**第58回　大阪府医療審議会　議事概要**

**１ 開催日時**：令和５年８月24日（木）午後３時30分から午後５時20分

**２ 開催場所**：國民會館大阪城ビル　12階　大ホール

**３ 出席委員**：24名（委員定数27名、定足数14名であるため有効に成立）

出席専門委員：７名

出席委員：生野委員、乾委員、梅田委員、岡沢委員、加納委員、川崎委員、川隅委員、

河村委員、北村委員、木野委員、小村委員、阪本委員、多賀委員、高井委員、

田中（京）委員、塚田委員、津田委員、道明委員、中尾委員、長濱委員、

弘川委員、深田委員、福岡委員、山下委員、泉谷専門委員、中専門委員、

西川専門委員、博多専門委員、藤江専門委員、藤本専門委員、保田専門委員

**４　議題**

**（１）第８次大阪府医療計画（素案）について**

＜審議結果＞

　本日の審議を踏まえ、第８次大阪府医療計画の策定作業を進めていくことを確認。

また、第８次医療計画における基準病床数の特例措置活用については、「特例措置を活用せず、基準病床数の見直しを毎年検討」する事務局案を承認。

**【基準病床数について】**

＜委員意見等＞

○ 今まで既存病床数の枠内で地域医療構想、機能分化を推進してきた立場としては、基準病床数が増えることに極めて違和感がある。

○ 第７次計画での平均在院日数は14.7日だが、第８次計画案では15.5日と長くなっている。病院の現場の感覚としては急性期の在院日数は短くなっており、長くなっているのが理解できない。平均在院日数が１日長くなることによる影響は大きくないと思われるかもしれないが、結果として、豊能圏域と北河内圏域が増床可能となってしまう。平均在院日数の考え方について整理していく必要があるのではないか。

○ 平均在院日数は二次医療圏ごとに設定しているのか。今後、豊能圏域と北河内圏域で人口が増加し、病床が現在より多く必要となるなら増床するのはいいと思うが、予測はどうなっているのか。

○ 地域医療構想が2025年に改定されるのであれば、慎重に議論していただきたい。

＜大阪府回答＞

○ 基準病床数の算定に使用している平均在院日数は、第７次計画では計画策定前の平均在院日数の動向から設定されていたが、今回はコロナ禍前における平均在院日数を用い設定され、設定の考え方が変わっている。

○ 平均在院日数は国が地方ブロックごとに設定しており、大阪府では近畿ブロックの値を使用している。資料にある通り、平均在院日数は、国が設定した地域ブロック別の値を上限として、知事が設定するもの。

○ 基準病床数の算定式に基づく今後の推計予測については、増加するとの推計になっているが、実際の入院患者数は減少傾向であり、一般病床における病床利用率についても、コロナ禍前と比較し減少し約70％となっている。この点についても留意する必要があると考えている。

＜委員意見等＞

○ 第７次計画と第８次計画案では基準病床数が約６万から約７万と増えており、６年間で約1.2倍となっている。特例措置の仕組みもあるが、基準病床数はどこまで信頼できる値なのか。

○ 2025年に地域医療構想の改定にあわせ、国は基準病床数の考え方を改めて整理する方針を示しているが、大阪府としては、どういうスタンスで国に基準病床数の考え方等について要望していくのか。

○ 病床整備するにあたって、どれくらいの期間で整備を進めていく必要があるのか。病院の経営目線で考えると、ある程度の期間がないと対応できないのではないか。基準病床数の算定について検討する際に病院目線の意見も取り入れていただきたい。

＜大阪府回答＞

○ 基準病床数については、国が示した算定式に基づき暫定値をお示ししたが、算定結果が病床整備の可否に影響するので、慎重に検討したい。

○ 地域医療構想については、国に現状に応じた見直しを求めている。地域医療構想の改定に伴い基準病床数の算定式の見直しも予定されているので、国に対して、早期に都道府県に詳細を示すよう働きかけていきたいと考えている。

＜委員意見等＞

○ 基準病床数と既存病床数を比較すると、豊能圏域では約300床、北河内圏域では約400床の不足となっている。現場では、病床が不足しているという感覚の中、救急医療、感染症医療を動かしている。

○ 第７次計画では、既存病床数が基準病床数を上回っていたとしても、必要に応じて特例措置で検討するとしていた。第８次計画の基準病床数の設定においては、特例措置を使わないということであるが、豊能圏域、北河内圏域では、増床を検討してもよいのではないか。

○ 病床が過剰ではない地域において、この時点で増床を見送り、６年間結論を先送りにするのは無理があるのではないか。救急医療や感染症医療の対応に必要であるのであれば、増床を認めるべきでないか。

＜大阪府回答＞

○ 感染症については感染症予防計画の策定にあたり課題を整理させていただいている。救急医療、感染症医療については、豊能圏域、北河内圏域以外の圏域でも同様の課題が生じているか整理し、検討してまいりたい。

＜委員意見等＞

○ 2042年で高齢者の増加がピークアウトし、病床、介護施設の需要が落ちることも踏まえ検討していく必要があるのではないか。平均在院日数の設定値が長くなり、基準病床数が増えるとの報告だが、コロナ禍以降、全国の病床稼働率が落ちているので、その点を踏まえて考慮して議論する必要がある。

