

第2次
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



第4回 委員会

2019年6月11日



まつ さか
松 阪 市

第3回委員会の振り返り

第3回委員会 委員発言要旨(1/3)

<p>平成30年度第2回 松阪地域医療構想 調整会議報告</p>	<ol style="list-style-type: none"> ① 医療需要のピークを勘案した将来の病床数の必要量と、2025年に向けた医療機能ごとの病床数との比較では、松阪区域では約189床が過剰である。全体的にそれに向けたスケールダウンが必要である。 ② 3病院の役割の明確化に取り組むに当たっては、この松阪市民病院の在り方検討委員会の検討結果を踏まえる必要があることから、これに関しては保留する。 ③ 定量的基準導入後の各医療機関の充足状況を見ると、3病院が行う高度急性期・急性期機能を除き、不足が見込まれることから、合意とする(不足している回復期機能を有している病床は合意)。 ④ 合意としない高度急性期と急性期は、年度ごとに協議を繰り返してしていくことで合意を図っていく。
<p>あり方検討委員会の 役割</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在り方検討委員会の検討結果を踏まえて3病院の急性期・高度急性期の病床を考えるということになっており、この在り方検討委員会というものが、非常に重要な位置付けである。 ・ 松阪の現状の中、どのような形が市民のために地域医療を守ることになるのかという視点で考えた場合は、今後必要になってくる機能は、「公」の方である程度実施していくこと、それが市民病院の役割だと思う。 ・ 急性期はなるべく規模が大きい方が効率も良いということもあるので、3病院が中心にどのような病院の体制にしていくのが松阪全体として一番いいのかを考えていく必要がある。
<p>市民病院の状況</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救急車を断らないという体制はここ1年、99%くらいの応需率を維持しており、追認するような形で救急科を新設した。 ・ 育児休暇、産休、時短制度を利用、夜勤制限の職員が増えてきた状況から、職員数の定数を増やした。
<p>病院統合と救急医療 充実の実例</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 桑名市医療センターは経営統合して、3つの病院が今年の5月から1つの病院になった。それぞれ別々に救急をしていると、それぞれの病院の職員数が少ない中で職員が疲弊し、どうしても救急をことわらざるを得ないという状況が発生していた。ところが今年の5月に統合したことによって職員数が増え、それによってかなり沢山の救急を一つの病院で診れるようになり、その上稼働率も今98%という状態になっている。別々にやっているよりも、急性期病院は統合して運営した方が圧倒的に職員も楽になり、地域の住民にとっても良い状態となる。

第3回委員会 委員発言要旨(2/3)

<p>在宅医療の課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 病気をもちながら在宅で暮らしていても急性期疾患を起こすことがある。急性期病棟の入院は日数限られている。次の病院、在宅と急性期との間の病棟がないと難しい。 • 不足していると感じるサービスは、24時間体制の随時対応型訪問看護・介護である。ケアマネージャーから不足しているというような現状を訴えている。
<p>地域の総病床数と在宅医療の整備</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 在宅医療の体制が整っていなければその病床数のスケールダウンはやりにくい、あるいはできないということになる。 • 在宅の整備は一気には進まない。在宅の整備をしながら、その進捗状況に合わせて医療機能も徐々にダウンサイジング、あるいはシフトしていく、機能分化させていくということが望ましいと思う。ただし、先を見据えて今どうするかということを考えざるを得ない。 • 3病院は後回しということになっているが、これは在宅と大きな病院をあわせた、地域全体での機能分化ということをやはり本気で考えなくてはならないところに来ていると思う。この地域の中で3病院がそれぞれどのように機能していくのかということをしかりと全体を見た上で取り組むべき。 • 全てを自宅で看るということではなく、例えば「サ高住」、「特養」と言われているような施設も「在宅」と考えられるようになってきている。ただ、それにしてもやはり準備をしていかないと難しい。 • 急性期病院は在院日数や、病床利用率が全国的に徐々に下がってきている。あえてベッドを減らすことをせず、そのあたりは自然に病床が減っていくのではないか。
<p>地域包括ケア病棟</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 地域包括ケア病棟のように活用できる病棟が増えることは、急性期から在宅へ戻るまでの間に一つクッションを作り、リハビリもある程度終えた患者が在宅へ戻ってくるという時間を作ることだと思う。 • 市民病院にもある地域包括ケア病床はそれほど診療報酬がいいというわけではない。どんどん増えて、そのボリュームが増えてくということもかなり厳しいように思う。 • 介護なり在宅医療をフォローするような形の地域包括ケア病棟とかいったものを整備していくことによって、在宅医療も進むのかといった面もあると思うので、待っているだけではなくて一方で整備しながら進めて行くことが大事と思う。 • 今の診療報酬上の制限では、市民病院も1病棟しか持つことができない。

第3回委員会 委員発言要旨(3/3)

高齢者増加の影響	<ul style="list-style-type: none">• 2030年までは高齢者が増え続けるということ。これから行くと2030年までに病床を減らす方向になっている。このあたりが矛盾しないか。• 高齢者、特に90歳以上の方は、現状において高度急性期・急性期病床に入院している。しかし、命の危険もあり、あまり過度な治療はできない。「経過観察」のような状況になる方が多いが、急性期病床に長く入院できない制度になっている。高度急性期・急性期は「早く治療して早く帰す」という、その概念のもとに成り立っている病棟である。• 現時点でも急性期・高度急性期に該当しない、回復期、慢性期の患者が4割程いる。これからそれが許されないような制度状況になっていくのではないか。• 認知症の方が増えていく。また、75歳以上の一人暮らしが今後どんどん増える。加えて地域包括ケア推進会議の方でも議論されているのが看取り(ACP)の部分であり、「病院で亡くなりたい」、または「自宅で亡くなりたい」ということを選択できるような状況を作っていくべきではないか。• 90歳以上が増えてくる中で、老老介護している方が多くあり、若い家族の共働きも多い。家族がいても実際は独居の状態。そういったところを如何にして在宅でフォローできるのだろうか。
市民の理解	<ul style="list-style-type: none">• 一般の市民は理解できるのだろうかといった不安がある。意見交換の際にしっかりと説明いただきたい。• 地域包括ケア病棟というのはどういうものか啓発していく必要もある。

