

## 令和5年度第2回津地域医療構想調整会議 議事概要

- 1 日時：令和5年10月25日（水）19：30～21：00
- 2 場所：県庁舎 2階 大研修室
- 3 出席者：渡部委員（議長）、奥野委員、野村委員、今野委員、花井副会長、寺田委員、山本委員、池田委員、下村委員、西村委員、星野委員、丸山委員、岡委員、川合委員、井上企画総務グループ長、勢力委員

### 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) 病床機能分化連携推進事業補助金の活用について（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>

- 急性期と地域急性期の分け方を教えていただきたい。
- ⇒ 地域急性期は、平成30年度の調整会議で導入をさせていただいた。位置付けとしては

ポストアキュートやサブアキュートを担うような病棟。例えば、在宅への復帰の支援や、在宅からの急変時の対応を担うような機能の病棟も地域急性期として位置付けている。高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの機能が国の決めた機能としてあるが、その中で主に急性期の中の一部と回復期の一部を県として地域急性期として位置付けている。

○ 数年前は点数で分けられていたがそれが続いているのか。それとも、機能で地域急性期としているのか。

⇒ 元々の地域医療構想を作った時の必要病床数は、点数で高度急性期、急性期、回復期、慢性期に分けていた。ただ、病床機能報告では、具体的な数字の基準で機能を選んでいただくというよりは、定性的に各医療機関の判断で機能を選んでいただくことになっているため、県の方で定量的に、診療実績などによって一定ご報告いただいた機能から補正している。その時に地域急性期という概念も導入して4機能で報告していただいているものを5機能に再配分するような形で補正を行っている。

○ 資料1-2の19ページに2040年を見据えた構想区域の課題とあるが、課題は病院だけに聞かれたということか。その次のページは有床診療だけに聞かれたということか。今後は在宅の診療所に対して課題やどういふことを推進していくかを聞いていく必要がある。

⇒ 今回病院、有床診療所に対して現状の病床数を正確に把握するための調査と一緒に合わせてアンケートさせていただいたので、やり方も含めて検討したい。長寿介護課が別途、在宅医療に関する調査を行っているので、重複感がないように、かつ、どういったものが適切かを含めて検討したい。

○ 19ページの津市における政策医療の現状と課題において、上段で「脳卒中、心筋梗塞に関しては地域において完結できている状況にある」と記載がある中で、次の段で救急医療では、「一方で、脳梗塞や急性心筋梗塞などの対応が可能な病院が限られていることや、救急受入困難事例の割合が高くなっていることから」と、問題として同列で急性期の病院が限られてることが列記されているが矛盾しないか。

⇒ おっしゃる通り表現として誤解を招く恐れがある。趣旨としては脳卒中や心筋梗塞の流出の状況をみると、津の区域は、県内で一番完結割合が高い地域で、脳卒中や心筋梗塞も含めて9割以上、区域内で完結できている状況にあるため、数字だけ見ると完結できているように見えるということを書かせてもらっている。

一方で救急については前々から救急搬送の受入困難事例の割合が課題になっているところがあり、その際にこの脳梗塞や脳卒中の関係であるとか、心臓の関係というのは、受入可能な病院が、2、3病院しかないため、この流出の数字を記載した一方で、救急のところはそういった受入困難事例の状況があるという意味で書かせていただいた。

- 救急受入困難事例がたくさんあるのはもう課題としてわかっているが、その受入困難事例は、脳梗塞や急性心筋梗塞の疾患では多分ない。そのため、現状の課題という意味においては、課題認識を間違える可能性があるため、この文章はいらぬのではないか。一方で、急性期の受入困難事例はしっかり問題であることを強調したほうがいい。
  - ⇒ その点は修正させていただきたい。一方で救急のデータを見ていくと、脳卒中疑い、あるいは心筋梗塞疑いで搬送された事例の割合と、それ以外の受入困難事例の割合はそれほど大きな差はなく、今日はデータを示していないが、そういう状況もふまえ、このような表現になったということをご理解いただきたい。
  
