

平成27年度第2回埼玉県医療審議会

日時 平成27年11月2日午後2時開会

場所 別所沼会館 大会議室

午後 2時00分 開会

1 開 会

○司会（野々部） それでは、ただ今から平成27年度第2回埼玉県医療審議会を開会いたします。

まず、会議の定足数でございますが、医療法施行令第5条の20第2項の規定により、本審議会の定足数は10人となっておりますが、現在16人の委員に御出席いただいております、会議は有効に成立しております。

なお、新井委員、仲本委員におかれましては、所用により欠席との御連絡をいただいております。

次に、事務局の紹介でございますが、お手元に配付しております座席表中の記載をもちまして紹介に代えさせていただきますと存じますので、よろしく願いいたします。

次に、会議の公開、非公開についてお諮りいたします。

本日の会議の内容につきましては、公開することにより特定の個人や法人等に著しい不利益を与える情報は含まないものと思われまます。したがって、本日の会議につきましては、公開とすることよろしいでしょうか。

〔「はい」と言う者あり〕

○司会（野々部） また、報道関係者から、審議会の冒頭部分について撮影したいとの申し出がございましたので、議事に入るまでの間、撮影を認めるということよろしいでしょうか。

〔「はい」と言う者あり〕

○司会（野々部） それでは、本日の会議は公開とし、冒頭撮影を認めることにさせていただきます。

それでは、傍聴者、報道関係者は入場をお願いいたします。

〔傍聴者及び報道関係者入場〕

2 挨拶

（1）保健医療部長

○司会（野々部） それでは、はじめに石川保健医療部長から御挨拶申し上げます。

○石川保健医療部長 皆さん、こんにちは。保健医療部長の石川でございます。雨の中、また大変お忙しい中、平成27年度第2回埼玉県医療審議会に御出席いただきまして、誠にありがとうございます。また、本県の保健医療行政の推進につきまして、格別の御指導を賜り、心から感謝申し上げます。

さて、埼玉県では、全国一のスピードで高齢化が進んでおります。2025年には75歳以上の高齢者

は118万人に増大すると推計されております。これに伴いまして、医療や介護の需要、また社会保障費が増大することが見込まれております。そのため、本県では、将来の医療需要を見据えまして、医療人材の育成や確保、病院の拡充整備など地域医療提供体制の強化に積極的に取り組んでおります。また、モデル市町村で効果のございました健康づくりの取組みを健康長寿埼玉プロジェクトとして、県内全域に普及・拡大する取組みも行っております。

さて、本日は、第1の議題といたしまして地域医療支援病院の名称承認について御審議をいただきたいと存じます。地域医療支援病院は、地域医療の充実を図るため、かかりつけ医等を支援し、各地域の医療提供体制の整備を担う中核的な医療機関となつていただくもので、平成9年の医療法改正によって創設された制度でございます。現在、本県では、13病院が承認されておりますけれども、今回は上尾市でございます上尾中央総合病院の承認について御審議をいただきたいと存じます。

続いて、第2の議題といたしまして、地域医療構想の策定に向けた各圏域の医療需要推計等について御報告をさせていただきます。地域医療構想の策定につきましては、2025年に必要となる医療需要を推計いたしまして、将来必要となる医療の提供体制の確保を図るもので、2025年問題への対策の第一歩と考えており、来年度の中頃を目途に策定していきたいと考えております。

前回の医療審議会では、国のガイドラインの内容を踏まえまして、どのような段取りで策定を進めていくのかについて御説明をさせていただきました。本日は、各圏域ごとの医療需要等の推計値と今後の各圏域における検討の進め方について御説明させていただきます。

委員の皆様には、忌憚のない御意見を頂戴できれば幸いに存じます。終わりに、委員の皆様の御健勝、御活躍を心から祈念申し上げまして、会議開催に当たりましての挨拶ということにさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願ひ申し上げます。

