

平成30年度 第1回 埼玉県北部地域保健医療・地域医療構想協議会 議事概要

日 時 平成30年8月21日（火）午後7時から午後8時30分

場 所 深谷市深谷生涯学習センター・深谷公民館 大会議室

出席者
（委員）

長又委員	熊谷市医師会 会長
高橋委員	本庄市児玉郡医師会 会長
福島委員	深谷寄居医師会 会長
平井委員	熊谷市歯科医師会 会長
飯塚委員	本庄市児玉郡歯科医師会 会長
中島委員	大里郡市歯科医師会 会長
田口委員	熊谷薬剤師会 会長
持田委員	本庄市児玉郡薬剤師会 会長
大谷和敏委員	深谷市薬剤師会 会長
山崎委員	熊谷外科病院 院長
石原委員	本庄総合病院 院長
伊藤委員	深谷赤十字病院 院長
青木委員	青木病院 院長
佐々木委員	医療法人社団優慈会 理事長
小堀委員	熊谷生協病院 院長
堀川委員	堀川病院 院長
門倉委員	あねとす病院 院長
林委員	西熊谷病院 院長
田島委員	埼玉県看護協会監事（深谷赤十字病院 副院長）
高柳委員	埼玉県保険者協議会委員（熊谷市市民部保険年金課長）
大谷光代委員	熊谷市地域子育て支援拠点連絡会くまっしえ 代表
宮島委員	本庄市食生活改善推進員協議会 会長
戸森委員	熊谷市市民部長
中田委員	本庄市保健部長
新井委員	深谷市福祉健康課長
設楽委員	神川町保険健康課長
仙波委員	寄居町健康福祉課長
田中委員	深谷市消防本部消防長
小坂委員	埼玉県本庄保健所長兼熊谷保健所長

(32名中29名出席)

(病床機能の概要等の説明のために出席を求めた医療機関)

星永進 埼玉県循環器・呼吸器病センター 病院長
紀田嘉彦 熊谷生協病院 事務次長

(関係機関等)

木村修 深谷赤十字病院 企画広報課長
金子重雄 熊谷市消防本部警防課長
岡賢一 熊谷市消防本部警防課主幹
原雄司 児玉郡市広域消防本部警防課課長補佐
江原正明 深谷市消防本部警防課長
浅田朱美 深谷市保健センター所長
嶋崎久美子 寄居町健康福祉課主幹
斎藤太郎 群馬県藤岡保健福祉事務所長
矢沢和人 群馬県藤岡保健福祉事務所医監 (保健所長)

(事務局)

関口圭市 埼玉県保健医療政策課主幹
福田智樹 埼玉県保健医療政策課主査
工藤一郎 埼玉県医療整備課主査
矢本政子 埼玉県本庄保健所 副所長
島山大右 埼玉県本庄保健所 担当部長
岡部敏雄 埼玉県熊谷保健所 副所長
金子衛 埼玉県熊谷保健所 副所長
木村環 埼玉県熊谷保健所 担当部長
田中秀憲 埼玉県熊谷保健所 担当部長
野村浩代 埼玉県熊谷保健所 担当部長
根岸邦佳 埼玉県熊谷保健所 担当課長
利根川惇 埼玉県熊谷保健所 主任

(敬称略)

(傍聴者)

5名

1 開会

(司会：熊谷保健所 岡部副所長)

定刻となりましたので、平成30年度第1回北部地域保健医療・地域医療構想協議会

を開催させていただきます。

開会にあたり、本庄保健所長兼熊谷保健所長の小坂高洋からごあいさつ申し上げます。

2 あいさつ

(熊谷保健所 小坂所長)

本日は御多忙にもかかわらず御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。また、日頃、保健所の事業推進に格別の御理解・御協力を賜りまして、重ねて深謝申し上げます。本来であれば、当協議会の会長から御挨拶を頂戴すべきところではございますが、任期の更新に伴う会長・副会長の改選が、まだ行われておりませんので、事務局を代表いたしまして、一言ごあいさつを申し上げます。

団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年に向け、地域医療構想の実現が急務と言われております。昨年6月に、政府と与党の政策指針であります「経済財政運営と改革の基本方針」、通称「骨太の方針2017」が閣議決定されました。この中で、社会保障分野の主要取組事項として、地域医療構想実現に向けての議論の促進、具体的には、個別の病院名や転換する病床数等の具体的方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進することが求められております。この方針に基づいて、本年2月、厚生労働省医政局地域医療計画課長から都道府県に向けて、「地域医療構想の進め方について」という文書が発出されました。この中で、公立病院及び公的病院に対して、新公立病院改革プラン並びに公的医療機関等2025プラン策定の上で、地域医療構想調整会議において2025年に向けた具体的方針の協議を行うことが求められています。その他の医療機関においても、今年度中に事業計画策定の上、やはり地域医療構想調整会議において具体的な対応方針を協議することとされております。この調整会議において深甚な協議を行うためには、事前に地域においてこれらの計画を共有し、十分な意見交換がなされることが必要不可欠ではないかと考えられます。本日は3病院から計画の御説明をいただけることとなっておりますが、これに対し委員各位から、建設的な御提言を多数いただけるものをご期待申し上げます。

また、今後のこの会議におきまして、順次、他の病院からも事業計画の御説明をお願いすることになるかと思いますが、御理解・御協力のほどよろしくお願い申し上げます。

本日の会議が円滑に運営され、かつ、有意義なものになりますことをご祈念申し上げまして、簡単ではございますが、冒頭のごあいさつとさせていただきます。

(司会)

それでは、はじめに、資料の確認をさせていただきます。

<配布資料一覧により確認>

申し遅れましたが、私は本日の司会を務めさせていただきます熊谷保健所副所長の岡

部と申します。よろしくお願いいたします。

本日は、当協議会委員32名中、26名（他に途中から3名出席）の方に御出席いただけました。過半数の出席でございますので、協議会設置要綱第6条第2項の規定に基づき、会議が成立していることをご報告申し上げます。

3 委員紹介

(司会)

