

午後7時 開会

事務局

それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和2年度佐賀県地域医療構想調整会議を開催します。本日は、お忙しい中、お集まりいただきまして誠にありがとうございます。私は佐賀県健康福祉部医務課の副課長をしております原といいます。よろしくお願いいたします。本日は会場とオンラインによる御出席の方での会議開催となります。

会議資料の御確認をお願いいたします。まず、議事次第、出席者名簿、配席表、資料1、2、3となっております。不足している資料がございましたら、事務局にお申しつけください。

また、配席表で一部訂正がございますのでお知らせいたします。配席表の左下辺りですが、正しくは松本構成員代理、久米副会長になります。すみません。訂正をお願いいたします。

それでは、会議の開催に先立ち、健康福祉部長の大川内より御挨拶申し上げます。

大川内健康福祉部長

皆さんこんばんは。皆様方には日頃からコロナ対応でございますとか、また、ワクチン接種について多大なる御協力、御支援をいただいていることに対しまして、この場をおかりして厚く御礼申し上げます。いつもありがとうございます。また、本日は年度末の大変お忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。

この地域医療構想調整会議は、昨年度2回計画しておりましたけれども、8月は佐賀豪雨、そして、3月は新型コロナウイルスの影響で開催を見送らせていただきました。本日、ようやく開催することができたわけでございます。地域医療構想調整会議が行われない間も、各分科会のほうでは議論が行われて、病床機能の転換などが図られたという御報告を受けております。議題にあります病床機能報告の結果につきましては、単純な集計結果だけではなくて、そういった地域の議論の状況等を踏まえたものを加えたデータを報告させていただきたいというふうに思っております。

また、地域医療構想の実現に向けまして、今後の進め方についても説明をさせていただきたいと思っております。皆様から御意見をいただければというふうに思っております。

本日は厚生労働省九州厚生局から志野医事課長様、そして、国の地域医療構想ワーキンググループの構成員でもある織田理事長様、そして、SAGA Doctor - Sプロジェクト

トの一環としまして、来年度から佐賀県医師育成定着支援センターを佐賀大学様に設置していただくこととしておりますが、その御担当をお願いしております江村先生にもオブザーバーとして御参加いただいております。本日はありがとうございます。

ちなみに、今日のコロナ感染者は1名でございますが、少し落ち着いてきている状況でございますが、引き続き注意深く見守っていきたいというふうに思っております。

それでは、本日はよろしく願いいたします。

事務局

それでは、会議の出席状況について御報告いたします。

本日は、定数21名のところ20名の構成員の方に御出席をいただいております。また、欠席となっている佐賀県保険者協議会会長の松本構成員の代理として久米副会長様に御参加いただいております。また、先ほど大川内部長から挨拶で申し上げましたが、本日、オブザーバーとして厚生労働省九州厚生局健康福祉部医事課の志野課長様、厚生労働省地域医療構想ワーキンググループ構成員の社会医療法人祐愛会、織田理事長様、佐賀大学医学部附属病院卒後臨床研修センター准教授の江村副センター長様にも御参加いただいております。

では、議事に入りますが、当会議の議長であった池田秀夫構成員が、佐賀県医師会の役員改選に伴い、構成員を退任されており、議長を選出する必要があります。議長は構成員の互選となっております。構成員の方から推薦等がございますか。議長には、これまで佐賀県医師会の会長に御就任いただいております、事務局としましては、現佐賀県医師会長の松永啓介氏が適任と考えますが、いかがでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

