

## 令和5年度第2回伊勢志摩地域医療構想調整会議 議事概要

- 1 日時：令和5年10月17日（火）19：30～21：00
- 2 場所：三重県伊勢庁舎 4階 401会議室
- 3 出席者：橋上委員（議長）、日比委員、梅田委員、田口委員、村瀬委員、木野下委員、楠田委員、嶋崎委員、原委員、堂本委員、木下委員、高阪委員、澤田委員、江原委員、田畑副参事（榎委員代理）、見並委員、作野委員、藤原オブザーバー

### 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）
- (5) 病床機能再編支援事業補助金の活用について（資料1-5）

#### 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の17ページの区域内完結状況について、脳卒中、脳血管障害患者（主傷病）で、区域内完結割合が56.4%、区域外流出は43.6%とある。リハビリが下の段にあるの

で、上段はリハビリではなく治療目的で、区域外に流出している人がいるということか。

⇒ 該当箇所は、急性期だけではなく、下段のリハビリも含めた患者になる。そのため、回復期相当の患者さんが松阪の方に流出している点も反映されている。急性期だけの評価ではない。

○ 本来こういう病気は慢性的になって、その後もどこかの病院にかかる。これを完結していないという言葉にしてしまうと、半分は急性期を診ていないように見えてしまうので、考えていただくべき。

それと同様に心血管疾患に関しては、明和病院がある関係だと思うが、こちらも確認していただきたい。

⇒ 脳のリハビリテーションの場合は、明和町にある明和病院へ、心臓の場合は同じく明和町のハートセンターに流出していると考える。

○ 急性期医療と慢性期医療が混ざっているのは変なので、数値の精緻化をお願いしたい。

○ 資料1-2の16ページに、がん、脳卒中、急性心筋梗塞等の病名がいろいろと書いてあるが、近年コロナ禍において高齢者の骨折が非常に増えており、それも一つ現状課題として入れるべきではないか。骨折外傷もどのように対処しているか、今後どういう形になるか考える必要がある。

最近、大腿骨頸部骨折などは、そこから肺炎になって、寝たきりになってということもあり、そういう意味では、死因の一つになってきているという意見もある。また、三重県の医療保健部の感染症対策課の方では医療措置協定を各病院の方と進めている。診療所も協定を締結するという話が出ている。その中で新興感染症と認定されてから3ヶ月以内は病院でやりなさいとなっている。つまり急性期病床といったものがこれから協定で必要になってくる。そうなるとう急性期病床をそのまま減らしていいものかと、最近疑問がある。特にこのコロナの3年間、ラスト1年の検証というものが、あまりなされていない。昨年度の6波、7波のときにこの地区で何が起こったかという、北勢地区からどんどん患者が入ってきた。そういう意味で、この地区はほとんど伊勢志摩以外のところが入っている。それに伴って「待てる手術は待て」という状況が出た。本来「待てる手術」はないと思う。さらに病院自身がクラスターとなり、機能停止に陥るということもあり、病院同士で支援し合って、何とか乗り越えたという状況がある。これから起こりうる新興感染症等に対応するため、急性期病床はある程度必要ではないか。また、この伊勢志摩地区の特性として、地方都市としては、VIPなど県外から人が非常に出入りしてるので、何が起こるかかわからない。そういう意味でも、ある程度急性期のベッドを確保すべき。また、少し行き過ぎた話になるが、世界情勢や、今の異常気象などを考えたり、アジア地区

で有事が起こり、日本がいろいろ支援しなければならないというときに、まず外科系の急性期病棟が必要ではないかといったことも一つ考えていただきたい。

⇒ 感染症対策課の方で、現在協定の話などを議論している。国もだが、検証のないまま次の対策を考えているという状況になっている。まだコロナ対応が残っている中で、予防計画などを今年度中に策定して、そのあと実際の協定の部分を並行してやっていくと思う。コロナ対策では、行動計画を作る必要がある、これが今回のコロナでは全く機能しなかった。もちろん医療以外の部分もすごく入っているが、連携協議会という会議体を設けて今議論しているので、そちらの方の担当にも伝える。