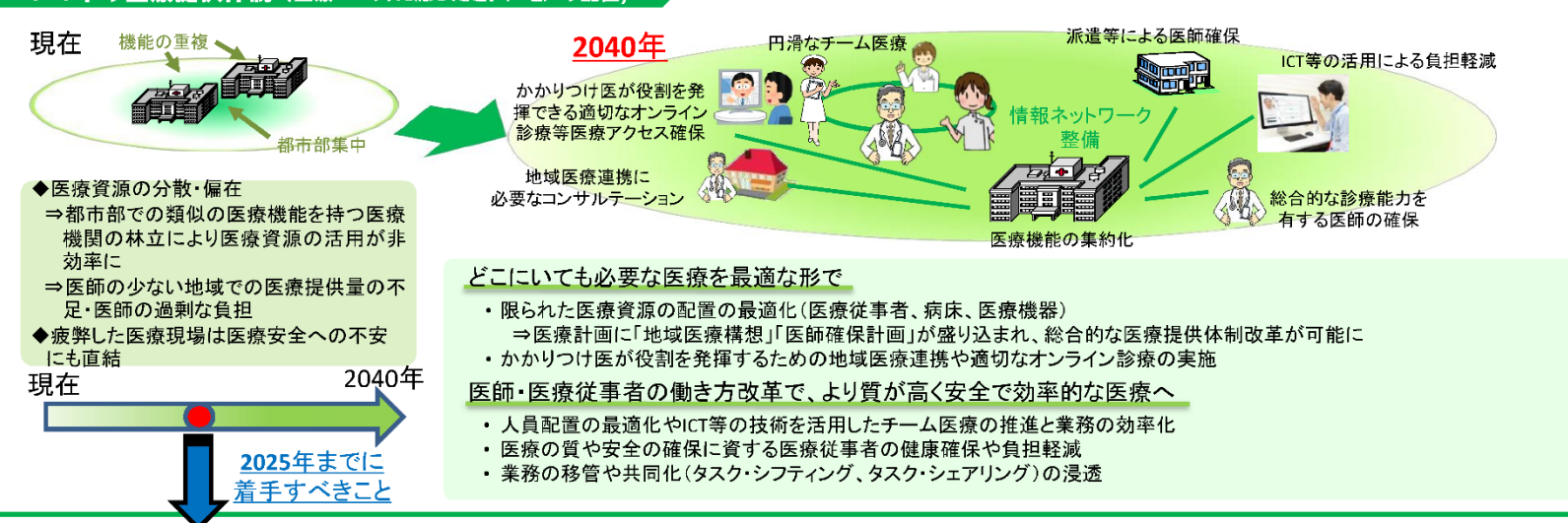
最近の国の動きについて

(平成31年4月24日 第66回社会保障審議会医療部会資料より)

2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）

- 医療提供体制の改革については2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も少子高齢化の進展が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要。
- 2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、地域医療構想の実現等だけでなく、医師・医療従事者の働き方改革の推進、実効性のある医師偏在対策の着実な推進が必要。

2040年の医療提供体制（医療ニーズに応じたヒト、モノの配置）



2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

地域医療構想の実現等

- ①全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ②合意形成された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対策
- ③かかりつけ医が役割を發揮するための適切なオンライン診療等を推進するための適切なルール整備 等

三位一体で推進

医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ①医師の労働時間管理の徹底
- ②医療機関内のマネジメント改革(管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化(タスク・シフティングやタスク・シェアリング)、ICT等の技術を活用した効率化 等)
- ③**医師偏在対策**による地域における医療従事者等の確保(地域偏在と診療科偏在の是正)
- ④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進(これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む)⇒**地域医療構想の実現**

実効性のある医師偏在対策の着実な推進

- ①地域医療構想や2040年の医療提供体制の展望と整合した**医師偏在対策**の施行
 - ・医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
 - ・将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
 - ・地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出
- ②総合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリ・ケアへの対応

第4回委員会のテーマについて

次の2点を踏まえ、3基幹病院の機能分化・連携と市民病院の役割について、議論をお願いします

今回の委員会で議論していただく事項

議論のポイント①

回復期病床
(地域包括ケア病床)の
現状を把握する

議論のポイント②

医師の働き方改革の
影響を考える

これらを踏まえて

3基幹病院の機能分化・連携と
市民病院の役割

ポイント① 回復期病床（地域包括ケア病床）の
現状を把握する

これまでの議論の過程を通じて、地域包括ケアシステムの実現に向けて回復期病床や地域包括ケア病床が必要であることが確認されてきました

これまでの議論 回復期病床・地域包括ケア病床の必要性

地域医療構想調整会議



2030年の必要病床数については、在宅医療の体制が整っていることが前提であることが質疑において確認されたなか「松阪区域の平成30年度具体的対応方針」の中で、「3基幹病院は2025年に向けて3病院の機能分化・連携に関する検討を進め、各病院の役割の明確化に取り組む」とされた

在り方検討委員会

急性期と在宅をつなぐ役割・機能としての回復期病棟、地域包括ケア病棟の必要性が議論され、これらは在宅医療の整備促進を含めた地域包括ケアシステムの構築にも大きな役割を果たすと期待されています



回復期機能の病床は、急性期医療を経過した患者が自宅や施設での生活に戻るための支援を行うほか、家族の負担の軽減、急な発熱・下痢・脱水症状や栄養不良の改善を支援する役割を担っています


回復期機能(地域急性期を含む)とは

急性期医療を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能


地域包括ケア病棟

急性期医療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、**地域包括ケアシステムを支える役割**を担う病棟です。


急性期治療後の 在宅復帰に向けた入院

 急性期病院(病棟)での治療を終えた後に、日常生活動作を回復するための入院

在宅療養を支える 一時的な入院

 急な発熱・下痢・脱水症状・栄養不良・自宅療養中の急な病状悪化や家族の休息のため(レスパイト)の一時的な入院

急性期には当てはまらない 一時的な入院

 嚥下(食べ物を咀嚼し飲み込む機能)など身体機能の急な低下、処方されている薬の種類の調整や、褥瘡(床ずれ)の治療のための一時的な入院

地域包括ケア病棟の整備には制限がある

集中治療室(ICU)・高度治療室(HCU)を持つような高度急性期・急性期の病院では1病棟までしか病棟を持っていないなど、病院の機能に応じて条件が設定されています。

施設基準により、現体制では松阪市民病院は1病棟しか整備することができず、また、厚生連松阪中央総合病院ならびに済生会松阪総合病院は、整備することができません。


松阪市内の病棟の例

・地域包括ケア病棟のある病院: 松阪市民病院

回復期リハビリテーション病棟

急性期治療を終え、医学的なサポートだけではなく、社会面・精神面からもサポートをするために、**集中的なリハビリテーションを行う病棟**です。

手術後の 集中したリハビリ入院

 脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等特定の疾患に対してのリハビリテーションを行う

病棟に入院できる病気には条件がある

脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の手術後のリハビリを目的とした**患者が8割以上入院していることが運営の条件**となっています。

松阪市内の病棟の例

・回復期リハビリテーション病棟のある病院:
花の丘病院

ここがPOINT

地域包括ケア病棟は最長60日まで、回復期リハビリテーション病棟は最長180日まで入院することができます、自宅等への生活に戻るための支援を行います。

地域包括ケア病棟の機能には、急性期治療の後を支える“ポストアキュート”機能と急性期の機能を補完することのできる“サブアキュート”機能があります

地域包括ケア病棟が担う病床機能とは



ポストアキュート (急性期後)

