**第55回　大阪府医療審議会　議事概要**

**１** 開催日時：令和４年３月28日（月）午後２時から午後３時30分

**２** 開催場所：國民會舘大阪城ビル　12階　大ホール

**３** 出席委員：25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：６名

出席委員：生野委員、磯委員、乾委員、植田委員、梅田委員、大山委員、加納委員、

　　　　　川隅委員、北村委員、小池委員、佐々木委員、茂松委員、多賀委員、高井委員、

高橋委員、田代委員、立石委員、田中（喜）委員、塚田委員、辻委員、

道明委員、中尾委員、長尾委員、中川委員、深田委員、御前専門委員、

木野専門委員、外山専門委員、佐堀専門委員、山口専門委員、永野専門委員

**４　議題**

**（１）令和３年度「地域医療構想」の取組と進捗状況**

　資料に沿って事務局から説明。医誠会に対し、過剰病床への転換を見直すことについては、引き続き医誠会への働きかけを行っていくことを確認。

＜委員意見等＞

* 審議会で継続協議中にもかかわらず、昨年度医誠会新病院に対して、開設を許可している。開設許可は誰の責任で出したのか。開設許可時に、回復期を担うよう促す勧告ができたのではないか。
* もともと急性期入院基本料１を算定しているにもかかわらず回復期と称していることや、昨年、城東中央病院が118床あった慢性期と回復期を急性期に変えていることなど、病院が好き勝手にできるのであれば、地域医療構想で議論する意味がないのではないか。城東中央病院における急性期病床の転換については、（新規病院開設にかかるものではないので）知事の勧告ができるのではないか。
* 新規病院の扱いになるのであれば、研修医の配分はリセットされるという考えでよいのか。
* 国の地域医療構想のワーキング等で、過剰病床への転換など、地域医療構想に反する場合に対応するため、地域医療構想調整会議の権限をより強くするという方向性が出ている。その点を踏まえて、問題となる医療機関には、より強い態度で臨むという方向性を検討してほしい。

＜大阪府回答＞

* 政令市の場合、開設許可権限は地方自治法によって市長が有している。また、許可を行う場合、医療計画の達成推進の観点から知事と協議を行い、同意を求めなければならないとされている。ただし、医療法上、施設の構造や人員等が法令の要件を満たす場合は許可しなければならないとされていることから、市長は知事による同意不同意を問わず、判断することになる。
* 医誠会の場合は、開設許可申請における施設の構造等が法令の要件を満たしていることから、許可がなされたもの。府知事による大阪市長への同意については、この過程で市長から協議があり、判断を行った。
* 府としては、施設構造等が法令の要件に合致しているかどうかに加え、医療計画の達成推進の観点、つまり全体の病床数が既存病床数以内となっているか等を確認し、同意について判断したもの。
* 医療法上の知事権限として、民間病院であれば過剰病床への転換について中止を要請することができる。昨年度、厚労省に確認したところ、これは既存病院が対象であり、医誠会は医療法上、新設扱いになるため過剰病床への転換を中止する要請はできないとの見解が示された。
* また、不足している回復期への転換を許可の条件に付与することについては、知事の権限として規定されているが、医誠会新病院の計画では、回復期への転換を含む内容になっているため、条件は付与しないこととした。今後も計画の再検討を求め、病床の内容についても確認をしていく。
* （最終的には回復期病床を118床とする計画に変わりはないが、再編統合の途中の過程において）回復期病床・慢性期病床を急性期病床に転換されていた。この点については、医誠会に対し、今年度の病院連絡会で他の医療機関に経緯を丁寧に説明し、理解を得てもらう必要があることを伝えた。協議会や医療審議会の意見を医誠会に伝えながら粘り強く対応する。
* 研修医制度は、医療対策協議会で協議されているが、非公開の審議となっているため、個別具体の内容は差し控えるが、現在医誠会については審議をしているところ。医誠会は承継を希望しており、それについて協議を進めている。病院としては新設扱いでも、研修医を指導する体制・機能が承継されるケースが認められることもある。今回がそれに当たるかどうかの議論を行っている。
* 法的な限界がある中で、地域の意見を踏まえて対応しているところ。新設扱いの上、機能の承継と判断できるのか等、府としての考えに齟齬がないように対応していく。

