

第4回 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 議事録

開催日時

令和元年6月11日（火） 午後7時

開催場所

市役所議会棟 第3, 4委員会室

出席委員

伊佐地秀司委員長、長友薫輝委員、志田幸雄委員、小林昭彦委員、水谷勝美委員、奥田隆利委員、山口直美委員、山路 茂委員、櫻井正樹委員

オブザーバー

三重県医療保健部 医療政策総括監 田辺正樹

議事 (在り方資料1)

- (1) 第3回委員会の振り返り
- (2) 最近の国の動きについて
- (3) 第4回委員会のテーマについて
回復期病床（地域包括ケア病床）の現状を把握する
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）
- (4) 今後の国の動きについて

会議は公開とする

傍聴者数 55名

開会前、司会より委員に対して会議が「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公開である事をお伝えし、報道関係者、一般傍聴者の入室の連絡と撮影、録音の許可を得る。松阪市自治会連合会会長の交代により、新会長に委嘱状の交付。三重県人事異動によるオブザーバーの交代の紹介。

午後7時5分 委員会開会

司 会

定刻となりましたので、ただ今から、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回委員会を開催いたします。

本日の出席委員は9名全員でございます。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。

本日の委員会の議題でございますが、前回の委員会の振り返りに引き続き、最近、また今後の国の動きについて、地域包括ケア病床の現状について、救急医療を支える医師勤務体制と働き方改革についてということで資料をご用意いたしております。よろしくお願ひいたします。

それでは、委員長 様には、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、議事に入ります。本日の議事の進め方ですが、事項書の(1)～(4)を通して、説明いただいた後、各項目別に委員の皆様からご意見等をいただきたいと思ひます。それでは、「在り方資料1」について、説明をお願いいたします。

業務支援担当

お手元のあり方資料1をご準備ください。まず、第3回委員会の振り返りから始めさせていただきます。第3回委員会では、様々な議論がなされましたけども、委員の発言の要旨ということでご紹介いたします。

(3 ページ)

まず平成30年度第2回松阪地域医療構想調整会議の報告ということで4点ありました。

1点目、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点目、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点目、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点目、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。

次に、あり方検討委員会の役割について委員の方々から次のような発言をいただきました。

- ・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。

次に、市民病院の状況として、

- ・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。

といった報告をいただきました。

次に、病院統合と救急医療充実の事例が紹介されました。

- ・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。

(4 ページ)

続いて、在宅医療の課題ということで発言をいただきました。

- ・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事がある。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。

次に、地域の総病床数と在宅医療の整備といった観点から発言をいただきました。

- ・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。
- ・全てを自宅で看ということではなく、例えば「サ高住」、「特養」とい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。

地域包括ケア病棟に関しては次のような発言をいただきました。

- ・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。

(5 ページ)

続いて高齢者増加の影響です。

- ・2030年までは高齢者が増え続けるということ。これからいくと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、「病院で亡くなりたくない」、または「自宅で亡くなりたくない」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。

市民の理解という観点からは次のような発言をいただきました。

- ・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が啓発していく必要もある。

(6 ページ)

続いて、最近の国の動きについてご報告をします。こちらは平成 31 年 4 月の社会保障審議会医療部会の資料からの抜粋です。

(7 ページ)

こちらは 2040 年を展望した医療提供体制の改革のイメージ図です。

左上の「現在」というところ、これが現在で、右側の 2040 年と書いてあるところは国が目指す 2040 年の医療提供体制のゴールといったところです。

まず現在ですが、都市部に集中して医療の機能が重複しているといったようなことが国の認識としてあります。これを 2040 年には医療機能集約化ということで、真ん中の大きな病院が医療機能の集約化の拠点となり、そして情報ネットワークの整備といったようなことを通じて地域全体がきちんと医療を受けるといった図です。右下にあります、どこにいても必要な医療を最適な形でといったことや、医師・医療従事者の働き方改革で、より質が高く安全で効率的な医療へというようなことが目標として掲げられています。これは背景として、少子高齢化がキーワードになっていると考えられます。2040 年を迎えるにあたっては、高齢化が更に進展するということが見込まれることはこれまでの議論にもありましたが、この 2040 年の日本では高齢化が進み、医療需要はもっと伸びるだろうということが述べられています。

そして少子化。これも一つのポイントで、この少子化、つまり患者を支える担い手、働き手が少なくなっていく中で、いかにして地域全体の医療を支えるのかということを見れば、2040 年は、とにかく機能は集約させ、そしてより効率的に医療を支えていくというような体制を作るべきとされています。そして 2025 年までに着手すること。2040 年に向けてまず 2025 年までに着手すべきことが、その下、三位一体での推進ということなのです。

三つの点について着手すべきと国は考えています。

地域医療構想の実現ということで、具体的にはすべての公立・公的な医療機関で、どう 2040 年の姿に向かっていくかという対応方針の合意を形成するということに着手すべきということがいわれています。そして働き方改革の推進、さらには医師偏在対策を着実に実施してこれを解消していくということも、三位一体で推進することが必要であると謳われています。

次に第 4 回委員会のテーマについて説明をいたします。

(9 ページ)

今回の委員会で議論していただく事項としては二点あります。まず 1 点が議論のポイント①としまして左側、「回復期（病床地域包括ケア病床）の現状を把握する」。そしてポイント②として医師の働き方改革の影響を考える。この二点から 3 基幹病院の機能分化と連携、そして市民病院の役割について議論をお願いしたいと考えています。まず、ポイントの一点目、回復期病床の現状を把握するということについてまずご説明します。

(11 ページ)

これまでの議論についてまとめをさせていただきました。地域医療構想調整会議の方では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て、各病院の役割の明確化に取り組むということが確認されています。そしてこのあり方検討委員会でも、急性期と在宅をつなぐ役割・機能としてこれらの回復期病棟、地域包括ケア病棟の必要性が議論されてきました。そしてこの地域包括ケアシステムの構築にも大きな役割を果たすことが期待されていると確認されています。

(12 ページ)

第3回委員会の資料の再掲ですが、回復期機能とはいったい何と説明を差し上げた資料です。回復期機能ですが、「急性期医療を経過した」というのが一つのキーワードです。急性期医療を経過した患者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ということです。

地域包括ケア病棟ですが、地域包括ケア病棟には三つの機能があるということで、まず左の一番左のところで、急性期治療後の在宅復帰に向けた入院。これは急性期の手術等の後に在宅復帰に向けた入院をサポートする機能です。