急性期治療後の自宅復帰に向けた入院

急性期病院(病棟)の治療を終えた後に、日常生活動作を回復するための入院

転院

退院

サブアキュート (急性期を補完)

在宅療養を支える 一時的な入院

急な発熱・下痢・脱水症状・栄養不良・在宅療養中の急な病状悪化や家族の休息のため(レスパイト)の一時的な入院

急性期には当てはまらない 一時的な入院

嚥下機能(食べ物を咀嚼し飲み込む機能)などの身体機能の急な低下、処方されている薬の種類の調整や、褥瘡(床ずれ)の治療のための一時的な入院

入院

退院

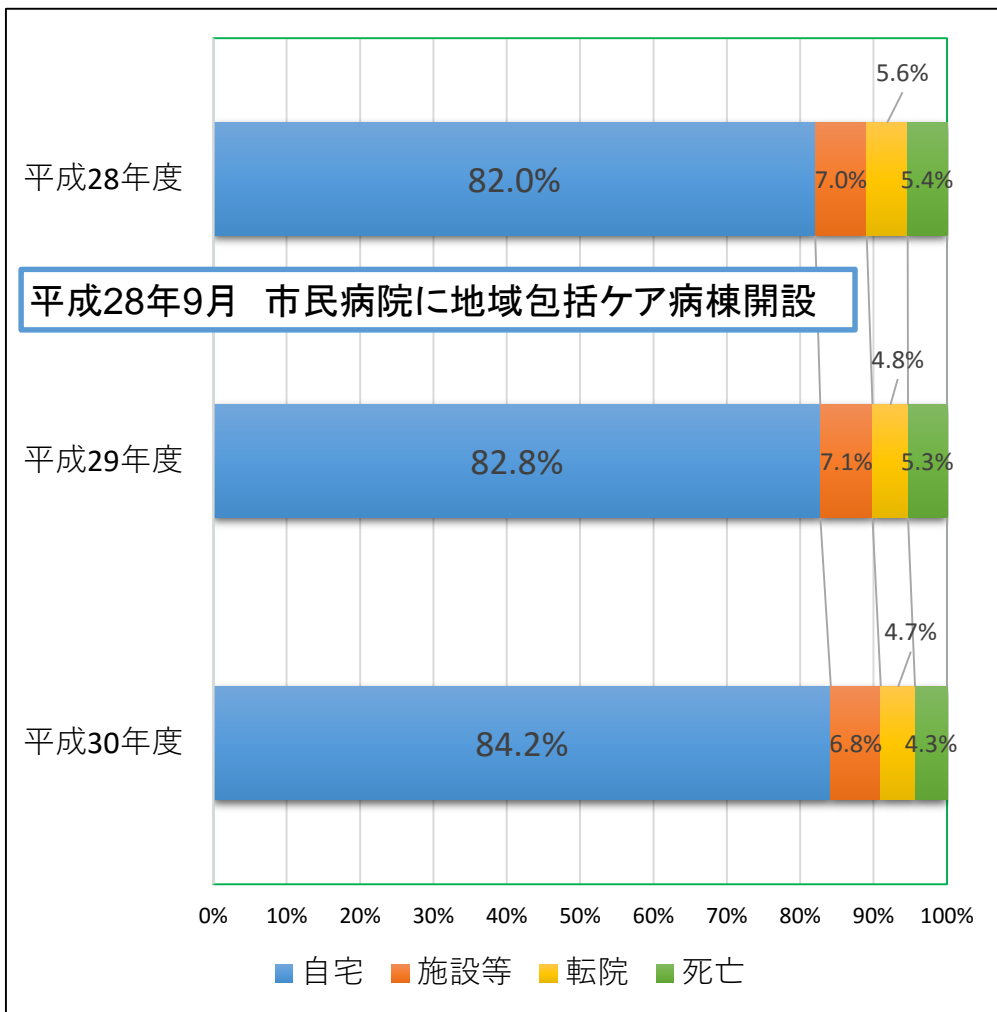
在宅医療

急性期(アキュート)医療



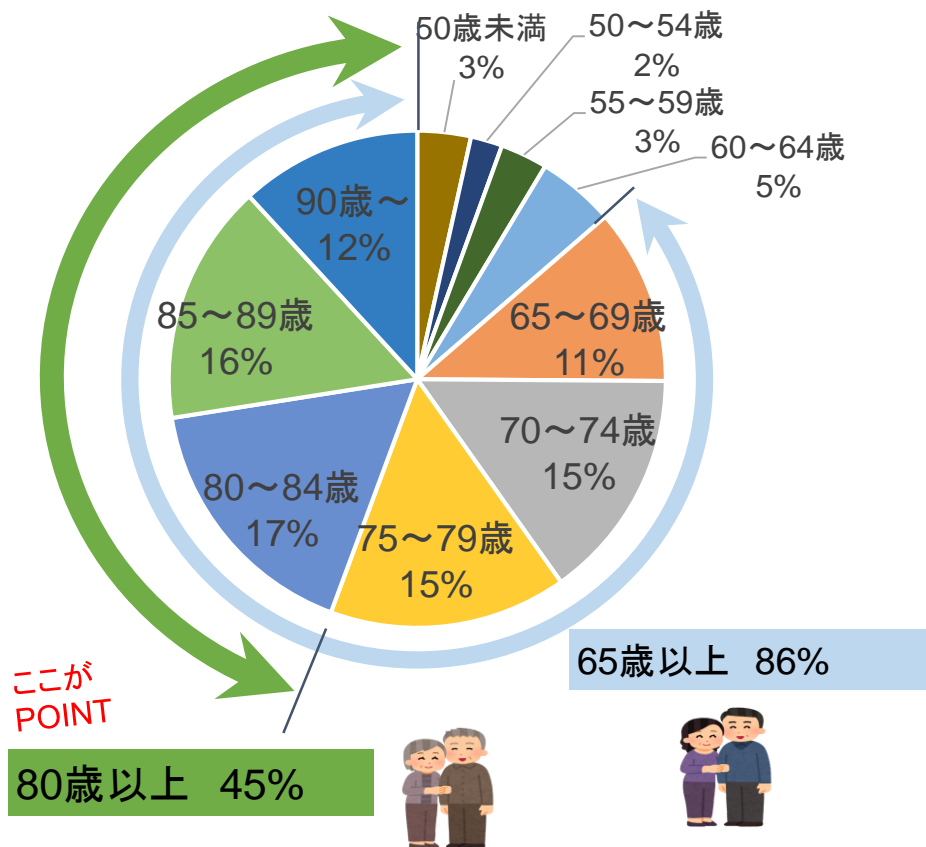
地域包括ケア病棟が開設されたことにより、
自宅へ直接退院するケースが増加しています

