

令和5年度第1回埼玉県地域医療構想推進会議(令和5年7月5日) 主な意見

地域医療構想推進会議での議論について

○ 推進会議における議論の内容は、各圏域の調整会議の委員にしっかりと報告してもらいたい。推進会議における議論が各圏域の調整会議と十分に共有されておらず、調整会議の現場での議論が乖離しているように感じている。各圏域での議論を活かしてもらいたい。

対応方針の協議・検証

○ 対応方針はこれまで公立公的が中心で、民間医療機関は今回初めてとなる。民間の対応方針は調査票への回答によりまとめられたということだが、本当にこれは慢性期なのか、急性期となっているかあるいは回復期なのではないか、必ずしも4機能のあり方をしっかりと踏まえたうえで回答されていないのではないかという気もする。その辺も含めて民間医療機関には、設問の趣旨も含め、わかりやすい聞き方をして欲しい。

○ 民間医療機関の「医療機関の役割、機能」の設問だが、医療機関に尋ねる際は、診療報酬の入院基本料や特定入院料の何を算定している場合にばここに○という聞き方をすると回答しやすい。

病院整備計画の公募

○ 令和4年度の公募で残りがあつた圏域では令和5年度に再公募ということだが、この病床数を配りきる必要が本当にあるのか。大きな圏域では、既に病床は足りているとみられる地域と、まだ不足かもしれない地域とがある。どうしても配るのであれば地域を限定してもよいのではないか。

○ 地域医療構想は、高度急性期・急性期医療を行う医療機関はできるだけ統合しようという意図があつたと思うが、既存病院の増床ではなく、新病院の開設による病床整備は構想の本来の趣旨から外れるのではないか。

○ 承認された病院整備計画で未開設になっている理由は、医療人材、特に看護師の不足が大きい。そういう状況で再公募が行われ、圏域外から来た開設者が新しい医療機関がオープンさせる場合、既存の医療機関は自院の人材が引き抜かれるのではないかという不安を感じている。新たに開設する側は引き抜きはしないと言うだろうが、働いている者は古い病院よりは新しい病院に行きたがる。

○ 募集する医療機能の(2)「埼玉県地域保健医療計画の実現に向けて必要な病床」のうち、「がん・脳卒中・心血管疾患に対応する高度専門医療」は圏域によっては足りているのではないか。各圏域によって違いがあるだろうから、その議論が必要なのではないか。

医師の働き方改革への対応

○ 各医療機関が宿直許可がなかなか取れなくて四苦八苦している。二次医療圏の小児救急輪番の空白に医師派遣している病院が、宿直許可が取れず派遣できない状況が生じていたりする。まだ相当苦労している病院があるので、行政の方からも支援をお願いしたい。

病床機能報告について

○ 埼玉県では、4機能を区別するために、埼玉方式を策定した。それによると、埼玉県の現在の病床機能毎の病床数は、比較的、目指すべき数値に近い数字になっているのではないかと。もし、そうであるなら、各病院に病床機能報告の機能ごとの病床数の変更を促さずに、埼玉方式による数値を厚生労働省に提出すれば、それで済む話ではないのか。
⇒(県)厚労省によれば、病床機能報告の結果について地域医療構想調整会議で活用する際は、同報告の集計結果と将来の病床の必要量とを単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で協議を行うとしていることから、埼玉方式も併せて活用し、丁寧な議論をいただき、病院の自主的判断によりご報告いただきたいと思いますと考えている。

調整会議での協議の進め方

○ 大きな圏域では調整会議委員の人数が多くなり、意見が出にくくなる。二次医療圏を変えるのは難しいだろうから、圏域内を細分化して地区分科会を作り、そこを協議の場とするのは良い取組だと思う。

地域医療構想全般

○ 先日の日本医師会病院委員会では、地域医療構想調整会議はベッド数をどうするかだけを話し合う場ではなかったはず、連携をどうするかとか、老健や在宅といったところまで含めてどういう風に医療を提供していくのかを話し合う場であり、各都道府県ごとにランドデザインがあってもいいのではないかと話が出ていた。

○ そこでは北海道の事例が紹介されたが、自圏域で高度急性期や急性期医療の提供を完全に行うことは困難であることから近隣圏域に頼り、自圏域では急性期治療を終えた自圏域の住民を受け入れるポストアキュートをしっかりやっというものだった。埼玉県では秩父圏域がこれに近いのかもしれない。

○ 隣接圏域と役割分担し連携をしっかりとることで、今のベッド数でも変わっていくことができる。隣接圏域も意識して考えていく必要がある。