

令和元年度第3回北部地域保健医療・地域医療構想協議会（地域医療構想調整会議）
配布資料説明要旨

議事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

資料1-1は、前回の会議において一度ご説明しておりました、公立・公的医療機関等の具体的な対応方針について、その後の動きと今後の予定をまとめたものです。

公立・公的医療機関等のうち「診療実績が特に少ない」等の理由により、今後のあり方の再検証を行う必要があるとされた424医療機関について、厚生労働省のワーキンググループにおいて実名が公表されていましたが、前回の会議の時点では厚生労働省から正式な再検証の要請は来ていませんでした。

その後、本年1月17日に厚生労働省から各都道府県に対し通知が発出されました。

通知の内容は、大きく分けて3点あります。

1つ目として、都道府県から再検証対象医療機関に対して、具体的対応方針の再検討を要請することです。

再検証対象医療機関においては、2025年を見据えた自医療機関の役割、がんや脳卒中、救急といった領域ごとの医療機能の方向性、機能別の病床数変動の3点について検討を行い、その内容について地域医療構想調整会議で再検証を行った上で、合意を得ることが求められています。

2つ目として、再検証の期限についてです。

具体的な期日は明記されていないものの、「経済財政運営と改革の基本方針」いわゆる「骨太の方針」2019の内容を基本として議論を進めることとされているため、現時点では本年9月を念頭に議論を進めていくこととなります。

3つ目として、会議の運営についてです。

今回の通知とあわせて、厚生労働省からはいくつかのデータが示されていますが、現時点では確定していない状況であることから、このデータを用いて会議を開催する場合には、非公表とすることが求められています。

そのほか、一番下の 印になりますが、再検証の対象ではない公立・公的医療機関等についても、期限は設けられていませんが、今後議論を進めていくよう求められています。

議事 2 民間医療機関も含めた医療提供体制の議論について

資料 2 - 1 は民間医療機関も含めた医療提供体制の議論について、国の議論の状況や県の取組についてまとめたものです。

「1 国における議論の状況」や「2 厚生労働省による民間医療機関データ提供の趣旨」にあるとおり、国は公立・公的医療機関の再検証の議論と並行して、民間医療機関も含めた議論を進めるよう求めています。

「3 本県の取組」についてです。

これまでも、本県独自の「病床機能報告の定量基準分析」を実施したり、病床整備の公募に当たっては、各圏域の会議において「地域完結型医療」を構築する観点から必要となる医療機能について協議を行うなど、民間医療機関も含めた圏域全体の医療提供体制について議論を進めてまいりました。

今後の議論を進める上では、例えば資料 2 - 2 から資料 2 - 6 の病床機能報告に基づくデータのほか、この後ご説明する参考資料のデータなどを提示し、地域での議論を深めていただきたいと考えております。

その上で、非稼働病床を有する医療機関や、将来担う医療機能の変更・介護医療院への転換を予定している医療機関をはじめとして、全ての医療機関の議論を順次実施していく予定です。

資料 2 - 2 から資料 2 - 5 は、平成 30 年度の病床機能報告の集計結果についてです。

資料 2 - 2 は報告率をまとめたもので、報告様式 1 は前年度をやや下回った一方で、報告様式 2 は前年度を上回り、様式 1 と様式 2 の報告率の差が縮まっています。

資料 2 - 3 は、病床機能報告で報告された医療機能区分ごとの病床数と、地域医療構想で推計した 2025 年の必要病床数を比較したものです。

一番上の県計、平成 30 年度報告結果 (A 列) の病床数の合計は 51,396 床となっています。

この病床数に、平成30年7月2日以降に整備された病床数と今後整備される予定の病床数（B列）の2,781床を足すと、C列にあるとおり、合計の病床数が54,177床となります。

この病床数と、2025年必要病床数（D列）の合計54,210床を比較すると、一番右の列のとおり差は33床であり、全県における病床数で見れば、ほぼ必要病床数に達する見込みとなっています。

一方で、機能別の病床数で見ると、あくまでも医療機関の自主報告ベースではありますが、急性期機能の過剰、回復期機能の不足が大きい状況です。

北部圏域では、全体の必要病床数は充足していますが、高度急性期と回復期に不足が見込まれる状況です。

なお、平成30年度病床機能報告の定量基準分析を行った結果の医療機能別病床数との比較については、現在分析を委託中ですので、来年度の協議会でご説明する予定です。

資料2-4は、病床機能報告が始まった平成26年度以降の年度別集計結果です。

一番上の県計の年度別推移の傾向を見ますと、高度急性期と報告された病床数が1,700床程度減少している一方、急性期と報告された病床数が1,100床程度増加しています。