入院患者の退院先別割合



現在、入院患者の4割以上を80歳以上の入院患者が占めています。

松阪市民病院の入院患者の年齢別構成



出所：松阪市民病院DPCデータ(2018年度)、松阪市民病院医療統計資料、

市民病院のようにケアミックスでの病棟運用の場合、その役割は限定的にならざるを得ません

地域包括ケア病棟の整備状況

地域包括ケア病棟は、3基幹病院の中では松阪市民病院しか持つことができません。

市民病院でも地域包括ケア病棟は1病棟のみの整備に限られるため、これ以上増やすことはできません。

市民病院の地域包括ケア病棟の実際

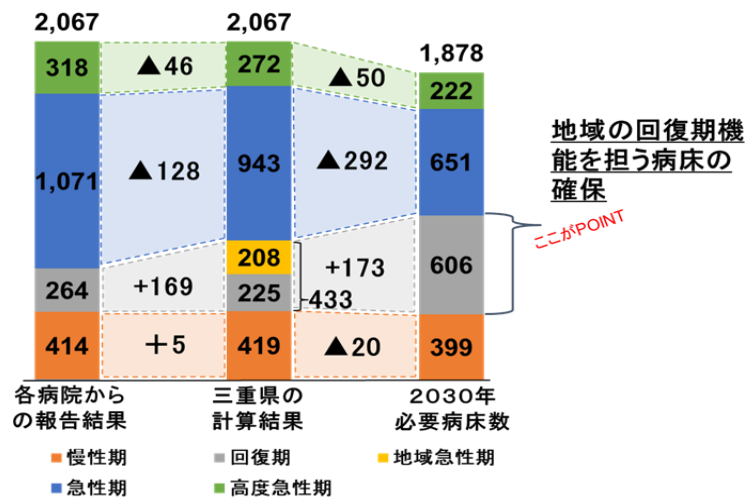
今は市民病院の急性期後の転棟を受け入れるポストアキュート機能としてのみ活用されている。

医師の配置などの体制が整っていないため、レスパイト入院のように病棟に直接入院するサブアキュート機能は発揮されていない

松阪市民病院の地域包括ケア病棟



病床数 39床
病床稼働率 79.0%



地域の回復期機能を担う病床の確保

ここがPOINT

出所: 三重県地域医療構想調整会議資料を加工

ポイント② 医師の働き方改革の影響を考える
(救急医療を支える医師勤務体制と働き方改革)

昨今の働き方改革の流れは医療現場にも同様の影響があるものの、厚労省では、業務の特殊性から医師の働き方の例外を設ける議論をしてきました

医師の働き方改革



《医師の働き方に関する課題》

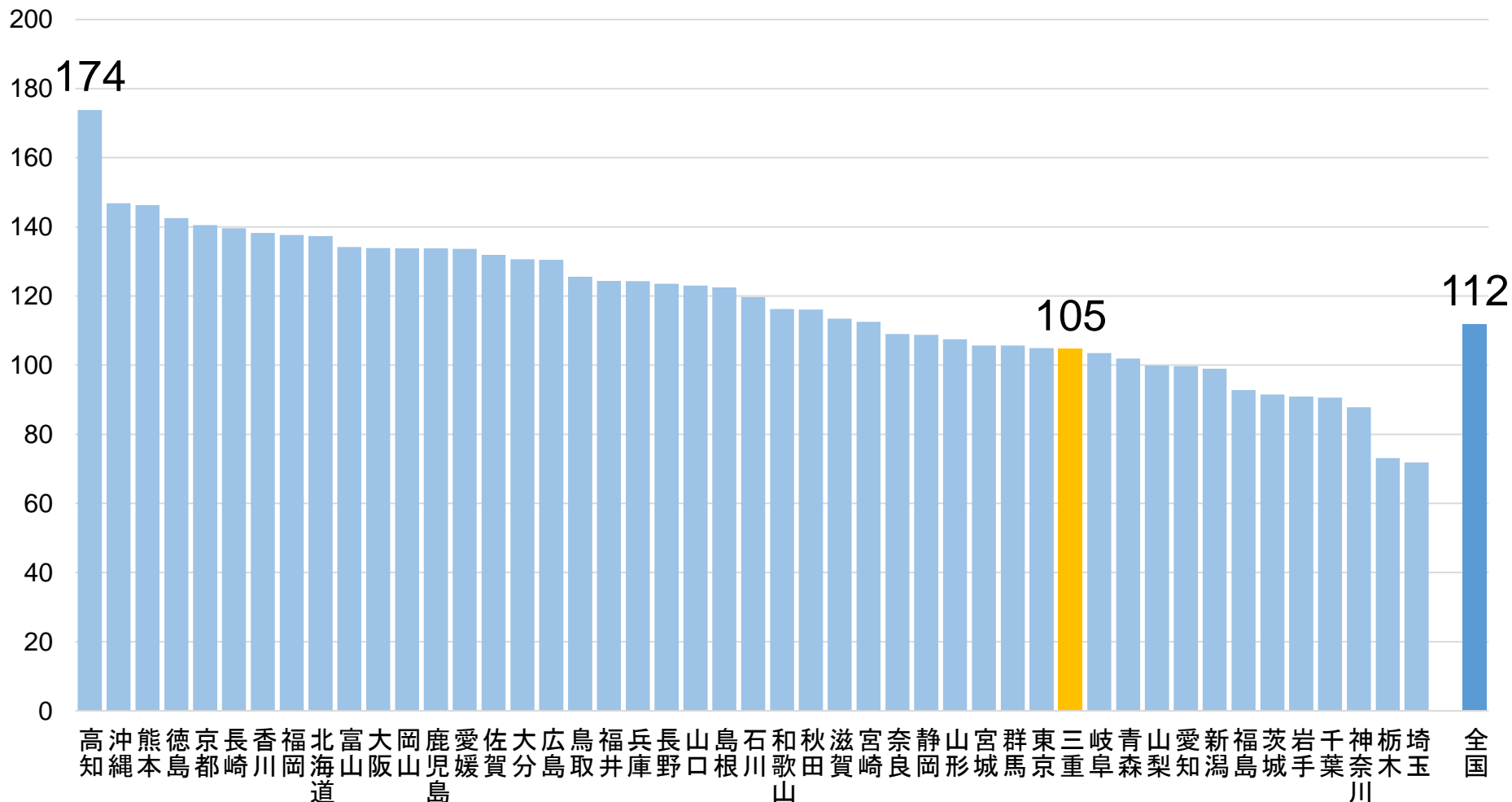
- 医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており危機的な状況。
- 健康への影響や過労死の懸念、仕事と生活の調和への関心の高まり、女性医師割合の上昇等も踏まえ、改革を進める必要。
- 医師の需給や偏在、医師の養成のあり方、地域医療提供体制における機能分化・連携が不十分な地域の存在、国民の医療のかかり方等の様々な課題が存在。

今後
目指していく
医療提供の姿

- 労働時間管理の適正化
- 医療機関のマネジメント改革（意識改革、チーム医療の推進、ICT等による効率化）
- 地域医療提供体制における機能分化・連携や医師偏在対策の推進、上手な医療のかかり方の周知を全体として徹底して取り組む
- 働き方と保育環境等の面から、医師が働きやすい勤務環境の整備
- 実効的な支援策、第三者の立場からの助言等

三重県は病院で勤務する医師が少ない県です

人口10万人当たり病院従事医師数(人)(大学病院・経営者を除く)



出所:平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査 平成27年国勢調査

松阪市民病院の輪番日の勤務は、3割が応援医師によって支えられています。大学の医師が引き揚げられた場合、救急医療が成り立たない恐れがあります

松阪市民病院医師の勤務実態

松阪市民病院輪番日(83日間)の医師
勤務体制(2018年度実績)

常勤医師
延べ718人

7:3

応援医師
延べ300人

大学病院であっても、同じように働き方改革への対応が求められている。
応援に出している医師を引き揚げないと大学病院が運営できなくなるのであれば、

応援医師を削減せざるを得ない

常勤医師
延べ718人
のまま!?

