇ 診療科によって事情が異なる

- 医師派遣元の大学が異なる

(例) 日赤: 九州大学、住友別子: 岡山大学等

- 地域の救急疾患体制の再確認、救急医療体制の再構築

(例) 脳卒中、心血管イベント、小児・周産期関連

- 大学病院と関連病院間の経緯: 背景、同門、支援等

➔ 診療科・救急疾患別に機能再編を進める

➔ 調整会議で議論を進める

各圏域の病院、医師会、行政との情報共有

➔ 議論 ➔ アクション

➔ 現場の効率的機能維持 + 大学のマンパワー維持

地域医療支援の今後の方向性

1. 診療科として機能再編を進める

(例) 内科系: 今治、新居浜・西条、大洲・八幡浜の機能再編

外科系: 今治、新居浜・西条、大洲・八幡浜、宇和島圏域内

➡各病院、医師会の理解を得ながら進める

2. 調整会議を通して機能再編を進める

行政、日本経営のデータに基づき、各圏域で各病院の立ち位置、将来性を情報共有の上、確認するプロセス ➡ **大学病院も医師派遣の視点より参画**

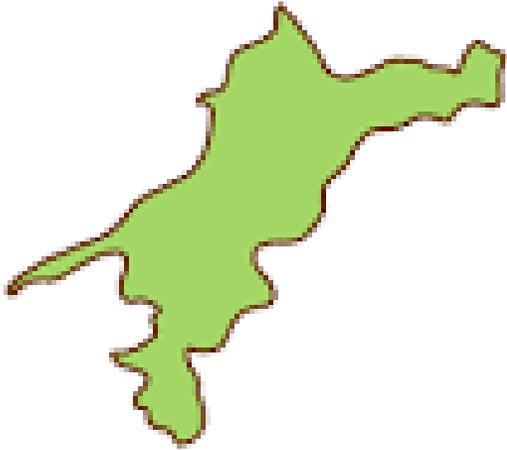
3. 各圏域の救急体制の構築

(例) 疾患別救急体制の構築、松山市の救急輪番体制の見直し、

新居浜・西条エリアの救急体制、大学からの救急派遣を効率的に行う

➡救急輪番参画病院の関係者、医師会、行政と連携し進める

結語



オール愛媛で地域医療構想を考える

議論の場に愛大病院も加えていただく

地域医療構想による
関連病院の機能再編
(重点・集約化含)

病院再開発時は
最高の重点化のタイミング

機能再編による各病院の
共存共栄の方策を探る

行政、日本経営、金融機関の協力

愛大病院の
マンパワー確保

真の働き方改革の実践

診療はもちろん、
教育・研究の充実

愛大病院の持続可能な経営

学生・若手医師への好影響
(ここなら安心してやれる！)

各圏域の機能再編による効率化

県民を守るのみならず、医療従事者も守る

謝 辞

本セミナーにおいて
発表の機会をいただきました 伊予銀行 ならびに
愛媛県、愛媛県医師会に感謝いたします。

後援いただいた厚生労働省、株式会社日本経営に
感謝いたします。