- 構想区域がこのままで本当にいいのかという議論はまだ今後続くのか。
  - ⇒ ご存知と思うが、医療圏と構想区域が異なっている県は全国で三重県だけで、三重県は医療圏を割って構想区域を細かくしているので、丁寧な議論ができています。一方で、現行の構想は2025年までのもので、国が2040年までのものをこれから検討し始めるということを知っているので、次期構想の時に、この8区域のままでいいのかという議論をさせていただく必要がある。
  
- 三次医療については区域が変わってくるので、津の場合は両方並行して議論が必要。
  - ⇒ おっしゃる通り三次医療もそうだが、記載のように小児や周産期はすでに医療圏という概念も少し壊して、ゾーンディフェンスといった概念で県としてはとらえている。ここで小児の課題を議論することが不適切とは言わないが、小児や周産期のより集約化が進んでいる医療については、本当はもっと幅広く議論が必要。
  
- 高齢者が増えてきていて、やはり施設や在宅からの、誤嚥性肺炎といった患者がどんどん増えて、年々救急車の搬送が増えている状況で、そこをどうしていくかが今一番の問題。そこはいろいろ市の方もACPなどの観点もあり、本当に救急が必要のない、治療の必要がない方が運ばれてきて、待合室で心筋梗塞の患者が待っているというのが今でもある。なかなかすぐには難しいと思うが、介護と医療の連携というなかでそこが一番大事になってくるので、救急において何か県としても、あるいは市としてもそれに対する対策はないか。我々はそういうところも非常に危惧しており、救急が増えている中でそういう患者も増えているということで、スタッフも非常に心配。今後増えていくとどう対処していけばいいか、ぜひそういう連携からも何か対策をいただきたい。
  
- 在宅で診ている人間としては、夜間に高熱が出た場合に診に行ってもいいか、家族に大体聞く。そうすると救急車で運んでくれと大体言われる。何でそういう話になるかというところ、退院時共同指導がきちっとされていないから。退院時に大病院の先生方が、きっちり説明していただいていたなら、在宅医はそれに従って行動できるということが結構ある。

待ってくれということに対して、「急変したらどうするの」などという感じで言われるとそうになってしまう。そこをきちっと説明していただいていたら、我々としても安心してできる。そして当日にそんなに救急車で運ばなくていい。そういう悪循環が起こっている。これからはやはり退院時共同指導というのを、しっかりとやっていかなければ駄目である。その時にちゃんと患者に救急車で行かなくていいよということを説明して退院させてもらうということが大事。

- ケアマネージャーの立場ということで、今の話の中で感じたのは、やはり施設側にも、看取りという部分に対してはかなり温度差がある。看取りに対してすごく意欲的な施設もあれば、その反面、少し悪くなったら救急車という判断を下す施設もあるので、そのあたりに関しては、施設の判断の部分がかかなり影響している。特に夜勤帯は、看護師もいない施設で、なかなかそこで介護側が判断をするというのは難しい部分がある。
  
- 地域医療構想は基本的には病院の病床の役割分担を決めるということだと思う。それで、県の方も各病院にアンケートを取るなどして病院の方針などを一定模索していただいている。各病院にはいろいろ特徴があり、役割分担がある。その中で、全体として高度急性期が過剰で急性期が過剰、地域急性期、回復期は充足、慢性期は不足という現実があって、それを踏まえた上で、最終的に三重県の津地区の一番理想という形があると思う。そこに行くために、各病院が意見を出しているのではなくて、何々病院はここが足りないからこうやっていただけますかという県側からの指導で、理想の形を作るといような方向に向かっているのかどうなのか。最終的に2025年のところで、どのように調整するのか。
- ⇒ 地域医療構想は法律に基づいていろいろやっているのですが、県にもお願いする権利が一定あるが、それは法律上の最終手段という印象で、どこの県でもその法律の条文をかざしてやっていない。やはり地域の医療の話なので、病院だけではなくて、行政の方、医師会の方、介護の関係の方とかも含めて、地域の中で議論をしていただきたいという趣旨で、2025年に向けてもこれまで議論を進めてきた。確かに病床数の話が先走り過ぎて、そうではないと説明してもやっぱりそういうふうにとらえられるような資料のつくりになってしまったところがある。どこの地域も在宅にものすごく課題があることが、今年いろんな地域をみてわかってきたので、あと2年間、もう少し現実を踏まえた議論を、来年度以降進めていかないといけない。

