

## 審議会等の会議結果報告

1. 会 議 名	平成29年 第3回 地域医療構想をふまえた松阪市民病院の在り方検討委員会
2. 開 催 日 時	平成29年9月25日(月) 午後5時~午後6時30分
3. 開 催 場 所	松阪市役所 議会棟 第3, 4委員会室
4. 出席者氏名	出席委員 ◎末永裕之、○伊佐地秀司、長友薫輝、野呂純一、 小山利郎、山路 茂、桜井正樹(◎委員長 ○副委員長) (事務局 内田寿明 部長、武田裕樹 次長、松山吉仁 会計担当監 脇野光弘 経営管理係長、堀畑利治 総合企画室副室長)
5. 公開及び非公開	公 開
6. 傍 聴 者 数	50名
7. 担 当	松阪市民病院 事務部 経営管理課 TFL 0598-23-1515 FAX 0598-21-8751 e-mail keisui.div@city.matsusaka.mie.jp

### 協議事項

1. 第2回在り方検討委員会の振り返り
2. 意見交換

### 議事録

別紙

## 第3回地域医療構想をふまえた松阪市民病院の在り方検討委員会 議事録

開催日時 平成 29 年9月25日(月曜日)午後 5 時

開催場所 市役所議会棟 第 3, 4 委員会室

出席者氏名(敬称略)

出席委員 末永裕之委員長、伊佐地秀司委員、長友薫輝委員  
野呂純一委員、小山利郎委員、山路茂委員、櫻井正樹委員

オブザーバー 三重県健康福祉部医療対策局地域医療推進課  
井端清二 田中直子

欠席委員 なし

内容 議事 ・第2回在り方検討委員会の振り返り

・意見交換

会議は公開とする

傍聴者数 50名

### 事務局

定刻となりましたので、ただ今より、第 3 回の地域医療構想をふまえた松阪市民病院の在り方検討委員会を開催いたします。委員の皆様におかれましては、大変お忙しいところ、また、午後 5 時からの委員会開催ということで、ご出席を賜り、誠にありがとうございます。本日の委員会でございますが、「審議会等会議の公開に関する指針及び運用方針」により、原則公開の立場をとっておりますので、よろしく申し上げます。

また、第 1 回、第 2 回の委員会同様、報道関係者および一般傍聴者の方々につきましては既に入室いただいております。報道関係者の傍聴につきましては写真撮影、録音のご了承をいただきますようお願いいたします。

報道関係者、および傍聴者の方々にお願いがございます。受付の時にお渡しいたしました、傍聴の心得を遵守いただきますようお願いいたします。報道関係者の方は写真撮影、および録音を行っていただいても結構でございますが、写真撮影につきましては審議の妨げにならないよう冒頭部分で撮影を終えていただきますよう配慮をお願いいたします。

本日の出席委員は7名全員でございますが、三重短期大学の長友先生が少し遅れて出席いただくということで連絡をいただいております。現在7名中 6名で、3分の2の委員の御出席をいただいておりますので、本委員会設置要綱第3条第4項の規定により本会議が成立していることを、ご報告いたします。

本日は第 3 回目の委員会でございます。前回の委員会の振り返りと、意見交換を行っていただくということで、そのための資料を少しご用意しております。よろしく申し上げます。

なお、委員の皆様にも、願いがございます。この後皆様からご発言いただくこととなりますが、発言の際には、席に置かせていただきました、マイクのスイッチを押していただき、ランプ点灯の確認を

いただいてから発言いただきますようお願いいたします。議事録の作成のため、ご協力のほどよろしく申し上げます。

それでは、末永委員長には、このあと議事の進行をお願いいたします。

## **委員長**

それでは第3回あり方検討委員会を始めます。今まで2回にわたり検討してきました。もうこれはどこの地域でもそうなんです、これから高齢化社会が更に進みます。その中で国としては2025年を目途とした地域医療構想についていろいろ言われているわけです。残念ながら明るい話は全くありません。全くありませんけども、その中で松阪のこの地域で持続可能な医療をどう保証していくか、どう提供していくかということが、この委員会に与えられた一番大きいテーマだと思っています。

今まで1回目2回目でも強調しましたが、松阪市民病院は本当に努力してきている。努力してきているからこそ、今こういう経営状態にあるんだけど、では将来通じて上手くいくかということと今までほとんどの努力がなされている。これは松阪市民病院だけではなく、全ての地域で頑張ってる、地域医療を守っている病院の全てが、今非常に苦労しているところでもあります。その中でやはり人口減があるとか、いろんな状況がある中で、ではどうするかということと今まで議論してきました。

今日もまずその資料の説明についてですが、特に第2回のあり方検討委員会の振り返りにつきまして、これを中心にまず事務局の方よろしく申し上げます。

## **業務支援担当（トーマツ）**

それでは事務局より資料1のご説明を差し上げたいと思います。

お手元の資料をご覧ください。まず第2回在り方検討委員会の振り返りというページから始めたいと思います。

4ページをご覧ください。第2回委員会の委員の方々からの発言の要旨をこちらに2ページにわたってまとめをしております。少しご紹介していきます。まず上から二番目、医師の派遣の問題という観点について、三重大学は、研修医の確保の努力はしているが、研修医が現場で力を発揮できるには10年ほどかかるだろうという中で、3病院が重複する急性期医療を行っているということはそれぞれの診療科の医師数が少なくなり医師への負担となっており、また対象とする疾患も重なることでもあり、効率的にできるとよいといったご発言がありました。

また市民の願いという点では、松阪市民病院だけが不利にならないことを懸念している、ということや、次の3基幹病院のあり方という点につきましては3行目のところですが、中小病院に転換を求めることも酷であり、3病院の中で検討するしかないだろう。急性期病床をそこそこ減らすくらいに留めないと、病院が無くなってしまうのではないかと懸念のご意見もありました。

そして次の調整というところですが、2行目のところ、3病院ともに院長はオーナーではない。市民病院の方で率先してある程度考えをまとめていく必要があるだろう。外圧によって変えるのではなく、我々自ら話し合いによって再編していくことが望ましいといえるだろうというご発言もありました。

それから政策という観点からご発言もありました。この点では下から2行目の部分です。次回の診療報酬の改定という中で、重症度、医療・看護必要度の基準が28%以上になるのではないかとと言う話が上がっている。急性期病床を減らすという方針は間違いはないだろう、ということでご発言をい

ただいています。

次の5ページをご覧ください。こちらにつきましても上から順に少しご紹介をしたいと思います。急性期から回復期への転換という点でございますが、こちらにつきましても2行目後半からでございます。ケアミックスは何病棟作るかという問題がある。10対1に転換すると、看護師の過重労働が問題となるのではということで、急性期から回復期への転換という中では単純な収入の話ではなく、看護師の過重労働といった部分についてもご発言がありました。

