

令和5年度第2回桑員地域医療構想調整会議 議事概要

- 1 日時：令和5年10月19日（木）19：30～21：00
- 2 場所：桑名市パブリックセンター 2階 大研修室
- 3 出席者：西村委員（議長）、渡邊委員、伊藤寿志委員、関戸委員、小林委員、登内委員、相田委員、佐藤沙未委員、青木孝太委員、伊藤清文委員、佐藤久美委員、保田委員、堀田委員、出口委員、黒田委員、児玉委員

4 議題

1 病床関係について

- (1) 病床機能の現状について（資料1-1）
- (2) 2025年に向けた具体的対応方針について（資料1-2）
- (3) 各公立病院の経営強化プラン概要について（資料1-3）
- (4) 病床機能の転換について（資料1-4）

2 在宅関係について

- (1) 医療計画及び介護保険事業（支援）計画の整合性の確保について（資料2-1）
- (2) 積極的な役割を担う医療機関の位置づけについて（資料2-2）

3 外来関係について

- (1) 外来医療計画の策定について（資料3-1）
- (2) 医療機器の共同利用計画書について（資料3-2）
- (3) 紹介受診重点医療機関について（資料3-3）

5 内容

1 病床関係について

- (1) 病床機能の現状について（資料1-1）
- (2) 2025年に向けた具体的対応方針について（資料1-2）
- (3) 各公立病院の経営強化プラン概要について（資料1-3）

<事務局から説明>

- 医療機関からの病床機能報告と今年度実施したアンケート調査をもとに、県の定量的基準をあてはめてた機能別病床数のデータを更新したため、報告する。
- 2025年に向けて各医療機関の具体的対応方針を確認する。病床数の議論ではなく、あくまでも各医療機関の役割等に重きを置いて議論する。2040年を見据えたアンケート調査結果についても共有する。
- 公立病院経営強化プランについて、医療機関に作成いただいた概要を説明する。

<主な質疑等>

- 資料1-2について、桑員地域の将来に向けた病床数の必要量が示されているが、回復期については不足してる。回復期についても、急性期治療を経過した患者の受け入れや、

在宅療養を行っている患者の受け入れなど、非常に重要な医療機能だと思うので、地域全体でカバーできるような体制づくりをお願いしたい。

○ 資料1-2の13ページのB-Cの乖離の数字は、今は議論の必要はないということか。

⇒ 必要ないというわけではないが、回復期が不足している状況であり、これが不足をすると急性期からの受け入れや、リハビリの部分が、しっかり体制がとれるのか、課題となるので、そういった課題を、実際の現場で他の急性期病院から見て、受け入れ先のところが課題になっていけば、協議いただきたい。

○ 急性期が27床増えることについて、急性期病院の実感としては、稼働率から考えると、急性期病床は全然足りない、という印象がある。実際、急性期をやっている、急性期の病床がパンパンであるというような状況。回復期にどんどん流すことができればいいが、なかなかそうもいかないの、急性期をやっている病院としては、急性期をできるだけ増やして欲しい。

(4) 病床機能の転換について(資料1-4)

<事務局から説明>

○ ヨナハ丘の上病院において、病床機能転換があったため、報告する。

<主な質疑応答>

○ 去年、2040年を目指していきましょうという話があったが、2035年になったのはどういうことか、ということと、実際この辺りは、人口減少はかなり緩やかであり、東員町も大安町も人口が増えてきている。高齢者も増えてくると急性期は絶対必要になってくるし、2035年の必要病床数を見ても急性期が足りない。不足している部分は、前回の会議では、三泗地区が余ってるからそれを活用して、三重県全体ではOKということだったが、それはないだろうと思う。必要ならやはり用意すべきだと。急性期が余っているからといって1度減らしたら、戻せない。不足した時に、他の地域や県にお願いするというようになってはいけない。

また別の話だが、うちは三重北医療センターという形態で行政区を跨ぎ、菰野と一緒にやっている。菰野は、慢性期は強いが、いなべ総合病院も慢性期を増やさないというようになれば、三重北医療センターとしては、慢性期はオーバーしてしまうので、そのあたりも考えていただきたい。

⇒ 医療需要の変化を2040年まで推計する中で、地域によってはピークとなる時期は様々で、桑員区域においては、2035年がピークになる。ピークが2035年に来るので、2025

年で減らしすぎてしまうと、そこからまた増えたら大変なので、しっかりピーク時に対応できるような体制を考えていきたいと思います。

また、高齢者が増える中で救急車の数も増えてくるし、高齢者特有の疾患も増えてくるというところがあるので、急性期をしっかり整備をしなければならない。逆に、在宅からの高齢者の受け入れで、急性期の病床なのか、それとも地域包括ケアの病床なのかというところで、そういった急性期の患者さんが増えてくる中で、本当に高度なものが求められる患者なのか、それとも高齢者特有なところが多いのかというところはしっかり見極めながら、急性期病床なのか、地域包括ケア病床なのかというところの整備を考えていく必要がある。