そして真ん中、在宅療養を支える一時的な入院ということで、こちらは例えば急な発熱とか下痢、脱水症状を起こしたということで、在宅で療養を続けている患者が一時的に入院をして、経過を観察する必要があるような入院です。また、家族の休息のための一時的な入院ということで、レスパイトといわれる機能があります。

右側は急性期には当てはまらない一時的な入院ということで、嚥下、これは食べ物を咀嚼し飲み込む喉の機能ですが、嚥下ですとか体の機能の急な低下、それから薬の調整や床ずれの治療といった一時的な入院はしますが、急性期には当てはまらないような患者を一時的に入院患者として取り扱うというのが地域包括ケア病棟です。

一方、回復期リハビリテーション病棟は、集中的なリハビリテーションを行うということで、この病棟については入院できる患者に少し制限があり、脳血管疾患や、大腿骨頸部骨折など、限られた疾患でリハビリが非常に効果的だというような患者が8割以上入院しているのが運営の条件になっています。

(13 ページ)

ここでは地域包括ケア病棟が担う病床機能についてさらに説明していきます。地域包括ケア病棟が担う機能には、ポストアキュートとサブアキュートという機能があります。地域包括ケア病棟の機能ですが、急性期の医療から転院（転棟）してくるポストアキュート。これは急性期から転院をして急性期治療後の自宅復帰に向けた入院、これを支えるのがポストアキュートです。そしてもう1点。サブアキュートという機能があります。

先程の急な発熱、下痢、脱水症状といった在宅療養で過ごしている方が一時的に入院をされる、また、介護や在宅の療養を支える家族が、「レスパイト」ということで一時的に患者を預かるといった入院の仕方。急性期には当てはまらない一時的な入院ということで、嚥下機能の低下など身体機能の回復を図るような入院の仕方。こういったものがサブアキュート

ということです。これら二つが、地域包括ケアの病棟に求められている機能です。

(14 ページ)

では現状はどうかということです。松阪市民病院の事例ということで紹介致します。まず左側ですが、入院患者の退院先別の割合を3か年示しています。青いところが自宅への退院ですが平成28年度に地域包括ケア病棟を開設して以降、松阪市民病院では自宅への直接的な退院が増加しているという傾向がみられました。

また、松阪市民病院の入院患者の年齢別の構成割合の特徴を右側に表していますが、80歳以上の入院患者の割合は全体の45%に及ぶということです。

(15 ページ)

ただしということで、地域包括ケア病棟の整備状況について左側に記載をしています。まず地域包括ケア病棟については、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ので、これ以上増やすことはできないことを確認しています。実際の活用としてはどうかということで、市民病院の実際ですが、ポストアキュートということで、急性期後の転棟を受け入れるという機能は良く発揮されているということです。

ただし、レスパイト入院など一時的な入院を受け入れるサブアキュート、この機能については、いまだ発揮されていないというのが現状でした。

下のグラフで必要病床数のところ、「ここがポイント」と書いてある606という数字。現状と比較して将来的には不足するということを示しています。回復期機能というのは今後こういったポストアキュート、サブアキュートといった機能で、よりニーズを増すとされています。こういった機能をいかに確保していくかというのが今後の課題であるということです。

(16 ページ)

そしてポイントの二つ目です。医師の働き方改革の影響を考えるとということで進めさせていただきます。

(17 ページ)

医師の働き方改革ということで、最近非常にクローズアップされておりますが、前回、第3回の委員会の後に、医師の働き方改革について、2024年を目途に導入をしていくことが決定されました。本日はこの医師の働き方改革の決定事項も踏まえて議論をしていただくということで資料を用意いたしました。

まず左側、医師の働き方改革に関する課題としていわれていたことです。医師は自己犠牲的に長時間労働をしているということで、危機的な状況にあるといわれています。

それから健康への影響や仕事と生活の調和への関心の高まり、また、女性医師の割合も上昇してきたということも踏まえると、働き方も多様化してきたということもあります。

そして3点目、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があることや、

国民の医療のかかり方など様々な課題が存在するといわれています。

医師が働く環境も多様化してきたという中、今後目指していく医療提供の姿で国が目指すのは、医師についても労働時間の管理を適正に行い、地域医療提供体制における機能分化・連携や、医師偏在対策を推進すること。また、上手な医療のかかり方を周知していくことで医師の働く環境も改善していくといったこと。さらに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を整備していくことが目標として掲げられています。

(18 ページ)

では医師の数についてはどうでしょうか。これは人口 10 万人あたりの病院従事医師数を全国の都道府県別に表しています。平成 28 年の結果ですが、三重県は 105 名ということで全国でも少ない県と考えることができます。

ですから今後の医師の働き方改革というのは、この医師数が少なければ当然影響も出やすいということが予想されます。

(19 ページ)

松阪市民病院の医師の勤務実態を少しご紹介いたします。2018 年、83 日間の輪番日の実績ですが、左側が常勤医師で延べ 718 人の医師が輪番に対応しました。そして応援医師については年間 83 日間で 300 人の医師に来ていただいたということで、概ね 7 対 3 の割合でこの輪番での勤務が実施されました。

大学病院であってもやはりこの働き方改革というのは同じように対応が求められますので、応援に出せる医師を場合によっては引き揚げないと、大学病院が運営できなくなるというような懸念もあるという資料です。

(20 ページ)

次に外来の診療体制ですが、5 月時点での診療体制です。非常勤の医師のところに応援医師ということですが、非常に多くの先生がこの市民病院でも外来を担当していただいているということで、大学医局は日常の診療体制を支える大切な存在であるということです。

(21 ページ)

こちらは診療体制の外来診療枠で、1 週間で 144 枠あるわけですが、そのうち 109 枠は常勤医師、そして 35 枠を非常勤の医師が担当しているということです。

非常勤の医師の先生にもしっかりと担当していただいておりますが、外来の診察枠につきましては、常勤医師が 109 枠を対応している状況で非常に負担も大きいというところが見えてきます。

(22 ページ)

三重県内の医師、病院で従事する医師について、人口 10 万人あたりの指標を掲載しています。松阪区域が左側にありますが、138 名ということで、三重県内の各構想区域の中でも

最も医師数の多い区域ということが確認できます。

(23 ページ)

働き方改革の医師への影響について、少し説明を致します。

働き方改革の3つの影響ということで、休日労働を含めた年間残業時間においては、医師は1,860時間以下、連続勤務時間は28時間。特に次の勤務間インターバルでございますが、これは9時間を確保するというので、勤務と勤務の間は9時間以上確保して、しっかり休みを取っていただくということがこの2024年から施行されます。これについて懸念される事項としては、当然大学病院にも「働き方改革」は適用されますので、現在、大学病院から医師を派遣していただいておりますが、派遣医師が引き揚げられるということが懸念される所です。