事務局

ありがとうございます。それでは、地域医療構想調整会議の議長に松永啓介氏を選出することといたします。この後の進行については、松永議長よろしく願いいたします。

松永議長

ただいま議長を仰せつかりました松永でございます。しばらくの間、進行役を務めさせていただきます。よろしく御協力のほどお願いいたします。

それでは、早速ですが、議題に入りたいと思います。

今日、議題が報告事項ということで3つございます。それぞれ事務局のほうから説明をしていただきたいと思います。まずは1つ目の項目について事務局のほうから説明をお願い

いたします。

事務局

皆さんこんばんは。医務課医療企画担当の宮原と申します。

報告事項の1つ目、令和元年度及び令和2年度の病床機能報告等の集計結果について説明をさせていただきます。座って説明をさせていただきます。

まず、資料の1ページ目を御覧ください。こちらは病床機能の推移ということで、平成26年度から直近の令和2年度までの病床機能報告の結果を一覧として示しております。未報告の医療機関等もありますので、未報告の医療機関に対しては、過去の病床機能報告の結果や電話等による聞き取りを行いまして、確認がとれた分を加味した数となっております。直近でいきますと、令和元年度、令和2年度ということで、県内の高度急性期、急性期、回復期、慢性期、それぞれの病床数を示しているものになります。県全体の数を御覧いただきますと、高度急性期については、平成28年度の報告から高度急性期と急性期を明確に区分するということになりましたので、高度急性期が減ったような形にはなっておりますが、その分、急性期が増加するということになって、それ以降は安定した一定の数を保っております。全体的に見て、急性期、慢性期の病床が減少し、もともと不足しているとされていた回復期病床が増加傾向にあるということが分かります。

続きまして、2ページ目を御覧ください。こちらは平成29年度から地域医療構想調整会議の各分科会で協議・了承された病床機能の転換一覧となっております。中部、西部、南部の3分科会でこれまで転換の協議がされており、中部分科会におきましては、回復期の病床がプラス193床、その内訳として、急性期病床がマイナス92床、慢性期病床がマイナス82床、休床中の病床がマイナス19床となっております。西部分科会におきましては、回復期がプラス52床、急性期がマイナス12床、慢性期がマイナス40床、南部分科会においては、回復期がプラス43床、急性期がマイナス11床、慢性期がマイナス32床というふうとなっております。県全体で見ますと、これまで転換によりまして回復期が288床整備されております。

また、この資料の一番右端のところですね、グレーで色を塗っておりますけれども、令和2年度病床機能反映状況ということで記載しております。後ほど説明をさせていただきますが、反映状況が「済」と「未」で記載をしておりますけれども、「未」になっている部分につきましては、令和2年度の病床機能報告の時点では、まだ、転換は済んでおりませんが、今後、転換確実というものです。

続きまして、3ページ目になります。こちらは、令和2年度分科会においては、中部分科会のみが開催となっています。そちらで協議済の内容をこちらに記載しております。

続きまして、4ページ目になりますけれども、こちらのほうが地域医療包括ケア病床の算定状況一覧になります。病床機能報告が病棟単位の報告のため、回復期と同等の機能を有する地域包括ケア入院管理料を算定している病床も病棟機能が全体として急性期や慢性期ということになると、病床機能報告上は急性期、慢性期の病床として報告されることから、平成29年度の地域医療構想調整会議において、地域包括ケア入院管理料を算定している病床については回復期相当とみなすということで協議を済ませていると聞いております。このため、隠れ回復期といいますか、病棟としては回復期病棟ではないんですが、病床単位で見ると回復期として取り扱うものとなっておりますので、その数を県全体として把握しているもので、県全体として322床あります。

続きまして、5ページ目ですが、こちらが先ほど説明させていただきました地域医療構想調整会議の分科会で協議が済んでいるもの、また、回復期で地域包括ケア病床を算定している病床ということを加味した令和2年度の病床機能数になります。回復期病床は地域包括ケア病床が全体としてプラス322床、また、分科会協議で今回の令和2年度の調査におきまして、反映状況が「未」のものがプラス141床ありまして、全体として2,634床整備されている、今後整備されるという形に修正をかけております。この数が令和7年度の必要病床数である回復期の約3,099床に対しまして、充足率としまして約85%という形になっております。

慢性期病床については令和2年度が3,815床ということで、平成26年度と比較すると約780床ほど減少しております。その要因の一つとして、6ページ目に記載をしておりますけれども、介護医療院へ転換している病床等もあり、そちらのほうも一定程度進んできているのかなという状況になっております。