三重北医療センターの経緯については、やはり圏域は越えてしまうが、同じこの北勢の中で一定連携をしている。8つの構想区域に分けていて、どうしてもこの桑員区域の中でしか議論ができていないが、もう少し圏域を越えた広い二次医療圏の単位で、一定の役割分担とか、もう少し広域的な連携のあり方ができないかというところは、県の方も課題として考えているので、今後の議論において検討課題とさせていただく。

- 今後、高齢者が増えていくにあたり、先ほどご指摘の通り本当に急性期で受ける症例なのかどうかというところは、私も実際、在宅をやっているとよく思うところがある。例えば老健であったり、療養病床であったりだが、本当はそういった機能の病院で夜間とか受け入れたいな、と思うが、実際に、例えば当院の療養病床だと、20名から30名ぐらいの患者さんを、1人のナースが夜勤で見てるような状況で、そこに急変の方などが入ってくるというのは、今の状況ではもうほぼ無理に近い。

療養病床では、1回で30人回ったらまた次の吸痰に行かなきゃいけないような状態で、ただ、もしそういったところに多少金銭的なメリットがあれば、余分に人を置いたりできるか、高齢者の方にはすごく失礼だが、やはり高齢者にかけるべき医療資源と、若い方にかける医療資源の内容は違って当然かなと思うと、ショートステイとかも、もうちょっと手厚くなれば、緊急とかでも受けれるのかなと思う。

ただ、老健とかでもそうだが、すごく持ち出しが多い。正直言うといろんな電気代もそうだし、人件費も、一つリネンだとか取ってもどんどん高騰して行って、点数も下げられてる中で、それをやれと言われるとしんどい。

本来であれば、そういったところでもう少し受入れるような体制づくりというか、何かを協力していただけるようなところがあれば急性期の先生方が本当の急性期に向かえるような体制ができるんじゃないかと思う。救急車で運ばなくても、ただ交通手段がないから救急車という方もすごくたくさんいると思うので、結局帰せないからもう入院させざるをえないっていうところも、本当に二次救急やっていたら先生方はあるのでは、と思うので、もう少し手厚くなれば何とかできるのかもしれないので、ご検討いただきたい。

⇒ まず、高齢者の方の今後増えてくる救急とかをどうするのかというところは、この後も、在宅医療の話をするが、それこそ在宅や介護それから医療の部分でうまく連携していくことも、課題だと考えている。報酬の課題については、機会を設けて、国の方にも伝えていきたい。

○ 今の話の延長だが報道ベースで、いわゆる高齢者救急を地域包括ケア病床の方でも診ていくというような議論があるように見受けるが、何か情報があるのであれば教えていただきたいのが1点と、現実的にもしそういうことになった場合、輪番病院が救急車を受け入れて、この患者さんは高齢者救急だから地域包括ケア病床の病院に行くと、転院させるなんて現実的ではないので、結局のところ急性期病院、輪番を担う病院は、地域包括ケア病棟と急性期両方持っている方が、国の進めるプランに合ってくるということなのか、どうなのかというところが、何か展望があるなら教えていただきたい。

⇒ 展望というところまではないが、保険者からの意見として、そういった救急患者の高齢者の方を地域包括ケア病床で受けるべきではないかという意見があったというのは報道ベースで、認識しているが、この地域の構想と必ずしもリンクするわけではない。

あくまで各病院の役割をどういうふうに担っていくのかというところで、救急の中でも高度な部分を担っていくとか、在宅からの患者さんを積極的に受けるような救急のあり方もあると思うので、そういった各医療機関の役割を明確化していき、連携をしていく体制が大事だと考えている。診療報酬のところについては、情報がないのではっきりとしたお答えができない。

○ 一旦急性期で受け取って一晩なり数日なり、余裕を持って、転院させるというそういうベッドの運用でよいか。

⇒ 特に問題ない。

○ そうなればいいが、急性期病床に入って一晩だけ診て、肺炎で、酸素は何リットル必要で、抗生剤をこうしてるっていうことを、次の病院に送って流すという手間を考えるのであれば、一般的に考えて、こういう病気のこういう重症度のトリアージの患者さんは地域包括ケア病棟に直で入るっていう方が極めて経済的で時間短縮にもなるのかなと個人的には思う。

2 在宅関係について

(1) 医療計画及び介護保険事業（支援）計画の整合性の確保について（資料2-1）

(2) 積極的な役割を担う医療機関の位置づけについて (資料2-2)