次に医療職の適正人数と言う話です。2行目のところですが、これから全国的に病床数が減るとしても医師が余ることはないだろう。医療の専門性や働き方改革の中で、医師が余るという将来は考え難いのではないかというご意見がありました。

そして委員長の先ほどのご発言のとおり、松阪市民病院はこれまでの経営努力、よくやってきたという、打てる手は適切に打ってきているという点で評価されるというご発言もありました。

介護という観点から発言もありました。急性期のベッドが減るとなれば、その後、影響を受ける介護施設が充足されているのかという点は大事な点の一つだというようなご発言もありました。

そして救急搬送という話について、松阪市の救急搬送件数が多いが、3病院の救急輪番体制機能は全国的にも誇るべきであり守るべきものであろう、ということでございます。

そして次回委員会に向けてと言うことですが、一つ進んだ議論を本日させていただければということで、委員の発言としては以上のようなところでございます。

6ページをご覧ください。こちら第2回の資料から抜粋をしております。

上の部分ですが、地域医療構想により病床調整が行われ、3基幹病院の急性期病床を一律に削減した場合、医師の確保は困難となり、輪番で行っている二次救急体制の維持は困難だと想定されます。これを回避し、松阪地域の救急医療体制を守るための方策が必要だ、というような形でまとめをさせていただいております。

次の7ページをご覧ください。こちらは診療密度区分別での病床数等の推計結果です。こちらのグラフはいずれも三重県下の急性期と言われる松阪市民病院を含む急性期病院のグラフですが、どの病院も病床数の概ね4割程度の割合で急性期だけではなく、回復期以降の患者にも対応しているということが第2回の中で確認されました。

右下ですが、今後急性期と見なされず、回復期病棟等への転換の協議が求められ、かつ診療報酬上の急性期病床として、点数を算定することが難しくなる可能性のある分が実はいずれの病院でも4割程度あるということでございます。

次に8ページです。先程の4割程度というところをベースとして、これも第2回からの抜粋になりますが、上の部分の表は、病床機能を急性期から回復期に転換をした場合、松阪市民病院を前提としていくらかの減収、収入の減のインパクトが出るかというのを試算しています。

第2回では、※印のところに書いてありますが、感染症病床については前回の資料では含んだ形で計算していましたが、その点、感染症病床を除いて改めて算定しています。

その結果ですが、現状、7対1入院基本料の割合というのは87%だということです。それを6対4の60%まで転換を図ったということで、数でいえば83床と言う数になりますけれども、年間収入が6億減少するということが見込まれて、病院の経営に大きな影響を与えることが想定されます。



そして一番右側ですが、高度急性期・急性期機能の対象外のその他の入院といったところですが、こういった入院に関しましてはその役割を担う入院機能の整備が改めて必要になるということです。

このように、従来回復期と言いますとリハビリテーションをしてというようなことが中心的なイメージになっていましたが、地域包括ケアシステムの構築の中で医療といった部分を構築していくためには、回復期機能に求められている役割というのが増加する在宅診療や幅の広い対応ということで、回復期機能の幅という期待役割が広がっているということです。

13 ページをご覧ください。公的医療機関等 2025 プランの策定というページです。

14 ページの方に概要を記載しておりますが、昨年松阪市民病院も策定した改革プランがありましたけれども、本年度は自治体病院のみならず公的医療機関等に対しても、地域医療構想の実現に向けた具体的なプランが求められることとなりました。少しご紹介いたしますと、厚生労働省から8月4日に発出されたものです。基本的なプランの方針ですが、地域医療構想の達成を最終目標とした記載であること、そして地域医療構想調整会議における具体的な議論を行うための記載であること、といったことが基本的な方針となっています。

特に1点目の地域医療構想の達成を最終目標として記載するという点に関しましては、地域ごとに適切な医療提供体制を再構築すること、そして病床機能を将来の医療需要に合わせること、といったことに配慮が必要だというようなプランになっています。対象医療機関は公的ということで、日赤、済生会、厚生連、国立病院機構等ということです。この松阪市を支えている松阪市民病院ほか、済生会それから厚生連といった病院群も、この2025プランの中で地域医療構想を達成させるということ为前提とした2025プランの提出が三重県の方に求められているというところで、提出期限は都道府県ごとに異なりますので、三重県の場合は9月末ではないかもしれませんが、期限を設けて、2025プランを地域医療構想調整会議の中で提出をするようにということで、地域医療構想に対する考え方を表すということが、他の医療機関でも発生しているという報告です。

最後に16ページをご覧ください。こちらで課題を家に例えた形で最後に取り纏めをしたいと思えます。左側が現状のところ、三つの柱の病院が屋根に相当する医療需要を支えています。これら三つの病院は土台となる医療関連政策の影響を受けながら支えているような状況です。

これに将来の変化という大きな矢印を支えています。将来、高齢化そして少子化というものが進んでいくということを想定すると、右側の図画が検討すべきというようなところを表現していますが、まず屋根の医療需要につきましては、疾病構成の変化はあるものの、2030年までは入院患者は増え続けるだろうとの想定がされています。そういう意味ではこの屋根というのは大きくなっていくということ、そして、今回はもう一つの山ができております。地域包括ケアシステムで、在宅医療の緊急時の受け入れ、こういった観点からも医療需要というものが新たに発生していくことを考えられますので、こういった総合的な屋根を支えるための柱が必要というところではあります。

3 基幹病院の課題は、病床のあり方、そして救急対応力の維持、医師の確保、この三つの課題から3基幹病院がどういった形で存在することが、この医療需要を支えることができるかというような議論が必要であるということです。そして影響する医療関連政策につきましては、先程申し上げたとおり、急性期の病床の過剰に対する圧力が診療報酬の改定の中で発生するかもしれないというこ

ろで懸念がありますので、こういった中で3基幹病院の役割を議論する必要性が生じているというところでは。

最後のページ17ページをご覧ください。こちらに当委員会の目的と担うべき役割という事で記載しています。20年先、30年先も松阪地域で地域住民が安心して生活していくために主要な医療サービスを絶やさず維持継続していくための方針を決め、市民病院としてあるべき姿、役割や機能、運営形態などについて、市民にとってより良い医療体制や市民病院の方向性、将来像について提言、答申を行うということが目的であり役割だということで本日の報告を終わらせていただきます。

## 委員長

ありがとうございます。今ここで出た2025というのは、言うまでもなく団塊の世代が後期高齢者になる時ですが、それから10年15年ぐらい、2040年ぐらいが一番亡くなる人が多くなる、多死の時代になるといわれている。それは、今は大体130万人ぐらいが1年間に亡くなって、それが160万人ぐらい亡くなる。それを病院だけで引き受けられるかということもあって、在宅死をどこで迎えるかということも合わせて議論になっているところです。

