

## 令和4年度第1回鈴亀地域医療構想調整会議 議事概要

- 1 日時：令和4年10月25日（火）19：30～21：00
- 2 場所：県鈴鹿庁舎 第46会議室
- 3 出席者：尾崎委員（議長）、二井委員、元橋委員、上荷委員、北委員、谷川委員、北村委員、岡委員、伊藤委員、青島委員、井上委員、中村委員、豊田委員、中上オブザーバー
- 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 病床機能再編支援事業の活用希望について
  - 3 外来機能報告制度について
  - 4 在宅医療及び医療・介護連携に関連する国の動向等について

### 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>

鈴亀地区は2040年と比較すると、高度急性期が159床に増える状況となっているが、この数字はどこから出てきたのか。具体的にこのような病気が増えるから、高度急性期の病床がこれだけ必要になるということを調べているのか。

必要病床数の推計については、医療受療を将来の人口推計にかけ合わせる形で推計し、将来この鈴亀地域で、高度急性期に該当するような医療について病床数に換算すると、これぐらい必要だという試算をしている。

鈴亀地域の人口は2040年度で約15%減になるという試算がある一方で、必要病床数が増えているのはどういうことなのか。

高齢者人口はまだ減り始めていないと思う。医療機関にかかる必要のある方の人口を推計していくと、鈴鹿地域では2040年度がピークになる。

## (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てきたところであり、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てき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。

公立・公的病院等の具体的対応方針の再検証について、県からの依頼に基づき対象医療機関は令和2年度に再検証を実施済みであることから、今回その検証結果を今回共有する。

### <主な質疑等>

医師の確保が喫緊の課題である。基幹病院と連携を強化し医師・看護師等を確保と図に書くのは簡単だが、医師の確保については、大学にも行ったし、近隣の病院にも働きかけているが、なかなかうまくいかない。県として相互主体的な取組を支援していく必要があるということなので、もう少し積極的に介入してもらいたいと思っている。

鈴鹿地区として考えたときに、鈴鹿地区で、高度急性期の患者の救急に関して手伝える努力をしていくという形で連携しないと、少し難しいのかなと考えている。

実際に、去年1年間の救急搬送事例で、亀山からの消防の出動で、亀山市立医療センターで受けているのは35%程度、鈴鹿中央病院と鈴鹿回生病院でそれぞれ25%の救急を受けているという実情を考えると、もう少し敷居を低く連携する形を取ることができれば、鈴鹿地区としての救急医療はもう少し守れるのではないか。

多数の当直をしなければいけないという状況で、統廃合の話以前に病院を維持する最低限の医師が確保できなくなっている。

鈴鹿地域については、鈴鹿市と亀山市の両市で意見交換をして、どういう医療提供体制が望ましいのか議論していただきたい。亀山市は亀山市、鈴鹿市は鈴鹿市という形で動いているので、両市、医療機関と一緒に合同で医療機関のあり方を検討する場を作って、経営的なことや医療経済を含めて、どういう形が一番よいか今後、検討していただきたい。

医者数は開業医も少ないが、特に病院で全然足りていないレベルでこういう議論をしても本当にナンセンスだと思っている。内科が足りていないという話や、鈴鹿に小児科が欲しいという話もあるが、人気のある診療科については医局にたくさん人が入る一方で、逆にそういう診療科がないと調整が難しい。そこからの議論が必要だと感じている。

必要な人口あたりの医師数としては全国的に見ると三重県は相対的には足りてない。次に地域偏在が問題として出てきていて、その先には診療科偏在についても話し合いを始めている。医局にも豊富に人材がいるわけではないので、どのように優先順位をつけていくか、県から医局に対して直接指示できるものではないが、県としてどのようにバランスを取っていくか、特にこの数年でいろいろなことが動くので、しっかり見ていかないといけないと思っている。

四日市とか伊勢とか重点地区を作って小児救急をみていくという流れがあると思うが、それに関して三重県は良かれと考えているのか。

当然市内にあった方がよいという意見を聞いている一方で、小児医療に限った話で言うと、これまで集約化の方向に進んできた。関係者の意見を聞きながら進めていくというのが現時点での回答になる。医療計画の見直しを来年度に行うので議論をしないといけない。

苦肉の策というのと、本来目指すべき姿というのは違う。やはり目指すべき姿は、きちんとビジョンを考えてやってほしい。小児の二次救急については、せめて20万人ぐらいの単位の中で病院があるべき。鈴鹿は比較的若い人たちがいる地域だが、医療がしっかりして子どもを育てられる環境がないと、子どもを連れて親がそこに住まない、あるいはそこで生んで育てようという気にならない。現状苦しいことは皆分かっているが、そのこの区別をきちんとしないと議論できない。

鈴鹿回生病院と鈴鹿中央総合病院に2人ずついた小児科医が鈴鹿中央病院に集約化されたことで、小児科医は4人になったが、直ぐに3人になって、2人になってしまった。その間、あまり小児科に入局していないなどもあって、今に至っている。