今後、留意いただきたい内容ですが、先ほどの5ページ目の表に戻っていただきまして、例えば、東部の回復期でいきますと91.1%の充足率、また、北部でいきますと114.9%ということで、必要病床数を上回るような数の回復期が実際にはあるという形になっております。また、西部区域につきましても約85%ということで、おおむね、整理が完了に近づいている構想区域もあるので、こちらについては、この後の議題の今後の進め方の中で県のほうから問題意識等をお話しさせていただければなと思っております。

続きまして、8ページを御覧いただきたいと思っております。

これ以降は、単純な病床機能の報告だけではなくて、病床の機能別の状況ということで、少し分析した結果等を御報告させていただきたいと思っております。

こちらは高度急性期、急性期、回復期、慢性期の中で算定している入院料などで、細かく見ていったものになります。病床機能ごとの特徴としては、高度急性期は平均在院日数が最も短くて、救急での入院割合というものが高くなっております。急性期は、平均在院日数は高度急性期に次ぎ短く、救急での入院割合も高度急性期に次ぎ多いという形になっています。また、回復期については、平均在院日数は3番目に短いということで、もともと予定されていた入院割合というものが多いい形になっております。慢性期につきましては、平均在院日数は最も長くて、救急での入院割合というのは回復期に次いで最も少ないという形になっております。回復期につきましては、地域包括ケア病棟でありますとか回復期リハビリテーション病棟、地域一般入院料でそれぞれ異なる機能であるとか、そういったものを補っているということが分かると思います。

続きまして、9ページですが、こちらは退院先の一覧になっております。退院先を見ますと、急性期、回復期、慢性期の順で家庭への退院率というものは低くなっています。また、回復期や慢性期においては施設への退院率は、ほぼ変わらない数値になっています。また、家庭と介護施設等を合算して、それを在宅等として在宅等への復帰率を見ると、急性期と回復期については75%程度在宅復帰率がありますけれども、慢性期については50%前後で、死亡との割合が高まってきております。

10ページ目は、有床診療所の機能別の状況ということで、休床病床が診療所はかなり多く、580床程度あります。このため、病床の利用率につきましても、病院と比べて大幅に低くなっています。一方で、平均在院日数は全ての機能において病院より短い傾向にあり、退院先としては圧倒的に家庭が多くなっています。

続きまして、11ページ目は救急車の受入れ状況です。平成30年6月から令和元年7月の、1年間の受入れ状況となっております。中部の構想区域では、病院の件数も多いため、受入機関も多いため、年間で30件以上の受入れがあるものを記載しております。残りの4構想区域につきましては、年間が10件以上というものを掲上させていただいております。高度急性期病床を持つ病院などが、上位に来ています。

続きまして、12ページ目以降はそれぞれの医療の内容ということで、手術の総数とか全身麻酔の手術総数ということを記載しております。

こちらにつきましては、令和元年度6月の1か月のレセプト件数を基に集計したのになります。病院については月10件以上の手術、診療所につきましては月5件以上の手術実績がある医療機関をまとめております。

続きまして、13ページ目にですが、こちらは疾患別のリハビリテーション料ということで、私も医務課に異動してきてまだそんな日数が経っていないんですが、高度急性期とか急性期病床でも早期からリハビリが相当数実施されていて、リハビリというと回復期病床だけなのかなと思っていたのですが、意外と高度急性期、急性期でも行われているということが驚きでした。回復期病床におけるリハは意外と多くないということで、今後の医療需要に応じたリハの提供というものが可能かどうかというところを、それぞれの医療機関等で判断いただく必要があると思っています。

14ページ目以降は、がん、脳卒中、心疾患等の手術件数及びリハビリテーション料の算定をしているものの一覧になります。それぞれの疾患等の状況になっておりますので、後ほど御確認いただければと思っております。

私のほうからは以上です。

松永議長

まず、1つ目の項目を説明していただきましたけれども、この件につきまして何か御質問、御意見がございましたら、よろしいでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