本日は、任期満了に伴う委員改選後の初回の開催でございますので、僭越ですが、私から委員の皆様を名簿の順にご紹介させていただきます。

お手元の「出席者名簿」を御覧ください。

<出席者名簿により各委員を紹介>

また、本日は、議事に関連いたしまして、お二方に特別に御出席をお願いしております。

- ・埼玉県立循環器・呼吸器病センター病院長 星永進 様
- ・熊谷生協病院 事務次長 紀田嘉彦 様

でございます。

なお、当協議会は設置要綱第7条により、原則公開することとされております。本日の会議も公開することとしたいと存じますが、よろしいでしょうか。

<異議がないことを確認>

御異議ないようですので、傍聴希望者に入場していただきます。

4 会長・副会長選出

(司会)

それでは、続きまして、「次第 4 会長・副会長の選出」でございます。要綱第5条に基づき、委員の皆様の互選により、会長及び副会長を選出いただくこととなりますが、委員の皆様から御提案はございますでしょうか。

<提案がないことを確認>

特にないようですので、僭越でございますが、事務局からご提案を申し上げさせていただきます。前任期に引き続き、熊谷市医師会会長の長又先生に会長を、本庄市児玉郡医師会会長の高橋先生に副会長をお願いしたいと存じますが、いかがでしょうか。

<異議がないことを確認>

ありがとうございます。それでは、会長を長又先生に、副会長を高橋先生をお願いしたいと存じます。よろしくお願いいたします。

この会議の議長は、設置要綱第6条第1項により会長と定められていますので、以降の議事進行を長又会長にお願いいたします。

5 議題

(議長：長又会長)

それでは、前任期に引き続き、会長を務めさせていただきますので、よろしくお願ひします。皆様の御協力により、円滑な議事運営に努めてまいりたいと思います。

はじめに「議題（１）埼玉県地域医療構想 病床機能報告データ等を用いた医療提供体制分析について」事務局から説明してください。

(事務局：保健医療政策課 福田主査)

埼玉県保健医療政策課の福田と申します。私からは、資料１－１「病床機能報告データ等を用いた医療提供体制分析」について説明させていただきます。

表紙をおめくりいただきますと、「目的」というのがございます。既に御案内のとおり、地域医療構想は、２０２５年、いわゆる団塊の世代と呼ばれている方たちの全てが７５歳以上となる年におきまして、医療需要についても大きな変化が見込まれるところ、いったいどのような機能を持った病床がどの程度必要になってくるのかということ推計したものでございます。御存知のとおり、この地域医療構想では、病床の機能を、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の四つに分けております。これらの機能につきましては、医療資源の投入量、いわゆる１点１０円のレセプトの部分で、３，０００点以上を高度急性期、６００点以上３，０００点未満を急性期、１７５点以上６００点未満を回復期といったように、医療資源の投入量に応じて計算により推計されております。

一方、現状を把握するための手段として、病床機能報告というものが平成２６年度から国のほうで開始されました。こちらは、各医療機関さんが自らの判断で四つの機能のうちの一つを病棟単位で選択して御報告いただくというものでございます。昨年度、本協議会におきましても、この病床機能報告の結果について御説明させていただいたところですが、やはり、委員の皆様方から、そもそも計算方法が異なるものを単純に比較して圏域の現状を把握するのは難しい、このような御意見を頂戴したところです。

今回、埼玉県では、業務委託を行いまして、病床機能報告のデータについて一定の分析を行って、客観的な基準により地域の医療機能の現状を分析し、各医療機関の皆様が自機関がどのような立ち位置にいるのか、こういったことを議論するための目安を提供するために、本日、このような資料をお持ちしています。病床機能報告の４機能は自主申告による主観的な区分によって報告されております。一方、地域医療構想につきましては、先ほど申し上げたとおり、医療資源投入量に応じた区分によって推計されています。今回、埼玉県では、独自に客観的な区分を作りまして、圏域の中の様子を各医療機関から御報告いただいた内容は尊重しつつ、また別な観点から分析してみるとどのようなことを行っております。具体的には資料を二枚おめくりいただきまして、３頁、「機能区分の枠組み」というタイトルの頁を御覧いただけますでしょうか。

病床機能報告では、医療機関の皆様が自主的な判断による自院の病床機能以外にも、

その病棟で算定している入院料は何かといったような情報であるとか、その病棟では手術が何件あるのか、あるいは救急医療入院が何件あるのかといった客観的な医療の提供状況を御報告いただいております。こうしたデータを基に一定の基準を作りまして、その基準に基づいて、あらためてこの圏域の4機能の様子を見た場合、どのようになるであろうかといったことをやっております。

機能区分の枠組みの考え方につきましては、大きく二つの観点がございます。一つは算定する入院料によって機能をまず分けるという考え方です。これは（箇条書きの）□の一つ目になりますが、例えば、救命救急やICUといったような入院料を算定している病棟、これは高度急性期の機能を持っていると言っても誰しもが異論のないところです。あるいは、回復期リハビリ病棟といったような入院料を算定しているのであれば、回復期病棟であろうと。その他、医療療養病棟や特殊疾患病棟、こういったものについては慢性期の機能を持っていると考える。これが一点目の基準です。二点目の基準は（箇条書きの）□の二つ目ですが、例えば7対1の入院料、あるいは10対1、13対1、15対1といったようなもの、あるいは地域包括ケア病棟といったような算定している入院料だけでは、どのような機能を持っているのかがすぐには分からないものについては、実際に提供いただいている医療の内容に応じて、高度急性期、急性期、回復期、慢性期に分けるというものでございます。また、周産期や小児、緩和ケアにつきましては、特殊性が強いものですから、他の病棟と一緒に議論するのではなく、切り分けて考えることとしております。具体的にどのような観点に立って基準を作ったかが、一枚めくっていただいた4頁のスライドに記載されています。「機能区分の基準の観点」です。具体的にどういったものを使って基準を作ったかでございますが、①、病床機能報告の中では具体的な医療の内容に関する項目を御報告いただいております。この中から、手術などの外科的治療、全身管理等の幅広い診療内容を加味して基準を作っております。より具体的に申し上げますと、高度急性期と急性期の機能を分ける区分線1につきましては、救命救急やICU等で実際に行われている医療の内容を基に、そういった病床がきちんと高度急性期に区分されるような値としております。急性期と回復期を分ける区分線2につきましては、一般病棟の7対1を基本にして、こういった病棟、7対1病棟が急性期に区分されるように閾値を設定しております。