<事務局より説明>

- 地域医療構想に伴い療養病床から生じる追加的需要について、在宅医療や介護サービスにおいて対応する部分の考え方や各保険者の対応について説明する。
- 在宅医療において積極的な役割を担う医療機関の医療計画への掲載方法や今後の調査方法について説明する。

<主な質疑応答>

- この積極的な役割を担う医療機関になると、何かあるか。

⇒ 特に報酬上のメリットはない。積極的な医療機関の名簿に載った医療機関が複数関わるような、研修会といったものに対して補助金が受けれるというくらいしかメリットはない。ただ在宅医療を進めていく中で、国として、積極的に関わっている医療機関の名前を、広く知らしめたいということで、今回このように国の方から方針が示されてる。

- 本日欠席されてる委員からちょっと伝言をもらっている。資料2-2の3ページ、本日説明がなかったが、在宅医療の体制についての概略図で①②③④とあるが、③急変時の対応の辺り、アドバンスケアプランニングの策定、定着をしっかりと図って欲しいというご意見があった。

⇒ 在宅医療の急変時、ACPについては、県の在宅医療の計画策定中で担っている、在宅医療推進懇話会で今後どう進めていくか、今後もより取り組んでいくべきだのご意見をいただいている。今後県の計画でもACPの取り組みをもっと進めたいと考えている。

3 外来関係について

(1) 外来医療計画の策定について (資料3-1)

(2) 医療機器の共同利用計画書について (資料3-2)

(3) 紹介受診重点医療機関について (資料3-3)

<事務局から説明>

- 今年度に策定予定の第8次(前期)外来医療計画の計画案について、地域の間においても情報を共有し、意見を求める。
- 令和4年度に購入された医療機器に関する共同利用計画書について、医療機関の共同利用の意向の有無等について情報共有する。
- 第1回地域医療構想調整会議で決定した紹介受診重点医療機関について、県内の当該医療機関の状況を報告する。

<主な質疑等>

- 行政の方は北勢・中勢・南勢と分けて、北勢は十分充足していると言うが、桑員地区は三重県の中で、診療所数は最低なので、特にいなべ、医師会はもう消滅しかけているので、それぐらい緊迫化しているのでやはり、そこをどうするかを考えて欲しいと思う。

⇒ 外来医療計画のこの外来の偏在の是正みたいところは診療所だけ。共同利用のところは、病院も含めてとなっているので、そこにプラスして、もう少し外来医療全体の今後のあり方とかいうか、今後また追加されていくということが予定されているので、診療所だけでなく、病院も含めたところを議論していくということが予定されている。もともとこの外来医療計画については、国がガイドライン出していて、もともと主眼とされていたのは無床診療所が都市部に集中していると、それをどうにか是正をしたいというところがあったのだが、ただ三重県の場合だと、委員がおっしゃられたように、なかなか診療所の数が少ないところも多いというところがあるので、なかなか、この偏在指標を使うことがそぐわない。

なので、偏在の是正に主眼を置くのではなく各地域で、外来医療の現状はどうでしょうかというところの、実際の現状をまず共有するということであるとか、その上で、今後どういった外来の運用機能が各地域でどうなるかどうなるのかというところをしっかりと議論をしていきたいなというところが計画の主眼として置いている。先ほどいただいたようなご意見も踏まえながら、今後の課題の方は考えていきたい。

- 先の委員の説明の補足だが、まず1点は、広さと交通の便というものが、都市部は、電車、バスもアクセスがいいのももちろん人が動きやすい。いなべの場合は、藤原から病院に行こうと思ったら桑名まで1時間ぐらいかかるので、そういうアクセスの不便さと、あとは継承の問題がある。

やはり皆さん、土地をレンタルされてるので、もう少し働きたくても後10年とか15年とかという田んぼのオーナーとの契約があって、70歳でももう85までは無理やからやめようかという先生が僕の周りにもたくさんいる。

都市部と田舎で同じに議論をするのが、関係ないし、東紀州なんてもともと医師が多いというはずがないので、この議論そのものも、仕事選択の自由から始まって、法律にも触れるし、この議論はもうやめましょうということを、三重県から国に言わないといけないのに、僕らもいつも思う。いなべと津はもう違うし、四日市と桑名も違うから、そういうここで議論されたことを向こうに持って行かずに、また同じことを言い直したのかなということについて、一度答えていただきたい。

⇒ 当然今回この国のガイドラインに基づいて作らなければならないという計画ではあるが、ただ、その通りに作ろうという気は県の方もなくて、結構地域の実情というのがあり、