松永議長

それでは、次の項目へ移らせていただきます。

それでは、2つ目の項目ですね、このことについて、事務局のほうから説明をお願いいたします。

事務局（宮原）

引き続き医療企画担当の宮原のほうから説明をさせていただきたいと思います。

お手元の資料2を御覧いただければと思います。こちらは厚生労働省の地域医療構想ワーキンググループの令和2年12月9日に行われた際の資料になります。

新型コロナウイルス感染症がどこの都道府県、どこの医療機関におきましても喫緊の課題となっているところですが、このような中でも地域医療構想をどういうふうに今後進めて行くべきかといった方向性を示した資料になっております。内容としては、人口減少や高齢化、

労働力人口の減少というものが今後も進展していくということで、こういう状況とコロナがはやっている今の状況というところで、国のほうは、丸の2つ目のところに書いてありますが、新興感染症等への対応を「医療計画」に位置づけるということで、これは2024年度からの第8次医療計画に位置づけるということになっています。8次の医療計画の記載内容としては、平時の取組と感染拡大時の有事の取組ということで、二本柱のような形でそれぞれ必要な項目を国のほうで整理をされています。第8次医療計画策定の際には、そこを新たな項目として入れていくということになります。

一方で、地域医療構想については、丸の3つ目になりますが、感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の医療計画に基づき対応することを前提に、地域医療構想については、その基本的な枠組みを維持しつつ、引き続き着実に取組を進めていく必要があるということで、コロナ禍という状況ですが、地域医療構想のほうは2025年を見据えて着実に進めていくというような方向が打ち出されています。

今後、国のほうで考えられている地域医療構想の具体的な取組としましては、2ページ目の(2)になりますけれども、各医療機関、地域医療構想調整会議における議論ということで、公立・公的医療機関において具体的方針を定めておりますので、そちらの再検証と民間医療機関においても改めて対応方針の策定を進め、地域医療構想調整会議の議論を活性化するという形で書かれております。県においては、平成30年度に民間医療機関については今後の取組方針という形で調査をさせていただき、各医療機関から対応方針というものを示していただいたということで聞いております。それに基づいて、各分科会におきましても協議が進んでいるという形で把握をしております。

今後、具体的にどういう取組を国から求められるのかは今のところ不明ですが、示された後に、皆様と情報共有をしながら、進め方について議論しながら進めていきたいと思っております。それから、病床機能の分化・再編ということで、病床機能の転換や医療機関の統合に関する国の支援ということで、データの提供や重点支援区域の選定、こちらは、佐賀中部構想区域で令和6年度を目途に多久市立病院と小城市民病院が合併・再編統合をすることで、重点支援区域に選定されたところに積極的な支援を行っていくこととなっています。今年度、国のほうで医療機関統合とかダウンサイジングに係る補助金がありましたけれども、来年度以降は地域医療総合確保基金のメニューになります。引き続き、地域医療構想の実現に向け財政的な支援を行っていくこととされています。県としても、従来、医療機関の皆様

が回復期の転換を図ってきたような補助制度を引き続き進めながら、地域医療構想の実現に向け取り組んでいきたいと考えております。

先ほど医療圏ごとの回復期の病床の充足率を示させていただきましたが、回復期が充足しつつある、また、必要量を満たした構想区域もありますので、今後、転換の議論が出てきたときに認めていくのか認めていかないのかとか、今後の転換の議論の進め方について県と各分科会で意識を共有して進めて行くことが必要と考えています。

いずれにせよ、県としては、回復期の病床機能が不足している構想区域については、従来通り転換等を図りながら必要な医療提供体制の構築を推進する必要があるとと考えております。

また、地域医療構想について、国のほうから新たな取組等を求められた場合は、適宜情報共有を行いながら、進め方等について議論してまいりたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

資料の最後の横表を御覧ください。第7次保健医療計画の中間見直しを今年度行う予定でしたが、新型コロナウイルスの影響によって来年度以降随時見直しを行っていくということになっております。