○司会（野々部） それでは、続きまして、当審議会の金井会長から御挨拶をいただきたいと存じます。

○金井会長 こんにちは。この医療審議会でございますが、本県の医療提供体制について重要事項を審議するもので、重要な役割を担っていると認識しております。

本日の議事につきましては、保健医療部長から御挨拶のあったとおりでございますが、地域医療支援病院の名称承認について御審議を賜りたいと思います。

また、もう一つの議事の地域医療構想策定に向けた各圏域の医療需要推計等についてもいろいろな御意見を頂戴いただきたいと考えております。よろしくお願ひ申し上げます。

○司会（野々部） ありがとうございます。

それでは、議事に入りますので撮影は以上とさせていただきます。

3 議 事

(1) 地域医療支援病院の名称承認について

○司会（野々部） 議事進行は、医療法施行令により会長が務めることとなっておりますので、これ以降の進行につきましては金井会長お願いいたします。

○金井会長 はい。それでは、私が進行を務めさせていただきます。

まず、議事1「地域医療支援病院の名称承認について」事務局から説明いただきたいと思います。

○表医療整備課長 医療整備課の表と申します。それでは、議事1「地域医療支援病院の名称承認について」の資料を御覧下さい。

資料1ページを御覧下さい。地域医療支援病院の趣旨につきましては、1にございますとおり、医療施設機能の体系化の一環として、紹介患者に対する医療の提供や、地域の医師等に対する病院の施設設備の開放などを通じまして、地域の第一線の医療機関であるかかりつけ医などを支援する病院でございます。

開設できる者としたしましては、2にございますとおり、国、都道府県、市町村、社会医療法人、公的医療機関開設者、医療法人などとなっております。

承認要件としたしましては、3にございますとおり医療法第4条第1項において、(1)から(6)に掲げられております要件に該当することとされております。

資料2ページを御覧下さい。承認手続としたしましては、4にございますとおり、医療法第4条第2項によりまして、県医療審議会の意見を聴いた上で、承認することとなっております。

なお、地域医療支援病院の承認状況につきましては、5にございますとおり、平成27年3月末日現在で全国482病院が承認されておりまして、本県では、表にありますとおり、13病院を承認しております。直近では、13のところでございますが、独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院を平成24年7月に承認しております。

資料3ページを御覧下さい。今回申請がありましたのは、医療法人社団愛友会上尾中央総合病院でございます。この病院は、県央保健医療圏の上尾市内に開設しており、724床の一般病床を有し、内科、外科、小児科、産婦人科を初め22の診療科目を標榜しています。

続きまして、承認要件への該当状況について、承認要件ごとに順次御説明申し上げます。

まず、2の(1)、開設主体でございますが、開設主体は医療法人であり、要件に該当しております。

次に、(2)、紹介患者に対する医療の提供でございます。具体的には、紹介率が80%以上であること。または、紹介率が65%以上、かつ逆紹介率が40%以上であることなどの条件を満たす必要がございます。

上尾中央総合病院における平成26年度の実績は、該当状況にありますとおり、紹介率65.3%、逆紹介率54.1%であり、「②」の条件を満たしております。

次に、(3)、共同利用体制の整備でございます。具体的な承認要件としたしましては、医療機関の登録制度の設置、資料の4ページを御覧いただき、グループ登録の医療機関に限らず、病院の施

設設備を開放していること、共同利用のための病床の必要数を確保していることが必要となりますが、該当状況にありますとおり、いずれの要件も満たしております。

次に、(4)、救急医療の提供でございます。具体的な承認要件としては、重症救急患者の受入れに対応するための人員、病床及び施設を有していること、救急自動車等により搬送された患者数が1,000人以上であることが必要となりますが、該当状況のとおり、いずれの要件も満たしております。

次に、(5)、地域の医療従事者に対する研修の実施でございます。具体的な承認要件といたしましては、研修に係る教育責任者及び研修委員会の設置と研修の実施、研修実施のために必要な施設及び設備を有していることが必要となりますが、該当状況のとおり、いずれの要件も満たしております。

次に、(6)、病床数でございますが、一般病床724床を有しており、200床以上という基準に合致しております。

資料5ページを御覧下さい。(7)、地域医療支援病院として必要な施設及び記録でございますが、法令により設置が規定されている施設をいずれも有していることを実地において写真のとおり確認しております。

資料6ページを御覧下さい。一番下のところでございますが、診療記録取扱規定に基づき、必要な記録についても適切に保管されていることを確認しております。

資料7ページを御覧下さい。(8)、その他でございます。承認要件とは別に、承認後、地域医療支援病院の管理者が行う必要のある事項がございます。これらの事項については、必要事項に記載しているとおりでございますが、既に実施されております。