それから勤務間インターバルのイメージを右上に記載していますが、日勤を行い、そして夜勤、そして次の日勤ということですが、この日勤の勤務間のインターバルに義務が課されて来ますと、右下の困みですが、複数の医師が必要な手術というのはできなくなる可能性もあります。それから外来診察のできる医師は、今よりも少なくなるということは想定されます。そうすると人数の少ない診療科では運営が厳しくなるということが想定されますし、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どうかは不透明ということです。

(24 ページ)

日本医師会の緊急調査のグラフです。医師の働き方改革でも特に影響が大きいであろうといわれている9時間のインターバルを確保することは可能かという点でアンケートとったものですが、グラフ下側の「医師の増員」というのが45%、二次救急を行っている医療機関の45%が医師の増員が必要という回答をしています。

(25 ページ)

最後に今後の国の動きについて報告いたします。

(26 ページ)

今後、公立病院や公的な医療機関等の役割については、「代替可能性」、これがキーワードになってくるといわれています。厚生労働省では大きくステップを二つに分けて、代替可能性の分析をするという報道がされています。診療実績のデータ分析がまず行われます。この図の例ではA公立病院、B民間病院、それからC公立病院というところですが、類似の診療実績があるところがないかということ調べ、そしてステップ2で地理的条件の確認ということで、例えばAとCが近接しているのであれば、これは代替可能性があるのではないかといいことが議論されていくということです。また、E公的病院は、C町の中で離れているのでこれは必要ではないかといったような確認がなされるということが、今後8月頃予定されていると伺っています。

(27 ページ)

3 基幹病院の診断群分類別の入院患者者数を示しております。3 基幹病院、ご覧いただくとおり類似性のあるようなところも見られる一方、診療科の特性が少し見られるということです。以上でございます。

委員長

丁寧な説明ありがとうございました。

まず初めに、議事(1)の「第3回委員会の振り返り」ですが、ここで委員会として確認しておきたいことがございます。

前回の委員会で、三重県独自の定量的な基準により、現状分析が示され、松阪区域では、総病床数において189床過剰であるとのことでした。しかしながら、病床数の削減については、松阪地域医療構想調整会議や前回の委員会での委員の方々からのご発言にもありましたように、「在宅医療等の体制・整備が進んだうえでの削減が大前提である」との認識で一致しているかと理解しているところです。

そこで、この委員会での議論の対象をもう少し明確にしたいのですが、本委員会では総病床数について議論することは困難であると考えますので、松阪地域の医療全体の中での3病院の機能分化・連携に関する検討と、その中における松阪市民病院の在り方に議論の対象を絞りたいと思っておりますがいかがでしょうか。

(発言 なし) (委員同意)

委員長

ありがとうございます。それでは、この委員会での議論の対象を松阪地域の医療全体の中での3病院の機能分化・連携に関する検討と、その中における松阪市民病院の在り方に絞ることとします。このほか、議事の「(1)第3回委員会の振り返り」のところで、委員の皆様から何かご意見、補足等はございませんでしょうか。

(意見・補足 なし)

次に、議事の(2)最近の国(厚生労働省)の動きについてです。

先ほど説明いただきましたように、厚生労働省が4月24日の社会保障審議会医療部会で、2040年の医療提供体制の構築に向けては、地域医療構想の実現だけでなく、医師・医療従事者の働き方改革の推進や、実効性のある医師偏在対策、これらを三位一体で着実に推進することが必要であるとし、資料7ページの図は、この医療部会で初めて出されたものです。

とりわけ医師・医療従事者の働き方改革の内容についてはっきり示されましたため、3基幹病院の病院群輪番制で2次救急に対応しているこの地域においては、大きな影響を受けかねない問題でもあると考えますので、今回議題として取り上げました。

この部分について説明をいただいたところですが、三重県として補足する部分がございます。

せんでしょうか。

三重県

医療提供体制のあり方ということについて、国では医療計画という枠組みの中で当初は病床規制から始まって、そのあと5疾病5事業、在宅医療という形で進めてきましたが、なかなか進まないということで、地域医療構想というものが出来、三重県においても平成29年、30年度と検討するというので、どちらかといえばこちらはハード面の内容であると思います。

新しい動きとしては医師偏在対策で、医師確保計画を作るということで、今後我々がこれから取り組んでいかないといけない問題で、医師の少数区域に医師を派遣していくといった地域偏在の問題、それから専門医の在り方とも関わってきますが、専門領域の偏在も行っていないといけない。更に医師の働き方改革。これはまだ少し猶予があるところで、なかなかすぐには難しいと思いますが、医師の質、働き方のところまで国が今考えているということで、三位一体それぞれで違うので難しいと思いますが、これらを合わせてやっていくということが求められているところです。

委員長

ありがとうございます。ただ今説明いただいたことも含めてご意見ご質問ございますか。

委員

医師の偏在対策で、医師が都市部に集まるということであると思いますが、それをどういうふうに対策をとっていくということが具体的に解らない。何か方向性とかあるんでしたら教えていただきたい。

三重県

国の方では単に人口で割るのではなく、患者の受療率とか患者がどれくらい来たかということをも分母にとって、医師がどれくらいいるのかということのを全国300いくつかの二次医療圏ごとに並べて医療圏に順位をつけていきます。そうすると上位3分の1、中位3分の1、下位3分の1に分かれてきますが、まずその下位3分の1に入っているような医療圏については、医師が全般的に足りないんで、そういったところに多いところから医師を派遣する。これを法律でやっていくという動きが出ていて、今、その数字が出てるところです。三重県の場合4医療圏ありますが、東紀州医療圏は医師少数区域ということになっていますので、そういったところに医師を派遣していく。都道府県の中、都会だとももちろん全般的に多いということもあれば、三重県のように少ない県もありますので、入学の定員や、いろんなところも含めて今後やっていくということです。

ただ、医療圏だけでも難しい地域は更にスポット地域として、こういった地域は医師が必要だということも定めて医師を派遣していくということで、なかなかこれも今は絵で描かれている状況で、具体的に各地域にどれくらいのニーズがあって、また実際に派遣していた

だけるいただける先生とそこのマッチングをさせていくということで、非常に難しい課題ですけれども、これをやっていこうというのが今年始まったということであると思います。

