

## 令和5年度第3回鈴亀地域医療構想調整会議 議事概要

- 1 日時：令和6年3月4日（月）19：30～20：10
- 2 場所：オンライン（Zoom meetings）
- 3 出席者：尾崎委員（議長）、高橋委員、二井委員、元橋委員、上荷委員、北委員、北村委員、荒木委員、谷川委員、伊藤委員、青島委員、井上委員、中村委員、豊田委員、竹田アドバイザー、中上オブザーバー

### 4 議題

#### 1 病床関係について

- (1) 2025年に向けた各医療機関の具体的対応方針の策定・検証・見直し等について（資料1）

#### 2 在宅医療関係について

- (1) 第9期介護保険事業計画における追加的需要（介護施設分）見込量について（資料2-1）
- (2) 第8次医療計画（在宅医療対策）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 外来医療関係について

- (1) 紹介受診重点医療機関について（資料3）

### 5 内容

#### 1 病床関係について

- (1) 2025年に向けた各医療機関の具体的対応方針の策定・検証・見直し等について（資料1）

#### <事務局から説明>

- 公立病院経営強化プランについて、各公立病院の最終案と前回資料からの変更点等について説明する。
- 各医療機関の具体的対応方針に係る前回資料からの変更点等を確認し、これまでの協議内容を踏まえつつ、とりまとめを図る。
- 第8次医療計画における基準病床数の変更点とそれに伴う今後の病床整備の際の協議方法について説明する。

#### <主な質疑等>

- 毎回、調整会議で意見を言っているが、コロナ感染症の流行時に経験した状況でいくと、北勢医療圏の病床数は、明らかに不足に陥っていた。そういう特殊な状況というのは、限定的であるかもしれないが、パンデミック等も含め、ある程度病床数に余裕をみた計画も本当は必要になると実感している。病床数を急性期、または回復期等といった分け方にすることは実際の患者像と異なるため、実情には即さない。急性期の患者を病床で管理しようと思うと、回復期、慢性期に入った患者の移動、後方支援をしてもらえるような施設、ベッドというのが、不足している実感がある。どうしても回復期の方を延々と急性期の病院で見続けなければいけないという現状がある。その回転が上手く回らず、急性期の患者

を受けることも厳しい状況が続いている。回復期を増やさないと駄目だが、急性期をなかなか減らせない。そういうところが問題と感じている。

⇒ 医療計画の1つの事業として、新興感染症の内容が加わり、感染症予防計画を別途策定している。その中で各病院、診療所に、協定を結ばせていただく等の願いをし、どういう準備ができるのか段取りをしている。一般医療とどのように両立していくかというところが、まだ難しい部分もあるので、協定等の取りまとめなども踏まえながら、担当部署と連携はしていかないといけないと思っている。

○ 医師の偏在化があると思う。循環器内科、外科、整形外科、小児の救急医療等の急性期に関わらないといけない医師の数が、やはりこの鈴鹿地区においては、三重県内でもかなり不足してるという現状があり、今後の問題点と思っている。

⇒ 病床の区分の話だが、診療報酬改定で、地域包括医療病棟ができるということで、我々もいろいろ情報を集めているところだが、これが地域医療構想上はどの医療機能の区分になるのか、明確に国から示されていない。現在、三重県独自で、医療機関からの報告と、実態を照らし合わせ、この医療を提供している病床はこれじゃないかということで、定量的基準を設けている。次の国の構想がどうなるかで、それに合わせて三重県がどういう構想を作っていくかというときに、今ある定量的基準をしっかりと考えていきたい。

⇒ 医師の偏在についてだが、第8次医療計画を策定する中で、4つの医療圏で、どういう体制を整えていくか、診療科目によっては、8つの構想区域でそれぞれ均てん化して配置をしていくなど、様々な検討をしてきたところ。中でも、小児医療については、県全体で非常に厳しい。ゾーン体制を組んでいく必要があると思っている。また、救急医療についても、厳しく、今後課題の解消に努めていきたい。医師の働き方改革等もあるので、併せて考えながら対応していきたい。

○ 先ほど言われたように、医師の偏在も大きい問題ではあると思うが、中堅どころの看護師の不足もかなり問題である。そのあたりも少し県で考えてもらえればと思う。

○ 資料の16ページだが、過剰な機能から不足する機能に変更という場合は、事後報告でもいいという認識でいいか。まだ確定してるわけではないが、やはり鈴鹿地区で完結できるような体制をとりたいと考えている。