なお、平成27年10月23日に鴻巣保健所が医療法に基づく定例の立入検査を実施しておりますが、医療法に基づき定められた構造設備や人員の基準を初め、関連法令に違反し、改善を要する事項は認められなかったということをつけ加えさせていただきたいと存じます。

以上、御説明いたしましたとおり、医療法人社団愛友会上尾中央総合病院につきましては、承認要件を満たしているものと認められますので、地域医療支援病院と称することを承認したいと存じます。よろしく御審議をお願いいたします。

以上でございます。

○金井会長 ありがとうございます。

順番が前後して申し訳ございません。御審議をいただく前に議事録署名人を指名させていただきたいと思っております。宮坂委員さん、内田委員さんをお願いしたいと思っております。よろしく御審議をお願いいたします。

それでは、審議に入りたいと思っております。

何か御意見、御質問等ございますでしょうか。

○三木哲一委員 御説明の中で、実地調査をしているということでしたが、実際、実地調査というの

は、いつ、どのような体制で行われたのかを聞かせて下さい。

それからもう一つ、承認後、紹介率というのは飛躍的にアップすることがあるのか。既に承認されている病院の実態として、そういったことが考えられるのかという点についてお聞かせください。

○金井会長 2点御質問いただきましたが、1点ずつ回答をお願いします。

○表医療整備課長 それでは、ただ今の質問に順次お答え申し上げます。

実地調査の体制につきましては、9月の下旬、10月の月上旬、10月の下旬、計3回で、私どもの担当グループ複数名で調査を実施してきたところでございます。

それから、承認後の紹介率アップのことでございますが、当然、承認をしたということになりますと、病院も承認を維持しようということで御尽力いただけるものと期待しております。上尾中央総合病院につきましては、先ほど26年度の数値を御紹介申し上げましたが、27年度の直近の状況を見ますと、紹介率も70%を超えているという状況でございまして、増えているところでございます。

以上でございます。

○金井会長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

○三木哲一委員 実地調査の体制として複数名と説明いただきましたが、これは、医師であるとか、技術系の方も入っているのでしょうか。

○表医療整備課長 医療整備課の医務担当で実地調査を行っておりますので、残念ながら事務担当者ということです。医師が入っている体制ではございません。

なお、今回の調査では入っておりませんが、先ほど申し上げました10月の定例立入検査の際には、鴻巣保健所長をはじめ、技術職が入っている体制をとっております。

○金井会長 他にございますか。

○野本委員 資料には書いていないのですが、紹介率が承認要件を下回ったら、要するに名称承認の取消しをしてしまうということもあるのですか。

○表医療整備課長 低下傾向になった場合、まず現地に赴きまして、その状況、体制に対する指導を行います。どうしても改善が認められない場合については、医療審議会の諮問が必要でございますが、承認の取消しもあり得る制度になっております。

○金井会長 紹介率などの承認要件は報告をしなければならないと思いますよね。それは1年に1回ですか。

○表医療整備課長 はい。1年に1回です。

○金井会長 そうすると、紹介率が下がったときは、具体的にどのような対応をされるのですか。

○表医療整備課長 1年に1回の報告で、承認要件より下がるようだと、これは非常事態でございますが、低下傾向であれば改善に向けて指導してまいりたいと思っております。

○金井会長 他にございますか。

○小島進委員 地域医療支援病院の、メリットという言い方はふさわしくないと思うのですが、

それをお聞かせください。

○表医療整備課長 診療報酬の関係で、地域医療支援病院に入院する際の診療報酬で加算がございます。入院時に1,000点、つまり1点10円ですが、入院時に1,000点加算されるということになります。

○小島進委員 この病院は大きな病院で、もっと早く申請はできなかったのでしょうか。数字的な要件が満たせていなかったということですかね。

○表医療整備課長 具体的には承認要件がございます。紹介率のところでございますが、この要件がどんどん増えていって、平成26年度の数字を確認して申請ができたという状況になります。

○金井会長 他にございますか。

[発言する者なし]

○金井会長 よろしいでしょうか。要件は全て満たしているということでございますが、承認いただくということよろしいでしょうか。

[「異議なし」と言う者あり]