委員長

これは難しい問題で、単に医師の数だけではなくて専門性もありますので、例えば専門医制度にしても、三重大学でも「地域枠」とかあり、将来的には地域に帰っていただきたいということで育てていますが、中には専門性のある科に行きたいとなると、それが特殊な科になると地域に行ってもニーズがないことがあるので、そのあたりはかなり難しいと思います。そのあたりのところは大学の役割も大きいと思います。

次に、資料の 8 ページからになります議事の「(3) 第 4 回委員会のテーマについて」ですが、これまでの議論を受けて、今後の松阪地域には地域包括ケア病棟といったものが求められるというご意見が多かったと思いますので、資料の 9 ページにありますように、今回は議論のポイントの①として「地域包括ケア病床の現状を把握する」ということで松阪市民病院の地域包括ケア病棟の現状と課題を説明していただきました。そして、議事の「(2) 最近の国の動きについて」でもご紹介があったように、ポイント②として「医師の働き方改革の影響を考える」ということで、今回の労働基準法の施行の影響について簡単に説明していただきました。

資料の 10 ページをお願いします。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。でございます。

先ほど、地域包括ケア病床の必要性やポストアキュート、サブアキュートといった機能について、さらには、松阪市民病院が持っている地域包括ケア病棟の現状や課題について説明をいただきました。今回はその「地域包括ケア病棟」あるいは「地域包括ケア病床」といったものを掘り下げてご議論いただきたいと思います。

委員の皆様から順にご意見等をいただきたいと思います。

これまでに在宅医療の整備に関する疑問を投げかけていただき、容体の変化で病院と在宅の間を行き来することの状況や、急性期から在宅には一気には戻れない難しさなどについてご発言をいただきました。

市民病院の地域包括ケア病棟もサブアキュートの機能は果たしていない現状もある中で、この地域で在宅と急性期をつなぐ病床を増やすということを考えなくてははいけませんが、ご意見等いかがでしょうか。

委員

地域包括ケア病棟というのは、どういう性格のものかということ、資料は受け取ったのでそれで勉強はできるが、理解できないところがあったので、細くなるかわかりませんが、例えば今の松阪市の中だと市民病院には地域包括ケア病棟があるけれどもほかにはない。そうするとこの図の中では、地域包括ケアで特にリハビリを進めて自宅や施設に行くといったことが大事だと思います。いきなり急性期から出されても難しい話ではないかと思います。そういう場合にこれからどうなるのかわかりませんが、中央病院や済生会病院では 12 ペー

ジの回復期リハビリテーション病棟というのがあって、そこでリハビリをするのか。それと、市民病院の39床など、病院によって数が違う。これは何を根拠にして39床になったのか。ここが本当に大事で、リハビリをきちんとしてある程度まで回復しながら在宅や施設で診てもらおうというのが大事だと思います。

知人から聞いたところでは、ご自身の家族のことですけど、一人は多発性の脳内出血で、寝たきりで酸素吸入とか導尿とかしているけれど、急性期の期間が切れてくる。それはどこへ行ったらよいのかということで、病院の社会福祉士の方が親切に教えてはくれますが、なかなかそれを受けてもらうところがないと聞きました。

72歳の男性ですが、多発性脳内出血で意識も最初はなかったようで、そういう方が意識戻って少し良くなったのに、次に行くところが急性期でいいんでしょうかという思いが私にはあります。地域包括ケア病床が動いていないのはもっと活用する方法があるのかなと思います。私は現場を離れてから長いので、こういった新しい情報が出たときにまずそれを勉強するというのが第1にあります。そうするうちに実際にそういった話を聞きましたので、どういったことで市民病院では39床なのか。私の知っているところは全部で162床のところ、18床できたと聞いたものですから、そのあたりができると実際急性期から行くところがなくて困っている患者のことを上手く支えることができる気がしました。

委員長

地域包括ケア病床については松阪市民病院だけしかない。どうしてほかの病院で作らないのか。各病院が持てばよいという事になるとと思いますが、そのあたり事務局何か付け加えられますか。

業務支援担当

ご質問頂きましたところは12ページをご覧ください。第3回目委員会の資料を再掲しております。地域包括ケア病棟というのが、診療報酬の制度上、左下の制限があるというところをご覧くださいと、市民病院の方は1病棟持つわけなんですけども、ICU・HCUといわれる集中治療室や高度治療室といったものを施設として整備をしている病院に限っては、1病棟までしか持てないことと、総合入院体制加算といった高度急性期・急性期といったより大学病院に近いような機能を持つような病院、大病院といわれるようなところには、国としてはあまり地域包括ケア病棟を活用して欲しくないということではないかと私見ですが思います。

総合入院体制加算の認定を受けているような大病院は、地域包括ケア病棟は整備できないというような制度となっているということ踏まえ、大病院としての地位を保てるICUやHCUを廃止してまで地域包括ケア病棟を整備するかというと、急性期病院として運営していくことに対してストップをかける事でもあるので、制度上非常に難しい決断になるということをご説明をさせていただきます。

委員長

かつては病院の中にすべての機能がありました。私も昔卒業した頃は、入院3ヶ月、人によっては1年という患者もいました。それでもやっていけたんですが、そうになるとやはり多種多様な患者が増えてきて、急性期とか高度急性期を専門にやるところに機能分化しなくてはいけないということでこのような流れになって、現状ではその急性期のあとがないものですから、さきほどのお話のように、脳梗塞を起こされて今はこのような状態なのに、急性期なのかどうかという問題はあるかと思います。

そういったときに一時的な入院という事で包括ケア病棟があればそこへ入れるということです。ですがそういう病棟が現在不足している状況ではないかと思います。続きましてお願いします

委員

13 ページの図を見て、現在市民病院が対応しているのがこのアキュートからポストアキュート。これが実際に病院内で対応しているメインだということでお話をいただきました。患者サイド、利用者サイドから見れば、一つの病院で急性期からその方の状況に応じて回復期かまたは地域包括ケアを選んでいただいて、同じ病院内で移動できるような状況が望ましいのかなというような感覚があります。その上で在宅復帰、またはその在宅復帰の前に療養型または老健施設、さらに療養してから在宅へ行くという事が必要なのかなと思います。

