

日時：令和2年3月12日（木） 書面開催

出席者：委員（別添のとおり）

事務局（保健医療政策課、医療整備課、医療人材課、熊谷保健所）

議事概要：

1 公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証について

（山崎委員）

- ・ 一般診療の強化よりも、専門性重視の強化をしてもらいたい。

（小堀委員）

- ・ 各医療機関の役割と医療機能の方向性を地域ごとに認識して相互に連携を取ることはとても重要なことです。公的病院は財政赤字があっても何とか助成されると思いますが、民間医療機関では病床機能を臨機応変に変更することがあります。大きく病床機能を変更する場合は届け出るようになりますが、届け出をする必要のない小さな変更は随時実施していきます。そのようなことまで会議で検証しても時間の無駄ですが、民間の医療機関は生き残りをかけて様々な工夫をしています。公的医療機関のみで地域の急性期から慢性期医療を全てまかなえる体制があるなら具体的方針の再検証は意味があると思いますが、現在の北部地域の医療体制は決して公的医療機関のみで形成されていないので、会議そのものが上手く出来ないと思います。もう少し小さな地域での医療機関相互の話し合いで検証していくことが大事だと思います。

（田島委員）

- ・ 再検証については、現実的実働状況を踏まえ、早急に進めるべき。コロナウイルス対応も含め、実際の機能も十分把握できると思います。

（事務局：保健医療政策課）

- ・ 北部地域には、厚生労働省の行ったデータ分析により再検証対象医療機関とされた病院はありませんが、公立・公的医療機関は民間医療機関では担えない役割を担うとの観点を踏まえ、民間医療機関を含めて北部地域の医療提供体制の議論を進めていくことが重要です。
- ・ 令和元年度第2回協議会において、北部地域を副次圏単位に2つの地域（①熊谷市・深谷市・寄居町、②本庄市・美里町・神川町・上里町）に分けて、協議会の下に各地域単位の「地域医療構想推進部会」を設置することが決まりましたので、今後は、この部会を活用した協議も進めることも可能です。

2 民間医療機関も含めた医療提供体制の議論について

（山崎委員）

- ・ 病床機能は保ってもらいたい。減床は避けていただきたい。

（青木委員）

- ・ 国や県が算出している人口動態の変動に伴う、医療需要の変化の予想から埼玉県北部は高度急性期、急性期、回復期、療養型の各病床の必要数を算出している事は理解しているつもりです。この度の新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、既存の考え方では重症患者が多発した際の入院病床の確保が困難となっている事は保健所の担当各位がご存じの通りだと思います。

有事の際に重症患者を請け負う事への協力を各医療機関に要請した側として、意見を伺いたい。これから進めようとしている民間医療機関を含めた病床機能の役割分担は、以下のような脅威を克服する事を想定した場合、現在想定している比率で対応可能なのでしょうか？

- ① 新たな感染症の脅威
- ② 自然災害発生時への準備
- ③ 医療を支える側の労働者確保の不安定化（医師の高齢化、若年労働者の減少、社会保障財源の圧縮により職場としての魅力の低下懸念）

（佐々木委員）

- ・ data が平 29 年のものですが、最新の data にアップデート希望します。

（小堀委員）

- ・ 議事 1 での問題を解決する意味で議論すべき問題ですが、医療救急体制のみで考えると医師研修、看護師研修などの問題が置き去りにされる可能性があります。専門医研修制度を絡めた医療供給体制を構築しないと北部地域には初期研修医はいても専門研修医がいないために将来の医療供給体制が維持できなくなると思います。医療供給体制を考えるときには常に医師研修（初期研修と専門医研修）を考える必要があります。

（田島委員）

- ・ 全ての医療機関の議論を順次実施する予定とあるが、時間が要するのでは？アンケートの未報告施設を明確にしていく方が進むのではないのでしょうか？

（大谷委員）

- ・ 県内合計病床数が 5 万 4 千床を上回るとのこと。小児医療の充実を含め安心しました。今後、新型コロナウイルスなど社会的流行が埼玉にも来た場合の病床数としたら、どう考えればよいのか関心があります。