#### (4) 病床機能の転換について (資料1-4)

<事務局から説明>

- 市立伊勢総合病院において、地域で不足する機能から過剰な機能への病床機能転換があるため、協議する。
  
- 当院は新病院として平成31年1月に開院した。初年度それから2年度、3年度は大体同じぐらいの数字で入院患者さんも大体同じ、救急の数も大体同じで3年間は1年間に1700~1800の救急車の受け入れがあった。手術件数も大体3000件ぐらいでずっときた。その頃はそれほど埋まっていなかったが、令和4年度からかなり増えてきて、例えば救急車の受入台数が2300~2400くらいになった。手術件数も毎月増えてきているという状況で、令和5年度には、上半期で救急車の受け入れ件数が1600ぐらいになっている。手術件数も今のままでいくと、大体年間4000くらいという予想になっている。急性期がどんどん増えてきているので、急性期病床から、地域包括ケア病棟などの院内のその他の病棟、病床へ患者さんを移動して、或いは近隣の病院をお願いすることで、何とかなっている。急性期の病床稼働率が最初の3年間80%ぐらいだったが、今は87、88%になってきて、多いときは月で90%を超えるときもあり、かなり苦しい。また、平均在院日数も10日ぐらいになっている。当初は急性期を増やしたいと希望していたが、これは国の方針に反することであり、県の方からもなかなか難しいだろうということや、皆様の賛同を得られることも難しいだろうというようなこともあり、今努力して急性期病床から患者さんを減らすことを考えているが、さらにもっと努力して減らしましょうと方針を変えさせていただいた。そうすると、近隣の病院にもお願いする必要もあるし、今逆紹介率も100%を超えていて、患者さんを受け入れる受け皿の病棟がどうしても必要だということで、地域包括ケア病棟を少し増やさせていただきたい。逆に慢性期の緩和ケア病床20床は、稼働率が24~25%という状況がここ5年間ずっと続いてきている。現実的に、20床というのは不可能であるという結論に達し、これを実際の数字に近いものとして、11床に減らし、残った9床は、地域包括ケア病床ということで急性期からの受け皿にしたい。

○ 私の病院は急性期病院の後方病院で、なるべく受け入れるようにしている。医者は平均年齢で 70 を超えて、私も高齢者で、医師の数も少なく、いつも医師は 4, 5 名である。毎日外来をやっているが、救急の対応はできない。やはりこの点は日赤及び市立伊勢総合病院も頑張っていて、我々は後方病院としての役割を果たしていきたい。

○ 県の考え方の②番で、平成 29 年で死亡割合が 11.8% から、令和 4 年、24% と大きく増加しているということだが、そのあとの説明で、在宅での療養が緩和ケア病床以外の選択肢として確立してきているということで、がん患者の方が、在宅で亡くなるケースが増えているという理解でよいか。

⇒ そうなっているかと思う。実際コロナの中で面会制限があったりと、入院よりも在宅を希望される方が増えたというところがあり、そういった患者さんが増えることによって、在宅での受け入れ体制もある程度できたというところがある。コロナが収まった後にもどのように患者さんが増えているのかはもう少し様子を見なければならないが、こうした傾向はみてとれる。

○ そうすると、最後の地域医療構想との整合性についてということだが、要は今回、市立伊勢総合病院さんがレベルを上げて病床を増やしたいという話だと思うが、もう下の方は減らしてもいいよという考え方で、そういう時期を経なくても、何とか回せるんじゃないかという考え方であるという理解でよいか。

⇒ もともと慢性期の病床というのは比較的症状が軽い方は、これまで入院されていた方が在宅や施設に移行していくという想定で、数が減っていくような推計になっている。緩和ケアの場合はもう少し症状が重い方なので、それとはイコールで考えることはできないが、一定この緩和ケアは特殊な病棟という扱いで、抜き出す形でがん患者さんの終末期を、どこで迎えているかという傾向とともに、説明させていただいた。

○ やはりこの説明はちょっと無理がある。緩和ケアというのは特殊な病棟である。今は自宅や施設で亡くなっているがん患者さんが多いから、緩和病棟はいらないという理屈ではないと思う。緩和医療をしている病棟なので、緩和を求めている患者さんは、それ相当いる。だから、亡くなっている患者さんが多いから、緩和病棟は減ってよいという話は無謀である。

⇒ 説明不足で申し訳ない。緩和医療はがんと診断されたときから、必要な病床ではあるので、それ自体がいらないというわけではない。一方で、市立伊勢総合病院の緩和病棟というものは、どちらかという、診断後すぐというよりは、ホスピスとして、終末期を迎えられる患者さんのために使われる病床ということなので、そういうことを踏まえて、市立

伊勢総合病院さんの緩和ケア病床に関しては、こういった今のニーズであるとか、実際の稼働率を踏まえると、このくらいを減らして、回復期の方に回しても地域の医療需要を踏まえると問題ないのではないかという記述になっている。

