

V 課題に対する考え方（論点1及び論点2）

本委員会では、県立病院の課題を3つの「主な論点」ごとに整理し、それに対応する各委員の意見、質疑を「委員の視点」として整理したものを用い、論点ごとに県立病院の在り方を検討した。

検討にあたり、「県立病院は専門病院のままであるべきか（論点1）」や「県立病院の役割は何か（論点2）」は、「最適な経営形態（論点3）」を検討する上での前提となる論点であることを踏まえ、まず、論点1、論点2での県立病院の在り方について一括して再確認を行った上で論点3を議論し、考え方をまとめていくこととした。

論点1及び論点2についての考え方と検討過程は以下のとおりである。

1 「論点1 高齢化が進む中で県立病院の在り方として今後も専門病院のままでよいのか」

（委員会としての考え方）

- 県立病院は今後も全県を対象とした高度専門医療を提供していくべき。
- がんセンターは高齢化に伴う合併症対策のための診療体制を確保すべき。

現在、県立病院は高度専門医療機関として各々の専門領域で、その役割を果たしている。

一方、高齢化による疾病構造の変化に伴い、特にがんセンターでは専門領域以外の合併症を持つ患者への対応が課題となっており、体制整備の程度によっては総合病院化の方向性もあり得る。

こうした点を考慮し、本論点ではがんセンターでの合併症を持つ患者への対応を中心に検討した。

（1）がんセンターでの合併症を持つ潜在的な患者数

がんセンターは専門病院であるため、専門領域以外の心臓疾患などの重篤な合併症を持つ患者への対応は、現状では難しい。

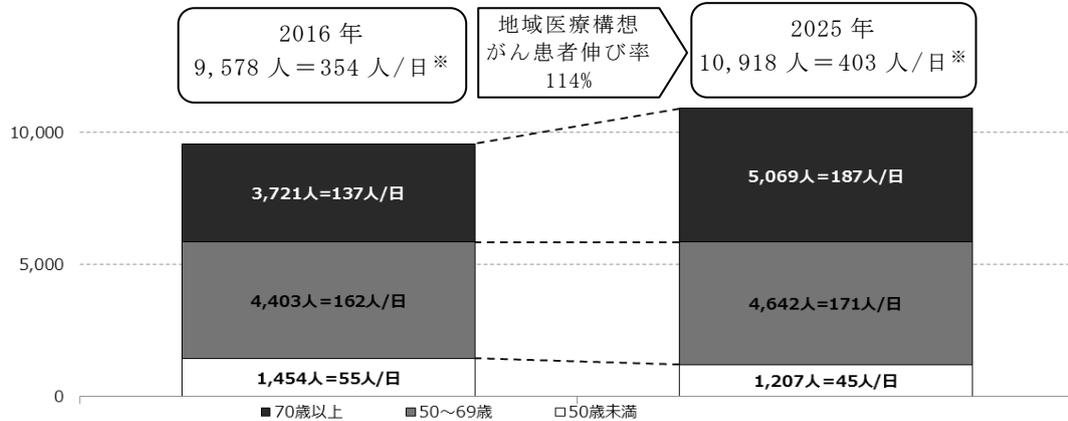
こうした患者は今後も増加すると考えられるが、現状の専門病院としての体制で、背後に受け入れが難しい患者がどの程度いるのか把握するため、地域医療構想等のデータを用いて試算を行った。

ア がんセンター新規実患者数（2016年実績及び2025年推計値）

2016年（平成28年）のがんセンターの新規入院実患者数の総数は9,578人、平均在院日数は13.5日である。また埼玉県地域医療構想では2025

年のがん患者は2016年比114%と推計されている。これらのデータを基に、今後の人口構成の変化の予測なども加味し2025年の一日当たり入院患者数を年齢別に試算した³。