○金井会長 それでは、承認をするということで御承認をいただきました。

(2) 地域医療構想策定に向けた各圏域の医療需要推計等について

○金井会長 続きまして、議事2「地域医療構想策定に向けた各圏域の医療需要推計等について」です。事務局から説明をお願いします。

○阿部保健医療政策課長 それでは、地域医療構想策定に向けた各圏域の医療需要推計等について説明させていただきます。

議事2「地域医療構想の策定に向けた各圏域の医療需要推計等について」の資料を御覧いただきたいと思っております。

1ページ目と2ページ目につきましては、これから説明いたします資料のポイントを記載したものでございます。今回は、入院患者の流出入など患者の動向、これを踏まえた医療需要や必要病床数の推計などについて報告させていただき、検討項目などについては、委員の皆様から忌憚のない御意見をいただきたいと思いますと考えております。よろしく申し上げます。

資料3ページを御覧下さい。まず、左上の地図、こちらは2013年時点で隣接都県との間で入院患者がどのように動いているかを示したものでございます。入を青、出を赤で示しております。県全体では、出のほうが多い状況にございまして、1日当たりでは1,816人の流出超過となっております。内訳を見ますと、主に急性期から回復期にかけて幅広く東京都、群馬県などに流出している一方、慢性期については東京都から多くの患者を受け入れている状況にございます。

右下の地図は、現状と同じ割合で流出入があることを前提に、2025年の入院患者の流出入数を推計したものでございます。大まかには2013年と変化はありませんが、流出、流入とも現在よりも増えるという推計が出ておまして、県全体としては流出超過が1日当たり2,435人に増えるの見込み

れております。これは患者数自体が増えることによるものと推計しております。

資料4ページをお開きください。これは圏域ごとの入院患者の流出入の状況でございます。

左上の地図は、2013年の状況でございますが、緑色のエリア、川越比企と西部が流入超過となっております。川越比企は、主に県内から多くの患者を受け入れているのに対しまして、西部は主に東京都から慢性期の患者を多く受け入れている状況でございます。その他の圏域については、全て流出超過となっております。県南部の地域は主に東京都へ、県北部の地域は群馬県への流出が多い状況でございます。

右下の地図は、2025年の流出入を推計したものでございます。流入超過の医療圏と流出超過の医療圏は2013年と変化はございませんが、圏域によって流出入の差が大きくなっているところと小さくなっているところがあります。

資料5ページを御覧下さい。先ほど説明いたしました資料4ページの数字は、1日当たりの入院患者数の流出と流入の差の数字でございますが、こちらは流出患者数が圏域内の全体の患者数に対してどれくらいの割合かというものを示したものでございます。流出超過患者が多い医療圏は、流出患者の割合も多い傾向にございまして、流出超過数の最も大きい南西部は割合で見ても最も多くなっております。特徴的なものとしましては、県央医療圏については流出超過数はそれほど大きくはございませんが、流出患者の割合で見ると、南西部に次いで多くなっております。

資料6ページを御覧下さい。2025年においても現在と同程度の流出入があることを前提に、入院と在宅医療の患者数を推計したものでございます。なお、この中に外来は含まれておりません。2013年と2025年との比較では、全ての圏域で患者が増加することが見込まれます。高度急性期、急性期など細かく機能別に見てみると、北部、秩父の慢性期の患者が減となっておりますが、これは今回の医療需要推計では慢性期患者の一部を在宅に移行することを前提としていることが要因と推定されます。全体としては、南西部、東部など県南部で比較的增加率が高い傾向にございます。

資料7ページを御覧下さい。がん、急性心筋梗塞、脳卒中などいわゆる5疾病のうち、入院需要に直結する疾患と、肺炎、大腿骨頸部骨折など在宅医療患者に多い疾患についての推計でございます。いずれの疾患も今後、大幅に増加すると見込まれます。中でも急性心筋梗塞と脳卒中については、手術など急性期の内容から、回復期、在宅での療養まで圏域内で多くの患者に対応している体制が必要となります。肺炎につきましては、がん、心疾患に次いで死亡原因の第3位となっております。また、大腿骨頸部骨折をきっかけに要介護となることが多いといったことから、こうした疾患への対応を念頭に置いて在宅医療体制の検討をしていく必要があります。

なお、今回の推計は、2013年のレセプトデータを集計したものをもとに、将来の医療需要を推計しておりますが、そもそも回復期リハビリ病棟や療養病床、訪問診療のデータは疾患別に区分されていないため、このグラフの疾患別の推計には含まれておりません。今回お示した推計値イコール患者数ということではございません。2025年に向けての増加傾向を推計したものと御理解いただ