それと昨年度の診療報酬改定で、このサブアキュートの部分が強化されたというのを聞いております。このあたりに関して在宅医療から直接地域包括ケア病棟の方へ入院ができるようになったというのがあるところも聞いておりますので、医療依存度の高い方に対してご家族のレスパイトも含めて対応していただくという意味では、このあたりの強化をしていただくと非常にありがたいのかなと思います。地域包括ケア病棟を調べれば調べるほどかなり制限があるのかなと思いますので、市民病院としてもスタッフの事や受け入れ環境の問題もある中で、上手くこれが使えないという歯がゆいところもあるのだろうという気がしています。

施設入所の方などは急変されて救急車等で病院の方へ行かせていただいて、その時に症状が特に問題ないという事ですと、そのままその日に帰されてしまう。救急車で行っても帰されてしまう事があります。それで次の日に、あるいはその夜にまた状態が悪くなったという事があったりしますので、できればサブアキュートのところで、一つの窓口でポストアキュートかサブアキュートどちらかで一晩でも様子を見ていただく事ができれば非常にありがたい。患者に負担もかけないしという事もあります。

それから次の15ページ目のところですが、市民病院の地域包括ケア病棟病床数が39床ということですが、県内の地域包括ケア病棟いろいろ見てみましたが、ほとんどのところが病棟単位でというところでどうしても中途半端なベッド数になるのかと感じます。県内で22の病院に地域包括ケア病棟があるように思いますが、ほとんどのところがそのような数字です。病床稼働率ですが、地域包括ケア病棟としてこの79%というのは高いのか低いのかというところ基準がよくわからない。例えば低いのであればその原因は何なのか。その逆もあるのかと思いますが、そのあたり教えていただければと思います。

委員

市民病院の地域包括病棟病床稼働率の 79%が多いか少ないかというのは解りません。ただ、本当は 90%以上あったほうが地域にとってはその方がいいと思います。79%に「なぜなっているか」というと、基本的にはポストアキュートとして市民病院の中だけで使っているのだからこういう事になっているというのが実情です。

委員長

次の委員にお聞きします。在宅の整備を進めながら、その進捗に合わせて医療機能をシフトすることが必要でないかという事ですが、今回のこの件に関してご意見をお願いします。

委員

今、言っていたいただいたとおりだと思いますし、松阪市民病院が持っている機能を充実させる或いはできるだけ今求められている役割を果たしていくような形で考えていく中で、話していただいたような方向性を実現させていくという事が大事であると思います。

委員長

在宅医療で 24 時間体制をとる事が難しいなか、県の定量的指標により地域急性期ができたことは在宅の面からはありがたいということでした。在宅の面からご意見をお願いします。

委員

在宅での医療の方が潤沢に行き届くためには、医療だけでなくコメディカル、特に 24 時間体制の看護師の体制がないとなかなか困難なところがあります。そういう現状を踏まえますと、サブアキュートがその発想で管内の病院で展開できれば、在宅医療を推進していく中でも非常にありがたい考え方です。

少しでも自立できる方向に時間を取っていただいて、リハビリ等も進めた上で、在宅に帰ってきていただき、その後の在宅での負担を少しでも軽減して退院できるということ。それから患者の動きは一方向、病院から在宅だけではなく、先程も例を出していただきましたが、急性期として、救急病院で取っていただけるかどうか非常に怪しいという部分もある。急性期の救急病院へ行ったら帰っていいといわれるようなレベルの患者さんは、在宅では沢山発生してきますので、そのような患者をとりあえず 1 週間なり 2 週間なりでも診ていただいて、再び在宅の医療に耐えられる状態で帰していただける。そういう機能をやっていただけるのは非常にありがたいと思っています。

その意味では在宅でのパラメディカルを含め、医療体制、看護体制をもっと充実させることが前提ですが、それができればサブアキュートという医療との連携がこの地域には意義ある事であると思います。

委員長

実際には松阪市民病院の方ではこのサブアキュートには対応できていないということで、そのあたりは医師会との関係とか、在宅している先生との連携をもっととっていくということが必要ですね。委員のところでは地域包括ケア病棟とか、回復期のところ力を入れていると聞いておりますが、ご意見いかがでしょう。

委員

まず地域包括ケア病棟の件です。現状、地域包括ケア病棟は松阪市民病院が持ってみえて、今それを上手に利用していこうと努力されていますが、病床稼働率が79%で、ポストアキュートがほとんどで、サブアキュートまでは手をつけていないという事です。サブアキュートの方へ力を入れていただければ、100%に近い数字はすぐに達成できるだろうと思います。ただ、ポストアキュートもサブアキュートも両方に力を入れるということになりますと、医師の問題、それから外来機能の問題もおそらく市民病院にもあると思います。話が少しそれるかも知れませんが、医師数の問題、働き方改革、これもすごく大きな問題で、いきなりこの話が出てきましたので、これから先の3病院や、公的ではない病院にも大きな影響が出て来ます。地域包括ケア病棟のこれからのあり方も含めて、場合によっては大幅な考え方の転換が必要な気もしています。

包括ケア病棟というのは、在宅医療、或いは地域包括ケア体制を構築していくために、必要な病棟として厚労省が作ったものです。けれども、診療報酬のこと、施設基準をクリアするための条件、例えば最長60日までとか、他にもいろいろ条件があります。それを急性期の病院はもちろん、慢性期の病院もそれを取っていくのは、かなりハードルが高いです。もう許可の基準を低くするというか、条件を変えていただかないと、なかなか地域包括ケア病棟あるいは病床が定着していくというのは経営的な面も含めて難しいと思います。ですので、急性期の病院が地域包括ケア病棟を持つ、地域包括ケア病床を持つという全国的な流れというのはあります。この理由の一つに、医師数、看護師等の職員数のこと、或いは診療報酬上のこと、また地域医療構想でベッドを減らしていくということは難しいので、地域包括ケア病棟で何とか上手くベッド数の調整をしていくというような流れもあるように思います。

ただ、3病院の役割分担と市民病院のあり方ということだけに絞って話をすれば、やはり市民病院が地域包括ケア病棟を上手く運営してもらって、先進的に松阪の中で他の病院も引っ張っていただくとということが一番ありがたいです。松阪は医師の数が多いと言われていましたけれど、3病院があり、精神科を中心とした大きい病院もあります。県全体の中でいうと医師の数は多いですが、それほど多いという実感はありません。また、今回のような医師の働き方改革の事もありますので、実務できる病院の医師はもっと減ると推測できますから、その時に地域包括ケア病棟というものが、必要とされる選択肢の一つとして残っていくと思っています。