（事務局：保健医療政策課）

- ・ 病床機能を保つことについて（山崎委員）

民間医療機関も含めた医療提供体制の議論は、ダウンサイジングありきではなく、地域にとって望ましい医療機能の役割分担とバランスを協議会での議論を通じて整えていくことを主眼に進めていくべきものと考えています。

- ・ 地域医療構想における必要病床数について（青木委員）

地域医療構想において推計した必要病床数は、あくまで「目安」であると考えており、北部地域にとって望ましい医療機能の役割分担とバランスは、協議会での議論を通じて整えていくべきと考えます。

厚生労働省の地域医療構想に関するワーキンググループにおいても、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に関連して、「地域医療構想で考えなければならないのは、医療提供体制で有事の際に対応できる余力が求められる」との意見が出されています。今後の協議会においては、各医療機関の新型コロナウイルス感染症への対応状況も踏まえながら、各医療機関に求められる役割と、医療機能の分化・連携の議論を進めていく必要があると考えています。

- ・ データの更新について（佐々木委員）

平成 30 年度病床機能報告の定量基準分析については、現在分析を行っているところであり、令和 2 年度の協議会において資料提出いたします。

- ・ 未報告医療機関の明確化について（田島委員）

病床機能報告の未報告医療機関については、今回の協議会資料 2-2 において明確化しました。民間医療機関も含めた全ての医療機関の対応方針の議論に当たっては、議論の効率化に向けて、協議のポイントを明確化するなど資料の提示方法等を工夫してまいりますので、各委員からの積極的なご発言をお願いします。

- ・ 新型コロナウイルス感染症の流行と病床数について（大谷委員）

現在の基準病床数制度や地域医療構想では、新型コロナウイルス感染症の全国的な流行といった非常事態は想定されていなかったと考えます。また、新型コロナウイルス感染症の対応に当たっては、地域の医療機関に患者の受入要請を行い、ご協力をいただいています。

今後の協議会においては、今回の新型コロナウイルス感染症への対応も踏まえて、地域の医療提供体制の構築について、議論を進めていきたいと考えております。

（事務局：医療人材課）

- ・ 医師研修について（小堀委員）

専門研修医（専攻医）の確保については、本県の医師確保対策において、重要課題の 1 つであると認識しております。

このため、県では、今年度新たに、専攻医の県内医療機関への誘導・定着を促進する取組として、県外大学病院から県内病院へ指導医と専門医をチームで派遣してもらうなど、専攻医の指導環境の整備を図る取組や国内最大規模の合同説明会への参加、臨床研修医向けのセミナーを通じ、本県での専門研修の魅力を PR する取組を実施いたします。

こうした取組により、北部地域を含めた県内医療機関への専攻医の誘導・定着を進めてまいります。

3 病院アンケート結果について

（清水委員）

- ・ 「病院アンケート（令和元年 7 月調査）結果概要（資料 3-1） 2（急性期から他の回復期医療機関）初回相談から受け入れまでの平均待機日数」に対して当北部地域において 0-3 日が 30%程度と他地域と比較しても非常に高い結果に違和感を感じます。少なくとも当院急性期病棟から他院回復期医療機関への転院で相談開始から 0-3 日であったケースは皆無です。

また、当院の回復期病棟への転院は全例急性期病棟で受け入れてから回復期病棟へ転棟しております。実態と合致しない印象ですが心血管疾患や整形外科領域ではスムーズなケースが多く、脳卒中は転院困難なのでしょうか？

回復期病棟・病院への転棟・転院に関しては 60 日以内であれば可能ですが、急性期病棟では初期加算が 14 日以降または 30 日以降に減額される事がミスマッチを生んでいると思われ、回復期病棟へ待機病床がないことが問題点であると思われまます。

地域包括病棟を待機病床として利用すれば自院からの転棟が必然的に多くなると考えられます。

回復期病棟では合併症管理・治療が困難であるため、特に合併症の多い脳卒中では短期間での転棟・転院を困難にしております。特に他院受診は非常に高いハードル（入院料の減額、投薬料、処置料ともに入院側医療機関の負担）が受け入れを困難にしている主要な要因と思われまます。