次の5頁のスライドを御覧いただけますでしょうか。具体的に医療の提供内容において、どのように基準を作ったかでございます。高度急性期と急性期を分ける区分線1でございますが、ここにありますように、AからJまでの項目を立てまして、例えばAの全身麻酔下手術の項目では、1床当たり1ヶ月で2件以上全身麻酔下手術が行われていれば、高度急性期（病棟）と言ってよいのではないか、このような観点で基準を作成しております。具体的な基準につきましては、6頁のスライドを御覧ください。AからJまで並んでおりますが、一番上にありますA 全身麻酔下手術では、稼働病床1床当たりで一月に2回以上の実績があれば、高度急性期（病棟）と考えております。以下、B、

C、D、E、F、G、H、I、Jと並んでおりますが、これらの項目のどれか一つでも満たしていれば、高度急性期的な医療を提供いただいている病棟であると考えているということにしております。

こうした閾値を設定した結果、救命救急やICUほどの程度きちんと高度急性期に分類されたかでございますが、これは92.5%、9割以上がきちんと高度急性期に割り振られる、こういった閾値になっております。閾値をあまり厳しく設定しすぎますと、高度救命や救命救急、ICUの病棟であっても高度急性期に割り振られないようなことになってしまいますので、きちんとそういった病棟が入っているかどうか、このようなことをチェックしております。

続きまして、7頁のスライドを御覧いただけますでしょうか。これは急性期と回復期を分ける区分線2に関する部分でございます。K、L、M、N、O、Pと並んでおります。手術、胸腔鏡・腹腔鏡下手術、放射線治療、化学療法、こういったようなものを基準としております。具体的な閾値につきましては、次の8頁のスライドを御覧いただけますでしょうか。こちら先ほどと同じく、KからPまでのいずれかの項目の閾値を満たしていれば急性期の病棟、そうでない場合には回復期の病棟と考えております。こうした基準、閾値を設定した結果、一般病棟7対1では76.4%が急性期に割り振られています。

こうした客観的な基準を作った結果、この北部圏域では病床機能の様子がどのようなであったかというのが、9頁のスライドでございます。「4機能ごとに集計」という矢印の下を見ていただきますと、「北部圏域」という表がございます。その一番右側を見ていただきますと2025年の必要病床数となっております。地域医療構想で集計した医療資源投入量に基づく推定値がこちらです。高度急性期が327床、急性期が1,258床、回復期が1,066床、慢性期が791床、合計3,442床程度の医療需要が将来的にあるだろうという推計値でございます。もちろんこれは一定程度の目安でございますので、絶対に守らなければいけない数字というわけではなくて、あくまでこの程度の医療需要があるという目安と考えております。一方、その左隣の「各医療機関が報告した病床数」という欄は、医療機関の皆様の自主的な判断によって、自分の病院のこの病棟はこの機能であるというふうに御報告いただいたものを積み上げたものでございます。高度急性期が429床、急性期が2,226床、回復期が213床、慢性期が912床となっております。この結果を単純比較してしまいますと、急性期が1,000床程度余剰のように外形的には見えまして、回復期が800床程度足りなく見える。ただ、冒頭申し上げましたが、この二つは算出の仕方が全く異なるものですから、単純比較はできないものでございます。ですので、これらの数字だけだと、いったいこの圏域ではどういった医療機能が今後必要になってくるのかといったようなことがなかなか分析しづらいといったような御意見を頂戴し、今回の分析を行ったものでございます。で、この表の「許可病床数」という欄が、今回、客観的な基準に基づいて、あらためて4機

能に振り分けてみた結果でございます。高度急性期が232床、急性期が1,322床、回復期が1,167床、慢性期が871床となっております。大まかな傾向でございますが、(各医療機関が報告した病床数の計と比較して、)急性期の病床が900床程度減っておりまして、回復期の病床が同じく900床程度増えているという結果になっております。これはあくまで、実際に提供いただいている医療の内容に応じて、一定の基準の閾値の大小に応じて分けておりますので、これが絶対的に正しいというわけではもちろんありません。埼玉県ではこの基準以外のものを認めないというわけでは全くございませんで、あくまで目安の一つとして作成したものでございます。また、注意点がございまして、病床機能報告で御報告いただいた病床数の合計は3,896床であるところ、今回客観的な基準に基づいて分析した結果の病床数の合計は3,632床でありまして、250床程度病床機能報告より少なくなっております。これはどうしてかと言いますと、表の欄外にございますが、今回の埼玉県の分析は実際の手術などの実績に基づき行っておりますが、こういった内容を病床機能報告の中で御報告いただけていないと分析ができないことから、北部圏域で264床という未分析の病床があるためです。この未分析の264床のうち、医療機関の自主的な申告によると、表の欄外の下線部に書いてありますとおり、急性期が4床、慢性期が110床で、その他、病床機能報告を全くいただけていない未報告が150床ということになります。こういったことも少し加味しながら圏域の様子を見る必要があるかと思っております。

こうした結果につきまして、本県ではどちらの区分結果がより正しいと考えているわけではございません。こういったデータ分析を基に、現場の感覚、まさしく医療の現場にいらっしゃる皆様からするとこの圏域での病床機能の過不足の感覚はどうかといったことの議論に役立てていただきたいと考え、こういった資料を作っております。外形的には、将来の必要病床数と今回の客観基準に基づいた分析結果を比べると、高度急性期がやや不足していますが、急性期、回復期、慢性期については、それほど過剰というわけではないという見方もできるというところでは、果たして、医療の現場の皆様からすると、高度急性期、この圏域で何か不足している部分があるのか、疾病ごとに見ていった場合はどうか、救急という面ではいかがか、こういったような議論などに役立てていただければと思っております。