委員長

松阪は確かに医師の数は多いですが、病院の数も多いということでもあります。それでは次にいかがでしょうか。初めてのご出席で難しいこともあるとは存じますが、ご意

見ございましたらお願いいたします。

委員

初めて参加をさせていただく中、私だけが医療の専門ではなくて、皆さん本当に医療専門の方ばかりなんです、私はどちらかといえば市民の代表として参加させていただいていますのでその立場で発言したいと思います。

的外れかもしれませんが、市民病院で地域包括ケアの病棟を持っているとなれば、後の2病院は持っていないけれど、これから3病院をそのような専門分野を持った特殊な病院にしてみらえれば、私たち病院を選ぶ方はもっと楽になると思います。素人の話ですが、できれば市民病院はこういうのをやりますよ、ということで位置づけをしていただけると市民としてはありがたい。

委員長

行政の立場からいかがですか。

委員

質問のようになるかも知れませんが、地域包括ケア病床の現状を把握するというので今進んでおりますので、その現状というところでちょっとお聞きします。地域包括ケア病棟についても、中央でありますとか済生会は今この体制では持てない。市民病院も1棟しか持てないし、しかもポストアキュート機能しかないという事の中で、今後そういう地域包括ケア病床というのが必要になってくるというのは、地域包括ケア体制を整えていく上でも当然必要になろうかと思いますが、そういうサブアキュート機能というところで必要性なり、ニーズ、需要というのは現状の中でどの程度あるもののでしょうか。今現在不足しているのかどうかお聞きしたいのですが。

委員長

いかがでしょう

委員

それは非常に難しい質問です。病院というのはもともと急性期の方も回復期の方も慢性期の方も、どんな小さな病院でも混じりあって入院されてきました。ところが、だんだん機能分化が進み、急性期の方は急性期、回復期のリハは回復期、慢性期の方は慢性期というふうに機能分化がされてきた中で、現実的にはその慢性期の方も、もちろん急性期の病気になる事もあります。あるいはリハビリが必要な事もあります。ですので、そんなにきれいに各期別にそれぞれの病院を切り分けられないというのが現実だと思っています。

その時に、地域包括ケア病床というのは、ポストアキュート、サブアキュート含めて、入院していただけるということでは、かなり必要性は高いと思います。現状において高齢の方のサブアキュートとアキュートの区別は分かりにくいです。皆アキュートの患者さんと考え

がちです。

そういった切り分けを私たち医師は言えませんので、患者さんは、まず急性期に行かれると思います。現実にはまず3病院に行かれるという事になって、それがいろいろな問題を引き起こしている事にもなりますし、これから先の医師数の事とか救急の問題とか、そういったものも含めると、やはりサブアキュート機能を持つ病棟あるいは病院というのはもっと必要だと思っています。

委員長

現実的なお話をしますと、大学病院でも今問題になっているのは、発症したときはほとんど急性期といった形で取らざるを得ないですね。そういった患者を2次病院や3次病院が取って、実際診断してみたらそれほど緊急性はない、ただどもすぐには退院させられないという場合に、行くところがないという事です。大学病院が今困っていて、救急できて取るんですが、それほどたいした事もない、1泊2日で帰れる。だけど帰すところがない。特に脳梗塞などの時がそうです。ある程度落ち着いていてそれほどたいした事はないけれども、次の病院がないという事で、そういう部分が問題。そういった機能のある病院が機能分担してあれば、そこへ転院していただくことでスムーズに急性期病院は機能していくということができるのではないかと。現在は徐々にそういうところで機能づくりや機能分担は進んでいますけれど。

委員

実際中央なり済生会が次へ送る病院があればいいんですけども、数がないという事の中で自分の病院の中で抱え込んでいる状況があるという事でしょうか。

委員

地域包括ケア病棟を当院で開設をして、この9月でまる3年になります。ポストアキュートとして院内で発生する患者さんに関しては、当初混乱もありましたが、スタッフの努力もあって各ドクターの中ではスムーズに動くようになりました。

ただ、在宅の方から少し入院させてほしいというような患者は、直接取ることにはできません。そのあたりが今後大変多くなってくるような気がします。食欲が落ち、もしくは脱水症状があるから点滴してほしいというのは、急性期の病院ですと来ていただいても点滴だけしてすぐに帰します。帰して暑い中で体調崩して結局おかしくなってしまう事が去年の夏などはありましたので、そういったところを一時的に診る、急性期ではないけれども、帰すには危険だといった方を診る病棟が今ないです。市民病院の場合には本来だったら対応すべき地域包括ケア病棟が、実は医師側の受け入れの問題で上手く動いていません。これは県内の急性期に附属する地域包括ケア病棟がどこでも抱えている問題です。

急性期の医師たちは急性期を診療するために病院で働いているという意識が強いものですから、何故私が診るんですかという事になってしまう。これは大学でも同じですよ。しかも、地域包括ケア病棟はとても使いやすく、桜木記念病院でも持つという話をされました

が、確かにすごく便利な病棟で、どんな病気でもどんな状況でも入れられる。それで、状態を見て帰せると思えば帰せばいい。その間の収入も安定してますが、ただ制度上非常に縛りも多いです。例えばコメディカルでリハビリの数をきちんとそろえないといけないとか、非常に条件、ハードルが慢性期では高いところがありますし、急性期でも厳しいところがある。

そういう状況でいいますと、将来はいずれこういう病棟が地域包括ケアシステムを支える、まさに厚労省が絵に描いているような、中心になる使いやすい万能の病棟だと思うんですが、まだなかなかそれが全部うまく動いているような地域というのは日本全国でもあまりないと思います。

委員長

医者役割分担も必要で、急性期の業務の中で急性期でない方も診なくてはならないという事になると、そのあたりで若い医師のモチベーションが下がる事にも繋がる。そういう部分を診るという事を最初から理解している医師が集まっている病棟であれば、何ら問題なく診療ができると思います。

地域包括ケア病棟・病床についてそのほかご意見いかがでしょうか

委員

認識が間違っていたらご教示頂きたいのですが、地域包括ケア病棟をみていますと、まさしく総合診療医の先生がマッチする感じがします。総合診療医の先生の確保は難しいのでしょうか。

委員

国は要請をしていますが、日本の中で全く充足していません。三重県に関してはしばらくできないです。ですから各地域で「総合診療医」という先生が配置されている病院自体が非常に少ないです。松阪市民病院に関して言いますといません。

ただ、総合診療医というのは、実は経験豊富な内科系の年配の先生だと充分以上の総合診療医としての役割が果たせます。そこは問題ないと思いますので、専門医制度とは別ですけども、病院協会の方が総合診療医に代替えするような医師を養成しようというプログラムを始めています。