この医療需要なんですけど、正直言いますとこの地域の急性期は減っていくでしょう。それでも心臓血管系の疾患とか脳卒中も含めてですけども、あるいは癌もある程度は増えていきます。で糖尿病なども増えるでしょうけども、それ以外若い人たちの病気は人口減に伴って減っていくということもあったりする。そういうところでどんな医療提供体制を考えるかということになってくる。

今までいろいろお話伺いましたけど、特に第2回での委員会での発言をまとめていただいておりますが、やはり3つの病院に大学の第1外科から医師を出しているという、これはなかなか大変であるのはその通りだと思いますね。それぞれの病院の外科医が疲弊している。それを良くするためにはという話が出ました。もうひとつは今働き方改革の話がいろいろ出てきておりまして、特に医者の方の時間外を制限しようという方向性があります。その中で時間外もある程度規制していくという方向が多分出てくるわけで、あと1年半ぐらい経つと、医療だけは別になっていまして今検討しているところですけども、そういうところに労基が入るようになってきて、医師の働き過ぎについていろいろ指摘されるようになっていまして。

そういうところで、病院の方から言いますと、救急をやっているところに一番負担がかかっています。そうすると救急を実施しながら働き方のことを目指そうとすると、医者が1.5倍ぐらい必要になる。でも医者が1.5倍などできるはずがないです。そんなことしたら経営的にも成り立たなくなるということもありますけど、そもそも医者がそんなにいません。当直やれる医者が。そういうようなこともあったりして、ではどうするかという事が非常に問題になってきています。もちろん救急車の使い方とか救急外来の使い方について一般市民に対していろいろアピールしていくということも必要ではあるかと思っております。でも、そういうことまで出てきた中で、さらに2025年度問題ということを考えなくては行けない。

冒頭からも言っていますけども、市民病院のドクター本当によく働いている。ドクターだけではなくて看護師、コメディカルも本当によく働いていただいている今があると思っておりますが、今まで良かったよというだけではもう先程から言っておりますように、もうこのままやって行けばいいという保証には全くならないというそういう状況がある。そういうところで委員の先生方のご意見もいただきたいと思いま

す。最後の問題をもう少し後にして、今どうするかという問題と、もう一つ追加すると、公的医療機関の 2025 プランが出てきました。今までは公立病院の改革プランというのが話題になっていたわけですが、それが公的病院まで広がりました。そして公的病院については、例えば思うように病棟の転換が効かないというところには、知事が命令することができるということになったようです。

今度の公的医療機関についても地域医療計画に沿ったような改革をしていくという中で位置付けられるようにはなったわけで、そう言う意味では今話題になっているこの近辺の 3 つの病院ともこの地域医療構想に向けて同じ歩調で歩み出すというところは間違いない。ところが県が、県知事が命令できるのはやはり多分、自治体病院だけということになりますね。そういうようなことも踏まえてお考えいただきたいと言うふうに思っております。

さて、このような話を 2 回してきました。今後、我々が考えるべきは、この地域で永続した良い医療を提供する体制をどう作るかってことだというふうに思いますが、何かご意見ございませんでしょうか。

## 委員

なかなか難しい質問でございます。確かにこの地域 3 つの公的病院、基幹病院がそれぞれ頑張ってきていただいております、救急医療もそうでございます。365 日、救急車の受け入れをし、あるいは紹介状のある患者さんはきちっと診ていただく、こういう状態がずっと続いてきております。そこで先ほど委員長もおっしゃいましたように、病床が削減されるというような事態が起こって参りますと、当然医師の数が減ってくる。そうするとやはり救急医療がこのまま維持できるという事はとても考えられません。

それから市民病院自体、現在どうかと言いますと本当によくやっております。ただ稼働率がなかなか伸びていかない。どうも国の方の数字を見ておりますと稼働率 80%ぐらいまで引き上げればこれベッドの削減は本来ないはずではないかと思えます。

※病床稼働率:[その日の終わり(24 時)に入院している患者数+その日に退院した患者数]÷病床数

※病床利用率:[その日の終わり(24 時)に入院している患者数]÷病床数

## 委員長

一般的によく言われるのは、経営を安定化させるためには病床利用率 80%ないと厳しいといわれています。ただし、今問題になっているのは平均在院日数を短くすると、利用率稼働率とも下がる。平均在院日数短くしても、新しく入院する患者さんがそんなには増えないという現実がある。よほど患者さんが集まる場所でないと、部屋を空けるために平均在院日数を短くするというインセンティブはなかなか働かない。というのがあります。今は 80%くらいあるけれど、平均在院日数を短くする方向に行く、そうすると病床利用率は下がるというのは全ての病院がそうなっている。ということは、そういうことをもって日本は病床数が多すぎるといわれることにもつながるということだと思います。

## 委員

大学の仕事が入っていて遅くなり申し訳ないです。私からは、今の人口減少という地域においては、やはり人口減少社会において、医療をどうやって維持していくかという事と、あとは医療が縮小してくると人口減少に拍車をかけることになるので、それをどうやって食い止めるかということを地域で考えて、そういう時に理念として考え方として、競争というよりも協働ということを考えていく必要があ



るということはいえる。これは医療に限らず社会保障全般そうだと思いますし、それ以外の面でも競争より協働ということをいかに仕掛けていくかという事。それがまず大きな一点。もう一つは事前に自治体病院改革ガイドラインとか 2009 年度に出たり、実はそれよりもっと前には国立病院の病床再編制計画というのが 1986 年に出ています。

歴史的に見てもやはり、自治体病院に対してあるいは公的医療機関に対しての改革を促していく政策というのが以前から取られてきているので、やはりそれを地域でできるだけ早く受けとめて、地域でどういうふうに医療を維持していくかということと、あと、人口減少等もそうだし、どうやって地域の魅力を高めていくか、そういう中に置かれてるのではないかなと改めて思います。

## 委員長

ありがとうございます。私も、国が中小規模の国立病院をいち早く民間移譲とか診療所にした、あるいはそれを一部自治体病院が引き受けたというところもありますけど、国のそういう方向性が極めて早くて、本来的にはそういうところ国がもう少し機能を果たしてほしいと思うところもあります。そういう中、確かに日赤にしても、厚生連にしても地域の本当に 200 床以下の病院は今、どうなるのかという辛い思いを強いるというのも現状です。

## 委員

私、大学病院長いこと努めて日赤にも出たことがあるんですけども、良い医療をするというのはやはり人、マンパワーですね。マンパワーがあって、そこへ患者さんが集まってきて、その沢山の人数で、今は特に高度医療、特に急性期に関しましては一人の患者さんに対して幾つもの科が連携してやらないと助からないという事ですけど、昔と全然違うようになってきたわけですね。