? : ?

応援医師
延べ???人

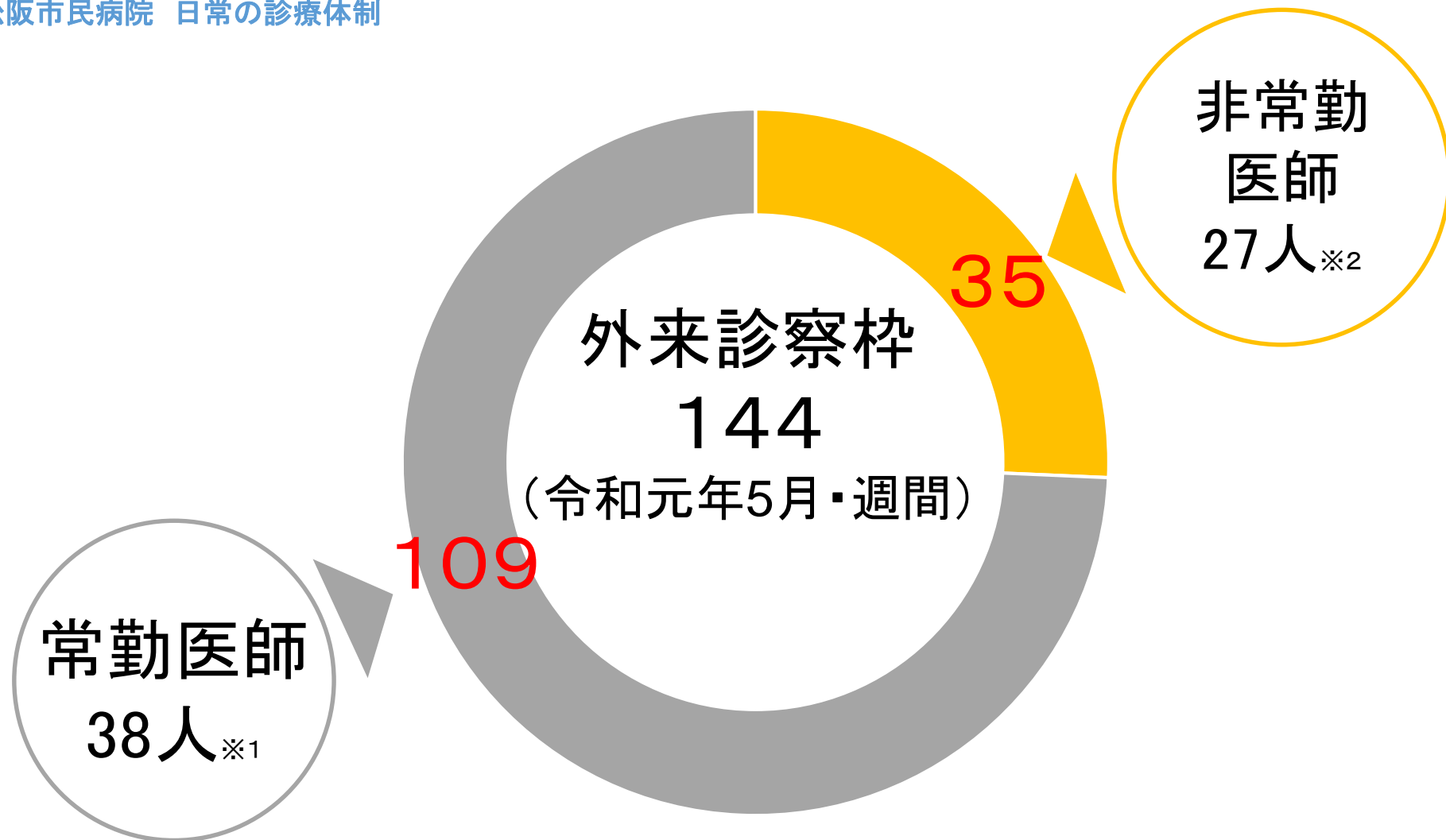
日常の外来診察においても、大学病院等から非常勤医師の派遣を受け、外来診察を行っています。大学医局は日常の診療体制を支える大切な存在となっています

松阪市民病院 日常の外来診療体制（令和元年5月時点）

診療科	内科	外科	消化器内科	呼吸器内科	呼吸器外科	循環器内科	整形外科	リウマチ科	泌尿器科	
常勤	3	6	4	6	2	4	3	0	3	
非常勤	5	1	2	1	0	0	3	1	1	
診療科	眼科	形成外科	皮膚科	歯科口腔外科	脳神経外科	産婦人科	神経内科	耳鼻咽喉科	乳腺外来	放射線科
常勤	2	0	1	3	1	0	0	0	0	0
非常勤	1	1	2	0	1	1	1	2	1	3