委員長

内科とか外科のある程度経験積んだ医師がその部分を担うというかたちが現実的という状態が多いです。

16 ページからのポイント②「医師の働き方改革の影響を考える」をお願いいたします。医師の働き方改革につきましては、急性期、特に救急医療を行う現場では大きな問題であり、こうした病院は、多くの医師・スタッフが必要となってきます。ご説明いただきましたように、市民病院にとっても大きな問題となり得る可能性はあります。

国の方も、①地域医療構想の実現、②医師・医療従事者の働き方改革の推進、③医師偏在

対策の着実な推進、これらを三位一体で推進してくよう求めてまいりました。今回、初めてこの委員会で医師の働き方改革について取り上げさせていただきましたが、委員の皆様から、ご意見ございませんでしょうか。

委員

内科、外科のそういった経験豊富な方が活躍してくださればありがたいです。

委員

冒頭おっしゃったように偏在をどう調整していくかということで、新聞等のことが理解できれば、他の介護職員のことに関してもいいヒントになるのではと思って勉強するのですが、なかなかわからないというところです。

委員

今回、医師の偏在指標というのが出て、医師多数とされるのが3分の1くらいでしょうか。ここひと月くらい医師多数とされている京都府、福岡県、香川県へ行ってきましたが、地元の方々は自分たちの地域が医師多数とは全く思っていない。もちろん偏在指標というのは政策を進める時は必要なもので、指標の是非は置いておいたとしても、そういう指標を進めていくというのは大事とは思いますが。ただ実感として医師多数地域でも医師多数と思っている人はほぼいないわけです。

それでは三重県はどうかという医師少数の方に入っているわけで、人口比等で見ても、厚労省から示されているデータプラス自分の方で加工して付け加えて検討してみてもやはり今後かなり厳しい状況があるかなというのが実情です。その中で医師をどうやって確保していくかということで、説明いただいたような非常勤医師の先生方で外来もやっているなど。これは大学教育も全く同じで、自分はずっと多いのでこういう指標は出せないなと思ってはいます。そういう大学から来ていただく非常勤の先生方で病院を維持しているのもよくわかりますが、このあたり補足やご説明いただければありがたいと思います。

委員

先程申し上げましたけれどもとても厳しい状態で、説明を聞かせていただき、常勤医師だけで業務を回していければ良いのですが、そういう病院はほとんどないと思います。

当院では非常勤の医師が多いので、これから先、地域医療構想を考えに入れなくても病院のベッドを大幅に減らさなければいけないか、あるいは外来枠を減らさなければいけないかと心配しています。医師の仕事については、団塊の世代の私たち医師の多くは、ある程度自己犠牲の気持ちというか、頑張れるだけ頑張るという気持ちで仕事をしてきましたけれど、それが良い事とは言えません。やはり医師も人間です。それに、近年女性の医師の方も大変多いので、きちんとした働き方改革は必要だと思います。しかし、これを急激に日本の医療に当てはめてしまいますと多分沢山の病院が大変になるという感じもします。この事を踏まえると、これからはもっと医師会の先生、開業医の先生との連携とか、さきほど総合診療の

話も出てましたけれども、総合診療科の若い先生は少ないので、ある程度の年齢でいろんなことができるような先生を育成するか、一旦引退された先生をもう一度仕事をしていただくシステムづくりであるとか、そういう事も考えていかないと現実的には大変苦しい医療環境になると思います。

委員

病院に勤めてある程度マネジメントできる立場の先生もいらっしゃるでしょうけれども、開業医となるとなかなかそういうわけにもいかず、目の前にある仕事をとりあえず一生懸命やらざるを得ないというのが現状だとして、それをシステム化していくためには、医師だけの判断ではなく、いわゆるコメディカルの皆さんとの連携、この地域で多職種の力というのをしっかりと練り上げないと、おそらく医師の仕事時間のコントロールは無理だろうと思います。

医師の偏在という事であれば、余りにも今それが進んでしまって、偏在指数がすべてと思いませんが、何らかの形でいいものを見つけて何らかの形でコントロールしないと、そのままに任しては決してよくはないと思います。今回の偏在指数も一つのきっかけかと思いますが、しっかりともっと深く考えなくてはいけないきっかけかと思います。

委員長

大学病院の立場で申し上げますと、医師の働き方改革という面では真剣に取り組んでいるところです。今、毎日、毎月ごとに勤退の管理をしています。何時から何時まで働いたということを4月からやっています。その中では、実際真面目につけると大変な事になりますので、ここからここは自己研鑽とか、そうしないと明らかに時間を超過してしまいます。

だからどこからどこまでが本当に労働か、医者は専門職ですからわからないです。それともう一つ大学の機能としては、地域の病院を助けるという事も大きな役割を担っていて、いろんな地域、津市内、県内の病院へ医師の派遣と同時に他の様々な部分的な応援ですね。私の中ですと例えば中央病院へは麻酔の手術の手伝いに行ってますし、松阪市民病院へも手伝いに来ています。いろんなところに行って足りないところを補っているという現状です。それも全部労働に入れると大変な事になります。それを実際に労基が入る2024年までに考えていくとなると、やはり将来的には派遣できないところが出てくる可能性はあると思います。そのあたりの事を考えなくてはいけないのではということです。

それと医師の偏在ですね。これもかつては医局制度というのがあり、過去にはかなりの部分で医局の指示に従ってきたということで、地域偏在はある程度抑えていたと思いますが、そのあたりがかなり弱くなりまして、なかなか難しいのが現実です。上の命令でここへ行きなさいとか言うのは難しい。ただ、大学の役割としては、1年なら1年間の、あるいは2年の決まりで行っててくださいという約束はできます。

そういう形で医師派遣するということで、偏在をなくしていくという機能は大学には一つあると思います。三重大学としては県内の唯一の大学病院ですからそれは守っていきたいと思います。

委員

最近、厚労省の課長補佐クラスの技官のお話を聞きました。医師の働き方改革については、聞いていた私と同じような立場の院長は皆危機感を持っていて、「こんなことをされたらどうしたらいいのか」というような話が沢山出ましたが、最終的に委員長が言われたような、例えば応援に関するところを労働とするかどうかというところはまだ決まっています。これを厳密に適用すると、多分日本の医療は壊れますので、そこまでは厚労省は考えてないので、年間の医師の時間外 1860 時間などというところでもないような時間外勤務だけを認めるなどという、これは労基から考えても有り得ないです。一般的に 1 カ月 100 時間ぐらいが過労死のラインといわれている倍近くのところを国が認めてしまうなどという事は本来あり得ないのではないかと思います。逆に言うとそんな法律を作ると追い込まれるような感じになるのかなと思っていますので、ここのところはこういう話が出てきたということではないかという気はします。