資料をめくっていただきまして、(10頁)以下は「機能区分の適用結果」が続きますが、11頁を御覧いただけますでしょうか。冒頭で、7対1や10対1、13対1、15対1といった算定している入院料だけではその病床機能が読み取りにくいものについて、今回、区分線1と2を設定して基準を設けたとご説明いたしました。その結果、7対1病棟や10対1病棟のどの程度が高度急性期に割り振られ、どの程度が急性期あるいは回復期になったのかというのがこの頁です。右下の帯グラフを見ていただきますと、7対1病棟では4.5%が高度急性期、67.6%が急性期、27.9%が回復期となっております。7割以上が高度急性期、急性期になっております。以下同様に、10対

1、13対1と並んでおります。ここで回復期というのは、非常に多様な意味を含んでおりまして、単に回復期リハビリテーション病棟だけが回復期を指すわけではなく、今回の基準では、区分線1、区分線2を引き、一定程度、具体的な医療提供内容に基づいて「回復期」を定義しておりますので、多様なものを含んでおります。そこで、12頁以下のスライドでは、回復期病床というのがどのようなものであるのかという類型化を試みております。

13頁のスライドでは、区分線1と2によって回復期に割り振られた病棟は、いったいどのような役割・機能を持っているのかといったところを分析しております。14頁のスライドを御覧ください。回復期は地域医療構想では単に回復期リハビリテーション病棟だけを指すものではなく、急性期を経過した患者さんが御自宅あるいは施設等への復帰に向けた病棟のことと定義しております。この図表では、横軸はどこから入院してきたのかを表しており、左のほうは御自宅や施設から入院された方の割合が高い病棟、右のほうは他の病院や他の病棟から入院された方の割合が高い病棟です。縦軸は下へ行くほど自宅や施設に退院されていて、上へ行くほど他の病院や他の病棟に転院・転棟されている病棟ということになります。今回、客観基準により割り振った回復期の患者さんの流れを見ますと、他の病院の病棟から来て御自宅や施設に帰っていくというような右下にある、いわゆるポストアキュートの領域につきましては、やはり回復期リハビリテーション病棟といったようなものが増えております。これは回復期リハビリテーション病棟の役割から考えてもごく自然な患者さんの流れではないかなと思っております。一方、御自宅や施設から入院されて、御自宅や施設へ退院されている左下の領域、言葉が適切かどうか気になりますが「サブアキュート」と仮に呼んでおりますが、サブアキュートの役割を持っている病棟も一定程度含まれていると分析しております。

15頁のスライドでは、診療科で分析しております。ポストアキュートの領域での診療科は内科的などころがやや多く、サブアキュートの領域では整形外科、内科を含めて、幅広い診療科があるところがございます。ポストアキュートの領域に内科系がいくつか集まっているのはどうしてかということ、いろいろな方に聞いてみますと、あるいは廃用性症候群のようなものかもしれないといったような分析をされる方もいらっしゃいます。

16頁のスライドを御覧いただけますでしょうか。機能別の病床の稼働率を算出してあります。9頁のスライドを再度御覧いただけますでしょうか。先ほど北部圏域の分析結果について御説明したスライドでございます。北部圏域という表の中ほどに病床稼働率とございます。高度急性期では67.6%、急性期では67.3%、回復期では63%、慢性期では89.7%となっております。こうして見ますと、回復期はやや稼働率が低くなっております。本来、回復期は平均在院日数が長めになりまして、一定程度の病床稼働率が見込めるものと思われそうですが、実際には低くなっております。これが何故かといったことを分析したのが、16頁のスライドでございます。ここでは回復期病棟の稼

働率の分布を分析しておりまして、有床診療所の一般病床、あるいは15対1、13対1といった看護配置の少ない病棟になるほど稼働率が低くなるような傾向がございます。今後、今回の分析で回復期に割り振らている、こうした13対1や15対1の病棟につきましても、稼働率の向上や役割の明確化というのでしょうか、どのような病棟として運営していくべきかといった課題があるのではないかと分析しております。

17頁のスライドに「第3章 圏域別の医療提供状況(別紙)」とございます。この「(別紙)」は、28頁のスライドの次の頁、小さい文字で下のほうに49/60と付られている頁以降の部分で、各医療機関の皆様の御参考のために分析したものでございます。左側に、「救命救急、ICU等」、「MFICU/NICU/GCU」、「一般病棟7:1」、「一般病棟10:1」等、入院料の分類が縦に並んでおります。横の欄を見ていただきますと、この圏域には「救命救急、ICU等」の病棟は五つあって、そのうち、最も高い稼働率は83.6%、最も低い稼働率は18.7%、平均は52.0%であると見ていただけます。以下、同じように、各入院料別の病棟のうちで最大値、最小値、平均値を算出しております。また、51/60頁では、右のほうの黄色の部分で「がん、脳卒中、心筋梗塞等への治療状況」として、各入院料別の病棟で、例えば、がんの手術が最大で何件程度行われているかといったようなことを分析しております。この資料だけで何かをご説明できる訳ではありませんが、自圏域の同じ入院料を算定している病棟の中で自院の病棟の立ち位置はどの程度か、といったことを見ていただくための資料としてご用意しております。

雑駁で駆け足でありましたが、データ分析についての説明は以上となります。本協議会では、こういったデータ分析の中味につきまして、実際の圏域の関係者の皆様の感覚からしてどのような受け止められ方があるのかということなどについても、率直な御感想や御議論などを頂戴できればと思っております。よろしくお願いいたします。

(議長)

ありがとうございました。ただいまの説明につきまして、何か御意見、御質問等がございますか。

(伊藤委員)

深谷赤十字病院の伊藤です。大変御苦労されて計算をしてということだったんですが、いくつかありまして、まず、この(分析)時点では、7対1、10対1という言葉が使われているんですが、今度の診療報酬改定で10対1が五つに分かれて、病床の資源投入量はかなり違ったデータになるのではないかとということが一つあるのではないかと。例えば、10対1の一番急性期に近いものと7対1とでは、資源量があまり変わらないようなデータが出てくると思います。それから、当院が病床区分をする時には、資源量ではなくて、看護必要度とか、今度の改定でも認知症を持ったり、転倒のおそれがある

人などの報酬が厚くなっているのですが、そういうことを加味しています。(今回の分析は)あくまで実地行為、医療行為、手術とかそういうことで区分されているのが現場と合うかどうか。