日常の外来診察においても、大学病院等から非常勤医師の派遣を受け、外来診察を行っています。大学医局は日常の診療体制を支える大切な存在となっています

松阪市民病院 日常の診療体制

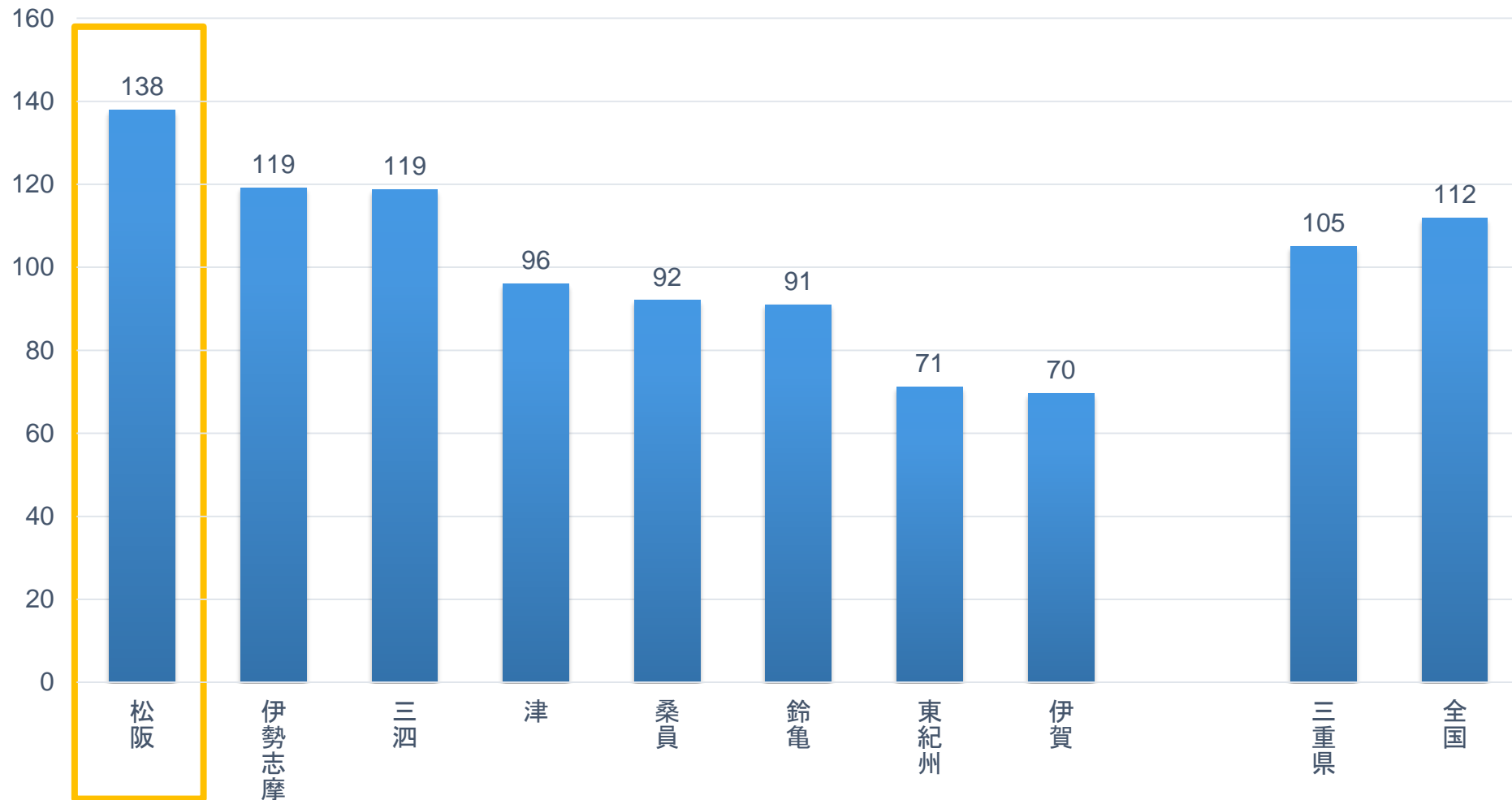


※1 市民病院医師数(令和元年5月時外来担当医実数)

※2 非常勤医師等数(同上)

松阪区域は他の構想区域より病院で勤務する医師数が多い区域です

構想区域別 人口10万人当たり病院従事医師数(人)(大学病院・経営者を除く)



出所:平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査 平成27年国勢調査

医師の働き方改革により、夜勤後の日勤勤務ができなくなります。輪番体制の維持や医師数の少ない診療科での対応が懸念されます

働き方改革による医師への影響(2024年より)