⇒ 過剰な機能から不足する機能といった転換は、この調整会議での報告を事後でも可としている。

⇒ 昨年末に、令和4年末時点の看護師数が公表され、三重県の看護師数が、初めて全国平均を上回る数となった。しかし、地域偏在の課題があることや、看護師数は増えてはいる

ものの、訪問看護ステーション、介護施設の看護師が増え、病院ではあまり増えてないという状況があることもわかった。病棟で当直ができる中堅の看護師が不足していることへの対応として、男性の看護師の確保も必要ではないかという意見をいただいているので、今後そういうことも含めて考えていきたい。

- 今まで、地域医療構想調整会議では、医師の偏在や看護師不足がテーマとしてあまり出てこなかった。もう少し実態を聞く場として、来年度からの会議で議論してもらったかどうか。医師の偏在について、例えば、本当に循環器が少ないだとか、麻酔科があまりないだとか、そういう細かいことについて、議論をしていないと思う。人事に関して、あまりよくわからないが、やはり大学が人事権を強く持っているので、県と人事をどういうふうに調整しているか、もう少しオープンにしてほしい。現場の不満を吸い上げてほしい。看護師にしても、看護学校が、鈴鹿市は、この人口の中で1つしかない。看護師がなかなか地域で育っていない。他の看護学校から三重県に就職し、充足していくような形でやりくりしていた。

あとは、前から話をしているが、急性期を過ぎた後の受け皿になるような病院が足りないということは明らかなので、来年度に向けての課題だと思う。

(資料1について、委員全員が了承した。)

## 2 在宅医療関係について

### (1) 第9期介護保険事業計画における追加的需要(介護施設分)見込量について

(資料2-1)

### (2) 第8次医療計画(在宅医療対策)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。

<主な質疑等>

- 介護施設として、かなりの数をあげているが、これは、サ高住などが含まれているのか。
- ⇒ 特養や老健以外に、有料老人ホームやサービス付高齢者向け住宅も含んでいる。
- そういう介護施設を需要に合わせて新たに作っていくということか。
- ⇒ 介護保険の施設については、今、第9期の介護保険の計画を作成しており、市町から今後整備が必要な数が挙がってきている。その数字を県の計画に反映し、令和6年度から令

和8年度にかけて整備をしたいと考えている。

- サ高住は、訪問診療の先生たちが施設へ行くという形態なので、老健と明らかに違う。数字だけの話をすると、サ高住を含めるということであれば、在宅医療と介護施設と分ける計算の方法が、そもそも若干問題をはらんでいるのではと思う。
- ⇒ 今回、追加的需要でみたのは、あくまでも介護保険のサービスで使っていただく、数字をあげているので、サ高住に行く訪問診療のドクターの業務量は反映されていない。あくまでも介護保険で使われる訪問看護や訪問介護、施設の近くにあるデイサービスの利用など、そういったものの中で、必要なサービスが見込まれる分だけをあげている。
- 訪問看護について、在宅の部分では、育成が追いついていないと聞いている。
- 今後の訪問看護、介護施設の看護師の人的な展望はどうか。看護需要はかなりある。
- 看護基準が定まっていないところもあるが、医療行為が必要な方が多くいると聞いている。喀痰吸引であったとしても、やはり看護師が必要になってくるので、人的に厳しい現状はあるとは思っている。
- 訪問看護をやりたいという看護師は、増加傾向にあるのではないかと聞いている。
- ⇒ 訪問看護の看護職員数については、増加が著しい状況。しかし、どちらかというところ、小規模な訪問看護ステーションが乱立しているような状況の中にあっては、なかなか看護師の研修が不十分というところがあり、訪問看護ステーション協議会とも連携しながら、小規模でなかなか研修ができないようなところについても、研修を届けられるように、県としても取り組みを進めていきたいと考えている。
- 病院側の考えとして、診療報酬改定等もあり、ACPの指針作成を進めていこうという流れがある。先ほど、後方支援が不足するという話をしたが、病院側はやはり前方支援ということも、非常に求めるところ。一般の前方支援というと、紹介患者をいかに受けるかという点と、もう1つは、ご高齢で、自宅で最期を看取りたい方というものの、なかなか家での管理が難しいということで、救急医療を要請されるケースが多い。当然そういう場合で、病院にこられると、入院対象になる。入院すると、なかなか自宅に帰れないという方を多く抱えてしまうという現状がある。診療報酬の話ではあるが、我々は何%ほどの急性期の方を賄うかというところがあり、そういう患者を多く抱える場合は、病院の運営上難しくなっていく。いかに在宅で管理できる体制がとれるかという点も、今後非常に大事になってくるかなと思う。ただ単に、訪問看護師が増えていきますということで安心はできない。しっかりと管理をしてもらい、病院に対する前方のところで、十分に医療がなされればということを目指している。