【図 11 がんセンターの一日当たり入院患者数の試算】

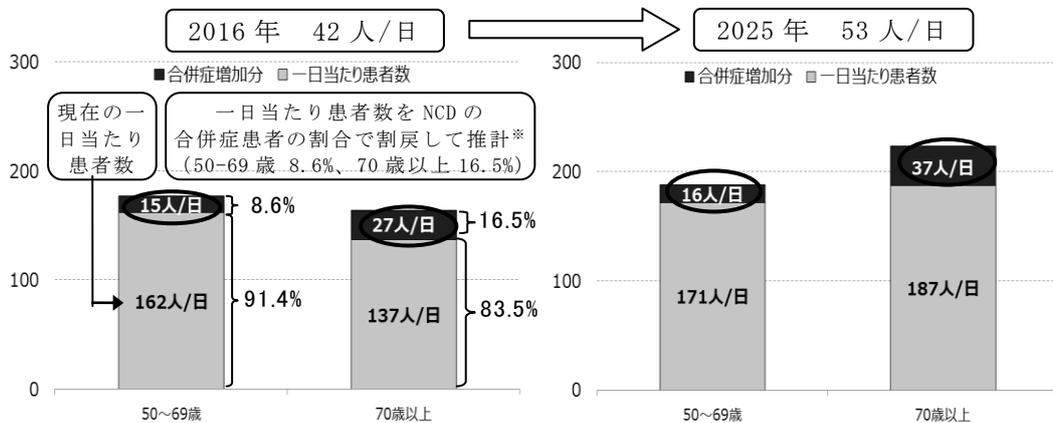


※ 2016年、2025年とも平均在院日数を13.5日として換算した。

イ NCD⁴の症例数（合併症を持つがん患者の割合）を用いた推計

次いで、2016年及び2025年の一日当たり患者数を基に、NCDによる合併症を持つがん患者の症例数のデータを用い、現状の体制での受入患者背後にいる、50歳以上の受入れの難しい合併症を持つ患者を推計した⁵。

【図 12 NCDの症例数でのがんセンターの合併症を持つ潜在的患者数】



ウ 平成 26 年厚生労働省患者調査からの推計

さらに、推計患者数を担保するため、別に平成 26 年患者調査を用い、50歳以上の合併症を持つがん患者の割合を18.0%と仮定し、同様の推計を行った⁶。

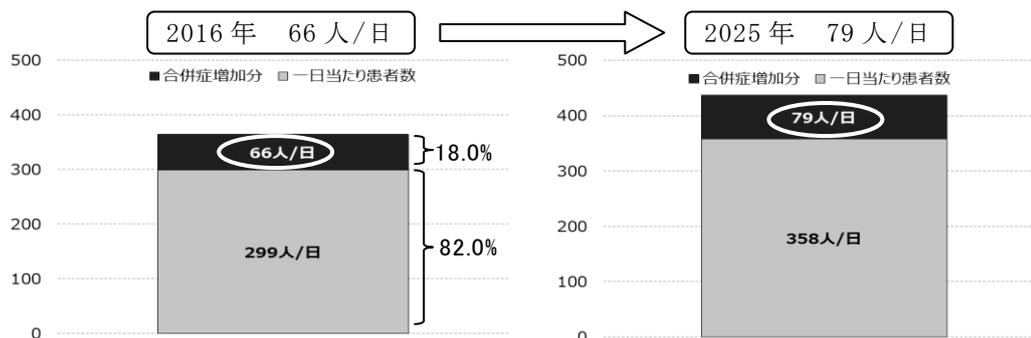
³ 一日当たり患者数は右式で算出した。新規入院実患者数×平均在院日数÷365日。

⁴ 一般社団法人 National Clinical Database。全国の外科手術の症例蓄積、データ分析を行う団体。

⁵ 50~69歳の計算例：一日当たり患者数(162人/日)÷(1-合併症の患者割合(8.6%))=177人/日、177人/日-162人/日=15人/日

⁶ 計算例：一日当たり患者数(299人/日)÷(1-合併症の患者割合(18.0%))=365人/日、365人/日-299人/日=66人/日

【図 13 平成 26 年患者調査でのがんセンターの合併症を持つ潜在的患者数】



両推計を勘案すると、現状でもがんセンターの受入患者の背後に、受入が難しい合併症を持つ患者が 50 人/日程度いると推測できる。また、2025 年でも、平均在院日数などにより変わり得るが、70 人/日程度まで増加すると見込まれる。

こうした点から、がんセンターでは高齢化に伴う心臓疾患などの合併症対策のための診療体制を確保すべきである。

(2) 医師の確保について

がん患者の持つ合併症は糖尿病や透析患者、重篤な心臓疾患まで種類や重症度が多様である。すべての合併症へ対応するには多診療科相当数の医師確保が必要である。

現状、がんセンターでは定員に対する医師の欠員が多く、この状況の中で相当数の医師を確保していくことは非常に困難である。

また、総合病院化といった視点についても同様に多数の医師確保の必要性から困難であると考えられる。

県立病院は専門性をしっかりと活かすために、必要な合併症の診療できる体制を整え、そのための医師確保に努めていくべきである。

【表 1 がんセンターの医師数の状況（平成 30 年 9 月 1 日現在）】

	がんセンター		
	定数	現員	欠員
医師	115	104	-11
研修医(非常勤)	23	13	-10

以上から、本委員会では本論点については「県立病院は今後も全県を対象とした高度専門医療を提供していくべき」、また「がんセンターは高齢化に伴う合併症対策のための診療体制を確保すべき」とした。

2 「論点2 多額の一般会計繰入金を入れても果たすべき県立病院の役割とは何か」

(委員会としての考え方)

- 循環器・呼吸器病センターは県北部地域の救急医療を支えるため、脳血管診療体制を強化すべき。
- がんセンターは均てん化されない希少がんについて全県的な受け入れをより一層進めるべき。
- 小児医療センターは移行期医療の総合的支援機能の構築や小児科専門医の育成・人材供給に取り組むべき。
- 精神医療センターは精神医療の変化に対応しながら、外来にデイケア機能を持たせるべき。
- 各病院の病床は、今後の医療環境の変化に応じ柔軟な見直しを検討すべき。