働き方改革による3つの影響

- ① 休日労働を含めた年間残業時間 : 1,860時間以下
- ② 連続勤務時間 : 28時間
- ③ 勤務間インターバル : 9時間

懸念される事項

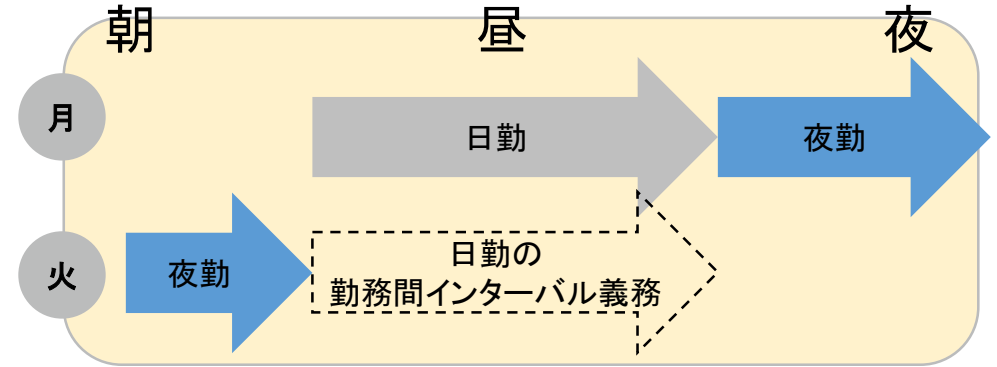
大学にも規制が適用されるため・・・

- ・大学病院にも今よりも多くの医師人数が必要
- ・派遣している医師は引き上げるしかない



派遣されていた医師を引き上げられてしまえば、**大学からの応援に頼ることの多い2次救急輪番体制の継続の可否が懸念されます。**

勤務間インターバルのイメージ



懸念される事項

日勤帯の医師が減ると・・・

- ・複数の医師が必要な手術はできなくなる
- ・外来診察のできる医師は今よりも少なくなる

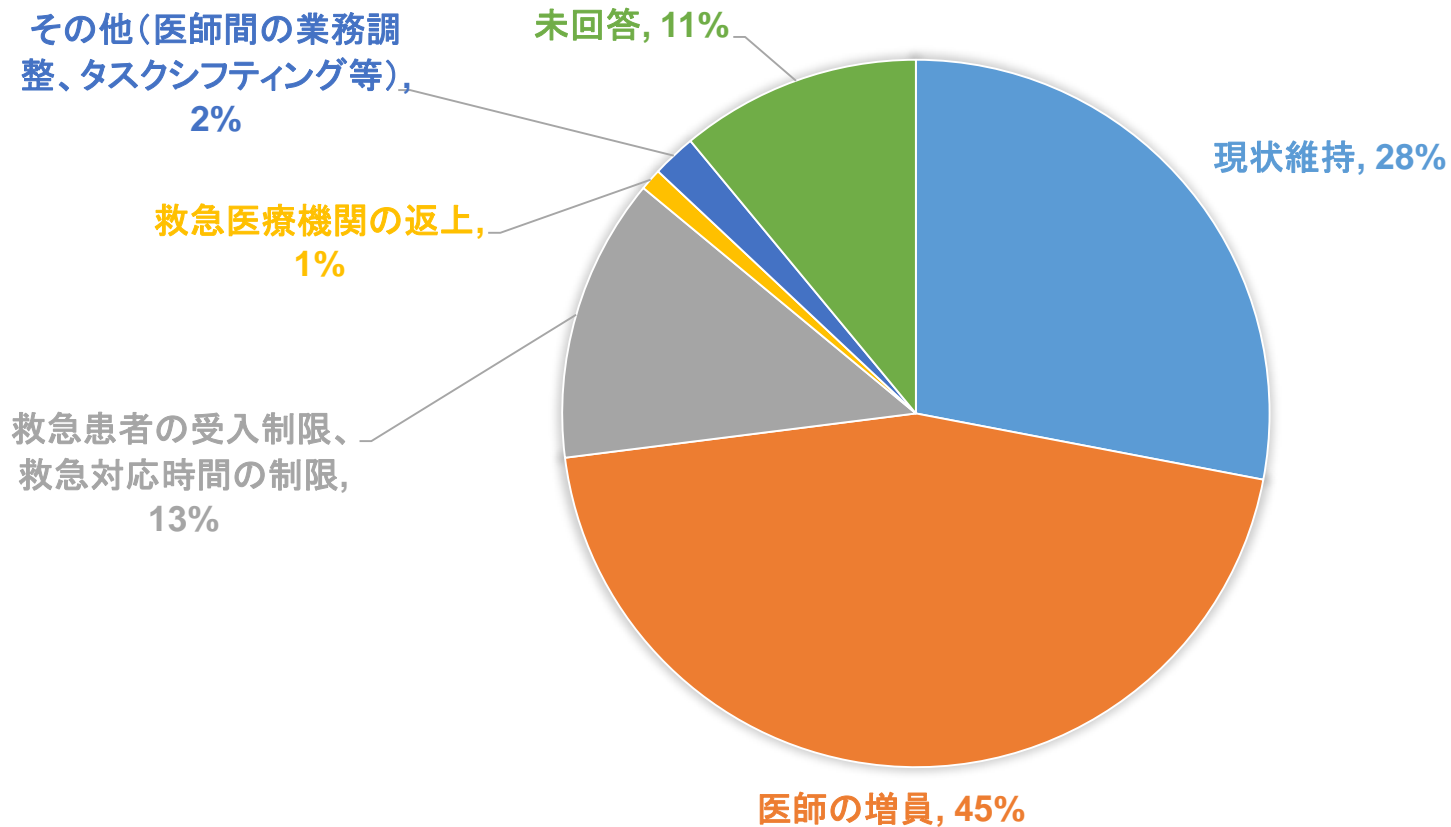


人数の少ない診療科では運営が厳しくなることが懸念されます。また診療範囲にも制限のある病院へ大学から医師が派遣されるか不透明です。

法令を守りながら救急医療を行っていくためには45%の医療機関が“医師の増員が必要”と回答しました

医師の働き方改革と救急医療に関するアンケート

Q. 9時間のインターバルを確保することは可能か？



アンケート回答数: 358 (2次救急医療機関のみ)

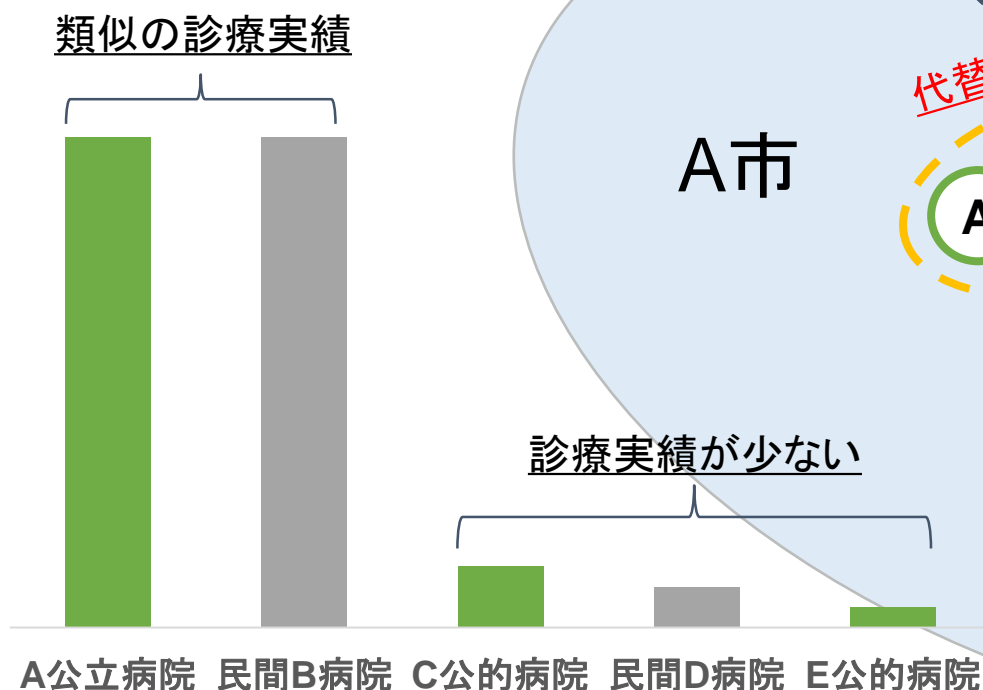
出所: 医師の働き方改革と救急医療に係る日本医師会緊急調査(2019年4月8日)