それから、もう一つは、今回の分析結果が、埼玉県が示した将来的な必要を見越した数にかなり近いようなものになっているということは、逆に考えると、いろいろな重みづけ、どれを重視するかによって、埼玉県が目指すような病床区分数にいくらかでも(分析結果を)調整できるので、そちらからこの(分析の)計算式を設定したのかどうか。まあ、それはそれでよいのだと思いますが、客観的といっても、そちら(埼玉県地域医療構想での必要病床数)に合わせたような計算式や閾値を採ることはできるので、その辺はどういうふうなかたちでこの分析結果を出してこられたのかなと、お聞きしたいと思います。

(事務局：保健医療政策課 福田主査)

三点、御質問がございました。順次、お答えしたいと思います。まず一点目の診療報酬改定の影響でございます。御存知のとおり、この30年度から医療と介護の報酬が同時改定されまして、従来の7対1、10対1といったものが再編されまして、大分細かい基準になりました。国のほうの診療報酬改定の考え方というのも、実際には従来の7対1の中でも医療資源投入量は大小ありまして、より実際に急性期、高度急性期をやっていたところ、従来で言うところの7対1の診療報酬をとるような改定をという御指摘を踏まえたものと思います。診療報酬の改定があったことによって、今年度以降、病棟で行われる医療行為の内容が変わってくるというのは御指摘のとおりかと思っております。ですので、この病床機能報告のデータ分析も、今回は28年度の病床機能報告のデータを分析していますが、診療報酬改定があった今年度以降の分析というのも、しっかりやっていかなければならないと思っております。

今回のこの分析は、みずほ情報総研に委託して行っているのですが、この客観分析のやり方を厚生労働省に報告したところ、国のほうでも関心が高く、埼玉方式と言われているようですが、先週の8月16日付けで、厚生労働省から各都道府県あてに、各都道府県では今年度中に定量的な客観的な基準を作って分析を進めなさいと文書通知がありました。先行事例である埼玉県の事例などを参考にして進めるようにといったような取り上げられ方をしております。そこで、本県が国のほうに、各県に客観分析をやらせるのであれば、ぜひ国のほうで一括してそういった分析をやっていただけないか、お願いしようと思っております。そうすると、平成29、30、31と経年で分析することもできるかと思っております。なるべく職員だけのノウハウでも何とか分析できないかという努力は続けてまいりたいと思っております。診療報酬改定の影響については、よく見ていかなければならないと思っております。

二点めの看護必要度の加味についてでございますが、資料の7頁と8頁を御覧いただ

けますでしょうか。7頁は急性期と回復期を分ける区分線2についてでございますが、このうちのPの基準ですが、ここで、重症度、看護必要度といったものを付け加えまして、この重症度、看護必要度を充たす患者割合を8頁では25%以上としております。これは、従来、7対1病棟で診療報酬算定するための必要条件がこの25%だということから、この基準を用いております。

今回、この基準を作るに当たりましては、委託業者と我々だけでは限界がありますので、医師会の先生方や県内の高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療機関を実際に経営されている院長先生方からも御意見をいただきました。こうした看護必要度の指標につきましては、先生方からの御指摘を踏まえたものでございます。

三点目の必要病床数に近いかたちでの分析結果になったことについてですが、もともとこの閾値は数値を1変えるだけで（各病棟の分析結果は）随分と変わってきます。埼玉県の今回のこの基準は、必要病床数との数合せをしようという発想から設けたものではありません。ただ、あまり医療資源投入量と異なり過ぎる考え方の閾値を設定してしまうと、そもそも比較ができなくなってしまうというおそれがあり、資料の4頁の④にありますとおり、区分線1、2を設定した後に、地域医療構想で推計した入院患者数と比べて大きな齟齬がないかどうかというチェックはしております。ですので、この部分で一定程度、地域医療構想の考え方への調整があります。ですが、これは齟齬がないよりのチェックの意味合いが強いものとお考えいただければと思います。

(伊藤委員)

逆に言えば、何を基準にすると地域医療構想（での必要病床数）に合うのかということを確認にいただければ、それに沿った基準なのだということが分かるので、それはそれでよろしいかと思えます。

(事務局：保健医療政策課 福田主査)

もう一点付け加えさせていただきますと、基準の考え方、閾値の考え方で大前提になりますのは、4頁の②、③にありますように、救命救急やICUという本来的な高度急性期をやっている病棟がきちんと高度急性期に割り振られるような数字であるかどうか、まず、ここが第一になっております。区分線2では、7対1病棟がきちんと急性期に一定程度割り振られるかどうか、ここが数字の大元になっております。その上で、一定程度、地域医療構想との比較が可能なようにチェックを行っている、こんな状況になっております。

(議長)

よろしいでしょうか。他に何かございますか。一つだけ、埼玉県職員の方でこのような数理統計的な処理の専門家というのは何名くらいいらっしゃるのですか。

(事務局：保健医療政策課 福田主査)

いわゆるデータ分析専門官のような役職のことであるかと思いますが、率直に申し上げまして、埼玉県ではそういった数値やデータの分析を専門とする職というのはございません。この分析については私が昨年度から担当しておりますが、かなりの部分をみずほ情報総研さんに頼っているというのが正直なところですが、本来、専門の職種を置いてデータ分析を進めるのが望ましいと思いますが、残念ながらそこまではなっていないというのが正直なところでございます。

(議長)

それでは、この件につきましては、今後も何か御不明な点がございましたら、随時、事務局にお問い合わせください。

続きまして、議題（２）に移ります。まず、議題の趣旨につきまして、事務局から説明してください。

(事務局：保健医療政策課 福田主査)