きたいと思います。

資料8ページ以降12ページまでは、がん、心筋梗塞、脳卒中、肺炎、大腿骨頸部骨折と圏域別に疾患ごとの患者数の増加傾向の推計でございます。いずれの疾患も全体の推計と同じような傾向にございまして、圏域ごとに大きな違いはございません。

資料13ページを御覧下さい。資料の地図の下にあります表が、圏域ごとの推計値でございます。今回は、各圏域と病床の過不足をイメージしていただくために、便宜上、高度急性期、急性期、回復期の病床を一般病床として過不足を推計し、慢性期を療養病床として過不足を推計させていただきました。

表の左の欄が、高度急性期から回復期の状況でございます。「2025年推計①」の欄が、患者推計をもとに算出した必要病床数でございます。その右の欄、「既存病床数H27.3.31②」の欄が、平成27年3月31日時点での一般病床の病床数でございます。②と①の差が今後整備が必要な病床数になりますが、県全体では一番下の合計にございまして、2,170床の整備が必要となります。圏域ごとに見ますと、南部、川越比企、西部などは今後、整備する必要がある病床が多い医療圏でございます。

なお、この②の既存病床数には、今年3月の医療審議会で御承認をいただいた順天堂大学附属病院など既に県が承認して計画中または整備中の病床数が含まれております。さいたま医療圏の既存病床数が2025年の必要病床数よりも多くなっているのは、こうしたことが要因となっております。

次に、表の右の欄が、慢性期の状況でございます。「2025年推計③」の欄が、患者推計をもとに算出した必要病床数でございます。その右の「既存病床数H27.3.31④」の欄が、平成27年3月31日時点での療養病床の病床数でございます。④と③の差が、今後、整備が必要な病床数でございますが、県全体では一番下の合計にございまして、2,092床の整備が必要となります。圏域ごとに見ますと、南西部、東部、利根などは、今後、整備する必要がある病床数が多い医療圏でございます。上にございまして埼玉県地図は、この状況を地図に落としたものでございます。

なお、不足病床数につきましては、現在実施している病院整備計画の公募など、今後の病床整備の状況によって変動いたします。

資料14ページを御覧下さい。これらは実際に訪問診療を行った際に、診療報酬の加算を得るために関東信越厚生局に届出を行っている医療機関の配置状況を示したものでございます。県内の地域によって大きなばらつきがございまして、人口当たりの施設数では最も多いさいたま医療圏と最も少ない南西部医療圏では、約2.5倍の開きがございまして。

資料15ページを御覧下さい。これまで説明いたしました将来推計の結果などをもとに、今後の二次医療圏単位で目指すべき医療提供体制などについて議論していきたいと考えています。

初めに、各圏域での検討体制でございますが、現在、各医療圏の医療計画などを協議している「地域保健医療協議会」を活用して検討を進めることといたします。なお、現在の委員構成では、回復期、慢性期を担う医療機関が入っていない圏域が多く見られる状況でございます。

資料16ページをお開きください。参考までに、現在の南部保健医療圏の委員構成を紹介させていただきます。医師会、歯科医師会、薬剤師会の他、川口市立医療センター、済生会川口総合病院など主に急性期を担う病院代表者の他、市町村などにも参加していただいている状況でございます。今回、議論していただく地域医療構想は、急性期から慢性期までいかにして切れ目のない医療提供体制を目指していくかということが大きな柱となりますので、実際に回復期や慢性期を担っている病院の代表者の方にも参加をお願いしたいと考えています。

なお、幅広く意見を聞くため、保険者協議会、看護協会にも参加をお願いしたいと考えています。

資料17ページをお開きください。各構想区域における検討に当たっての主な論点でございます。ポイントは、急性期、回復期、慢性期の機能については、できるだけ区域内で対応する。将来の需要増を見据えて、効率的な医療提供体制を構築する。地域の現状、将来の体制整備の方向性についての関係者の合意を図る。この3点を基本として議論を進めていきたいと考えています。

今後、各圏域で医療提供体制のあり方などについて議論していくに当たっては、各圏域共通の論点として、病床不足が見込まれる地域に限りますが、病院の新設・増床でございます。例えば、圏域内で特に不足が見込まれる機能は、急性期なのか、回復期なのか、慢性期なのか。また、それをどのように整備するかといったことが挙げられます。具体的な例として、既存の医療機関による増床、または病院の誘致などが考えられます。

