

令和4年度第1回伊賀地域医療構想調整会議 議事概要

- 1 日時 令和4年10月18日(火) 19:30~21:00
- 2 場所 オンライン会議 (ZOOM ウェビナー)
- 3 出席者 馬岡委員(議長)、清水委員、森岡委員、村田委員、村上委員、中井委員、藤井委員、田中光司委員、猪木委員、板野委員、高木委員、橋本委員、椿垣内委員、谷口委員、田中克広委員、二井地域医療構想アドバイザー、竹田地域医療構想アドバイザー
- 4 議題
  - 1 2025年に向けた具体的対応方針について
    - (1) 令和4年度病床機能の現状について
    - (2) 地域医療構想に関連する国の動向について
    - (3) 具体的対応方針の見直しについて
  - 2 外来機能報告制度について
  - 3 在宅医療及び医療・介護連携に関連する国の動向について

5 内容

1 2025年に向けた具体的対応方針について

(1) 令和4年度病床機能の現状について(資料1)

<事務局から説明>

- 地域医療構想の実現と地域包括ケアシステムを車の両輪として、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等を一体的に進めているところであり、現在の機能別病床数については、病床機能報告制度に基づき、毎年度現状を把握している。また、三重県では、アンケート調査による最新の状況の反映、定量的基準による医療機能の補正等を経て、病床機能報告と必要病床数を比較し、充足度の評価をしている。
- その結果、県全体で2022年7月時点の病床数は15,046床であり、2025年以降の必要病床数14,066と比較して、1,000床程度過剰となっている。

<主な質疑等>

- 現状では伊賀地域においては、確実に急性期を減らすということではなく、自然にそうなる間に何とか在宅の力をパワーアップしたいという方向で動いている。

(2) 地域医療構想に関連する国の動向について(資料2)

<事務局から説明>

- 国からは、第8次医療計画の策定作業に併せて、2022年度及び2023年度において各医療機関の対応方針の見直しを求められているとともに、公立病院については、経営強化プランを2022年度又は2023年度に策定し、地域医療構想調整会議で協議する必要がある。

### (3) 具体的対応方針の見直しについて（資料3）

#### <事務局から説明>

- 三重県においては、平成29、30年度に具体的対応方針の協議を行い、各構想区域で取りまとめたところであり、合意を保留している医療機能については、繰り返し協議を行い、合意を図っていくこととしていた。
- 一方で、新型コロナの影響もあり、地域医療構想調整会議の開催は限定的となっていて、具体的対応方針は令和元年度以降全体として取りまとめていない。新型コロナや医師の時間外労働の上限規制や人口動態をふまえ、引き続き協議を実施していく必要がある。
- このため、これまでに取りまとめた具体的対応方針をベースに、2022年度・2023年度にかけて各課題を踏まえた見直しをあらためて各医療機関に依頼したい。その際は、地域で不足する機能や後方での受け皿となる在宅医療等の状況などを踏まえ、医療機関の役割分担・連携を重視した議論を実施していく。

#### <主な質疑等>

- コロナ病床のような新興感染症に対する対応と、将来のベッドの数の削減という両極端なものをどう調整していくのか。また、伊賀地域は他地域からの先生方に来ていただいていることを考えると、時間外規制がどのような影響を与えるかというのはすごく大きな問題。
- 1フロアすべて感染症に割かなければならないという形になると、予定入院などはストップしないとやっていけない状況になっていたし、救急などの地域医療が回っていかない。新しい感染症に対応するために、病床を確保するというようになってくると非常に厳しい。他の病院と協力しながら分担できると良い。
- 病院が手を出さなければいけないような在宅医療の支援は病院ですべきであるし、施設からの救急対応も含めて、地域の実情に合わせて、当院で何ができるか、今ある人的資源・物的資源の中で模索している。
- 病床数が多いと国は言っているが、コロナが起こったときに、病床数が多かったから病床確保ができた。これをぎりぎりまで減らしていたら、地域医療はおそらく崩壊していたと思っている。病床の数を減らせということや、すみ分けをしるというのは、実際は自然とそうなるものだから、それを地域医療構想調整会議で決めるというのはおかしい。逆に言うと、なっていくであろう、そのためには何を準備しなければいけないのかを考え、それであれば、感染に特化した病院を作らなきゃいけないとなるのでは。ただ、データを出していった無駄をないようにするというのは大事なこと。  
医師の労働時間について、一番困るのは大都会の大学に勤務しているドクターで、アルバイトができなくなるので生活ができなくなると思う。そうするとそこでも医療崩壊が起きてくる。
- この数年の間に在宅を支える住民側の人口減少や高齢化がすごい勢いで進ん