もう一つ危惧しているのは、鈴鹿でも開業医が高齢化しているということである。開業医の高齢化によっていろいろな検診や予防接種等が開業医できなくなってきたら、どこでするのかという話になるので、そうすると病院の先生がしな

いといけないという話になってくる。

産婦人科に関しても、一次と三次というような方向でやらないともう持たないという感じになってきているので、産科、小児科に関しては、昔のように各地域で同じように医師を配置して、全部やっていくことが難しくなっている。

地域医療構想は三重県を8つに分けているが、もうそれぞれの地区で完結できていないので、もう既に岐路に立っていると思う。

## 2 病床機能再編支援事業の活用希望について（資料4）

### <事務局から説明>

病床機能の分化・連携にかかる支援として、回復期を除く、高度急性期、急性期、慢性期の病床について、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できる。

この給付金の支給要件として、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る。

今回、川村外科内科から病床機能再編支援事業の活用希望があったため、地域医療構想の実現に向けて必要な病床機能の再編であるかどうか協議する。

### <主な質疑等>

有床診療所がなくなっていくというのはやむを得ないが、地域の慢性期の受け皿になるといった意味でも非常に重要である。今後、高齢者が増えてきて、慢性期に入ったあと誰が見るのかというときに、有床診療所がもう少し残っていると、病院としても有床診療所へ患者を送ることができる。

一方で、有床診療所もスタッフを維持してかないといけない。それから食事のこともなども考えるとじり貧になってきていると思う。診療報酬もここ数年、多少、手厚くなってきているが、病院と比べるとかなり低いので経営的にも難しいということだと思う。

在宅医療を行っている先生方のミーティングで、レスパイトで療養病床を上手く活用できないかという議論もあった。有床診療所の存在価値について、今後、高齢者が増えてきて、在宅だけでまかなえるわけでもないのに、そういう病床を活用していくということも県には考えて欲しいという議論があったことを付け加えておきたい。

申し出のあった病床規模適正化に対する病床機能再編支援事業の補助金の活用について、各委員から異議がないため、了承とする。

## 3 外来機能報告制度について（資料5）

### <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。医療資源を重

点的に活用する入院前後の外来、高額等の医療機器・設備を必要とする外来、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>

三重県は、発熱外来を公表している医療機関が他県と比較して少ないので、各郡市医師会に要請をしないといけないと考えているところである。

外来機能について、病院と医師会の先生方とは、フェイストゥフェイスで顔を存じ上げているし、比較的、連携が取りやすいと思っている。このような形をとることで、特に勤務医の働き方改革の方においても期待ができると思うが、進めるにあたって危惧するのは、連携パスについて不十分な点。もう少し連携パスを用いた構築がうまく進めば、風通し良くできるのかなと思う。紹介受診重点医療機関を作っても病院が限られているので、変わらないかなと感じた。

基本はクリニックに行ってそこで紹介されたらどこの病院に行くかというのは大体もう地域によって決まっていると思うので、そこにこの制度を導入して何の意味があるのかというのは、他の地域でも意見をいただいている。

鈴鹿中央総合病院も鈴鹿回生病院もほとんど紹介で動いているようなところがあるが、そうではなくて中小の病院でスペシフィックな診療体系、がん診療とか化学療法だけとか、そういう機能を持っているところを浮かび上がらせてみたい話とは違うのか。

特定の部分だけ長けている、特定の部分しかやっていない病院があれば該当するかもしれないが、客観的に重点外来の率、かつ紹介率とかでみるので、他の部門も一般的に抱えているような中小病院だと、該当しないのではないかと思う。本当に何かに特化して、その紹介だけやっているということであれば該当するかもしれない。

イギリスでは患者は必ず開業医などのクリニックを受診して、クリニックからでないと大きい病院を受診できないシステム、登録医制度ができていると。そういうところを日本は目指すのか情報があれば教えていただきたい。

かかりつけ医に対する議論を見ていると、言われるようなものを目指してるようなことを匂わせている文章があるのは事実であるが、それに対して、反対意見があることも承知している。

#### 4 在宅医療及び医療・介護連携に関連する国の動向等について(資料6)

##### <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>

訪問介護に携わる人材は絶滅危惧種になってきていて、有効求人倍率10倍を超える、平均年齢56歳というところで、ある一定数を在宅医療へ振ったとしても、医師が来てもヘルパーがいなければ家に居ることができなくなるので、介護支援専門員も高齢化しているが、訪問介護の成り手はこの議論の中で重要だと思っている。

今後ベッドは減っていく流れになってきていて、在宅の受け皿といってもサービス付き高齢者向け住宅が伸びているのが現状である。

介護人材の確保は本当に厳しくて、高齢化とスタッフの少なさで、介護分野から要望も来ているし、医師会からも要望をいただいている。医療介護総合確保基金の活用も含めて、介護人材の確保に尽力していきたい。