留意すべき事項につきましては、増床等は将来不足が見込まれる機能であること。また、スタッフの確保を含めて現時点での見通しを議論する必要があること。なお、病床の整備など受入体制の整備は困難として、他の圏域に受入れを依頼することも考えられること。この場合、必要な病床数を受入先医療圏に加算すること。

例えば、先ほどの資料13ページで、各二次医療圏における必要病床数の推定を紹介しましたが、その中で川越比企医療圏では他の圏域から流入を多く受け入れていくことが一つの要因となって、今後10年間で一般病床と療養病床合わせて約900床程度の病床を整備する必要があるという試算が出ております。仮に圏域内でそこまでの整備が難しいということになれば、例えばですけれども、川越比企には隣接している南西部から多くの患者を受け入れておりますので、流入もとの南西部で病床を整備するよう病床数を南西部に渡して、川越比企に流出している患者を受け入れる分の病床を南西部で整備していただくことも考えられます。このようなことも含めまして、それぞれの地域の将来の医療のあり方につきまして、幅広く議論していく必要があります。

資料17ページに戻りますが、次に、地域の実情に合った医療機能分化・連携体制の確立でございます。「病病連携」、「病診連携」など地域の医療連携体制、がん、脳卒中、急性心筋梗塞など疾患別連携体制の現状はどうか。地域における各医療機関の役割分担を相互に理解しているか。例えば、急性期を担っている病院が回復期などに機能を転換する場合の障壁は何か。などを議論いただきたいと考えております。

また、在宅医療（老健等を含む）の体制整備でございますが、訪問診療、看取り、急変時の受入等の現状はどうか。訪問診療を担う医療機関をどのように拡充するか。老健など介護施設の整備の見通しはどうか。こうしたことを中心に議論をお願いしたいと考えております。

さらに、圏域特有の課題として、例えば東部医療圏では、病病連携、病診連携の拠点となる地域医療支援病院が未整備の状況でございます。こうしたそれぞれの圏域で抱える個別の課題なども含めて、どのような医療提供体制を目指していくかについて、できるだけ丁寧に議論を重ねていきたいと考えています。

最後に、関連する細かなデータにつきましては、資料18ページ以降に参考資料としてお配りさせていただきましたので、後ほど御参照いただければと存じます。

説明は以上でございます。よろしくお願いたします。

○金井会長 ありがとうございます。何か御意見、御質問等ございますか。

○菅委員 数点質問させていただきます。

医療需要の推計ですが、国保のレセプトデータを2013年度の基準として2025年の推計を行ったということでしょうか。

2点目ですが、各圏域で協議会を開いて検討するということですが、これは前回の医療審議会で御説明がありましたDPCデータやNDBのレセプトデータに基づいて推計を見直した上で議論をするということになるのでしょうか。具体的な手続を教えてください。

3点目ですが、そもそも病床数が西高東低で少ないという状況の中で、現状の基準病床数のままの議論で各圏域の調整を行っていくということは、小さい中でいがみ合っているようなもので、拡大する形での議論、そういう議論はどうされるのかを説明いただければと思います。

○阿部保健医療政策課長 1点目ですが、全てのレセプトデータが入っております。その上での推計でございます。

2点目ですが、国から示されたデータと、推計方法に基づいて算出した数字が今回お示ししている数字でございます。この数字をもとに、これから増加する患者数に対してどのように対応していくかを各圏域で考えていただくということでございます。

3点目ですが、基本的な考え方といたしまして、急性期以下の議論につきましては、できるだけ各圏域での医療需要に対応するというのが基本的な考え方でございます。ただ、それだけでは対応しきれない部分、高度急性期ですとか、これは全県的に考える必要があります。また、実際の流入、流出につきましては、これを完全に無くして全部の圏域の中で収めるといって、現実的ではありませんので、実際の流入、流出も加味した上で必要な病床を整備していく、こういったことを検討していくことになると思っています。

○菅委員 もう一点聞かせていただきたいのですが、圏域ごとで協議会を開くわけですがけれども、診療科別の問題点を抽出して検討していくことになると思います。そうすると病床数だけではなくて、

医師数、どの診療科の医師が何名必要なのかというのは、この協議会での議論に含まれることになるのでしょうか。

○武井保健医療政策課副課長 各圏域の医療提供体制を考えていく上で、医療を担う人材というのは非常に重要な要素になってきます。まずはその圏域の必要な医療を提供するために、必要な病床を整備する。併せて、どのような職種のスタッフが必要になるのかというのも議論することになります。