資料１－２を御覧いただけますでしょうか。A４横版の「地域医療構想の進め方について」というものでございます。冒頭、小坂所長から説明がありましたが、これは平成３０年２月７日付けで国から発出された通知でございます。地域医療構想調整会議で、どのような議論を行っていくべきかを示しています。「地域医療構想調整会議の協議事項」とありまして、さらに「個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応」とございます。○が四つ並んでおりますが、その二つ目の○に、まず、公的病院、公立病院については、一定のプランを作って、２９年度中に協議することとなっております。本日、県立循環器・呼吸器病センター様、深谷赤十字病院様から、今後の病院の方針や自院でお考えいただいている課題などを率直に御説明いただきまして、この圏域の中で情報共有を図っていただきたいと思っております。その他の医療機関のうち、担うべき役割を大きく変更される病院、例えば、(地域医療介護総合確保基金からの補助を使って)回復期の病床へ転換したり、病床を増やしたりといったようなケースが当てはまると思っております、そういった病院さんにも、どのような医療、病床機能を提供していくのか、将来的なお話などをしていただいて、圏域内で情報共有していただきたいと思っております。また、○の三つ目にごございますように、上記以外の医療機関につきましても、順次、自院の今後の医療提供の予定や自院でお考えになるこの圏域の課題などにつきまして、率直な意見交換をしていただければと思っております。

地域医療構想では医療機能の分化と連携と言っておりますが、この北部圏域のような面積が非常に広いところでこのことを強調しすぎて、患者さんが必要な医療機関を受診するために、かなり遠くまで行かなければならなくなるようなことはよくないと思いま

す。本協議会での議論を通じて各病院、各医療機関が、どのような治療を行っているのか、どのような治療を行っていききたいのかということの情報共有を進めていただき、自院の今後の立ち位置や経営のあり方などについて御検討いただければと思っております。この後、(3病院から)御説明いただきますが、率直な御意見を頂戴できればと思います。よろしく願いいたします。

(議長)

それでは、まず、埼玉県循環器・呼吸器病センターからお願いしたいと思います。本日は、星病院長にお出で頂いております。先生、どうぞよろしくお願いいたします。

(埼玉県循環器・呼吸器病センター 星 病院長)

循環器・呼吸器病センターの星です。当センターは、昭和29年に開設された埼玉県立小原療養所を前身としており、平成6年4月に埼玉県立小原循環器病センターとして設置されました。平成10年4月には、埼玉県立循環器・呼吸器病センターと名称変更して再スタートしました。埼玉県北部医療圏に、比企、利根北部、秩父医療圏を合わせて約108万人の医療圏で、循環器・呼吸器の高度医療を提供する専門病院としての役割を担っております。資料2-1を御覧ください。特色の欄にも書かせていただきましたが、心臓カテーテル治療や肺がん手術では全国でも上位の実績を有しております。しかし、開設以来20年を経過し、施設の狭隘化、老朽化に対応するとともに、病床や医療機能の拡充を図るため、新館棟を整備し、昨年3月にオープンいたしました。新館棟のオープンにより、病床数は、緩和ケア病床分24床を増床し、343床となっております。

当センターの特色ですが、昨年3月の新館棟のオープンに伴って整備した新たな医療機能としては、新設した手術室5室のうち1室を、カテーテル治療と外科手術の両方に対応可能な高精度な血管エックス線撮影装置を備えたハイブリッド手術室として整備したことであります。この手術室では、開胸せずにカテーテルを使って心臓の大動脈弁を置き換える、TAVI、経カテーテル大動脈弁留置術を実施しています。当センターは県北地域では初めて、このTAVI実施施設としての認定をいただけましたので、今年度、これまで15件実施いたしました。この他、高齢化した患者さんの負担軽減に資するため、リードスペースメーカー埋込みや肺がんに対しての完全鏡視下手術など、低侵襲で先進的な高度医療を推進しております。この他、北部医療圏初となる緩和ケア病床24床や感染症病床21床を新設しました。本年3月に開設した腎・透析センターでは、本年7月から結核入院患者の透析体制も準備してスタートしております。一方、地域の医療機関との連携につきましては、これまでも毎年、病診連携会、症例検討会などを開催して、近隣の医師会との顔の見える連携を目指しております。昨年度は、本日出席されております三つの医師会さんをはじめ、過去最多の六つの郡市医師会と開催させ

ていただきました。今年度は開催形式を見直して、各医師会の皆様に、本年10月3日に熊谷市のガーデンパレスにお集まりいただくかたちで開催すべく、現在準備を進めております。よろしくお願いいたします。また、地域住民の方を対象にした医療講演、相談会、出張いきいき健康塾を開催しています。これは、住民に健康について考えていただきたいと、昨年度から公民館など住民により身近な場所で開催しているものであります。今年度既に3回、寄居町、深谷市、熊谷市で開催させていただきました。この場をお借りしてお礼申し上げます。来月以降も計7回ほど開催を計画しておりますが、当センターの医師が講師を務めさせていただく形式のため、各自治体で計画されている事業とのタイアップ開催も可能だと思われます。住民の健康増進などの視点から御検討いただければ幸いです。最後に、資料には記載しておりませんが、医療機関から患者さんを紹介していただく際に、各診療科に直接連絡いただけるようホットラインを新設し、活用していただいております。

運営状況についてですが、平成28年度と平成29年度は新館棟建設に伴って実施した患者受入制限の影響が出ており、患者数は少なくなっております。実入院患者の獲得につながる新規外来患者の獲得を確実にを行うため、先ほどもお話しした地域連携の取組などを推進しているところであります。しかし、その後も病床利用率の伸び悩みが目立ったため、昨年秋に近隣6医師会の会長さんや深谷赤十字病院の伊藤院長、熊谷保健所の土屋前所長などに集まっていたいただき、当センターの向かうべき姿について、3回ほど意見交換会を開催させていただいたところ、循環器・呼吸器の専門領域で頑張りなさいという意見が主でありましたので、現在、循環器・呼吸器診療の更なる充実に向けて頑張っているところであります。その主な取組となるのが、先ほど特色のところでお話ししたTAVIをはじめとする低侵襲・高度医療の提供であります。

以上のように再出発した矢先ではあるのですが、既に御存知の方もいらっしゃるかと思いますが、本年6月に、私たち県立病院の今後のあり方に関する事項を検討する県立病院のあり方検討委員会という会が設置され、検討が始まったところであります。これまでに委員会が2回ほど開かれており、前回の委員会で委員の先生方に当センターの状況等について説明させていただきました。来週、次回、3回目の委員会が開催され、本格的な議論が始まる予定であります。この会議の結果などは県ホームページにアップされておりますので、御関心のある方はそちらを御覧ください。いずれにしても、本年11月に予定されているあり方検討委員会からの報告を受けた後に、それを踏まえて、県立病院の今後に係る議論が県の中で行われることとなります。県立病院をめぐる情勢がいろいろ動いてくる可能性もありますが、当センターとしては、そのような中でも、患者さん第一をモットーに職員一人一人がしっかりと医療を提供していきたいと考えておりますので、皆様の更なる御指導と御支援をお願いしたいと考えております、どうぞ今後ともよろしくお願いいたします。以上です。