それができるような病院というのはやはり各地区で一つとか二つぐらいないといけない。今までのようなこの病院でも同じような医療ができるというのはなかなか難しいです。ですから、かなり地区ごとでもやはりセンター化とかそういう事をやっていかないと、良い人材を集めてそこで高度な医療をやっていくというのを考えていかないと、良い医療というのはできない。それともうひとつは急性期を終わったところで、回復期に至ったところではその回復期を専門にするような病院の方を考えていく事によって、在院日数の軽減にもつながりますし、そのあとの患者さんのスムーズな連携ですね、回復期から慢性期、それから在宅の方、そういうことを地域全体で考えていかないと一つの病院だけが勝とう勝とうでは駄目だと思う。そういう物事を考えてかないと駄目だと思います。

## 委員長

6 ページを出してください。3 つの病院だけが良ければいいというわけではないということを前にも話しましたが、ここの中の例えば三重ハートセンターの急性期 51 床、これは変えようがない。急性期ではないことをハートセンターにやれと言ったら、経営が成り立たない。また、松阪厚生病院や大台厚生病院の急性期は召し上げるというわけには行かないと思います。受け皿がなくなってしまうので。例えば、回復期でしたら、在宅で診る人を全く受け入れてもらえないというような病院もまた困るわけで、地域包括ケア病棟がそういう役割があるとはいえ、そういうところばかりではなくて、民間病院にも引き受けてもらわないと、成り立っていきません。そうした中で、人口減等も含めた急性期を減らして回復期を増やす、回復期を増やすというのは、これにいろんな機能があるものですから、やりようだというところもあると思いますが、急性期を減らすというようなことがあまり大きく出すぎます

となかなか大変だと思います。そういうところも維持しながら、でも 150 床は減らさないと、というような話になりますと大変になってくるということは、今松阪市民病院の急性期が 267 床ですか、267 床でもし 50 床くらい減らすとあって 200 床くらいになると極めて効率が悪くなってしまいますし、医師の数が減ったらそういうこともできなくなってしまいますしというところがあります。

一方で、例えば松阪中央病院とか済生会松阪総合病院の方に、お宅も 50 床減らしてねとは言えないです。だから最初に言いましたけども、県がもし指示するとすればそれは自治体病院しかなくなってしまうことになる。そうすると松阪市民病院だけそうやって減らされたりしたら、ではこの機能はどうなるのというところまで含めて、この会議でいろいろ考えて行かなくてはいけないと私自身は思っています。

## 委員

先生方とは違って専門のほうはわかりませんが、いわゆる連合会代表、16 万 8 千市民の代表として思いを言わせていただきたいので 4 つほどお尋ねしたいと思います。市民にとって市民病院は市の税金が投入されておりまして、そこで働く職員も信頼できるわけですね。そのために他の病院とは違って本当に安心感がある、そういう病院だと思っています。その中でこの市民病院がものすごく大きく舵を切っていく議論がされていると思われまます。その中で、この市民病院は無くならないように検討していただきたいと思います。

それからベッド数の削減についてなんですが、市内の3つの総合病院の入院患者は非常に多い。第 1 回目の資料 20 ページに記載されていますように三つの病院の病床稼働率が 70%から 80%と、そんな中で、救急車の出動回数も松阪は特に多いと聞いてます。そこで、これまでの資料で第 2 回目の資料 12 ページ、そして 3 回目の資料の 16 ページに記載されてますように、2030 年までまだ患者はそんなに減らないということですね。それまで増加していく中でベッド数を削減されていくという議論が何か理解がしにくい。そうすると入院したくてもできないということが起こってくるのではないかと、まあ単純な質問なんですが。

それから雇用の確保についてです。病院経営については様々な要因があると、難しいと伺っていますが、そこで病院で働く職員さんの雇用についてですが、今回 3 回目の資料 9 ページに、医師の減少が懸念されると示されております。医師が減るという事はそのの周りに働く医療技師や看護師が減るとい事と思います。医師の先生方は出身の大学病院へ戻れるかもしれませんが、技師や看護師や事務の方の働く場所がなくなる、いわゆるリストラになるのではないかとこの思いもしています。

そうした中で今こうして行っている議論、そして今後この議論が、松阪区域全体の医療提供体制どのように広がっていくのか、そしてまだどのように広げられていくのか、今後の見通しとお考えを聞かせていただきたいのでよろしくお願ひします。

## 委員長

ここは私の考えでどうこうではなくて、ここはあくまで皆さんの意見を伺ったうえでいろんな方向性が決まってくるものとは思っています。

## 委員

自治会連合会長さんの言われることは全くごもつともございまして、これから 2025 年も今までの医療で言うところのご老人は増えるんです。だから患者さんは増えていく。ですが、私が非常に困ったと思うのは、その地域医療構想というのは法律でできてしまっていて、今までどおりの高度急性期・急性期の病床はもう認めないと。これはもう国の方針なんですね。話し合いだけで無視すればいいではないかという議論が成り立たないのは、診療報酬というのが私どもにございまして、これは、ある医療をしたらこういうお金を払いますと言うもので、厚労省が 2 年に 1 回決めてます。その中で、今まで地域医療構想と診療報酬は別のものだということだったんですが、実は昨年ぐらいから地域医療構想を実現するために診療報酬を決めてくるということ厚労省が言い始めてます。どういうことかといいますと、要するに先ほどから出てますけれども、沢山の人員を投入して、沢山の手術をして、沢山の患者も集めて高度なことをする病院にはお金を払います。その基準をクリアできない病院に対しては、もうお金は払わないような基準を設けてくると、そういうことをはっきり言ってます。

それで、松阪 3 病院がどうかと言いますと、今ここに書かれているようにほとんど似たような医療をしています。中央病院が高度急性期・急性期という範疇の患者さんは全体の患者の 61.5%、次は松阪市民病院で 59%、済生会が 58%ぐらいです。要するにほとんど一緒の医療をしていると。ただし、こういう医療がいつまでも継続してくかという多分厚労省はこれを許してくれないです。

そうなりますと、先程から委員長が言われるように、話し合いですって話し合いがつかなければどうなるかという、県知事が権力を持って行えというような感じになってる、指示ですね。だからこれはね、我々本当に困りまして。そこでもうどうにもならなくなりまして、このままでいくと先ほど言いましたように、検討でも出たように、例えば 3 病院平等に減らした場合、当院の減収がだいたい 6 億円くらい出てくる。減収は医業収益としての減収です。ですので、その減収分の 6 億円を市が全部さらに負担してくれるかという、これはもうありえないですね。そうすると結局のところは規模を縮小しなければいけない。縮小するのは当院だけではなくて、残りの 2 病院も多分同じような格好になってきますので、このままで行くと三すくみになって共倒れになると、それは決して市民のためにはならないというふうに私は思ってます。