○ 追加的需の介護施設分について、保険者が整備するものと、県が整備するものと両方ある。特養、広域型とか呼ぶが、そのあたりはどう考えているのか。

⇒ 介護施設については、ご指摘のとおり、県が整備する広域型の施設、市町が整備する地域密着型の施設がある。後は、ほぼ民間主導で整備されている、有料老人ホームやサ高住も県が所管している。そういうものを組み合わせて市町が作成した計画に基づき、県が数字を積み上げ、整備を進めている。追加的の事業については、あくまでも、これまでの療養病床からの転換分の受け入れ先として、数字をあげている。それ以外の今後の高齢者のそれぞれのサービス利用見込みについては、市町が積み上げた数字を県が合算し、それに基づき、県が整備すべきものは、県で整備を進めていく予定をしている。

○ もし夜間対応ができなければ、救急で病院に運ばれてくることになる。夜間対応をいかにするかということで、他の医療圏でもいろいろディスカッションがあった。夜間に何か起こったときに、それを全て診療所の先生方にお任せするのは、今後、在宅医療がどんどん増えてきたときにやっていけないと思う。それで桑名の病院に、在宅診療科を作り、夜間在宅患者に何か起こったときには、交代で対応し、どうしてもだめな方は、病院で対応する。そういう形で夜間の在宅診療を応援しようということで、やっている。今後、在宅医療をどんどん増やそうと思うと、やはりある程度若い医者がある病院も協力し、病院と診療所、介護施設が一緒になってやっていかないと多分どこかで行き詰まると思う。ここで一番足かせになるのは、200床以上の病院でしか付かない加算があること。そうすると、どうしてもモチベーションが落ちる。そのあたりのことも、今後は国として考えてほしい。

○ 病院のそういうサポートがあると、非常に助かると思う。

○ 先ほど、訪問看護師がかなり増えてるといっていたが、今の鈴鹿地区での需要と供給のバランスは、どのような状況か。

⇒ 各地域別でそこまで分析できている資料はないという状況。それぞれの地域で、病院に勤務する看護師数、訪問看護師数、介護施設で勤務する看護師数等については、データが出ているが、それが需要と供給と繋がっているのか、そこまで分析できていない状況。

○ 人材不足の話で、実は介護支援専門員は、すごく高齢化している代表格みたいな職種で、県が管理されているということだが、更新研修の値段など、細かい話をすると、県によって全然違う。また、介護支援専門員は処遇改善加算が、今回の改定でもつかない。在宅を支える、特養、老健、介護医療院、グループホームでも、介護支援専門員配置の義務があるので、考えてくれるとありがたい。

○ 訪問看護の需給で、訪問看護については、小規模の事業所は、断られたりすることがある。これからの需要を考えると、全然足りないんじゃないかと思う。特にサ高住などをサ

ポートする看護師をどういう位置付けにするかはっきりさせてほしい。今本当に宙ぶらりんになっている。サ高住みたいところで、踏ん張れる医療があればいいと思う。ACPの話で言うと、市民はやはり在宅医療を求めているが、家族のサポートがなかったり、家族に遠慮したり、色々なことで、結局施設を選ぶ方が多いと思う。もう少し在宅系のサービスを充実してあげれば、本来の希望である在宅生活を選ばれる方がもっと増えるんだろうと思う。

### 3 外来医療関係について

#### (1) 紹介受診重点医療機関について (資料3)

<事務局から説明>

- 紹介受診重点医療機関を選定するにあたり、令和5年度外来機能報告の結果に基づき、意向を示す医療機関の基準の充足状況等について説明する。

<主な質疑等>

なし

(資料3について、委員全員が了承した。)

#### 全体を通じて

<主な質疑等>

- ご家族が在宅でケアするのはなかなか大変な話で、介護保険自体が手助けをしてるっというと思うのだが、老人ホームなどで看てもらおうというのではなく、在宅で頑張られているご家族にもう少し何か応援ができないのかなと思う。

以上