(議長)

ありがとうございました。ただいまのお話しにつきまして何か御意見、御質問等がございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは次に、伊藤先生、お願いいたします。

(伊藤委員)

深谷赤十字病院の伊藤です。平素、地域医療関係者の皆様にはお世話になっております。資料2-2ですが、深谷赤十字病院の公的医療機関等2025プランということで、これは公的医療機関もこういうものを作成せよというお達しがありまして、昨年11月に作成したものの抜粋でございます。全報告書としては18頁になるものですが、そのうちから4頁ほど抜粋して説明させていただきます。おめくりいただいて、1 基本情報ですが、許可病床は506床、一般病床と感染症病床6床を含めてです。実働の病床としては450床です。診療科目等々はそこに書いてあるとおりで。2頁目をご説明しますと、その病院機能ですね、三次の救命救急センター、それから地域災害医療センター、地域周産期母子医療センター、地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、基幹型臨床研修指定病院等々の病院機能を有しております。入院基本料等の届出、診療実績等はそこに示すとおりです。今後の方針は、3頁目になりますが、急性期病院としての役割は、政策医療というより、救急あるいは周産期母子、そういった医療を担っていく3次救急、周産期の救急、それからがん治療もそうなのですが、そういう急性期病院としての役割を今後も当院が担うべきものとして重要視しております。公的病院としての役割、これはいろいろとそこにも書いてありますが、特に赤十字病院ということで、地域災害医療センターとしての役割、当北部地域あるいは近隣に災害があった時には、当院は救護班、DMAT班を常設で持っておりますので、そういう災害医療センターとしての役割は引き続き赤十字病院としても重要視しております。その他、地域に貢献する病院として、医療資源として地域の皆様に還元できるような、北部全体への当院の貢献を考えながら、公的病院としての役割を果たしていきたいと思っております。

それで、このプランを策定したのが今年の11月なのですが、具体的な計画として、高度急性期142床、急性期358床ということで、2025年もこれでいくという計画でしたが、地域の人口動静、年齢構成、北部ではやはり、少子高齢化、人口減少が進むだろうと、そうすると、疾病構造も変わってきます。例えば、80歳以上で手術をする方は非常に多いのですが、さすがに90歳になると高度医療資源を投入するような大きな手術というのは少なくなるということがあります。そういうような地域の事情を鑑みまして、今は少しダウンサイジングを考えています。今年の時点では、450床の高度急性期、急性期ということだったのですが、更に50床程度の減少(*)をも考えています。医療は人口等々の周辺ニーズにディペンドする、そういう宿命を持っておりま

すので、そんなことも考慮しております。ですから、プランが少し変わる可能性があるということを御承知いただければと思います。以上です。

＊ ただし、高度急性期病床は埼玉県北部で不足しているため増床を考えている旨、議事録作成時に伊藤委員から事務局に補足説明があった。

(議長)

ありがとうございました。何か御質問、御意見はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは続いて議題（3）に移ります。まず、事務局から説明をお願いします。

(事務局：医療整備課 工藤主査)

埼玉県医療整備課の工藤と申します。お手元の資料3-1、平成30年度埼玉県病床機能転換促進事業の概要を御覧ください。当事業は、埼玉県地域医療構想において不足すると推計されている回復期病床を充実させるため、急性期病床等から回復期病床に病床転換を行う医療機関を支援し、回復期病床の整備を促進するものです。当事業は平成28年度から行っておりまして、財源としましては地域医療介護総合確保基金を活用しております。具体的な補助対象となる要件、補助対象経費、補助金額等につきましては、お手元の資料に記載のとおりです。地域医療介護総合確保基金を活用した地域医療構想の実現に向けた取組となる病床機能の転換などについては、国への確保基金の要望時に地域医療構想調整会議、本日の会議での調整状況を報告することとされていることもありまして、今回、補助金の内示に先立ちまして病床機能の転換について概要を報告し、御意見を伺うものでございます。

それでは、資料の次の頁を御覧ください。今回、北部圏域では、1医療機関が補助金の交付を希望されております。具体的には、医療生協さいたま生活協同組合 熊谷生協病院様ですが、急性期一般入院料5の病床から16床を地域包括ケア病床に転換するものです。16床の具体的な患者の受入見込みについてですが、自院からのポストアキュートが約6割、他院からのポストアキュートが1割と見込んでおります。残りの3割につきましては、診療所や介護施設からの受入れと在宅からのサブアキュートで、それぞれ1.5割ずつと見込んでおります。

続きまして3頁目を御覧ください。こちらは病床機能報告調書となっております、上半分に現状としての平成30年7月1日時点の病床機能報告と、今回の補助金を用いての転換後の病床機能報告を下半分に対比させて記載しているもので、参考として添付したものでございます。説明は以上になります。

(議長)

ただいまの説明のとおり、熊谷生協病院では一部の病床の地域包括ケア病床への転換を予定されています。そこで本日は、熊谷生協病院さんからも病床機能の概要等についてお話しいただきたいと思います。事務次長の紀田様がお出でですので、御説明をお願いします。

(熊谷生協病院 紀田事務次長)