少し院長としての話をさせていただきますと、私が一番考えなければいけないのは、今実際働いている従業員の雇用確保です。これが第 1 なんです。それ以外はもうないと言ってもいい。なぜかという、雇用が確保できれば、少なくとも今の医療水準ぐらいは維持できるんじゃないかと思っています。ただ、それが今のままでいたら絶対に 100%確保できない。ここはもう私今まで市民病院のすべての手を打ってきましたけども、あと 3 年間は頑張れるかもしれないけれども、その先はもう無理なんです。どうしても。

## 委員

すいません。確かにある部分では理解したんですが、やっぱり振り返って考えてみると、先ほど委員長さん言われたように、大きな病院はなんか利得があって、自治体の病院の方へしわ寄せが来ているような懸念をします。だからそこを私は最初の会議で言ったように、3 病院がここに寄って議論してもらった方がいいと言った。うちだけがなぜこんな苦しい思いをせないかんのか。私はそこが一番不安なところなんです。だから県知事がされるなら県の方へ我々も行って、要望書出すとかいろいろこれからの活動がありますので、そこをあえてお尋ねしたということでございます。私のこの思

いも理解していただきたいと思います。

### **委員長**

今、委員のいわんとしていることについてはよく理解しています。ただ、私がこういうふうな役割をしている一番の基本になりますのは、この地域における医療をきちんとしたものを維持していかなくてはいけない。永続的に、というところでお引き受けしているわけで、私がどうこうするつもりでここへ来ているわけでは決してございませんので、そのあたりはご理解いただきたい。

### **委員**

前の所へ振り戻るかもしれませんが、市民病院のビジョン 4、2016 年から 2020 年のビジョンの中に、ポジショニング分析というのがされておりまして、どういった部門を強化しようという、強化順位まで書いてあります。これこそがやはり今後の市民病院のあり方の一つの姿だろうと思う。そこでもう一度改めて院長先生にその辺についてご説明いただけますか。

### **委員**

ビジョンを作りましたのが 2016 年でありまして、まだ本格的に地域医療構想が進んでいない時期でもありました。そのポジショニングとかを書いたのは、あくまでも 3 病院が今までどおりの格好で存続するという前提で作ったものでございます。

今までどおりの平等な中で戦っていくために、どういうふうな戦略をとるかと言うのはそのビジョンです。ところが 2016 年度の最後のところで地域医療構想が決まってしまうと、ビジョン 4 は作りましたけれども、抜本的に考えを変えなければいけないなというのが私の考えでございます。

### **委員**

せっかく素晴らしいビジョンをお立てになったんですから、これをどうやって前へ進めていくかという、それこそビジョンの方が大事ではないか。地域医療構想に負けないで。

### **委員**

負けないでとしたいんですが、国に喧嘩売ってもどうにもならないということがありますので。

### **委員長**

今回、こういう形で話が進んでおりますが、実際自治体病院全てが困ってます。というのは自治体病院も 300 床以下の病院が 7 割くらいあります。そういうところは全て大変ですね。

大規模病院は、そこそこ診療報酬の面でも前回の時なんかは良かったのですが、大規模病院でもこれからそんなふうにはいかない締め付けがあると思います。ましてや中小規模の病院は本当にこれから大変になる、民間病院から見ますと、どんどん自治体病院潰れるんじゃないかというような言われ方をしています。それが現状です。

### **委員**

そういうことだからこそせっきこのこのプランを、前へ進められたらいいかがか

### **委員**

もちろんそれは進めていくつもりではあります。ただ先ほど申し上げたように、それを進めていったとしても、3 年は頑張れるけれども、その先が見えない。診療報酬改定が来年度あります。そこで明らかに 7 対 1 を減らすために厚労省はいくつもの課題を突きつけてきます。2018 年度の診療報酬改定は、多分、看護必要度、重症度の値が 28%になると思います。その他にもいくつか出てきま

すが、多分その次の改定で、もっと劇的なことをして、2025 年になだれ込むための準備をするのではないかなと私は思ってるんです。それは、今のままで行って乗り切る自信は私にはありません。

### **委員長**

いま言われた 2018 年というのは惑星直列というような表現をする人もいますけども、医療法改正でみんな変わる。診療報酬改定があるという、その中で多分激変が起きます。それはある程度覚悟しなくてはいけないわけですが、それは激変の始まりではないかと、もっとこれから厳しくなってくると思う。だからこうしたいということ、それがとおるんでしたらそうすればいいと思うが、なかなかそういう時代ではなくなってくるということで自治体病院みんな今必死になっています。どうするかということで。例えば二つが一緒になるとか、そういうことまで含めまして今必死にいろいろ考えてるっていうのが現状です。

私は自治体病院ですし、その応援はいっぱいしたいというそういう立場でいますけども、なかなか厳しい時代が来てしまったというのが実感です。

### **委員**

わたしも今副病院長として大学病院の経営に関係して痛感しているんですけども、大学病院においても例外ではなくて、急性期・高度急性期の医療を保つということと、特に最近では、看護必要度、患者さんの重症度というものを考えていかないと、これから病院の報酬というのは保てないと。特に簡単に言いますと、一人の患者さんにどれぐらいの医療資源が使われているかということとを計算するんですね、要するに看護師が診る、あるいはいろいろなモニターを付けるとか、その病棟の中に何%ぐらいそれが必要な患者さんがいるか、それが保てないとそれに対する診療報酬は削減されてしまうという事です。それを保つにはかなりの努力がないと、それだけの重症患者を持たないと、その病院としての機能は保証されないということです。今は、稼働率、前は、1 年前までは稼働率を重視してました。稼働率を上げようと思えば少し入院期間を長くすればよかったです。入院して今度退院した時に入院する患者まで待つと長くなる。見かけ上は良くなるんですけど、実際それをやっていると患者さん一人ずつの重症度が下がってしまいますね。そうすると入院患者さんの重症度は低くなってしまいますから、結局のところは、病院の売上は下がってしまうのが現状です。そうするとそこまでのバランスをどうとっていくのかということが重要で、そのことを考えてかないと病院経営はこれからものすごく難しくなってくる、という時代になってくると思います。

### **委員**

8 ページの資料で、6:4 に転換して行くと約 6 億円減収になるということで、これは入院の収益なんですかね。費用の方も多分下がってくるんじゃないかとは思いますが、先ほどの職員の雇用の問題はあっても、費用も下がってくる。実際には差し引きどれくらい減るとか、あるいは先ほどからおっしゃってますように、今後、今の形ではどんどん厳しくなってくると、いう中で回復期の病床を増やしていくんだというような全体的な方向性があるわけですから、転換していった場合に、市民病院は回復期中心でやる、ということとやっていけないものなのか、それに対する逆にインセンティブみたいなものがないのか、そういうことで松阪市全体の中でそういう分野を担当するとか、そんな考え方はできないかということなんですけどね。