○金井会長 患者の流出入についてですが、外来についての流出率が分かれば教えてもらえますか。今、医師数が少ないのではというお話がございましたが、埼玉県は外来の流出が多く、厚労省の試算では医師不足はないというような言い方をされているので。

○武井保健医療政策課副課長 外来についてはデータがありません。

○金井会長 多いことは事実ですよ。

○武井保健医療政策課副課長 はい。

○金井会長 分かりました。他にございますか。

○三木哲一委員 病床区分の高度急性期、急性期、回復期、慢性期についてですが、各機能の、例えばそれに必要な人材などの違いについて説明してください。病床区分を転換するのにどういう障壁があるのかというお話がありましたけれども、機能の維持に必要なものの違いを基本的にどう考えたらいのかというのを簡単に説明していただきたいと思います。

○武井保健医療政策課副課長 資料19ページをお開きください。

病床機能報告というのが昨年からは始まっておりまして、病院から病棟単位で報告するという事になっています。なお、報告の際に病床機能の定義付けがされております。今はその定義しかありませんので、必要な人数といった定量的な基準がないという状況です。

一方、今回説明させていただいた医療需要推計の病床機能区分というのは、診療報酬の点数で便宜上の患者数を推計しており、必ずしもリンクしていないという状況です。そのため、今この時点で結論を申し上げるのは、実態とあわないところがありますので、それは現況を考慮しながら決めていきたいと思っています。

○三木哲一委員 御説明は分かりましたが、今後各圏域で検討していく上で、この病床機能区分はこうしたことを考慮した方がいいとか、分かりやすく説明できるようにしておいてもらった方がいいと思います。医療費にも影響してくることだと思いますから。

○金井会長 もう少し説明をお願いできますか。

○石川保健医療部長 大変分かりづらくて申し訳ありません。機能区分、高度急性期から回復期、在宅医療までのいわゆる医療のスピード感のような、そういう区分では分けられないものですから、先ほど担当者が申し上げたとおり、診療報酬が高ければ高いほど急性期の医療なのだろうと決めて、高度急性期は何人いる、急性期は何人いると。それが2025年という10年先の将来推計人口に当ては

めてみると、その需療率を掛算すると、10年後の患者数の推計が出ます。

さらに、先ほど説明させていただきました疾患別というものもあります。がん、脳卒中、骨折など、各圏域で疾病ごとに十分に対応できる病院があるのか、ないのか。そういうことを現在の医療圏の皆さんが議論して過不足なく10年後も医療サービスが提供できるためにはどうしたらいいのか。そういうことを議論していただくための材料と考えていただければと思います。絶対こうしなければならぬということではなくて、こういう医療サービスが必要になるから、今からどういう準備をしていったらいいのかということだと思います。

そして、それに見合うためには医師も必要です。どこの病院で、どのような医師が必要で、補充していったらいいのか。様々な問題が絡み合いますので。

10年先の医療需要の参考値を出して、それを見て各圏域ごとの医療関係者が、それに向かってどういう準備をしていったらいいのか。例えば、高度急性期が多過ぎれば、少し慢性期に落とすという話がありましたね。7対1の看護体制を10対1に落とすとか、看護体制として高度急性期から急性期や慢性期のほうにも対応できるように変えていく。そういうことも必要になってくる。そういうことを医療関係者等が中心となって、共通認識を持って、それを議論していただくたたき台という御理解をいただければと思います。よろしく願いいたします。

○金井会長 よろしいですか。

○三木哲一委員 御説明は分かりますし、医療需要推計の実態も分かりました。ただ、実行に移していくのは各医療機関の自主性に任されていると思います。各医療機関がそういう体制をとっていくために、費用の問題というのも考えられると思います。

医療関係者には分かってもらえると思うのですが、一般県民としては、どう理解していけばいいのか。

○金井会長 はい、どうぞ。

○細田委員 大変いいことをおっしゃっていただきました。私は、埼玉メディカルセンターという病院の管理者ですけれども、この病院は急性期の病院ですが、来年から病棟の一つは地域包括ケア病棟を始めようと思っています。老健施設も持っているので、ただ急性期だけをやっているのではなくて、当然のことながら回復期もずっとやっていけるような形にしていきたいと思っています。