**（２）第７次大阪府医療計画の中間評価について**

　資料に沿って事務局から説明。計画の最終年（2023年度）まで残り２年であること、また、新型コロナウイルス感染症の流行が現在も続いており、流行を踏まえた大幅な改定は困難であることから、中間年での見直しは行わないこととし、計画最終年まで、中間評価を踏まえた取組を着実に進めていくことを確認。

＜委員意見等＞

* 新型コロナウイルスについては、地域の薬剤師は自宅療養及び宿泊療養の感染患者への調剤やワクチン接種事業等に協力してきた。昨年８月、府知事の薬局に対する認定制度において、地域連携薬局とがん拠点病院と密接な連携をもつ、専門医療機関連携薬局という制度が始まった。昨年の医療審議会でも、医療計画の見直しがあれば認定制度の記載を本編、また、二次医療圏版に盛り込んでほしいと要望をしたので、引き続き検討をお願いしたい。
* 病床配分の話題が出ても、医療者の数の話があまり出てこない。感染者や災害等有事に対する医療を積極的に担うのは公立の医師。民間は経営を考えていかないといけない。一方、公立は警察、消防、自衛隊同様医療の安全保障という意味で先頭に立ってもらいたい。そのため、公立病院の医者を増やす必要があり、給料を上げるなど、余裕を持った医療改革が必要ではないか。災害時にはどの診療科であっても、災害や感染症に対応できる訓練を義務化し、医療者を増やしていくべきではないか。医師数の配置について、今後どのように考えているのか。
* 官民の役割分担は考えているのか。民間が協力しないという訳ではないが、今回は公的のパワーが足りなかったということや、医療の効率化だけが議論になっていたことを反省していただきたい。赤字部門は予算をつけて、人員を増やしていくべき。
* 日本は国民皆保険制度をとるなかで、民間の医療機関が医療体制の大部分を担い、特に大阪は、医療機関数の９割、病床数の８割を民間病院が担っている。公的病院が少ない中で、人材育成の観点では、普段から教育して公民一緒になって対応する現状にあり、今後、国でも考え方が示されると思うが、大阪は大阪の背景を踏まえて、パンデミックへの備えをすることが必要だと考える。

＜大阪府回答＞

* 大阪府の医師の確保については、国からみると医師数が多い都道府県に位置付けされている。ただ、医師が偏在する地域もあり、北河内、中河内、堺市、泉州圏域では医師が少なく、全国平均を下回っている。このような地域偏在の解消に向け、修学資金を貸与した地域枠医師に対し、キャリア形成プログラムを作成し派遣調整を行っており、診療科においても、特に少ないと言われる小児科、産婦人科、救急についても地域枠医師の派遣調整を行っている。特に公立病院を中心に派遣するという形で支援を行っている。
* 感染や災害の非常時においては、公的部門で医療従事者をキープしておくべきというご意見だと理解するが、今回のコロナ対応では民間病院にも診療検査医療機関や受入医療機関として、多大なるサポートをいただいている。コロナへの対応、教訓や検証を踏まえ、マンパワー確保や非常時における病床確保も含めて、第８次医療計画の策定に向けては、感染症対策や非常時対応について十分に検証を踏まえて議論していきたい。公的病院についても、それぞれの自治体や府で経営の観点からも様々な工夫をしているところ。どのようにマンパワーのキープができるのかを含め議論していきたい。