医療計画は基本的に医療審議会の本会と地域医療対策部会というところで議論を進めていきますが、その見直しの内容として、医療計画に記載している5疾病5事業プラス在宅医療の事業評価指標の見直しを行うこととなっています。例えば、救急、小児、周産期などは県のほうで独自に専門の協議会というのを別途設けておまして、こちらで見直しの方向性について専門家の皆さんで議論いただいた内容を基に医療審議会の中の地域医療対策部会等で御審議を諮っていかうと思っています。一番下のグレーのところですが、へき地医療とか在宅医療については、今のところ県が独自で持っている専門の協議会がないので、例えば、へき地だったら該当する構想区域は限られますが、そちらのほうと在宅医療を併せて、地域医療構想の分科会のほうで中間見直しの内容等について御意見をいただきたいなと思っております。私のほうからは以上になります。

松永議長

ありがとうございました。

ただいま今後の地域医療構想調整会議の進め方、これは新興感染症も見据えた会議の進め方というのがあるんでしょうけれども、皆様方のほうから何か御意見、御質問ございました

ら。はい、どうぞ。

山元構成員

病院協会の山元です。医務課の方にはコロナ対策というのは本当に感謝申し上げます。

今日、ここに計画が出ているし、それから、実際にも出ているんですけども、データ自体が令和1年のデータですよ。こんな協議をするときには、やはりコロナ禍の令和2年のもきちんと実証しないと、私ども西部地区とかいうのは3救急病院があるんですけども、そのうちの2つがやられたときとかいうときはどうするんだというようなこと。

それから、日野さんのときからそうなんですけれども、地域医療構想というのは、一つは天気予報であるということを彼はしきりに言ってきたので、やはり将来的な見通しなどのデータがあったらと思います。

それから、2009年のH1N1のときも、あのときも同じように対策だけは総論で出ていたんですが、今回もやっていなかったからこういうふうに出てきたと。やっぱり我々としては、これはMERSとかSARSの反省を踏まえて、もう少しきちんとやるべきではないかなと思うんですよ。医療圏を越えてとか、それから、県を越えてとか、2救急がやられたときに、1つしか残らないというのではちょっと医療提供体制としても非常に困る。

それから、国は民間はやっていない、やっていないとおっしゃるけれど、公的病院と違って経済的なベースが民間病院にはないわけですよ。だから、それも加味していただければと思います。やりたくないわけじゃないんです。経営基盤が福祉医療機構にお金を借りたり、銀行に借りたりをしなきゃいけないのでなかなか入ってこないということでも一つ問題があるということで、ちょっと違うところにいってしまうのかもしれないけれども、一緒にコロナへの対応をやりようという時に、その辺りも安心してやられるような仕組みができればと思っています。やりたくないということは決してないんです。

それから、やはり補償というものをきちんと担保してもらえれば、我々はやるんだというところで、基本的にここに次の協議がありますから、そのときにも令和2年度の中身を入れてまたやっていただければと希望いたします。よろしく願いいたします。

松永議長

いかがでしょうか。

事務局（宮原）

先ほどのご質問ですが、病床機能報告のデータの報告時期ということでよろしいですかね。

この数値が調査後に一定程度をかけて、国がまとめて、それから県にデータ提供来ることになっています。令和元年度のデータが県に来るのが令和2年11月ぐらいになります。ですから、ここまでの細かいデータを報告できる時期となると今ぐらいの時期になります。令和2年度の病床機能の数を出すというのは大丈夫なんですけど、この細かい分析になると、どうしてももう一つ前の年になってしまうところがありますので、そこは御了承いただければと思います。

松永議長

山元先生よろしいですか。まだまだ細かい配慮ができないということなんですけど、これからということですか。

事務局（宮原）

そうですね、分析ツールが送られてくるタイミングで分析を行っております。

山元構成員

いや、本当にそれしか言いようがないと思います。天気予報とおっしゃったら、やっぱり先のことが見えなきゃいけないので、そのためには、現在がどうなのというのが分からない限りは予報も何もできないんじゃないかと思いつつながら、よろしく願いいたします。