つまり脳卒中に関しては回復期病床が充足しているかどうか今回のアンケート結果は推し量れ

ないと考えます。

(小堀委員)

- ・ 地域連携の重要性は理解できるが、急性期病院から転院する場合に入院転院相談をすることになるが急性期病院は1日も早く退院して平均在院日数を短くしようと考えて急性期を脱したがまだ安定しているとは言えない状態でも転院させるので受け取った病院では不満があり転院を引き受けないようあるいは受け入れに慎重になりやすいでしょう。地域連携しないで自己完結型で調整すればお互いに患者を診察することができるので診療がしやすくなります。また、他院に転院する場合は紹介状が必要になりますが病棟を移るだけなら申し送りだけで済むので転棟しやすいです。急性期病院の医師の多くが地域ケア病床や回復期リハ病棟、療養病棟でどんな医療ができるのか知らないことも原因だとも思います。

(門倉委員)

- ・ 参考になります。活用します。

(田島委員)

- ・ 各施設間の問題もあるが、家族における問題も多いと思われる。家族がその場にはいない事も多く、進まない原因ともいえる。患者を受け入れやすくするための医療者のレベルUPや協働も求められる。

(事務局：保健医療政策課)

- ・ 今後、医療機関間のスムーズな転院調整等について議論するに当たり、今回の病院アンケート結果により把握できた傾向等の情報を活用いただきたいと思いますと考えています。
また、日頃の職務を通じて感じている課題や解決に向けた提案などについて、各委員の皆様の立場からの御意見を活発にご発言いただき、医療機関間の共通認識の形成や情報共有を進めていきたいと考えています。
- ・ 脳卒中に係る病院アンケート結果について（清水委員）
病院アンケート結果については、疾患ごとの回答数が少ないことから、会議資料としては脳卒中、心血管疾患、整形外科をまとめて集計しました。
北部圏域の脳卒中について、初回相談から受入までの平均待機日数の項目を回答した急性期医療機関は4医療機関でした。
このうち、平均待機日数が0日～3日であるとした医療機関が1医療機関、8日～14日であるとした医療機関が1医療機関、15日以上であるとした医療機関が2医療機関となっています。
ご指摘のとおり、今回のアンケート結果のみにより回復期医療の充足感を判断することはできないと考えております。
今回実施した病院アンケートにより得られたデータを手掛かりとして、今後、急性期医療機関と回復期医療機関の医療連携等についての協議を進めていきたいと考えております。この協議を進める中で、より詳細な課題や必要な方策を見出していけるよう、協議会において積極的な意見交換をお願いしたいと存じます。
- ・ 地域連携の課題について（小堀委員）
貴見のとおり、平均寿命が延伸し、医療と介護の需要構造も変化し続ける中、かつての「病院完結型医療」から「地域完結型医療」への転換が求められる一方で、「地域完結型医療」の実現には、今なお多くの課題があると認識しております。

急性期を担う医療機関と回復期・慢性期を担う医療機関の共通認識の形成は、滞りのない医療連携の実現に欠かすことができないものです。

急性期と回復期の医療連携の課題解決に向けた検討を進めるため、令和元年度第2回協議会において、北部地域を副次圏単位に2つの地域（①熊谷市・深谷市・寄居町、②本庄市・美里町・神川町・上里町）に分けて、協議会の下に各地域単位の「地域医療構想推進部会」を設置することが決まりました。今後は、この部会を活用して医療機関間の共通認識の形成を進めていきたいと考えています。

4 埼玉県地域保健医療計画の一部変更について

(小堀委員)

- ・ 少しずつ変更してより良いものを作り上げましょう。

5 地域医療構想アドバイザーについて

(青木委員)

- ・ 主旨は理解。個々のアドバイザーのプロフィールの提示が不足している様に感じました。

(小堀委員)