## 1 病床関係について

### (4) 病床機能分化連携推進事業補助金の活用について（資料1-4）

〈事務局から説明〉

- 津地区における病床機能分化連携推進事業補助金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1-4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)

〈事務局から説明〉

- 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。

<主な質疑等>

- 資料2-2の3ページだが、在宅医療の体制についての図は、まさにこの通りだと思うが、問題は、1の退院支援と3の急変時の対応。ここがしっかりと病院の先生方と、我々在宅医が協力できるようになったら、こんなに心強いことはない。ここをぜひともしっかりとしていきたい。例えば、誤嚥性肺炎ですぐに救急車を呼んでという話も急変時の対応というところでしっかりとしていかなければいけない。その辺が明瞭になってこない、こういう図では書いてあるが、それをどうやって具体化していくかということが、非常に難しい問題。津市の場合だと、ほとんど医者が退院時共同指導に参加していないような状況になってしまっている。これをどうやって具体化していくのかというのが、将来的に非常に大きな問題だと思っているので、病院の先生方と一緒に何とか話し合って解決していただきたい。
- このような情報公開は我々としてもありがたい。急変時の対応もまずトリアージしていただくのが大事で、どうしてもうちが診なければいけないものだったら受けるし、コロナ禍では最終的には介護施設で結構見ていただいていた。誤嚥性肺炎も全部こちらへ来られるとなかなか大変で、そういった体制や連携をとっていただくと本当に助かる。そういう施設がたくさん増えて、ちゃんと情報公開を県の方からしていただけるということであれば、スタッフも安心するし、我々もそういう連携はいくらでもする。今は夜間に介護施設から何の情報もなく運ばれてくるので、患者情報を共通のカルテで情報共有するだけでも、来た時にはこの人はこういう薬を飲んでいたりとかこういう基礎疾患というのがわかっているれば、ある程度対処できる。ACPの問題もそうだが、この患者はもう運ば

ないということを最初に決めていただくことをお願いしたい。

- 資料 2-1 の最終ページに介護保険事業計画におけるサービス見込み量の確認とあるが、ここに在宅医療の積極的な役割を担う医療機関の表を入れる必要はないか。  
⇒ 積極的な医療機関については、介護保険ではなく医療計画の方であげていくもので、一覧表は、第3回の調整会議で報告させていただきたい。
  
- 追加的需要に対して、在宅医療の受け皿が数的に把握できないことが課題であると書いてあるが、その課題解決の方法としてこういった調査が必要でないか。  
⇒ こちらの介護保険事業計画で調査できるのが、介護サービスの数字だけとなっていて、在宅医療については、現時点で数字が追えていない状況ではある。今後どのように在宅医療を考えていくかについては、在宅医療推進懇話会の議論もふまえて整理していきたい。  
⇒ 量をどう把握するかは我々も今材料がなくて難しい。今医療計画で求められているのは、あくまで定性的な在宅医療を積極的に担う医療機関なので、そこに例えばこの量を提供しなさいというようなことを義務づけるわけではない。ただ、積極的な役割を担う医療機関というのを設けるのであれば、どういう提供がされているかなどを地道に、各地域で把握していくという作業は今後必要になってくるのかもしれない。来年3月には次の医療計画を定めなければいけないので、いただいたご意見を一つの材料として、どのように在宅医療の現状とニーズも含めて把握していくかを議論していかないといけない。
  
- 在宅医療を積極的に担う病院は基本的に24時間の体制づくりをしましょうということだが、働き方改革への対応が求められる中で医師の充足が来るのかが問題。二次輪番が成り立たないのは医者がないからで、在宅医療をやりますといっても結局は救急で来るパターンになって、問題解決にならない。夜間を支えるスタッフが病院にいない中で、二次救急の問題をこっちにくっつけただけでは、手が挙げたとしても結局は三重中央医療センターに患者が流れてしまう。24時間体制というのは医師の働き方改革を避けて通れない議論である。  
⇒ 在宅医療において、24時間体制・多職種連携ということは国が理念的に挙げているもので、実際こういう体制で在宅医療を提供できる医療機関はかなり少ないと認識している。この部分の解釈については、国に確認をしたが、在宅医療に積極的に関わっていただく医療機関であれば計画に上げてよいという回答をいただいている。当然医師、看護師の問題などがあり、書いてある通り提供できないということも把握しているので、関われる時間で在宅医療を積極的に取り組んでいただいているところを今回計画の方に上げさせていただく。
  