松永議長

ほかにございませんか。リモートで御参加の先生方、何かございませんか。

特にないようでございますが、ひとつオブザーバーで出席の織田先生、この件について一言何か。

織田オブザーバー

発言の機会を与您いただきましてありがとうございます。

まず、この病床機能報告と、あと資料の2の新型コロナウイルス感染症に関して、厚労省の議論に参加していますので、ちょっとお話しさせていただきたいと思います。

実際、病床機能報告と地域医療構想の病床の必要量ですね、これは単純に比較するものではないということが基本になっていて、というのは、病床機能報告は病棟単位である一方、片や病床別ですから、なかなか単純に比較できないんですね。

そういう中で、佐賀県は全国モデルと言われているのは、一つは、先ほど4ページの資料にあるように地域包括ケア入院管理料を回復期ということで明記していること、それとあと一つ、急性期病棟の中で平均在院数が22日以上のところは回復期に近い急性期ということで、

参考地として取り入れています。そこは、ある程度補正ができるようにしています。ぴったり比較しようとしてもそれは無理ですから、そこら辺の柔軟性というのは、佐賀県が一つのモデルになっていると思いますので、そこら辺はぜひ続けていただきたいと思います。

あと一つ、今日は佐賀県の地域医療構想調整会議ですがけれども、我々佐賀県人は、今日は県の調整会議ですね。構想区域の調整会議、親会議と子会議ということによっていますけれども、実を言うと、これはほかの県は親会議がないところが多くて、県として同一の解釈をするというのがなかなか難しいということだったので、佐賀県が3年前に一つのモデルとして県の調整会議を立ち上げ、その後、ほかの県も佐賀県のやり方を踏襲してきました。そういう意味で、この県の調整会議というのは、佐賀県が最初に取り組んだということで、これは非常に大きなことだろうと思います。

今後の地域医療構想に関してですが、基本的にはやはり平時の連携ができて初めて有事に連携ができるわけで、平時の連携をないがしろにしていれば、基本的に有事に連携ができるわけがないです。ですから、やはり調整会議というか、構想区域の調整会議は非常に重要。

それと、先ほど言いましたように、佐賀県は全体的な方針をまとめる県の調整会議がありますから、構想区域内で対応できないときは県の調整会議で話し合うということで、まさにこの新型コロナにも対応できる体制ができていますので、ぜひそこら辺は有効に動かしていただきたいと思います。そういうことでまた佐賀県が一つのモデルになれるんではないかなというふうに思います。以上です。どうもありがとうございました。

松永議長

ありがとうございます。

それでは、最後の項目のほうに移りたいと思います。

3番目、この項目につきましても、事務局のほうから説明をお願いいたします。

事務局（古賀）

医務課医療人材政策室の古賀と申します。

私のほうは医師確保対策を担当しておりますけれども、今回、資料の3の良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案の閣議決定についてという資料で御説明をしたいと思います。

今回、ご説明いたしますのが、厚生労働省のほうで、地域医療構想と医師の働き方改革と医師の偏在対策、これを3つ、三位一体として今改革を進めておりますけれども、今回の法

案の主な内容が、医師の働き方改革について主なテーマとなっておりますので、私のほかからほかの改正項目も含めて御説明をしたいと思います。

現在、この法律案につきましては、衆院の厚生労働委員会に付託されて、これからまさに審議入りするところでございます。めくっていただきまして、1ページ目になりますけれども、こちらが法律案の概要となっております。中ほどに改正の概要というふうに書いておりますけれども、1番目に医師の働き方改革が掲げられております。医師の働き方改革については、現在は長時間労働について、医師の労働時間の上限規制が行われておりませんが、今回、医療法の改正によりまして、2024年度から上限規制が開始するというものでございます。

2番目が各医療関係職種の専門性の活用といったところですが、医師の働き方改革と併せて、ほかの専門職種の方にタスクシフト、タスクシェアが進められておりますけれども、その中でも法改正して業務を拡大させるというような職種につきましては、今回のこの法律案の中で盛り込まれております。

