

令和3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3年12月17日（金）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、森岡委員代理、村田委員、田中哲生委員、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、森委員、田中満委員、森嶋委員、竹田地域医療構想アドバイザー
- 4 議題
 - ・地域医療構想に関連する最近の国の動向について
 - ・病床機能の分化・連携について
 - ・在宅医療体制について
 - ・新型コロナウイルス感染症を踏まえた医療提供体制について
- 5 内容
 - 1 地域医療構想に関連する最近の国の動向について（資料1）

<事務局から説明>

地域医療構想について、国は2040年の医療提供体制を見据えて、医師・医療従事者の働き方改革と実効性のある医師偏在対策と合わせて三位一体の改革として進めていくこととしており、具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる取組が求められているところである。

一方で、令和2年1月に通知がなされた公立・公的医療機関等の具体的対応方針の再検証等については、新型コロナウイルス感染症の影響もあり、その期限が延長され、令和2年8月に、地域医療構想に関する取組の進め方とともに厚生労働省において改めて整理の上示すとの通知がなされている。

令和2年12月には、国の検討会において、新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方がとりまとめられ、新興感染症等の感染拡大時への対応については、次期医療計画の記載事項に追加をして対処していくこと、また、地域医療構想については、その背景となる中長期的な状況や見通しは変わっていないとして、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機動的に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、着実に取組を進めていくこととされた。

これらに関連して、つい先日12月10日に開催された国と地方の協議の場において、国からは「2022年度及び2023年度において、地域医療構想に係る民間医療機関も含めた各医療機関の対応方針の策定や検証・見直しをお願いしたい」との方針が示されている。今後、改めて国から通知などがあるかと思

うが、その際は、本調整会議にも共有の上、対応していきたいと考えている。

昨年12月の国の検討会でのとりまとめ内容に関しては、今年5月に医療法等の一部が改正される形で反映されている。具体的には、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付けや地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援などが制度上明記されたことが挙げられるが、その他、外来医療の機能の明確化・連携という事項が医療法上規定された。

これを受け、現在国の検討会で人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要があるとして、医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する「外来機能報告」制度の内容や、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関の要件などが議論されている。調整会議でも外来機能報告の共有や外来機能の明確化・連携に向けて協議の場としての位置付けが想定される場所である。

< 質疑等なし >

2 病床機能の分化・連携について

< 事務局から説明 >

(1) 令和2年度病床機能報告の結果について(資料2)

病床の現状及び2025年の見込み数を把握するために毎年度実施している病床機能報告について、令和2年度分がとりまとまったため、その結果を報告するとともに、県独自のアンケートによる令和3年度時点の病床の現状についても報告する。

なお、病床機能報告の診療実績部分については、報告対象期間が令和3年度実施分から通年化することに伴い、令和2年度報告では実施されないこととされたため、今回の報告では診療実績部分のデータは含まれていない。

令和2年度病床機能報告による2020年7月1日時点の病床数は、県全体で前年比243床減、伊賀区域では40床減であった。また、アンケート調査により把握した2021年4月1日時点の病床数では、県全体で前年比61床減、伊賀区域では増減なしであった。

2025年の病床数の見込みでは、県全体で約600床が今後減少する見込みとなっている。

(2) 病床の機能転換・規模適正化にかかる考え方の整理について(資料3)

これまで、機能転換等については、基本的に過剰な機能への転換の際に、調

整会議での事前の合意を要する取扱いとしてきたが、今般の新型コロナウイルス感染症をふまえ、今後の地域医療構想の進め方について改めて考え方を整理する必要がある。基本的には、現在検討が進められている国の方針を受けて、今後調整会議で検討していくこととなる。