### **委員長**

参考になるかどうかわかりませんが、合併したところで成功してるっていうのは山形県に一つあります。山形県の酒田市立民病院と、それから日本海総合病院が一緒になった。酒田市立病院に新築等の話がありましたとき、日本海総合病院の機能を強化してさらに急性期の度合いを強くし、酒田の方は回復期を中心というふうにしたんです。実は大学の関係も、関連する大学が少し違ってたりすることがあったが、そこは割りにうまくやっています。うまくはやってますが、基本的には回復期あるいは慢性期といったところで、私は自治体病院がそれをやっても、ものすごく一生懸命やってもあまりプラスにはならないと思う。というのは民間ですと、効率化の中でそれがなされますけども、自治体病院はやはりいい医療を提供するということがありますので、手が抜けないんです。ということは人を少なくするというわけにはいかないですね。だからなかなか、ということなんです。でも考え方としてそういうやり方もないことはない、ということはあるということです。

## 委員

先ほどのお話なんですけれども、この6億円の減収を当然ながら容認できないので人を減らすという格好にしかありません。そうするとまず医者が当然減ってきます。それに合わせてコメディカルも減ります。ただし、昨今、人を減らして、リストラしたらうまくいくか、というとそうでもないんですね、実際の医療現場は。

ですので、こういう格好になっても何とかなるその時点でですね、特に私が考えている二次救急の機能を松阪全体で守るというところに答えがなくなってしまったものですから、市長が一番守りたいと思っているのも特に救急車に乗ったら松阪地区はですね、病院がやってない時間帯、どこにでもすぐ行けるというその機能だけはちゃんと守りたいという強い思いがある。それは私も一緒なんです。これは1回目の時にもお話ししたんですけれども、救急車がいけない状況というのは非常に医療人としても辛いですね。それを守ることが、第一に松阪地区の3病院にとっての一つ課題だと思っています。そうするためには医者の数を減らせない。絶対に減らせない。トータルで。

今言ったような格好で考えてしまいますと、やはり松阪市民減ります。医者の数が。これは松阪市民だけに限らない。これは非常に困ります。

## 委員長

今いろいろお話していますが、こういう本音の話を多分の方がいいと思う。私がこの役割を引き受けるときに、一番思いましたのは、先ほどから言っていますように、この地域における今後の医療、継続性のある医療をどう維持していくかということと、更に発展性がある方がよろしいですね。働いている人たちが、こういう形でよかったねっていうふうに最終的に思えるようなそういうなにかがしかの変革でないといけないというふうには思っています。

## 委員

院長言われたように、院長が一番懸念されている従業員を守りたいという先ほどの意見がありました。ぜひですね、それを前向きに進めていただいて、他に方法がないのか。あるいはもう少し税を投入するか、いずれにしても先ほどから知事の方針、国の方針といわれるんで、そうであれば我々連合会はやはり要望書を書いて何とか陳情とかしないことには、これも我々市民としては本当に切羽詰ってますので、そこを切実に考えていただいて、今後の検討をもう少し有意義に進めていただきたいのでよろしくをお願いします。

## 委員長

委員のご発言よく理解できます。ただし陳情に行ってどうこうできるようなレベルではなくなっています今は。医療の一つの方向性として、2025 年を見据えた医療計画というものが作られている中でのことなので、残念ながらちよっとそれは難しいというふうに思います。

## 委員

全体として、その急性期病床を減らし、回復期病床を増やしていくと、いう中で、医師を減らさずに済むということになるんですか。その辺が良くわからない。

## 委員長

これは次なる問題に移行していくことになるかもしれませんが、やはり規模が大きいところに医師は集まります。大学の方も派遣できるようになります。

では話がここまで来ましたので、続きの松阪地区の課題のまとめというところに一部入りたいと思いますが、その前にどうぞ。

## 委員

先ほどからのこだわりの市民病院のポジショニング分析の中から、要はセンター化だと思う。そのセンター化という松阪の中に3病院がありまして、それぞれがやはりセンターを持つてると思うんです。そのセンターを支援していただくのが大学病院だと思います。松阪地区にどのような形のセンター化がふさわしいのか、ご意見があれば伺いたい。

## 委員

まず、小児科がまずセンター化されていますよね。小児医療に関しましては今、松阪中央。分娩に関しては松阪中央と済生会、というふうになっているのでその辺はできて。外科に関しましては、できておりません。外科がなくなったら成り立ちませんので、そういうことになってないんですが、私としてはですね、今、外科だけの立場で言いますと、前も申し上げましたけど、松阪地区 3 病院で年間の手術件数は 1500 件くらい。これはすごい数です。

これもし一つでやると世界的なレベルの日本のトップのレベルになると思います。一つの病院でもしそれだけやれば。ですからそういう意味ではもったいない、本当は。それをもう少しまとめてやれば、一つのところに集まるとすごい医療ができると思います。だけど一つの病院ではキャパシティ的に無理ですので、少しその辺りをまとめていただけると、今いる人員がもっと活かされると思います。外科の立場とすると。

## 委員長

第 1 外科出身の先生方がやってるとだから、この地域に三つもあっても出してきたけれども、というところが言葉の端々に現れていたというふうに思います。今、一つになれば大変な仕事ができるというふうに言われましたけども、こういう地域でですね、1 強だけ残るというふうになると、その受け皿ということも含めまして、なかなかこれは大変だというふうに私は思います。

そうすると、例えば一番今入院患者数等が大きいのが、厚生連の松阪の中央総合病院ですよ。もし、それが、松阪中央総合病院が 2 番目 3 番目と組んだら多分そこが 1 強になってしまって、もうひとつは存続できなくなると思います。1 番目と 2 番目でくっついても 3 番目が駄目になる。1 番目と 3 番目がくっついても 2 番目が厳しくなる。そうすると、1 強ではなくということになると、例えば 2

番目 3 番目が連合するというようなことも可能性として、重ねて可能性として申し上げるとあるということになる。そういうことは、ありうるかどうかということのご検討を一回していただいたらどうかとも、思わないでもありません。いずれにしても、3 強ということはあり得なくて、3 すくみになっていく、これからそういうふうになっていく可能性が非常に強い。そうすると、どうかというふうなところで。