○ やはり伊勢市内、伊勢志摩地域において、緩和ケアを求めている方はそれ相当いるので、反対するわけではないが、この説明は無理があると思う。

○ 手術件数や救急患者の数が増加しているということだが、診療科としては、整形などはどうか。

⇒ 確かに整形外科の患者さんは非常に増加している。多分手術件数だけを見れば、県内トップクラスの一つだろうと思う。特に当院の特徴は、切断や挫滅などの対応というのが一つあり、これは、伊勢志摩地域だけでなく、市外、北勢中勢地域からも増えている。それから循環器で急性期を担うドクターが増えた関係で、絶対数としてはまだまだ少ない状況だが、カテーテルを使った、急性期の対応というのも増えている。

○ 手術件数だが、今後もこのまま継続して現状維持、または少し右肩上がりという方向か。

⇒ 右肩上がりというのは、手術室のキャパシティというのもあって、かなり苦しいところではあるが、手術室のスタッフ、みんな非常に頑張っている。それから手術室の看護師を増やして対応することや、働く時間体をみんな一緒ではなくて、多い時間に人を集め、少ない時間で少し休ませるといようなことも工夫しながら、無理な労働にならないよう対応している。

○ 市立伊勢総合病院は伊勢市のものであり、運営には、市民の税金等も投入されている。以前から市議会でも、前の病院長、今は施設管理者の方が、経営状況について厳しく追及されており、改善する方向で取り組みもされている。そういったことを考えると、無理して退院させるということは、本来であれば、そこにおいて、きちんとした医療費等を払っていただける機会をわざわざ放棄するといような状況になるのではないかと思う。急性期病床が増えないことによって、そういったことでやりくりをするというのは、何か本末転倒な気がするが、このあたりの地域医療構想との関係について聞きたい。

⇒ これまでの地域医療構想の考え方では、病床を減らすというところにスポットが当たりがちではあるが、しっかり今後の人口構造の変化であるとか、医療需要の変化に対応できるような、医療提供体制を作っていくというものになっている。当然その体制を担う人の問題もあるので、いかに効率的に医療を提供できるかというところを話し合っただけだと場が調整会議であると思う。おっしゃるように本来入院が必要な方を退院させると

いうのはあってはならないことだとは思いますが、医療資源を効率的に活用するという観点で、努力をしていただくという趣旨だと理解している。

- 医療機関の方もそれで理解していただいているということであれば問題ないが、我々市民としては、なるべく健全な経営状況が続くようにということを願っているので、地域医療構想が足を引っ張るようなことがあってはならないというのが私の意見である。
- 今回の機能転換は、過剰な回復期が増えるという内容なので、回復期病床を持っている病院が納得できるのであれば、問題ないと思っている。
- うちには主に回復期と慢性期がメインだが、毎日外来しながら、その中で急性期は診れない。慢性期と回復期の方は私どもの方で頑張りたい。
- 当院の件についてご議論いただき感謝する。いろんな先生からもご意見いただいたように、今後も急性期をしっかりとやっていきたい。これが何病棟、何病床であろうが、今まで通り、救急を受け入れ、急性期を増やしていくという方針には変わりはない。それが地域包括ケア病床であったとしても、地域の急性医療を担っていくという方針には変わりはないので、その辺はご理解いただきたい。
- それでは市立伊勢総合病院の件について、この会議で了承ということによいか。

(資料1-4について、委員全員が了承した。)

#### (5) 病床機能再編支援事業補助金の活用について (資料1-5)

<事務局から説明>

- 伊勢志摩区域における病床機能再編支援事業の活用希望のあった医療機関について協議する。

<質疑なし> (資料1-5について、委員全員が了承した。)

## 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。

<質疑等なし>

### 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、地域の場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>

- 外来医療計画について、新規開業となると、この場でいろいろ議論されるということだが、例えば私たち開業医が診療所を世襲し、診療科が極端に変わる場合というのはこういう場でディスカッションしなければならないのか。

⇒ 国はガイドラインで、このように言っているが、そもそも医師不足ということは変わらない状況である。国は地域医療構想調整会議のような場に、新規開業される方は来てもらい、足りない医療機能をするのかどうかを確認するようにと、ガイドラインで言ってるものの、現状を考えると、そもそも診療所の開設は、法令上届け出だけでできる自由のものなので、抑制をしてまでやる話ではないのではないかというのが、医師会はじめとして、様々なご意見であったところ。今回の提案は、そういうものは今の段階ではしない。これはこれから決めていくが、例えば、一次救急的なものを担っていただくとか、在宅をという話になると思う。仮にそういう協議をする場合の、今の世襲についてであるが、多分、個人開設だと、新規開業になるが、法人で跡取という話になれば新規ではない。協議の場でそういうことをするつもりはないというのが現時点での外来医療計画の考え方であるが、細かいところで協議をする必要があれば、ご相談させていただかないといけないと思う。

以上