ただし、一度こういうものが出てしまうと、医者でも労働者だよという話が若い人たちの間でもう定着していますので、昔みたいに何かあっても死ぬほど働かなくていい働き、起きて動けるだけ動いてからしか休めない。そんな時代はもう二度と戻ってきませんし、そのあたりは少子高齢化がどんどん進みますと、個人の頑張りではなくシステムとして何とか生き残れるようなものをきちんと作らないと、後の世代が苦勞するのかと私は思っています。

委員長

このあたりは今後の問題かと思いますが、改正される労働基準法は、医者の場合 5 年の猶予があって、2024 年から労働基準法が適用されるという事です。もうあと少しですけど考えていく事になるかと思っています。

次に議事の(4)で、今後の国の動きについて、資料は 26 ページを見てください。地域医療構想については、地域医療構想に関するワーキングで討論されていて構想区域にはがんとか心疾患や脳卒中、救急医療などの各領域について各病院がどのくらいの症例数となっているか診療実績を「見える化」して分析し、他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的病院等の有無について、2019 年年央までに厚生労働省が各都道府県に通知するとのことです。この国の動きについて地域医療構想調整会議のスケジュールなどの関係を含め、三重県医療保健部から補足はございますか。

三重県

まだ通知としては出ていません。たたき台といったものを参考にしながらの情報提供させていただきます。医療計画の見直し等に関する検討会、地域医療構想に関するワーキンググループといったところがたたき台を作っている資料を拝見しますと、地域の実情は地域の関係者にしか解り得ない側面はあるということで、地域の方が集まって地域の医療体制を考えるということですが、なかなか進んでいかないということもあり、国の方では一定の基準を設けて全国の各地域の医療体制を見るということで、データを示すということを考えてい

るという事です。項目としましては、委員長からもございましたが、9項目で、がん、心筋梗塞、脳卒中、救急医療、小児、周産期、災害、僻地、研修派遣機能、といったことで、また「がん」の中でもこういったもの、というのがいくつかありますが、病床機能報告というのを各病院がしていますし、DPCとかレセプト等を使うと各病院がこういった診療しているかという「見える化」はできているので、それを国の方で整理していくという事です。

この26ページの資料見ますと診療実績のデータ分析、この辺りは国の方でできると思いますが、地理的条件をどのように設定してどのように結果を返してくるのかわかりませんが、この図にあるようにAからEという病院が例示されていますが、こういった事を分析していく中での代替可能性、さきほどご説明しました分析項目で一つ以上は重なって、他の医療機関でもできるというところがあれば、そういった公立・公的医療機関を代替可能性があるという位置づけるとか、あるいは大半の分析項目が重なっているということであれば、再編統合の必要性もあるとか、そういった事を国が公表して行って各地域の議論の材料にさせていただく。中には、国自ら重点的な地域を設定して直接助言する、そういった事が今のところ出されているところです。どの様なデータが出て来るのかわかりませんが、2019年度中頃といった事が示されていますので、結果を見て我々も検討していきたいと思えますし、そういったデータを含めて今後の地域医療構想の調整会議を進めていきたいと考えてるところです。

委員長

ありがとうございます。DPCデータを使えばほとんど把握できますね。今もうでてきているものがあるような気もしますが、そのあたりも国の方が示してくるのではないかと思います。

特にこの国の方の意見に対して何か質問とかご意見ございましたらお願いします。

(意見・質問 なし)

それでは委員の皆様全体通して、何かご意見ございますか。

(意見 なし)

では、本日の委員会はここまでとさせていただきますが、委員の皆様からは、いくつか宿題も出していただいたと感じているところです。

次回委員会に関する課題について、まとめさせていただきますと本日の議論の中から、まず一つ目に、現時点での松阪市民病院における地域包括ケア病棟の課題を克服し、松阪地域で求められているものとするために、例えば、地域包括ケア病棟等についてうまく機能している事例を参考にしつつ、3基幹病院を中心に高度急性期・急性期・地域包括ケア病棟といった機能を分化するのに、どのような在り方が考えられ、それらのメリット・デメリットはどのようなものかということ、またもう一方で、医師の働き方改革、すなわち、医師の労働時間管理の適正化を徹底していきながら、救急医療をはじめとする医療提供体制を維持して

いくためには、こういった対策を講じる必要が考えられるか、以上のような両面を満たすような具体的な在り方を検討する必要があることが認識されたと思います。さらに、厚生労働省の方からは、年央に、8月くらいに、構想区域別に「他の医療機関による役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等」の有無について通知されるという事でもありましたので、この内容についても、松阪地域医療構想調整会議の議論を踏まえ検討する必要があると考えます。

次回の委員会においては、そのあたりのことを具体的に検討したいと思いますので、事務局の方で検討材料を整理していただきたいと思いますが、委員の皆様、いかがでしょうか。

(賛同の声あり)

では、次回の委員会までにそのような具体的な検討材料を整理し、提出を求めたいと思います。

事務局の方で作業を進めていただきたいと思います。

事務局にお返しします。

事務局

長時間にわたり、ありがとうございました。

本日の議論におきまして、たくさんの宿題を頂戴しました。次回の委員会に向けてしっかりと検討材料を整理したいと考えております。

松阪地域医療構想調整会議で決められた「松阪区域の具体的対応方針」では、「松阪市民病院の在り方検討委員会の検討結果をふまえ、3病院について役割の明確化に取り組む」とされていますが、当委員会としましても「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でございますので、本日の議事の「(4) 今後の国の動きについて」にもありましたように、2019年、年央までに厚生労働省から各都道府県に通知される「代替可能性がある公立・公的医療機関等」の有無について、松阪地域医療構想調整会議で議論される内容を踏まえる必要があると考えております。松阪地域医療構想調整会議と松阪市民病院の在り方検討委員会双方でのオープンな議論を積み重ね、より良い方向を探ることが大切であると考えております。したがって、そのあたりの進み具合に合わせて、改めて次回委員会の日程調整をさせていただきたいと思いますので、ご理解のほど、よろしくお願い申し上げます。

本日は遅くまでありがとうございました。傍聴の皆様もありがとうございました。お帰りは夜間通用口からとなります。お気をつけてお帰りください。

午後8時40分終了