もちろん 1 強というお話もありましたけども、ただ 1 強というのは、その他のところがないと、送り先も含めて大変だなと思います。

## 委員

その 2 番と 3 番が一緒になっても医師の数は減るということですか。

## 委員長

そんなことはないです。大きくなれば、たとえば 1 つ目は困るかもしれませんが、でも 2 つ目 3 つ目が仮に一緒になって両方が切磋琢磨してやればそれはいいことだと思いますが、もし、今のこの二つが一緒になるようなことがあれば、そこには大学の方も資源の投入というのは非常にやりやすくなる。そうじゃなくても、今いる人たちが集まっただけだってかなりの数になる、医療者そのものが増えますので。という可能性はあるじゃないかというふうには思います。これは委員の皆さんからいろいろ意見を言っていて、その次なることも含めて考えていくということになるのではないかと思います。

## 委員

今の医療というのは、特に高度の急性期の医療では一人の患者さんに何人もの医者が必要です、昔と比べて。私たちが卒業したころは一人の患者さん一人で、先生もそうですけども。だいたい全部、外科といっても甲状腺から乳腺も、食道も、胃も、大腸も肝臓の手術も胆道の手術も全部やってきました。今はそれではもうだめですね。というのは例えば群馬大学でも問題がありましたでしょう。肝臓の手術で死亡率が高かった、専門性をより求められてますので、今は消化器外科の中でも、例えば私でしたら肝臓、胆道、膵臓を専門にしている。そこを専門にやって高度な技術を持っていくということで、ですからそのところで、レベルが段々向上してますので、その病院が統合したといって医者が減らされる、そういうわけではないというのが現状。

## 委員

厚労省の今までの政策の流れを見ていますと、逆にそういう高度の医療ができて患者を集めることができる病院だけを、高度急性期・急性期病院として認めて、お金を落としたいと言う政策が見えてきてます。ですので、あと 3 年ぐらいまでは、このところかなり曖昧なまま行くんですが、その先は 2025 年に大きなしっかりとした、非常に高度な沢山の人員を抱えてできるような病院以外は急性期をするなっていうような、そんな状況になっていくのではないかというふうに、私自身は思ってます。なので 300 床未満、200 床前後の自治体病院というのは非常に今苦しんでいるという状況ですね。

## 委員

いずれにしても、これを変えられないというのが根本的にありますので、それならこの状態を何とか乗り切れないのかという、模索がないのかな。素人考えとするとですね。専門家ではないのでその辺は難しいと思うのですが、まだそこら辺を検討していただいたらありがたいかなと思います。



## 委員長

何度も言っておりますが、私のところの病院も経営は結構良い状態できています。558床の病院なんですけども。でも、やることを本当にやってきたという感じがします。これから先何ができるかという、これは診療報酬が変わる度にいかにうまく対応してくしかないな、というそれぐらいになっています。うちの病院なんかはもう、地域包括ケアとかそういうことは一切できませんので、急性期・高度急性期でしかいけない。

松阪市民病院を見ていて、病院の歴史にもなぜか私はいろいろ関与しているというか、よく耳にすることが多くて知っているのですが、本当にそれぞれの状況に合わせて、施策に合わせたいろんなことをずっとこのところやってきて今がある。そういうところはもう絶対的に市民の皆さんも評価していただきたいと思います。そういう人たちが逆にベッドを減らさなくてはいけない、働く場所がなくなってしまうということは、これは困るところがある。一方で。

## 委員

もう一つは、私たち在宅介護という言葉を書く。残念ながらこの中山間地の在宅介護は誰がするのかと思います。一人暮らしとか、介護に介護が必要なんです。そのような地域に当然地域の医者もなくなってきました。在宅介護したときに、その手当もできないような状態を生んでくるので、そこら辺の国の方針もおかしいのかなと思っています。

## 委員長

それについては私が厚労省の代弁をすることもないんですけども、国のほうとしては、特に僻地、山間部のところも含めまして言ってますのは、例えば住まいの問題も絡むわけです。共同住宅とか、サ高住(サービス付き高齢者向け住宅)のようなものとか、そういうふうなドクターが何カ所も回らなくてはならないというのではなくて、一つの共同住宅なんかに住んでいけば行きやすいですね、みたいな言い方をしてそういうことを進めてはいます。これは国がもう少し面倒見るところがあったほうが良いとは思いますが、それぞれの都道府県、あるいは市町村の自治体にもある程度考えていただくということになるのではないのでしょうか。そういう事で、在宅につきましては委員が言われますように、老老介護やっていると独居だとかの老人が非常に増えてきますので、これはまたこの問題とはちょっと別に多分市の方でもお考えいただくことではないかなというふうには思います。

## 委員

地域包括ケアというような話になってくると思うんですけども、その中でも市民病院としてもやはり役割というか、今、言われたようなことに対して、何らかの対応してるような役割というのがあるかなとも思いますので、その辺も含めて今後の方向性を考えていかなければと思う。

## 委員長

例えば地域包括ケア病棟みたいなものと、在宅で診療所の先生方との連携といったものは多分1番必要になってくると思います。その中では、地域包括ケア病棟がどちらかという平均在院日数が長くてもいいからたくさん留めておく、というような意味合いで使われていることが多いですが、それは、急性期が終わった後の患者さんだけではなくて、在宅で急性期の疾患を患ったとか、何かあった時に受け入れられるような、そういう病棟、その意味で地域包括ケア病棟を使うべきだというそういう意見もあります。それぞれの地域で地域包括ケアというのは本当は、少し話は外れますが、多

分中学校区域ぐらゐを単位にして、診療所の先生方がある部分カバーしつつ、市民病院みたいなところと連携をとって、入院させなくてはいけない人は入院させるとかそういったシステムもこれから構築していくということではないかと思ひます。

## 委員

私も地域包括ケア推進会議というのを松阪市でも関わらせていただいて、皆さんにご協力いただひてますが、今言われたように、まさしく地域包括ケアシステムやろうと思ひえば、そしてこれをしっかりと構築しようと思ひえば市民病院、はじめ医療機関との連携、または協働ですね、そこをもう密にやっていかなくてはいけないというのは確かだと思ひます。そういう点で非常に重要視しているところですよ。

## 委員長

地域包括ケアシステムと言ひますが、実際にはシステムではなくて地域包括ケアネットワークです。これをいかに作るかっていうことは、これはこの問題とは別にやはりそれぞれの地域でやっていくべきだと思ひます。

その他、ありませんか。

## 委員

もう一度稼働率戻りますと、現在松阪の高度急性期の平均稼働率が 3 病院で 52.2%、それから急性期が 70.8%、回復期が 87%、慢性期が 94.8% そんなところがあるわけですよ。これを市民病院が高度急性期を、たとえば国が求めている 75%、或いは急性期が 78% その辺まであげられますか。