ただ、これはできれば地域で全部できるようになれば一番いいと思うのですが、なかなかうまくいかないのは費用と人材がかかるからです。地域包括ケア病棟に変えるのに、やはりいろいろな要件がありまして、例えばリハビリをやらなければならないから、PTを専従で置かなければならないのですがなかなか集まらないとか、そういったことがあります。そのことを県の方でもバックアップしていただけたら大変助かるなと思っています。

○金井会長 よろしいですか。診療報酬上での医療資源の投入量で推計しており、それ以外には何も出ていないというのが現状だと思っています。したがって、これから数が変わってくると思いま

すので、現実的には今は分からないところもある。そういうことでよろしいでしょうか。

○内田委員 資料1 ページの資料3 のところで、北部、秩父の慢性期の減要因は慢性期患者の一部を在宅に移行することが要因と推定されると書いてありますが、この説明をしていただきたいと思えます。

○武井保健医療政策課副課長 今回の地域医療構想の推計に当たっては、慢性期の需要は療養病床に入っている患者数と訪問診療の患者数、老健で認証している患者数を足し合わせて今の利用状況を推計しています。

さらに、国の考え方として、今、療養病床に入っている患者数のうち、医療区分1、2、3とある中の最も軽い医療区分1の患者の7割を在宅医療に移行する。

それと、療養病床の地域差を解消するという事で、療養病床に入院される患者の人口率が最も多いのが高知県、最も少ないのが山形県という状況で、かなり開きありますが、それを最も少ない山形県に近づけようという事で、全国的に療養病床の需療率を下げて、在宅に移行するといったことが計算式に組み込まれています。そういったことが要因となりまして、もともと慢性期の状態ということではなくて、慢性期の入院患者を在宅に移行すると。そういった計算式があるという結果が、ここに出ていると御理解いただければと思います。

○内田委員 病床に関しての推計の中で、秩父医療圏は病床が充足する圏域の区分になっていますが、実態としては、埼玉県の中でも非常に人数の少ない地域で、スタッフ不足も深刻な問題です。必要病床数は、計算上は減っているのかもしれませんが、実態を考えると、スタッフがいなくて回っていかないという現状があって、ほとんど医療が崩壊しかけているところもあります。今日の御説明を聞いていて、現状と実態が合わないという感じを受けましたので、県にも十分理解していただければと思います。

○石川保健医療部長 内田委員御指摘のとおりでございます。秩父地域については、もう充足してしまうのだというような推計で、もう秩父地域はそのままで大丈夫だと誤った認識を持ってしまう。そういうことはございません。例えば、産婦人科につきましては、従来三つあったのが一つになってしまいました。もう秩父では出産はできないという状況に追い込まれております。そのために、県では大学病院から医師を非常勤ですが派遣させていただいたり、あるいは研修医の多くの皆さんが秩父に来ていただけるようなプログラムの策定についても御協力させていただいています。引続き秩父地域、県北地域の医師不足については、別途支援をさせていただきたいと思えます。

○金井会長 他にございませんか。

[発言する者なし]

4 その他

○金井会長 続きまして、その他報告事項がございます。事務局から説明をお願いします。

○表医療整備課長 病院等整備計画の応募状況について（速報）というA4、1枚の資料を御覧下さい。こちらは、前回の医療審議会の際にお認めいただいた病院等整備計画の応募につきまして、先週の金曜日、10月30日までということでしたので、取急ぎ応募状況を取りまとめたものでございます。

4のところ、応募状況でございます。各保健医療圏別に応募病院数を合計しますと49病院、応募の病床数を単純に合計いたしますと2,736床となりました。病床不足の「△」の部分と、加算の上限の枠を単純に足し合わせますと702床ということでございますので、その数倍という非常に多くの応募をいただきました。取急ぎ応募の状況を取りまとめましたので、御報告させていただきました。よろしくお願いたします。

○金井会長 ありがとうございます。これについて何かご質問等ございますか。

〔発言する者なし〕

○金井会長 よろしいでしょうか。

以上をもちまして審議事項は終了しました。円滑な会議の進行に御協力いただきありがとうございました。事務局にお返しします。

5 閉 会

○司会（野々部） ありがとうございます。

本日は長時間にわたり御審議いただき、ありがとうございました。

以上をもちまして第2回埼玉県医療審議会を閉会させていただきます。

午後3時4分 閉 会