- 24時間体制とか書いてあるが、基本はその病院が抱えている在宅の患者さんからの話

だと思う。また、24時間看取りというとなんか数はなく、訪問看護師が担うところが非常に多くて、こんなきっちりとはできない。在宅療養支援病院の現状について、その病院の方に来ていただいて話していただいてもいいのではないかな。

- 松阪だと病院で診ていた患者さんが退院し、在宅医に任せられた後に、急変して救急搬送される際は本人が元の病院に戻りたいと言っても、その人が急変して病院に戻りたいと言った時に、今日はうちの病院は輪番病院ではありませんからと断ってその日の輪番病院が診る。そして翌日に、元の病院に戻るシステムになっている。津市もこういう形でいいのか、ある程度自分のところで診ていた患者は、在宅医から電話がかかってきたら診ていただけるのかとか、その辺はどうなのか。
- 今進んでいる方向はおそらく松阪方針でいかざるを得ないのかなというのが現状。そこを診れるかどうかはその時の当直の先生、個人の裁量によってだと思う。
- 回復期、慢性期の一部がこの在宅にというイメージだとすると在宅の資料は患者数になっていて、構想の資料は病床数なので感覚がわかりにくい。患者数であればどれぐらいのボリュームがあるのかわかる。
- ⇒ 先ほどの繰り返しになるが、おそらくこういう議論が全然されていなかった。今回、この場合は津市しかないが、他の地域になると、各市町があるので、全体的にどういう進め方でやっていくかは考えたい。積極的役割を担う医療機関については、アンケートなどを踏まえたものを出させていただくので、津地域として、この形で公表していいかということをお諮りしたい。

### 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>

- 資料の3-1だが、これは全体の診療所の医師の不足というだけで診療所の偏在まではわからない。これから大学で地域に医者を増やす場合に、地域の医師の偏在等の問題も出てくる。可能であれば、各地域の診療科の偏在等も出していただきたい。
  - ⇒ 例えば診療所で複数の診療科を担っているという場合もあるのでなかなか正確なところが把握できないというのが現状。
  
- 大まかに内科、外科、眼科、整形というのは、わかるのではないか。
  - ⇒ 内科系であれば可能かと思う。
  
- 病院の勤務医は出ていると思うが、地域偏在という意味では、出していただいてもいいのではないか。
  - ⇒ 診療所は標榜科しか把握する手段がないが、標榜自体は自由というのがルールとしてある。また、1人の先生であっても複数いけるはずなので、どういうデータがとれるのか少し確認したい。
  
- アメリカは地域でのCTとかMRIが制限されているが、こういう調査は日本も、国が考えているのか。
  - ⇒ 意見交換をする中で、フリーアクセスの日本において、やはり利便性などを考えたときにどうなんだというようなご意見を聞くこともある。また、予算削減の視点から言うと、少し抑制的にやりたいという背景があるのではないかというようなご意見を聞くこともある。
  
- 在宅や外来に踏み込んでこの議論ができるのは非常に進歩してる。外来はまず状況把握の段階だと思うし、在宅はやっぱりいかに急変時に支援するところへつなげるか。それは結局、二次救急と連動することで、医師の取り合いということになるので、この辺の考え方や仕分けは、ある程度在宅での現状を把握しながら、進められるともう少しいいものになる。ただ、24時間対応ができると言い出すと、本当に限られてくるので、ある程度夜間対応できるとなるともう少し増えると思う。うまく連動して、輪番ではないがそういう役割でも対応できるというのも合わせていろいろ使うしかないかなと思った。在宅医療はこれから非常に大事な部門。

以上