- ・ 地域医療構想の目標として地域医療包括ケアシステムを目標とするなら、地域包括ケア学会からアドバイザー選任して良いのではないのでしょうか。埼玉県立大学理事長の田中滋先生が地域包括ケア学会の理事長を兼任されているので、埼玉県立大学からアドバイザーを選任されることを期待します。

(堀川委員)

- ・ 議論活性化のため、意見を述べていただきたい。

(宮島委員)

- ・ 県北での活動に期待しています。

(事務局：保健医療政策課)

- ・ 埼玉県立大学からのアドバイザー選任について（小堀委員）

厚生労働省へのアドバイザー候補者の推薦を行うに当たっては、埼玉県地域医療構想推進会議の協議を踏まえ、埼玉県医師会及び埼玉医科大学にアドバイザー候補者の推薦を依頼しました。その結果、県医師会からは地域包括ケアシステムの構築にご活躍されている齊藤正身先生の推薦をいただきました。

アドバイザーの活動は今後始まることとなりますので、当面は現在選任されている3名の方に各圏域の協議会への出席を依頼することとし、今後の追加についてはアドバイザーの活動状況や協議会での議論の状況を踏まえて判断したいと考えています。

6 深谷市内における有床診療所の整備について

(持田委員)

- ・ 今後、肺がん末期の在宅医療や看取り医療は必要となると思います。身近に医療機関があると望ましいので賛成です。

(青木委員)

- ・ 前回の本庄市の有床診療所の開設許可の段では、「脳卒中の救急医療を担う事を目的としているが、プラン通りの事業展開が行き詰まり、方向性を転換してしまった場合に許可した県は何か対応するか？」との問に対して、「一度許可してしまった後では、方向転換しても認可を取り下げるなどの事は出来ない」という主旨の返答だった。

病院の増床は認めないのに、診療所ならばOKの立て付けがおかしいのでは？人材確保や既にある機能の有効活用を行えば、申請された10床の代行は他の医療機関で補えるのではないかと？深谷市の他の医療機関が在宅患者の診療を行っていないのでしょうか？

「地域医療構想協議会」のなかでこの手の議題を上げるのであれば、地域の中で既存の病床の役割を見直している訳だから、増床の許可を前提として議論するのはおかしいと感じる。

(堀川委員)

- ・ 専門性のある診療のため、許可でよいと思う。

(門倉委員)

- ・ 承認します。

(田島委員)

- ・ 必要な増床は助かる。自施設の通院患者にとどまらず受入れをお願いしたい。必要な看護指数を整え、安心して入院できる体制を求めます。

(大谷委員)

- ・ 地域に必要な整備だと思います。

(宮島委員)

- ・ 在宅医療も増えるこれから有床診療所の整備は助かります。

(事務局：医療整備課)

- ・ 届出による有床診療所の開設について（青木委員）

届出により有床診療所に病床を設置したときは、県では年に1回、その診療所の機能に応じた実績について報告を求め、病床設置後の状況を把握し、地域において良質かつ適切な医療を提供していることを確認しております。

例えば地域包括ケアシステムの構築のために必要な病床の場合は、在宅診療支援診療所に係る報告書の写しや過去1年間の急変患者の受入件数、看取り件数等となっております。

診療所に病床を設置する場合には、原則都道府県知事の許可が必要となっておりますが、医療法第7条第3項及び医療法施行規則第1条の14第7項第1号から第3号までの規定により、地域包括ケアシステムの構築のために必要な病床、へき地の医療、小児医療、周産期医療、救急医療など地域において良質かつ適切な医療を提供する診療所として、都道府県医療審議会の意見を聴いて、都道府県知事が認める場合には、例外的に届出により一般病床を設置することが可能となっております。

なお、国の関係通知により、医療審議会における議論の際には、地域医療構想調整会議における協議の内容を参考とし、整合性を確保することとされております。

全ての医療機関が地域でどのように連携し、役割分担して医療を提供していくかは、各圏域共通の大きな課題になっています。地域の医療機関が協力をしながら、より効率的で質の高い医療を提供していただくよう、地域医療構想調整会議等の協議の場で地域の方々とより議論を深めていただきたいと思います。

以上