## 委員

高度急性期・急性期というものの、稼働率の計算自体はですね、多分届出に基づいての話なんだと思ひますけれども、それは便宜的に行っているだけですので、あまり意味が無いような気がします。つまり、大学病院が全部高度急性期ですね。日赤も全部高度急性期で届けてますけれども、実質的には伊勢日赤ですら高度急性期と急性期併せても全体の 63 か 64% ですので、それは届けた上でデータが出てきてるだけですので、それは意味がないとして、ただ私自身が一番見てるのは、やはり先ほど申し上げたように松阪中央総合病院が 61.4%、高度急性期と急性期合わせて。当院が 59%、済生会松阪総合病院が 58%、これは 3 つの病院はまさにどんぐりの背比べということですよ。でして、似たような医療を似たようなところで一所懸命やってる、ただそれがもう許されない時代になったなというふうと思ひます。

それと前の三重県の局長さんがいらっしやいましたけれども、その方が地域医療構想を決める前に各病院を全部訪問してくださいました。その時に、それぞれの連携をして、得意なところをメインにしたらどうかと。例えば当院で言ひば呼吸器であり、循環器を一部すると、中央病院の方は、消化器と循環器で、済生会の方は、消化器でどうかという話をしていました。ですが、それは今のその医療で実際に経営するうえからは、このように 3 つの病院が競争しているところではありえないですよ。そう言う事を机のいろんなことと言ひるのは簡単だけど、実際それで経営モデルができるかという、全く経営モデルが作られない。なので、もうこれ無理だなと、それが可能であるならば、3 つの病院がたった一つになって、それぞれ 3 病院 3 分院の中でセンター化するのであれば可能であるかな

というふうに私は思ったんです。

#### **委員**

それですからこの三重県の地域医療構想の中にも、松阪の部分に関しましては、最終的には、地域医療連携推進法人も含めて考えてみてはどうかというのを県がわざわざ一行入れてくれている。

#### **委員長**

地域医療連携推進法人の話が出ましたけれども、今、地域医療連携推進法人として機能するであろうまたは機能しているかもしれないというのは、先ほど言いました日本海総合病院を中心としたもので、そういうのがもし成功するとすれば、一つの巨大な中心となる病院があって、後のところにはそんなに急性期としての役割が果たせなくなっている。そういうところだと、地域医療連携推進法人というのが馴染んだりする。それから大学では藤田保健衛生大学はちょっとというのをいろいろ感じてないわけではないですが、一応私立の大学ですとあれを真似ようというところもあるようです。ただ、地域医療連携推進法人に向けて本格的にこれだったらいいといわれるのは、もうそれまでに日本海総合病院のところ連携システムが十分きちんとできているというところがあって、そのうえで理事長がすごくよくいろいろ気が付く方で、指導力もあって、それが前提となったモデルになっている。ただ、こういうふうに、二つ三つが在りまして、その中で地域医療連携推進法人という話になると、イニシアチブを誰がとるといったなかなか難しい問題が出てきますが、この地域で地域医療連携推進法人という形での今後の連携っていうのは少し難しいのではないかと私は考えています。

#### **委員**

ただひたすら、3年以上先ですね。2025年になっても、当院の職員が、みんな家族養ってますから、みんなプライドもって働いている。その職場がちゃんと存在する事を一番に考えています。

#### **委員長**

先程、委員の方から雇用の問題で非常に心配しておられる話がありましたが、櫻井院長はそういうようなことまで含めて、みんなが路頭に迷うのではなくて、先ほど少し言いましたが、さらに明るい希望を持って、という形での結論が出るといいと思っています。

#### **委員**

その点で申し上げますと、おそらく松阪市も、今日はデータを見てきませんでしたが、だいたい地方都市はどの都市においても全産業で働く人の比率で考えると、だいたい医療が1位か2位なんです。医療、福祉がだいたいトップにきます。つまり松阪市民病院だけでなく、この地域で医療に従事する方々の雇用をどう守るかは、この地域経済をどうするか、上げ下げにも関わってくるというところはやはり見ておく必要があるし、この委員というだけでなく、働いている方々もそこら辺よく認識する必要があるのではないかと思います。だから自分たちの雇用だけではなくて、自分たちの患者さんとか、利用者、地域住民、で、自分たちの給料だって地域に貢献しているし、医療とか福祉というのは重要な産業の一つなので、そういう視点からも見ておく必要があるのではないかと思います。

#### **委員長**

ありがとうございます。医療という安心感があってこそ市の発展もあると思います。そういう意味では、今後のこの地域の医療を考えるという非常に意義深いことでありますし、是非ともそういうふうな形で医療が元気になって、松阪の市民も増えた、他所から来る人も増えたね、というふうな計画が

できると嬉しいなというふうには思います。

## **委員**

地域医療を崩壊しないようにということで考えているわけですけど、その一つとして救急医療体制も上手く機能するような形に持っていかないと、それが後退するようでは市民の理解も得られないという気がします。

## **委員長**

まさにそれはそのとおりで、救急医療も含めた医療ですね。その救急医療というのは市民の皆さんに安心感を与える部分ですし、ただ、冒頭にもちょっと言いましたが、働き方改革の中で言われているとおりにもし進むとすれば、人が増えない限り、救急医療はおかしくなります。

そういう点でまた違うところで、私もいろいろ発言はしていきたいとは思いますが、そのためには医者の数がある程度確保されないと、医師が疲弊してしまうような状況を残したままいろんなことを考えても、これは絵に描いた餅みたいな話になってしまう。

そういうところまで含めて、医師が集まりやすい、そういうふうな環境をいかにして作っていくか、医師が集まる場所は必ず看護師はじめメディカルも集まります。そういう風な答申案ができればと思います。

今日は委員の方からも発言いただく中で、皆さんのそういう気持ちはおありだなと伺えましたし、いろんな意見を伺いました。

今、話の途中から、最後のところに話が来たわけですけど、でもそのことを我々が言っても、例えば二つが一つなれば良いといったところで相手のあることですし、そういうようなことについてもそういう可能性があるのかも含めて、調べておいていただきたい、次回までに。可能性のない話をしてもしようがないので、可能性があるかどうか含めて少し検討していただいて、次の会議につなげたいという風に思います。事務局の方もそれでやっていただけますか。

## **事務局**

はい

## **委員長**

それでは、いろいろ意見出していただきまして、ちょっと早いですが、本日の委員会はここまでとさせていただきます。本日はこれにて散会したいと思います。事務局に返します。

## **事務局**

長時間にわたり、大変ありがとうございました。本日ご意見、賜りました事項につきましては、事務局にて整理させていただきます。議事録の作成及び、次回の委員会に向けての資料作成をさせていただきます。また、次回委員会の日程につきましては、別途、通知させていただきますのでよろしくお願い致します。

最後に、第2回の委員会に関して議事録の確認を本日までと、お願いしておりまして、それぞれご連絡をいただきありがとうございました。この後、確定した議事録を送付させていただきます。ホームページへ掲載させていただきます。事務局からは以上でございます。ありがとうございました。

(18時32分終了)