本論点では、県立病院の役割について、今後も全県を対象とした高度専門医療を提供していくことを前提に、取り組むべき方向性を交え検討を行った。

(1) 循環器・呼吸器病センターでの脳血管診療体制

循環器・呼吸器病センターでは地域から循環器・呼吸器病の専門病院として、専門領域をさらに充実するよう要望を受けている。一方でセンターが立地する県北地域では脳卒中患者の増加が見込まれ、現在でも脳卒中で亡くなる患者の割合が高い状況である。

そこで、センターの専門領域を踏まえつつ、県立病院の役割としてこうした救急患者の受入体制の整備について検討を行った。

比企地域医療圏を含め、県北地域では脳卒中患者の救急搬送について要請人数に対する受入不可の人数の割合が県全体より高い。さらに、埼玉県急性期脳梗塞治療ネットワーク（SSN）の参加病院も少なく、特に比企地域では埼玉県急性期脳梗塞治療ネットワークの参加病院がない。

【表2 脳卒中患者に係る救急搬送受入状況（平成29年1月～12月）】

二次救急医療圏	要請人数(人)	受入不可(人)	受入不可率(%)
比 企	162	72	44.4
児 玉	99	35	35.4
熊谷・深谷	1,018	171	16.8
県 全 体	11,385	2,983	26.2

こうした点から、循環器・呼吸器病センターは、現在の循環器・呼吸器疾患の診療に加え、脳血管診療体制の強化を行うべきである。また、そのために医師の確保にしっかりと努めていくべきである。

(2) がんセンターでの希少がんの全県的な受入

がん医療の均てん化が進み競合が激しい中で、がんセンターの専門病院としての現状について DPC⁷の疾患別患者数データから検証をした。

東京北部から埼玉県内まで、がんセンターを中心とした半径 30km 以内の疾患別患者数のシェアは以下のとおりの順位となっている。

【表3 がんセンターの疾患別患者数シェアの順位】

主要な悪性腫瘍		その他の悪性腫瘍	
疾患	順位	疾患	順位
肺の悪性腫瘍	3位	頭頸部悪性腫瘍	1位
結腸の悪性腫瘍	14位	軟部の悪性腫瘍	1位
肝臓の悪性腫瘍	9位	骨の悪性腫瘍	1位
		急性白血病	5位
		非ホジキンリンパ腫	2位

(平成 28 年 DPC データより抽出 新日本有限責任監査法人作成)

肺、結腸、肝臓などの主要な悪性腫瘍については均てん化が進んでいる。一方、頭頸部や骨・軟部などの希少がんについて、がんセンターは専門性を発揮し、数多くの患者を受け入れているものの、一部の悪性腫瘍はまだ集約化の途上である。

希少がんの領域は今後専門的な医療機関への集約化の方向へ進むと考えられ、この点から、がんセンターは本来の役割である専門性をさらに活用し、全県的な受け入れをより一層進めるべきである。

(3) 小児医療センターの今後の方向性

小児医療センターは、県内小児医療の拠点として地域の医療機関とさらに緊密に連携していくことが必要である。

そのため、小児慢性疾患等患者の成人期診療への移行に関し、患者の自立支援も含めた総合的な支援を行うためのネットワークの構築に取り組むべきである。

また、埼玉県総合医局機構とも連携し、小児科専門医育成の基幹病院としての体制を整え、県内医療機関等への人材供給にも取り組むべきである。

⁷ 診断群類別の診療報酬包括評価制度。疾患別に入院 1 日当たりの診療報酬が定額で決まる。DPC 採用病院の疾患別患者数のデータは、厚生労働省により毎年病院別に公表される。

(4) 精神医療センターの今後の方向性

精神医療センターではその時々、国・県の政策や社会状況を的確にとらえ、県民に適切な医療を提供することが求められる。特に、従来に比べ患者層が大きく変化した依存症治療においては、治療の考え方も大きく変化し、外来医療が中心となってきたことから、デイケア機能を持たせるべきである。

(5) 病床規模などの在り方

現在、入院患者の在院日数は治療の低侵襲化、DPCへの対応、地域医療構想による病床の機能分化などにより短縮化傾向にある。適切な病床規模については在院日数の状況や治療技術の進展、県立病院として果たすべき役割など様々な要素を勘案すべきである。

この点を踏まえ、県立病院は今後の医療環境の変化に応じ、病床の柔軟な見直しを検討していく必要がある。

以上から、本委員会では本論点について「循環器・呼吸器病センターは県北部地域の救急医療を支えるため、脳血管診療体制を強化すべき」、「がんセンターは均てん化されない希少がんについて全県的な受け入れをより一層進めるべき」、「小児医療センターは移行期医療の総合的支援機能の構築や小児科専門医の育成・人材供給に取り組むべき」、「精神医療センターは精神医療の変化に対応しながら、外来にデイケア機能を持たせるべき」、「各病院の病床は、今後の医療環境の変化に応じ柔軟な見直しを検討すべき」とした。