今後の国の動きについて

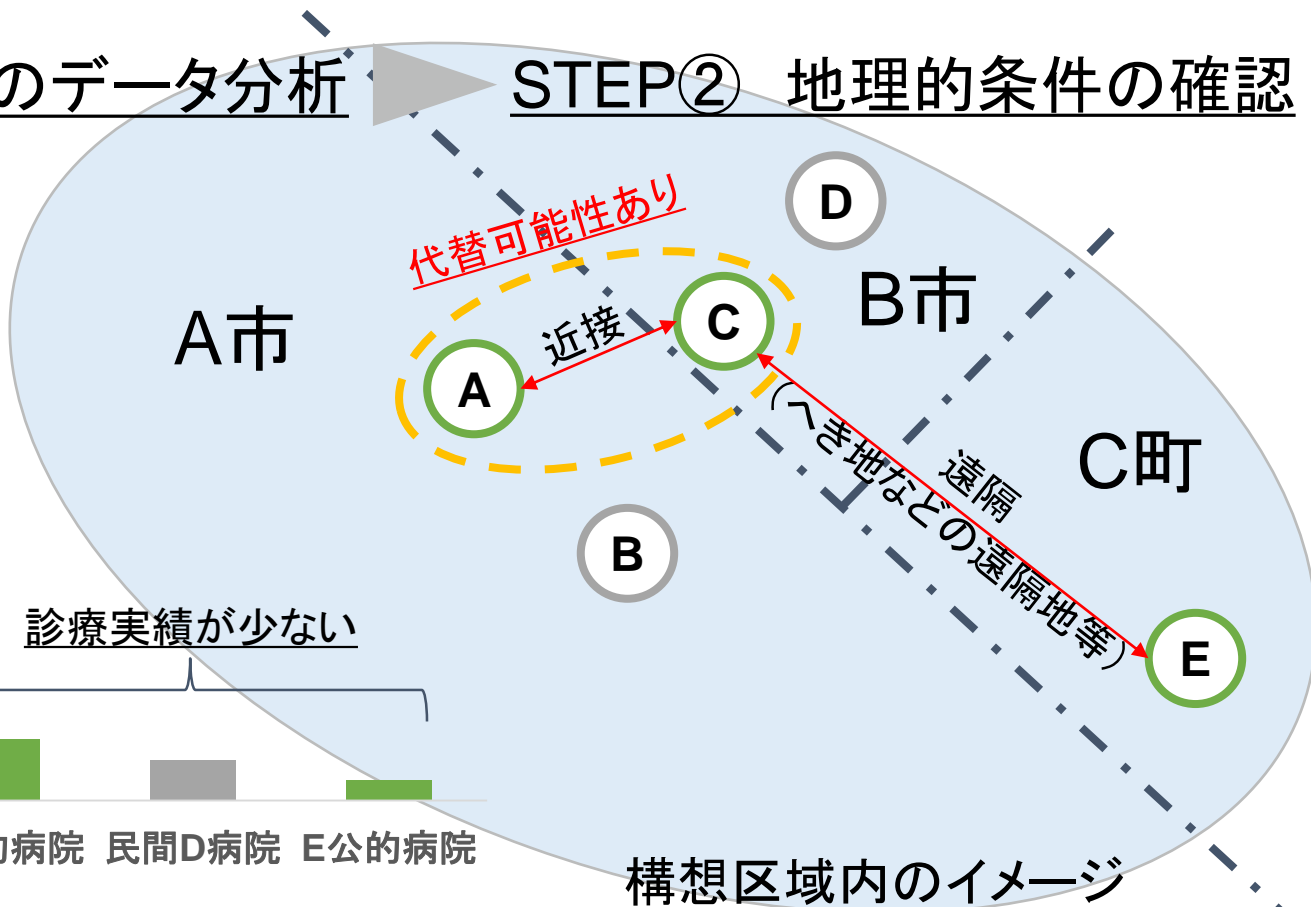
公立・公的医療機関等の役割について、『代替可能性』を検討することが予定されています

代替可能性の分析イメージ

STEP① 診療実績のデータ分析



STEP② 地理的条件の確認

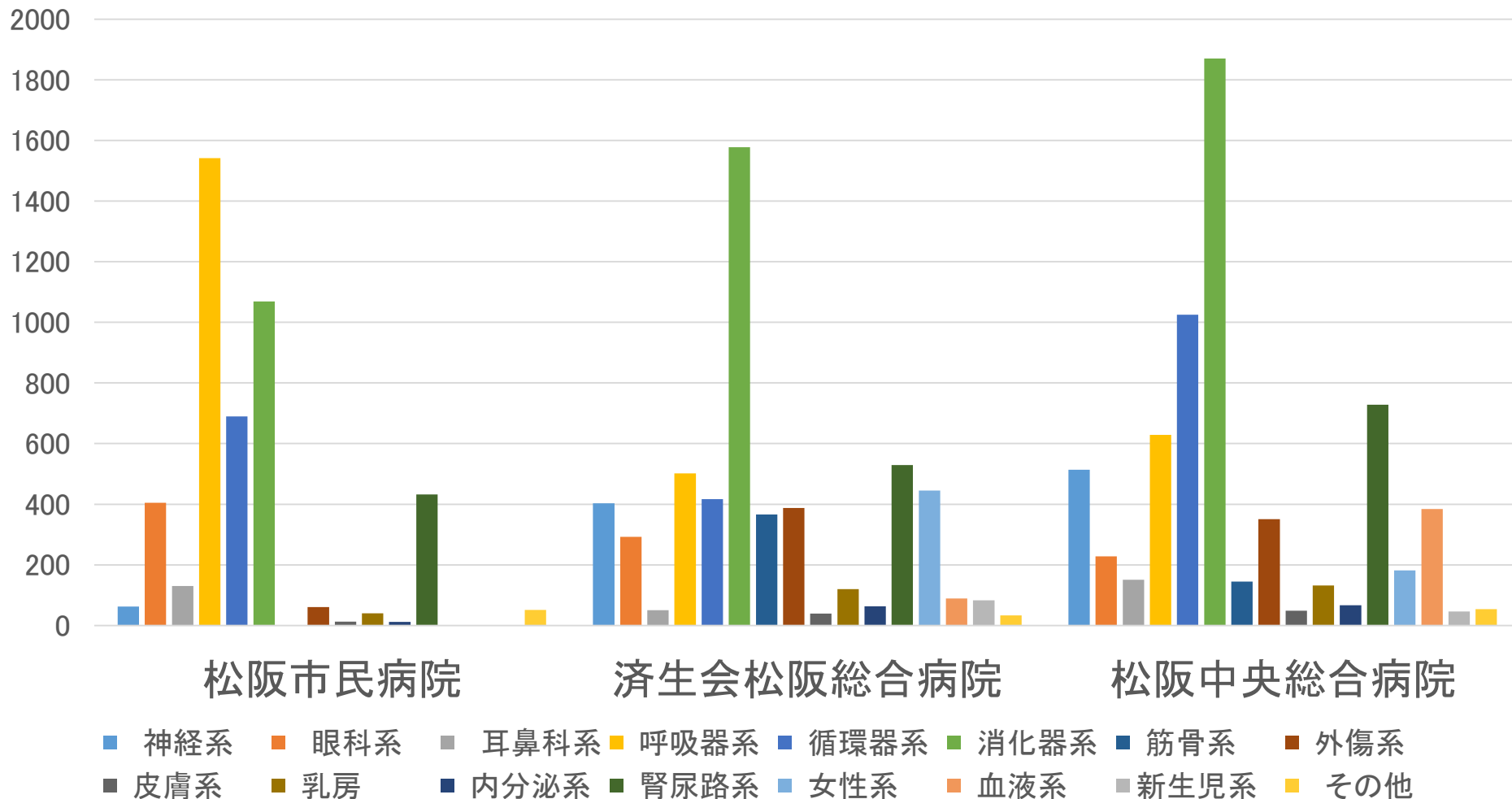


- ・自治体病院の診療実績を厚生労働省が分析、役割分担の議論に活用していく。
- ・分析結果を踏まえた今後の対応方針は『骨太方針2019』に組み込んでいきたい考えを示している。
- ・ほかの医療機関による『代替可能性』や再編統合について必要性の検討を進めていく方針である。

出所：経済・財政一体改革推進委員会 社会保障ワーキング・グループの資料を基に作成

3基幹病院における入院患者数の状況

平成29年度 診断群類別入院患者数



出所：厚生労働省 平成29年度DPC導入の影響評価に係る調査 より加工