**５　報告事項**

**（１）医療法人部会の結果について**

資料に沿って、医療法人部会高井部会長から説明。

**（２）病院新増設部会の結果について**

資料に沿って、病院新増設部会中尾部会長から説明。

**（３）在宅医療推進部会の結果について**

資料に沿って、在宅医療推進部会中尾部会長から説明。

**（４）大阪府地域医療介護総合確保基金事業（医療分）について**

資料に沿って、事務局から説明。

**（５）その他**

**・小児医療提供体制の検討について**

**・新型コロナウイルス感染症について**

資料に沿って、事務局から説明。

＜委員意見等＞

* 資料には、第六波のオミクロン株感染急拡大における「課題」の記載はあるが、課題に対する原因分析の記載がないのでは。
* 大阪は感染者が多いが、それ以上に死亡者が非常に多い。コロナ対応の保健所業務の効率化を図るとしているが、むしろ保健所機能の強化が必要ではないか。
* トータルの保健所数は減っていないとの説明があったが、八尾市は人口26万に保健所が１箇所、大阪市は人口250万に保健所が１箇所と、ばらつきがある。将来的には人口に応じた保健所機能にするべきではないか。また、高齢者施設で、発症後すぐに治療できずに死亡したケースが多かったが、クラスターを起こしてからでは遅い。日頃から感染対策を強固に指導してもらい、それに応じた補助も必要だと考える。
* 地域保健法ができ、保健所の一部機能が保健センターに移管された部分があるので、保健所自体の業務量とマンパワーが変わっていないということはないと思う。
* 感染者拡大の要因分析を進めていただくとともに、２年も経っているので、医療提供体制を総合的に確立し、大阪モデルをしっかりと見直してもらいたい。
* 高齢者施設のクラスターが起きれば、どの病院又は診療所が対応するかを決めていくことが重要ではないか。大阪の医療提供者が一致団結し、行政と一緒に対応すべき。
* 今までの介護施設のクラスターの対応方法の反省を踏まえ、医療と介護の連携が非常に大事であるので府にお願いするとともに、皆で協力していきたい。
* コロナ療養中で、（入院や宿泊療養の受入れができず、）在宅を選択せざるを得ない患者が今回多かった。障がいがある方や介護を必要とする方が在宅で感染した際、介護やケアマネージャーの役割が非常に重要（現場では、これらサービスが療養期間中に停止されるのが通常となっており、新たに受け入れる事業所がほとんどなかった）。在宅医療を推進してきた経過で、重度の補助が必要な方や要介護レベルが高い方が多くいる。在宅で感染された場合に入院ができず、介護が必要な患者のために、介護と医療の連携（介護サービスが継続されるための対策）が非常に重要になってくるので、検討をお願いしたい。

＜大阪府回答＞

* 第四波に続き、第六波も厳しい状況であった。大阪府が保健所を減らし、保健所職員が減ってきているという報道が一部あるが、中核市に移行する市が増え、大阪府直轄の保健所数は減っているものの、トータルのマンパワーは保健師の数も増えている。ご指摘のとおり保健所を効率化するだけでなく強化を図る必要があり、例えばFAXでいただいた発生届や療養証明書等の入力など専門職員が担う必要のない業務が膨らんでいるため、事務処理センターを作り保健所のマンパワーをハイリスク者の個別のフォローにシフトしていきたいと考えている。
* 一方、１万を超える感染規模や、オミクロン株では感染から発症まで2.6日と期間が短くなっていることから、できるだけ保健所を介さず診断し、医療機関で治療行為を行っていくことが重要なフローになってくる。セーフティネットという保健所機能は担保しながら、検査、診断、診療まで、できるだけ地域内で滞りのないフローができるようにご相談させていただきたい。
* 本資料には対策のみの掲載となっているが、対策本部会議では、亡くなった方の感染された際の居所や、診断から何日までに亡くなったのか等を分析している。亡くなった方の居所の約３分の２が高齢者施設で、また、医療機関でも多数のクラスターが発生しており、東京の医療機関クラスター数と比較しても大阪は多いという特徴がある。高齢者施設や非コロナ受入病院も含めた感染対策や感染が生じた際の地域の感染ネットワークが重要になってくる。引き続きよろしくお願いしたい。