それを踏まえなきゃいけない。

特に先生おっしゃったようにこのいなべの地域、例えばコロナの時もやはり予防接種してもらえるようなところが、少なくて非常に苦勞されたというところもあり、そういう意味で、ここに書かせてもらったようにどういったところが足りないのか、どうやって確保していくのかという議論も大事かと思う。偏在を是正するよりは、どうやって確保していくのかというものに主眼を置いた計画にしていきたいと思っている。そういう意味で、積極的なご意見を賜ればというふうに思ってる。

- あともう1点だが、紹介受診重点と言っているが、これ紹介患者が例えば50%超えたら、その病院に対して点数のメリットというものはあるのか。

⇒ 今回の紹介受診重点医療機関については診療報酬上の加算などがあるが、ただ、地域医療支援病院はもうすでに紹介患者を中心に受けるという役割があって、地域医療支援病院としての加算が取ることができるとあるので、それを重複して取ることができない。すでに地域医療支援病院になっている病院が、紹介受診重点医療機関になったとしても、ほとんど追加のメリットはない。

- 実際はいなべ総合病院への紹介率がすごく高いし、医師会はやっぱり患者さんに聞いても、当然近いところがいいと言うので、いなべ総合の紹介率はかなり高いという実情。

⇒ もともとの紹介受診重点医療機関も、外来の大病院志向みたいなのが指摘をされていて、結構軽い症状でも容易に受診をするという傾向が強く、待ち時間が長くなってしまふ、或いは病院の方のドクターの先生も外来にかかりきりになってしまふて、病棟とかそういうようなところができないというような課題があることに対して、まずかかりつけ医を中心としたところで、受診をしてもらってそこから紹介状を持って病院の方に行ってもらおうといった流れを作ろうと制度化されたものなので、それこそ地域の実情とか、実際の患者さんの流れを見ながら、検討がされると考えている。

- 患者様に負担をかけるっていうことではなくて、紹介受診重点医療機関にはなったが、すでに支援病院として紹介状がないと選定療養費をいただいております、この紹介受診重点医療機関の枠組みに合ってるので、申請させていただいたということ。

地域医療支援病院と紹介受診重点病院が8割ぐらひは重なっているということは、実際、将来的には重点病院になると、どのような位置づけになるのか、そういう見込みはあるか。

⇒ 見込みまではないが、三重県の場合、地域医療支援病院の数が比較的多いという状況に

ある。他の県を見ると、例えば 200 床を超える病院で地域医療支援病院になっていないような地域の基幹病院的なところというのも、数多くある。そういうところがもう少し病院としての位置付けを明確化していこうというときに、しっかり紹介患者に、特化した形で病院を運用していきたいと、この制度を使うということの想定をされてるのかなと思っている。なかなか三重県の場合、もうすでに、地域医療支援病院になってるということもあり、ちょっとこの制度自体がわかりにくくなってしまっているのかなと思う。

- いつもね、上から言われたことをそのまま言っているが、逆に三重県から、地域はこうだからと言って、今も地方創生で地域それぞれの意見をもっと知事を通じて発信とか、そのようなことはできないのか、何でもかんでも国の言っていることを毎回毎回同じ資料配っているが、それについてはどうか。

⇒ この場でお答えするのが、難しいが、定期的に国との意見交換など、何かしら三重県の考え方を伝える機会っていうのあるので、そういう問題意識を持つてるところについては、この外来の話であるとか、紹介受診の制度についても、県からも伝えている。

- この項目についても欠席の委員から伝言をいただいている。資料 3-1 の 16 ページ、これもやはりこのガイドラインについての強い異議をいただいている。本県としての考えというのはもちろんご理解いただいているんだというのはもうわかっているが、これはやはり数字が今こうだからという考え方。しかし、医者側の考えとしては、こういった問題は本来市場に委ねるべき問題じゃないかということ。住民が必要としてない診療科で開業すれば、当然それは経営が立ち行かなくなる。

共同利用についても、高額な医療機器を購入して、自分の診療所だけで、数が見合わなければ、それも経営を圧迫することになるわけで、いずれは淘汰される運命にあるわけなので、それに行政が関与しなくてもいいんじゃないかというのが我々の考え。そういう、医療側からの意見も出たっていうことを、ぜひ挙げていただきたい。

⇒ 承知した。

- 言われる通り、医者を選ぶのは患者なので、患者が選んで、それで駄目な医者なら患者もこないし、いい医者なら、長崎からでも来るから、そんなことを行政で面積測って、その面積に対してどれだけ医者がいるとかいうことを、本来議論したり、偉そうに言うこと自体がおかしい。

別に県を跨ごうが、例えば桑名だったら海南病院も近いし、ちょっと四日市も行くと、桑名とも近いし、患者さんは皆そうやって考えて車で移動するんで。いつも言っているように、この文書自身をもう早く却下するように、一刻も早く言うようにしてもらったほう

がいい。

以上