でいるので、病院から在宅へシフトするにも受ける皿がないというのが現状だと考えている。この部分をどのようにレベルアップしていくかは精査が必要。

- 病床を減らしてきたことが結局一般医療をひっ迫させたという反省がどこにあるのか。公立病院の中で、いざというときのために何床か置いておくなど、そういう余裕が国にはないのかなという気がしないでもない。働き方改革については、医師不足の問題はどうなったのかと思う。
- 各医療圏で解決できる疾患と、解決できない疾患があるが、まさにコロナはもっと広域で考えていかなければならない。県全体で対策を取っていかないと無理だと思うので、そこはある程度地域医療構想と分けて考えていかないといけない。

⇒ 三重県はすでにどの地域も人口が減少してきている状況。県内で取り合いをしていても意味がない部分があるので、他県から呼び込むというような考え方で進めている。

どういう形で今後の新興感染症に対応していくかというところは、国の基準等も把握をしながら、地域のみなさんと相談をさせていただきたい。

また、地域医療構想を策定する際に、将来の医療需要を推計した上で、医療需要のピークを定めている。今後、この地域がどのように持続可能な医療を提供できるかというところをご議論いただきたい。

## 2 外来機能報告制度について（資料4）

<事務局より説明>

- 法改正により、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を進めるため、外来機能報告制度が今年度から開始。①医療資源を重点的に活用する入院前後の外来、②高額等の医療機器・設備を必要とする外来、③特定の領域に特化した機能を有する外来を重点外来と位置づけ、外来件数のうち重点外来の占める割合等の基準を踏まえ、紹介受診重点医療機関の役割を担う意向があるかどうか、各医療機関(病院・有床診療所等)から報告いただく。
- 次回の会議において、紹介受診重点医療機関の明確化について、各医療機関からの報告をもとに協議いただく予定である

<主な質疑等>

- 重点外来というのは、一つの病院にいくつまでか。また、総合病院は診療科が多くなると思うが、科別に重点外来は考えないといけないのか。

⇒ 重点外来の件数は医療機関単位で出してもらおう。診療科ではなくて、レセプトの中で、悪性腫瘍の化学療法であるとか、医療資源を多く使うようなレセプトの件数が、割合としてどれだけあるかということ。その割合が高い場合に、紹介受診重点医療機関の要件を満たすこととしようというもの。

- 紹介状なしで受診する場合の定額負担の金額を上げるということは、紹介状なしで、その病院の受診を希望する患者の受診を抑制しようとするのが目的か。

また、紹介型の病院は、紹介状のない患者さんを受けると、紹介率が減ると思うが、病院側に受診を断られるケースがある。

⇒ 大病院志向であるとか、一部の医療機関に外来患者が集中して、待ち時間が増える、あるいは勤務医の外来時間が増えるといった懸念をある程度抑えるといった目的として、選定療養費の負担の見直しはあると思う。

### 3 在宅医療及び医療・介護連携に関連する国の動向について（資料5）

<事務局から説明>

- 現在、国のワーキンググループにおいて、在宅医療の基盤整備、患者の状態に応じた質の高い在宅医療提供体制の確保、災害時や新興感染症拡大時における在宅医療の提供体制について検討しているところ。
- 県においては、今年度市町ヒアリング等で在宅医療・介護連携の取組を情報収集し、ACP研修会の実施や、各関係団体に委託のうえ体制整備や普及啓発事業等を実施している。市町ヒアリングにおいては、入退院支援、ACP等の住民への普及啓発、在宅医療と救急の連携、身寄りのない方への支援などが課題として挙がってきている。

<主な質疑等>

- 伊賀市では、医療福祉の連携検討会というものをだいぶ長くやっている。そこでの取組の一つが、伊賀の忍者のお薬手帳を毎年少しずつリニューアルして出している。その中に独居している方などの資料を要約して入れていこうということで、カードを作る運動など、伊賀市に関しては以前からあらゆる分野、救急隊も入って、みなさんの意見を聞いてやっている。
- 医療者だけの意見交換会だけではなく、介護、在宅を含めた多職種の委員会を作ってディスカッションするほうが良いと思うので、ぜひ検討していただきたい。