さらに、医師の養成課程の見直しといったところで、これは医師法と歯科医師法の改正になりますけれども、今5年生時点で共用試験が行われておりますけれども、これを国家試験の受験資格ですとか、臨床実習の中で医業を行うことができるというのを、今まで運用で行われていたのを法律で提示する、こういった改正になっております。

3番目は地域の実情に応じた医療提供体制の確保ということで、先ほど説明もありましたけれども、医療計画の中にこの新興感染症の項目を追加するといったものであるとか、現在、補助制度として今年度創設された病床機能再編支援事業、これを基金事業とする。あるいは3番目のところで外来医療の機能の明確化・連携、こういったものも盛り込まれております。

最後、その他として、持ち分の定めのない医療法人への移行計画の認定制度の延長というものも含まれております。

以降、簡単に概略だけ御説明をしたいと思います。

2ページ目、スライドの2になりますけれども、医師の働き方改革でございます。こちらにつきまして、一番下の対策と書かれたところの下の欄に、A、連携B、B、C - 1、C - 2というふうに書いておりますけれども、2024年4月以降には医師が一般的にこのA水準と言われる年間の上限規制として960時間になるというものでございます。この960時間を超えて労働時間が必要な場合は、下に連携B、B、C - 1、C - 2とありますけれども、上限が

1,860時間までというふうになりますが、左側に書いておりますけれども、医師労働時間短縮計画というものを医療機関につくっていただき、その後、第三者機関である評価センターが評価をした上で、都道府県知事が指定して初めて960時間を超えることができるという法律の枠組みに変わります。

連携Bについては、医師を派遣する病院というふうに書いておりますけれども、医局などから医師が派遣されまして兼務をした場合ですと、両方労働時間がカウントされますので、こういった場合の医療機関。

Bの救急医療等については、救急とか在宅医療とか、24時間365日医療提供をする場合において、この年間の960時間を超える場合であるとか、あと、C-1、C-2になりますと臨床研修とか専門研修、こういったときに研修に時間を要するというで960時間を超える場合は、知事が指定をした上で、上限規制がもう1段階上がるというふうになっております。

右側に併せて健康管理の措置として面接指導が義務化されるであるとか、あと、勤務間インターバルと呼ばれる連続勤務時間の制限、これについても960時間を超える場合であれば義務化されるというふうなものでございます。

こちらについては、そもそもの今の勤務時間のカウントが適切に行われているのかといったところも含めまして、県のほうでも来年度からしっかり各医療機関の状況を確認しながら対策を考えていきたいというふうにも思います。あわせて、この状況を実際見ながら、地域の医療提供体制がどのようにあるべきなのかというような議論にもつながるかと思っておりますので、この場で御説明をさせていただきました。

次の3ページ目になりますけれども、3ページ目は医療関係職種の業務範囲の見直しというものです。昨年来、医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング、厚労省のほうで行ってございましたけれども、こういった様々な業界関係者の方の意見を踏まえまして、以下の診療放射線技師であるとか臨床検査技師、臨床工学技師、救急救命士につきましては、法律を改正して業務範囲を拡大するというものでございます。詳細については、中を御覧いただければと思います。

続きまして、下の4ページ目になりますけれども、こちらについては医師養成課程の見直しでございます。先ほど冒頭で御説明したとおり、共用試験合格が医師国家試験の受験資格というふうになるとか、右側の臨床実習において行う医業の法的な位置づけを明確化したも

のでございます。

続きまして、5ページ目になりますけれども、新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置づけでございます。こちらについて先ほど説明がありましたとおり、医療計画の中に盛り込まれるというふうになっております。改正の概要、下のオレンジ色の枠囲みになっておりますけれども、5事業に追加して6事業にするということで、こちらについて、第8次医療計画、2024年度から追加というふうになっておりますので、2024年度の開始に向け、様々な会議体などで今後議論が必要になっていくかと思っております。具体的な記載事項につきましても、平時からの取組、左側でございますけれども、これのほか、右側の感染拡大時の取組として、先ほど山元先生からも感染症対応と一般対応の役割分担であるとか、医療機関間の応援職員の派遣の話とか、多々今回のコロナでも議論がございましたけれども、こういったものが具体的な記載項目として盛り込まれる予定でございます。今、厚生労働省のほうでもどういった内容とするかについては審議中でございます。