一方で、個々の医療機関による機能転換やダウンサイジングについて、現時点での調整会議としての判断が求められるため、その暫定の取扱いについて考え方を協議する。

具体的な考え方は、二次救急・三次救急を担っている病院の高度急性期・急性期病床に係る機能転換やダウンサイジングの計画の地域医療構想との整合性の判断については、将来の必要病床数に対する現状の過不足状況からその是非を判断するという従来 of 視点に加え、感染症の拡大時における影響の有無やその度合いを個別に確認する。該当する機能転換等があれば、この調整会議で協議をお願いすることとなる。

(3) 病床の機能分化・連携にかかる支援制度について(資料4)

病床機能の分化・連携にかかる支援として、これまで地域医療介護総合確保基金による機能転換や病床規模適正化に必要な施設整備を支援してきたが、新たに国 10/10 の病床機能再編支援事業が創設されたので、改めて支援制度を紹介する。

新設された支援制度の中で、最も活用が想定されるのが、単独支援給付金であり、地域医療構想の実現のため、病院・有床診療所で、病床数の適正化に必要な病床数の減少を行う場合、減少病床に応じた給付金を支給する。

この給付金の支給の要件として、地域医療構想調整会議の議論の内容や医療審議会の意見を踏まえて地域医療構想の実現に向けて必要な取組であると認められる必要があり、また、減少する病床が平成 30 年度病床機能報告における高度急性期、急性期、慢性期病床の許可病床数の 10%以上であることが必要である。

本地域において、給付金の支給の希望があった場合は、この調整会議でも協議いただくことになる。

(4) 伊賀構想区域における病床整備等について(資料5)

岡波総合病院が令和 5 年 1 月に移転を予定している。病床数の増減はないが、クリーンルームの増床や ICU の集約化などを行う予定である。

< 主な質疑等 >

この地域医療構想調整会議にあまりにも多くの所管事項が持ち込まれてい

るが、対応は可能なのか。

所管事項が多いのはご指摘のとおりだが、一方で、各地域の議論になるので、省略するわけにもいかない。別の会議体を作るということは現時点では想定していないが、委員の方々の負担も踏まえつつ、効率的な議論のやり方を考えていきたい。

3 在宅医療体制について（資料6 - 1 ~ 6 - 3）

<事務局より説明>

第7次三重県医療計画の在宅医療対策の進捗状況を説明する。目標項目の「訪問診療を実施する病院・診療所数」および「在宅看取りを実施している病院・診療所数」については、策定時から減少している一方、「訪問診療件数」については既に目標を達成している。これは、訪問診療や在宅医療に特化して診療を行っている医療機関が増加しているものと考えられる。

また、「居宅療養管理指導を算定している薬局数」については、数は増えているものの、最終目標に対して伸び悩んでいる状況である。薬剤師に対する研修の実施や医療機関との連携を進めることにより、訪問薬剤管理指導を行う薬局数を増加させていきたいと考えている。

これらの数値目標等について、各圏域、各市町別の状況についてもまとめており、在宅医療推進懇話会で説明したほか、各市町宛てにも送付しているところである。

<主な質疑等>

24時間体制の訪問看護ステーションの看護師・准看護師数については、令和5年度の最終目標をすでに達成しているのはわかるが、急変時の対応における訪問看護師数については、全国的にばらつきがあるように思われる。今後、訪問看護のニーズの増加に対応するには、このあたりの環境整備が必要ではないか。

ご指摘のとおり、全国的にばらつきがある。今後の地域包括ケアシステムには、やはり訪問看護の重要性は非常に高いと感じている。事業所の管理者に対する研修や、病院の看護師との合同研修会を開催し、人材育成を行っている。また、訪問看護師の確保に関する取組を進めている。

4 新型コロナウイルス感染症を踏まえた医療提供体制について（資料7）

<事務局から説明>

国においては、地域医療構想について中長期的な状況や見通しは変わっておらず、その基本的な枠組みを維持しつつ着実に取組を進めていくこととされているが、一方で、今般の新型コロナウイルス感染症への対応において、医

療提供体制のあり方が課題となったことを踏まえ、これまでの感染状況や対応を振り返った上で、今後の地域医療構想の進め方について協議いただくため、本議題を用意している。