○ 病院の経営者視点では増床し余裕を持った経営をしたいとは思っていること、また、地域によっては、病床が足りていないとの意見があることは理解している。しかし、2025年に地域医療構想の改定が予定されているので、その結果をもって、増床の議論をすべきでないか。

○ 地域医療構想により機能分化を進めているが、問題となっているのが、医療従事者の不足である。大阪府下は医師過剰地域とされているが、医師の働き方改革も進められ、専門医の養成数を減らそうとされている。また、看護師については、コロナ禍において疲弊したことで多くの退職者を出しており、病院薬剤師は、待遇の面等から確保が難しくなっている。これらを踏まえると、病床を増やすことを容易に考えるべきではないのではないか。

○ 大阪府は看護師不足であり、離職率も高くなっている。地域のニーズに応じた病床整備は大切なことであるので、継続して検討することは必要だと思うが、有効に人員を活用するということを考慮するなら、慎重に様々な側面から病床整備を考える必要がある。

＜大阪府回答＞

○ 委員からは現場の実情についてお聞かせいただいた。医療従事者の不足も勘案して、病床整備が本当に必要かどうか、改めて基準病床数の算定について整理し、関係機関と調整させていただきたい。

＜委員意見等＞

○ コロナ禍以前より、豊能圏域は病床数、特に急性期が不足しているという声が多かった。豊能圏域には、国立循環器病研究センター、大阪大学医学部附属病院のような大きな特定機能病院があり、それらが既存病床数に計上されている。地域特性を考慮いただきたい。

＜大阪府回答＞

○ 豊能圏域においては、ご指摘の意見を協議会でもお伺いしているところ。三次救急専門の医療機関や、高度医療を行う医療機関があるということで特異な状況であるが、基準病床数や病床整備が必要かどうかについては、地域の意見を聞き、検討していきたい。

＜委員意見等＞

○ コロナ禍では、病床整備は二次医療圏毎に検討されるが、守口市にある関西医科大学総合医療センターで圏域を超えて大阪市の重症患者を府の入院調整により受け入れたことで、北河内の患者を受け入れることができなかった。基準病床数は流出入を考慮しておらず、北河内では増床が必要ではないか。

＜大阪府回答＞

○ 新型コロナの際、大阪府は入院フォローアップセンターを立ち上げ、府域全体の入院調整を行っていたが、病床数の設定に関しては、二次医療圏ごとに検討していくこととなる。基準病床数は患者の流出入を加味した算定となっているが、委員のご意見を踏まえ、検討してまいりたい。

＜委員意見等＞

○ 計画素案は良く考えて作成されていると思うが、人口の流入流出は絶えず動くものであり、基準病床数について迅速に対応してもらいたい。

＜大阪府回答（全体総括）＞

○ 基準病床数について、平均在院日数、地域医療の実態、人材確保、2025年の見直しの予定等、不確定要素が多くあり、病床整備の要否について判断できていない状況。２圏域が不足しているという現状の試算についてどう捉えていくか、本日の審議会の意見を踏まえ検討していきたい。

**【災害医療について】**

＜委員意見等＞

○ 災害医療について、大阪市内はほとんどが浸水想定区域内で対策が困難。浸水想定区域に所在する病院の浸水対策率が指標として検討されているが、浸水対策にかかる検討内容について教えていただきたい。

＜大阪府回答＞

○ 浸水対策については、昨今豪雨災害が各地で発生していることを踏まえ、記載することとしている。大阪府としてどのような浸水対策を講じるべきかを把握するため、各医療機関の実態調査を行った上で内容を整理していきたいと考えている。

○ 現段階では指標に病院の浸水対策率と記載しているが、実態調査を踏まえ、指標についても何が適切か検討していきたい。

**【外来医療計画について】**

＜委員意見等＞

○ 紹介受診重点医療機関について、堺市では選定にあたり時間がかかった。大阪府の言う公平性の観点はよくわかるが、二次医療圏ごとに地域特性を考慮いただく必要があるのではないか。

○ 堺市では、学校医に若い医師が不足しており、高齢化が進んでいる。辞めたいという医師に対して、医師会が頭を下げて続けていただいている。教育委員会と連携が必要ではないか。

**【看取り・死因究明等について】**

＜委員意見等＞

○ 医療は死をもって完結するものだが、死亡診断書、警察医・監察医の役割、在宅医療における看取り等について、全く検討されておらず、医療計画に十分に記載されておらず、対策も立てていないのではないか。

○ 介護施設、高齢者施設と契約している医師は、半径15㎞以内に所在することが要件となっているので遠方の医師も多いが、呼吸が止まった場合はすぐに救急となる。しかし、そのような患者は受け入れてもらえないことが多い。これは介護保険との連携ができていないからである。地域包括ケアシステムでは、医療と介護・福祉の連携を進めなければならない。

＜大阪府回答＞

○ 資料１－２の10ページには死亡診断書と死体検案書の意義と重要性について記載している。11ページに記載のあるとおり、委員から意見をいただいた件については、大阪府死因究明等推進計画に基づき取組を進めていきたい。

○ 死因究明については、大阪市内は監察医事務所が担当しているが、他の圏域は警察医にお願いさせていただいており、現場からも様々な意見をいただいている。在宅医療、また看取りについては、地域の医師会等とも調整させていただきながら検討していきたい。