また、回復期と報告された病床数は1,600床ほど増加しています。

資料2-5は、昨年度と同様、病床数、医師数、病床稼働率、平均在棟日数、救急車受入件数の項目について、医療機関ごとの報告内容をまとめたものです。

資料2-6は、病床機能報告の定量基準分析結果について各病院の病棟ごとにお示したものです。

これまでの会議でも御説明してきましたが、埼玉県では独自の取組として、算定している入院料や診療実績を基にした「定量的な基準」を設定し、病床機能報告の分析を行っています。

具体的な基準については、資料2-6の1枚目の左上にありますように、算定している入院料により、その機能が明らかな病棟については、当該医療機能として扱います。（例：ICUであれば高度急性期機能、回復期リハ病棟入院料であれば回復期）

入院料だけでは、その機能の判断が難しい病棟（一般病棟 7 対 1 入院料や地域包括ケア病棟入院料など）は、報告いただいている手術実績など、具体的な診療内容に応じて、客観的に設定した区分線で機能を区分しています。

区分線の詳細については、資料の右側のとおりです。

2 枚目以降は、北部圏域の各病院の病棟単位での分析です。

左から 5 番目の列「平成 29 年 7 月 1 日時点の機能報告」欄が、各病院からの自主的な判断に基づき報告のあった機能です。

その隣の「定量基準分析結果」が資料 1 枚目に記載した基準に基づき分析した病床機能です。

両者を比較して、報告内容と差異があるパターンを A～C で記載しています。（表の上部の A～C の内容を記載）

資料の中ほどにある「入院基本料・特定入院料」は、その病棟で算定している入院料で、「A～P」までの項目が、分析に使用している項目です。

例えば、「A 全身麻酔下手術」では、その病棟の稼働病床 1 床あたりの 1 か月の実績が、「2.0 件」以上あれば、高度急性期機能としています。

この分析は、同じ目線に立って各病棟の機能を区分することで、自院の立ち位置を把握していただき、今後の方向性を検討いただくことが目的であり、報告内容の変更を求めたり、病床機能の転換を求めたりするものではありません。

現在、平成 30 年度の病床機能報告についても、同様の分析を行っております。

前回の会議で御提案いただきましたが、この 2 年分の分析結果で、両年ともに報告内容と分析結果に差異がある場合には、病棟運営の状況や今後の方向性等についてこの会議の場で該当病院に御説明いただくこととしてはどうか、と考えております。

参考資料としてお配りした「各病院の診療実績」は、利根地域で病床整備計画を協議する際に使用したもので、各医療機関からの御協力を得て作成したものです。

民間医療機関も含めた医療提供体制の議論を進めるためには、各病院の疾患ごとの診療実績のデータの比較も、圏域内における自院の立ち位置の把握に役立つと考えています。

病床機能報告では、毎年度6月の1か月分の診療実績を報告いただいておりますが、この資料では1年間の診療実績のデータをいただいております。

今後、この圏域においても同様の取組を行いたいと考えており、その際には、病院の皆さんの御協力をお願いいたします。

議事3 病院アンケート結果について

資料3 - 1は病院アンケートの集計・分析結果をまとめたものです。

このアンケートは、急性期医療機関から回復期医療機関への転院調整など医療連携の課題を把握するために実施したものです。

「2 初回相談から受入までの平均待機日数」は、回復期リハ病棟と回復期リハ以外の病棟を分けて調査しました。

県全体では、いずれも15日以上が6割を超えており、調整に日数を要している状況です。医療圏ごとに見ると差異がみられます。

秩父圏域が100%になっているのは、回答数が1でその病院の回答が15日以上であったためです。

2ページの「3 転院調整が見つからない理由（急性期側の回答）」では、受入が断られた理由として多い順に 転院先が満床、 医学的管理が困難、 社会的な理由となっています。

「4 転院調整が見つからない理由（回復期リハ側の回答）」では、受入できなかった理由として多い順に 医学的管理が困難、 精神疾患（認知症症状を除く）、 自院満床となっています。

3ページの「5 転院調整が見つからない理由（地域包括ケア病棟（病床）側の回答）」では、受入できなかった理由として多い順に 医学的管理が困難、 合併症治療により退院までに60日以上を要する 自院満床となっています。