熊谷生協病院の事務次長の紀田と申します。まず、(資料3-1の)別紙3にある病床機能報告調書につきまして説明します。回復期3階病棟 一般 急性期一般入院料5 26床、それから地域包括ケア病棟入院料1 24床、これを、病床転換後は、3階病棟 一般 急性期一般入院料5を10床、地域包括ケア病棟入院料1を40床に、つまり16床を地域包括ケア病棟入院料に転換したいと考えております。なぜ転換するかということについて、資料3-2を御覧ください。こちらは補足資料ですが、当院の所在地、病床数などが載っていて、主な連携医療機関もそこに書いてあるとおりで、これは熊谷市内の主な連携機関です。5の「病棟別診療状況」の「3階病棟」のところを掻い摘んで説明させていただきます。当院は在宅医療を強化すべく取り組んでおります。退院後は自宅で療養するということを支援する病院です。「医療連携における課題、問題点」の一つ目の○のところ、地域医療連携を密にして他の病院やクリニックからの受入れを増やしていきたいというふうに考えているのですが、その一方、入院される患者さんの医療依存度が高く、在宅に帰れず、在院日数が長くなるケースが数多く存在しています。地域包括ケア病床は60日以内に自宅に帰すということを支援する病床ですので、当院としてはなるべく早く、在宅医療を行っているということからも、患者さんを自宅に帰したいということがありますので、地域包括ケア病床を増やして、リハビリテーション、これを患者さんに施して、早期の在宅復帰支援、これを目指していくという目的の元、地域包括ケア病床を増床したいというふうに考えています。資料3-2は裏面へ続きますが、裏面は2階病棟、医療療養病床を当院は持っておりますので、入院が長期化する方に関しては、こちらの医療療養病床で見ていくということも行っております。簡単ですが、説明は以上になります。

(議長)

ありがとうございました。ただいまの件につきまして何か御意見、御質問等はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは、本日は3病院から病床機能の概要等についてお話をいただきました。本日のお話しいただいた内容につきましては、県ホームページでの議事概要の公開等を通じて他の医療機関にも情報共有していただくようお願いします。

続きまして、議題(4)について事務局から説明をお願いします。

(事務局：熊谷保健所 田中担当部長)

熊谷保健所の田中と申します。議題（４）につきましては、北部保健医療圏の圏域別取組の昨年度の実績と今年度の計画をご報告させていただくものです。資料４－１と４－２を御覧いただければと思います。圏域別取組につきましては、埼玉県地域保健医療計画を踏まえまして、県内各圏域において重点課題を定め、その解決に向けた目標ですとか取組を示すものでございます。毎年度、各関係機関から重点課題に係る事業の計画及び前年度の実績を御報告いただいております。資料４－１が平成２９年度の実績、資料４－２が今年度の計画を取りまとめたものでございます。この北部圏域の重点課題は、昨年度までの第６次地域保健医療計画のもとでは、重点取組として「小児医療」、「在宅医療」、「精神疾患医療」、「健康増進・生活習慣病予防対策」、「健康危機管理体制の整備充実」の５項目でございました。本日、冊子でもお配りしました、平成３０年度からの第７次地域保健医療計画が策定されたことに伴いまして、各圏域の重点取組も新たに策定し直されています。北部圏域におきましては、第６次における重点取組のうち「小児医療」を変更して「親と子の保健対策」として新たに重点取組とし、他の四つについては継続ということで昨年度のこの協議会で御了承をいただきました。資料を見ていただきますと、御覧のとおり非常に取組の数が多いので個々の事業についての説明は省略させていただきますが、新たな重点取組となった「親と子の保健対策」につきましては、資料４－２の３頁から１４頁が取組の計画となっております。各機関からは、健診ですとか、う蝕予防、不妊治療への支援、児童虐待や発達障害の対策などを本年度の計画として挙げていただいております。事務局からは以上でございます。

(議長)

この件につきまして、皆様から何か御意見、御質問等はございますか。

よろしいでしょうか。

続きまして、「議題（５）その他」ですが、この際、皆様から何か御意見等はございますか。

事務局からはいかがですか。

(事務局：熊谷保健所 木村担当部長)

それでは、資料５についてご説明させていただきます。熊谷保健所広域調整担当の木村と申します。これは、本年３月に北部保健医療圏内の病院と有床診療所を対象として実施させていただきましたアンケート調査の御回答内容をとりまとめたものです。資料５－１が熊谷保健所管内、資料５－２が本庄保健所管内の医療機関から頂戴した御回答です。対象となられました医療機関の皆様におかれましては、大変御多忙のところ、詳細な内容にわたる御状況についてお知らせくださいまして、本当にありがとうございます。

ました。

本アンケートは2025年に向けて、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の連続的な医療を提供できる体制を検討するための資料として、代表的な疾患ごとに、各医療機関が入院治療において現在どのような内容の医療を実施しているか、また、今後予定しているかをお聞かせいただいたものです。本資料では疾患ごとに、左から1列目 高度急性期医療または高度専門医療、2列目 急性期医療または専門医療、3列目 回復期（亜急性期）または回復期医療または一般医療、4列目 慢性期と区分し、御回答いただいた項目に沿って、医療機関名を列記させていただきました。

取り急ぎ取りまとめるに当たりまして、より左側の項目をお答えいただいた機関及び連続した医療を提供しているとお答えいただいた機関を上段とすることを目安に掲載したもので、お示しした順序については、特段の意味づけはございません。医療機関名の下段には、備考として御記入いただいた「具体的な医療の内容」や「特記事項」等を記載しています。アンケートにお答えいただくに当たり、御回答しにくい箇所もあったことと存じます。御協力いただいた医療機関におかれましては、内容を御確認いただき、変更や修正を希望される個所や、取りまとめ方法等につきまして御意見等ございましたら、後日でも結構ですので事務局までお知らせください。

なお、本調査結果は、今後も引き続き本協議会の議論において活用させていただきたいと考えております。また、調査対象となられた医療機関におかれましては、後日改めて取りまとめた結果を配布させていただく予定です。御承知おきください。

(議長)

それでは、この件については、何か御不明の点があれば、事務局にお問い合わせくださるようお願いいたします。

なお、今年度は当協議会を3回開催予定とのことですが、次回以降、病床機能の転換等の予定のある医療機関から先に、順次、本日の3病院と同様のお話しをしていただくことになろうかと思っておりますので、委員の皆様におかれましては、引き続き、よろしく御協議くださるようお願いいたします。

それでは、以上で本日予定されている議事はすべて終了いたしました。委員の皆様には、議事運営に御協力いただき感謝申し上げます。これで議長の任を降ろさせていただきます。

(司会)

議事進行ありがとうございました。以上をもちまして、本日の会議は終了とさせていただきます。