11月末までの累計感染者数は、県全体で15,000人に迫り、第5波では、1日の最大感染者数も500人を超えたところで、この伊賀区域でも、8月後半に1日の最大感染者数が54人となった。人口当たりの感染状況を見ると、北勢、中勢伊賀、南勢志摩、東紀州という順になっている。

第5波までの確保病床は最大435床、宿泊療養施設は最大240室であったが、爆発的な感染者急増により、病床占有率は最大69.2%まで上昇し、入院調整中・自宅療養者もピーク時で2,790人まで拡大した。

8月末には中等症患者の約46%が入院できずに自宅療養となるような状況であり、また、自宅療養者が拡大する中で、症状を悪化された方が救急要請し、救急不搬送や救急困難となる事例も生じた。

第5波に対しては、病床や宿泊療養施設の増加、臨時応急処置施設の暫定設置、自宅療養者に対するフォローアップセンターの設置などにより対応をとってきたところであり、今後の第6波に向けては、病床等の受入体制を強化するとともに、患者の症状や重症化リスクに応じた療養が可能となるよう、各施設等の役割を整理している。

現時点で、病床については最大で576床、宿泊療養施設については12月中に最大で600室以上を確保し、病床については、国による「見える化」で一定公開されている。

一方、今回の新型コロナウイルス感染症による地域医療構想への影響であるが、調整会議に先立って、各地域の医師会、病院、有床診療所との意見交換会を実施したところ、地域医療構想に関して様々な意見をいただいた。

最も多かったのは、病床の機能分化・連携に関するもので、コロナ対応を踏まえて、病床の機能分化・連携の必要性がより明確になったとの意見を多くいただいた。また、病床数に関して、一定の感染症に対応できる病床を確保することが必要だという意見や余裕を持った病床が必要という意見があったほか、一定規模以上の施設を作らないと、新しいパンデミックに対応できないといった意見や建設的な統合が必要だという意見もあった。

以上、これまでのコロナ対応や意見交換における意見等を踏まえて、今後の地域医療構想において、何を重視してどのように進めていくべきか、協議をお願いしたい。

< 主な質疑等 >

地域医療構想は、本質的には将来の人口減少や少子化に備えてベッド数を

減らし、その部分を在宅医療でどのように補っていくのかということも含めた介護・福祉といった地域包括ケアを準備することが基本的な理念だと思うが、今回の新型コロナウイルスのパンデミックへの対応は、全くその理念に反している。

- 本来は集約化が理想だが、現実的でない場合、地域医療を維持するために現実を見据えると、機能分化・分担になると思う。とにかく今は目の前にある救急医療、通常診療、コロナ対応をこなしている状況。
- 将来のことを考えると、この伊賀地域で超急性期・急性期を担う病院を1つ作って、あとの病院に回復期や慢性期を担ってもらう、そのように考えていかないと、医師・看護師の確保も難しくなってくる。医療資源を有効に使うということであれば、このような役割分担を考えなければならない時期にきている。
- 人口減少に伴い医療を縮小するという医療経済的な視点でいいのか不安がある。医療経済が重視されてこの地域医療構想調整会議が進められているなかで、新型コロナウイルスが発生し、そういうことがとんでもないとわかったと思う。この伊賀地域だけでも視点を変えて、少し余裕を持った、患者に対してよりよい医療介護が提供できる視点に変えてやっていけたらいい。

地域医療構想調整会議で議論している各病期を合わせた病床数と、新型コロナウイルスで入院対応可能な病床数は必ずしも一致しないが、人口減少に伴う長期的な病床数の検討は必要ではないか。

- 救急とコロナの両方に対応するとなると、連携が重要になってくるが、単なる連携では絶対にうまくいかない。どのように連携をするか、それが今後の地域医療構想にかかっている命題であり、それぞれの医療機関がどのように緊密にあるいは非常に特徴をもった連携をするかといったことが大切ではないか。