続きまして、6ページ目になりますけれども、地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援というもので、中ほど改正の概要でもありますけれども、今年度病床機能再編機能支援事業が全額国費事業ということで補助金がメニューとしてございましたけれども、これを令和3年度以降は基金事業に盛り込んで実施することになります。これは地方負担が生じますけれども、全額消費税財源で活用されるということになっております。注意点としては、中ほど米印で書いておりますけれども、自主的な病床削減や病院統合を行う医療機関に対して財政支援が実施されるというものでございます。

続きまして、7ページ目になりますけれども、7ページ目は外来医療の機能の明確化・連携というものになっております。これについては、特に都市部において病院の負担がかなりあるということで、病院の外来患者の待ち時間が長いであるとか勤務医の負担が大きいと、こういったものを見直すことも目的の一つとして導入されようとしているものでございます。

2番目に改革の方向性と書いておりますけれども、具体的な中身は、今病床機能報告の説明ありましたけれども、これと同じような形で、医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。この報告を踏まえて、地域の協議の場において外来機能の明確化・連携に向けた協議を行う。最終的には基幹的に担う医療機関がどこなのかとか、こういったものを明確化していくというのが国の中で議論を行われております。

ただ、下のほうの点線で枠囲みしたところですが、医療資源を重点的に活用する外来のイメージというふうに書いておりますが、具体的にどういうものかといいますと、悪性腫瘍手術の前後の外来を担う診療所であるとか、外来化学療法、外来放射線治療、紹介患者に対する外来とか、こういった、通常のかかりつけ医のイメージとはやや異なる内容ともなっておりますので、佐賀県としてこういった議論がいいのかにつきましても改めて協議が必要かなというふうにも思います。

最後、8ページ目になりますけれども、持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長ということですが、平成18年の医療法改正以前であれば、この持ち分の定めのある医療法人というものが認められておりましたけれども、例えば、御親族で出資をして設立した法人であるとか、御兄弟とか、様々ある場合には、この右下のほうに設立時の持ち分はそれぞれ何百万円程度だったのが、現在の持ち分が数億円になったりとかして、相続時などに問題になるようなケースもございますので、これを移行計画というものを出示していただければ各種措置が講じられるというもので、この制度が延長をされております。

以上、私のほうから御説明をいたしました。

松永議長

ありがとうございます。ただいま説明をしていただきましたけれども、この件につきまして何か御質問、御意見がございましたら、よろしいでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

松永議長

それでは、九州厚生局の志野課長、何か御発言いただけましたら。

志野オブザーバー

九州厚生局健康福祉部の医事課長の志野でございます。本日は、このような席にお招きいただきましてありがとうございます。先ほどから隣の織田先生もおっしゃっておいりましたけれども、こういう国の政策について、本省のほうがいろいろ示させていただいているところではございますが、医療機関の皆様が集まって、こうやって連携を取りながら、具体的に佐賀県オリジナルのスタイルというものをきちっと示されているというところに非常に感銘を受けているところでございます。また、先ほどの織田先生のお言葉で初めて私も知りましたが、管内の自治体様で行われています県の会議、つい最近までは分科会しかなかったんだけれども、県の全体の会議をするようになったと他県のほうから伺ったことはございますが、

モデルが佐賀県だったんだなということを初めてこの場で知りまして、非常に感銘を受けております。先ほど山元先生がおっしゃっていたように、コロナは民間も積極的にやりたいけれども、なかなか経済的な基盤がおっしゃっていましたが、そのような現場に即した、地域によって違うそれぞれの意見を生の情報を我々としても本省へ上げたいなと思っております。本日は貴重な御意見ありがとうございます。以上でございます。

松永議長

ありがとうございます。ほかに何か皆様方のほうからございませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

松永議長

それでは、ほかに御意見もございませんようで、これにて本日の地域医療構想調整会議を終了したいと思います。ありがとうございました。

午後 7 時 50 分 閉会