「6 地域包括ケア病棟（病床）患者の転院元」は、地域包括ケア病床における地域連携の状況を調査したものです。

「圏域内の他の急性期医療機関からの受入れ」を全く行っていない(0%)医療機関が32.6%ある一方、患者の81%以上(100%含む)が「自院の急性期病棟等からの転棟」の医療機関が44.2%あり、自院完結型が多く、地域連携があまり進んでいない結果となっています。

4ページから5ページの7～9は自由記述です。

急性期医療機関側からは、早期・スムーズな受入や受入可否の回答を早くほしい意見が多く寄せられました。

一方、回復期側からは、再発・急変時の受入や正確・詳細な情報提供(例：急性期と回復期では医療提供内容が異なることを患者及び家族に予め理解してもらう)などを求める声が目立ちました。

10は、疾患別に急性期治療後の転院先を調査した結果です。

心血管疾患は、他の2つの疾患に比べ、自宅等への退院の割合が高くなっています。

今後、各地域で医療連携の協議を行っていくなかで、今回のアンケートを参考資料の一つとして活用していきたいと考えています。

議事4 埼玉県地域保健医療計画(第7次)の一部変更について

資料4-1は、昨年11月に開催した会議で御意見をいただいた医療計画の一部変更について、その後の経過をまとめたものです。

前回の会議でいただいた意見、県民コメント、関係団体(市町村、医師会ほか)の意見等を踏まえ計画案を作成しました。

外来医療については、圏域ごとの地域医療構想調整会議で合意が得られた場合には、新規開業者を含め区域内の医療機関に不足する医療機能を担うことへの協力を求める旨の記載を追加しました。

12月に埼玉県地域保健医療計画推進協議会、1月に埼玉県医療審議会に諮った上で、県議会2月定例会に上程しております。

県議会の議決が得られれば、4月から変更後の計画に基づいて取組を進めていきます。

議事 5 地域医療構想アドバイザーについて

本年度より選任された地域医療構想アドバイザーについての報告です

地域医療構想アドバイザーは、平成30年6月に厚生労働省が地域医療構想調整会議の活性化を目的に開始した制度です。

アドバイザーの主な役割は、地域医療構想の進め方に関する事務局への助言のほか、実際に地域医療構想調整会議に出席し議論が活性化するような助言をいただくことです。

手続きとしては、都道府県が国に対して推薦した上で、国が選定するものです。

これまで埼玉県ではアドバイザーの推薦を行っていませんでしたが、地域医療構想調整会議において議論する事項の重要度が一層高まっていることに加え、全国的な状況も踏まえ、推薦を行うこととしました。

地域医療構想調整会議の全県版である「埼玉県地域医療構想推進会議」に諮った上で、埼玉県医師会と埼玉医科大学に候補者の推薦を依頼しました。

その結果、資料の5に記載の3名を国に推薦し、1月23日に選定されました。

アドバイザーに就任いただいた3名の方には、令和2年度から必要に応じて各圏域の地域医療構想調整会議に出席いただく予定です。

議事 6 深谷市内の有床診療所の増床について

- 今般、深谷市で4床の有床診療所を開設している医療法人から、増床の相談がありましたので議題とします。

既に開設している診療所のうち、地域包括ケアシステムの構築など必要と認められる場合には、都道府県知事が医療審議会の意見を聞いて許可を受けずに増床をすることができます。(医療法施行規則第1条の14第7項)

- 本県では、まず地域医療構想協議会における協議を経て手続を進めさせていただくことになっています。(有床診療所の届出に関する指導要綱第4条)

- この医療機関から提出された増床計画の概要は次のとおりです。

< 医療機関の概要 >

名称：医療法人 康曜会 プラーナクリニック

所在地：埼玉県深谷市柏合1 4 4-2

< 増床の概要 >

計画病床：10床（既存4床、増床後14床）

増床の概要

増床する10床では、在宅人工呼吸療法、在宅酸素療法などの在宅患者の診療のほか、終末期肺がん患者の看取りなどを行い、地域包括ケアシステムの構築のために必要な役割を担うこととしたい。

既存の4床は睡眠時無呼吸症の検査用の病床である。

その他

病床数の積算根拠や医療従事者の確保については概要書のとおり。

- なお、以上の増床の内容は、「有床診療所の届出に関する指導要綱（県医療整備課作成）」における「有床診療所の届出に関する資格審査基準1」の中で、「医療法第30条の7第2項第2号に掲げる医療の提供のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所」の適合基準に該当していると考えられる。