

第5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12月16日 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、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

欠席委員

長友薫輝委員

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

- (1) 第4回委員会の振り返り
- (2) 公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針の再検証について
- (3) 病床の機能分化・連携に関する検討について

会議は公開とする

傍聴者数 47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ことをお伝えし、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。

午後7時 委員会開会

司会

定刻となりましたので、ただいまから第2次地域医療構想をふまえた松阪市民病院のあり方検討委員会、第5回委員会を開催いたします。

委員会に入ります前に、当委員会の委員長をお願いしております。伊佐地先生でございま

すが、本年10月1日より三重大学医学部附属病院病院長に就任されましたのでご報告申し上げます。

本日の出席状況ですが、三重短期大学教授の長友委員から欠席の連絡をいただいています。従いまして、本日の出席委員は9名中8名でございます。3分の2の委員のご出席により、本委員会設置要綱第3条第4項の規定により、本会議は成立していることを報告いたします。

それでは、委員長にはこの後、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。まず、議事の1 第4回委員会の振り返りについて報告をお願いします。

事務局

では、第4回委員会の報告を致します。在り方資料1の3ページと4ページにわたり、第4回委員会の振り返りの資料として提示しております。

まず、3ページでは地域包括ケア病棟の現状を把握する。そして、4ページでは、医師の働き方改革の影響を考える、また今後の国の動きということで、委員の方々の発言を報告します。

3ページをご覧ください。

最初のテーマである地域包括ケア病床の現状を把握するという点についてです。

- ・市民病院の39床は何を根拠に39床になったのか。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へ施設で診てもらおうというのが大事である。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ではないか。
- ・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、ほかの病院にはないのか。
- ・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感覚がある。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ことが必要であると感じる。
- ・松阪市民病院ではサブアキュートには対応できていないということであれば、そのあたりは医師会や、在宅している先生との連携をもっととっていくことが必要。
- ・現状、地域包括ケア病棟（病床）は市民病院と大台厚生病院が持っているが、ポストアキュートが多くてサブアキュートまでは手をつけていない。ポストアキュートもサブアキュートも両方ということになると、医師配置の問題、外来機能の問題も市民病院にも出てくる。
- ・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、松阪だけのことで話をすれば、やはり市民病院が地域包括ケア病棟をうまく利用し、先進的に松阪の中で、ほかの病院も含めて引っ張っていただくとということが1番ありがたい。今回のような医師の働き方改革で医師が減少すると考えると、地域包括ケア病棟が必要とされるものとして

残っていくものとする。

- ・ 医者の役割分担も必要で、急性期の業務の中で、急性期でない方も見なくてはならないということになると、そのあたりで、若い医師のモチベーションが下がることにもつながる。
- ・ 地域包括ケアには総合診療医の医師がマッチングするが、総合診療医の確保が難しい。養成も不足している。

4ページをごらんください。

続いてのテーマの医師の働き方改革の影響を考えるというテーマです。

- ・ 病院勤務医師は、業務時間をマネジメントできる立場にある医師が多いが、開業医は難しく、目の前の業務をこなすのに一生懸命になるのが現状である。システム化するためには、医師だけではなく、コメディカルとの連携や多職種力を合わせて構築し、医師の業務時間のコントロールをしていく必要がある。
 - ・ 次に、大学病院でも働き方改革に取り組んでおり、勤怠管理を厳しく行っている。しかし、すべてを申告すると時間超過してしまうため自己研鑽などとしている面もある。
 - ・ 医師は専門職であり、どこまで業務に入れるのか難しい。近隣病院へ手術の麻酔の手伝いに行くということがあるが、それは、労働に入れていないのが現状である。これを労働と考えると時間超過になってしまう。将来的に医師派遣にも障壁が出てくると考える。
 - ・ 医師の派遣をコントロールすることによって、医師の偏在化を防ぐのは、大学の働きにもよると考える。県内唯一の大学病院である三重大が守っていく必要がある。そして最後のテーマの今後の国の動きという点です。
 - ・ 地域の実情は地域の関係者にしかわかり得ない側面はあるということで、地域で地域の医療体制を考えるということであるが、なかなか進んでおらず、国のほう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。
 - ・ 診療実績などのデータ分析は国でも行うことが可能であるが、地理的条件をどのように設定していくのか、代替可能性や再編統合なども考えていく必要がある。国自ら重点的な地域を設定して直接助言することが検討されている。どのようなデータが出てくるか不明であるが、2019年度中ごろにデータが示されるとのことなので、結果を見て検討を進め、これらの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、といったご意見がございました。
- 以上でございます。

委員長

ただいまの前の振り返りで、何か補足されることはありませんか。

委員

表記に誤りがありますので申し上げます。3ページの、真ん中、地域包括ケア病棟は市民病院と松阪厚生病院が持っているというのは、松阪厚生病院ではなく、大台厚生病院です。

以上です。

事務局

大変失礼いたしました。

(その他なし。)

委員長

次に、議事の2です。前回6月11日の第4回第2次あり方検討委員会の議事の4のところで、厚生労働省のほうから今年の半ばごろ、8月ぐらい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、通知されるということでした。それについて三重県から報告をいただきます。

三重県

在り方資料2をご覧ください。

厚生労働省からの通知ということですが、実際は通知という形ではなく、9月の末に国の会議で公表されました。11月開催の令和元年度第1回地域医療構想調整会議に用いた資料で説明します。

「令和元年度具体的対応方針の取りまとめに係る考え方」です。抜粋しながら本文を読みます。

地域医療構想の実現に向けては、平成29年度、30年度の2年間を集中的な検討期間として、三重県においても地域医療構想調整会議での協議を経て、昨年度末にこれらの方針を取りまとめたところです。

しかしながらこの取りまとめた結果を全国的に見ると、国は、現状追認が多く機能転換等が進んでいないと考え、各医療機関の診療実績を分析し、一定の基準に該当する424の公立・公的医療機関等を「再編統合について特に議論が必要な医療機関」と位置づけました。

これに対して地方からは、地域により公立・公的医療機関等の果たす役割は異なる。全国一律の基準により分析したデータだけで、再編統合を推進することは適切でない、といった意見が出されています。

三重県においても、地域医療構想調整会議の合意結果が全く反映されていない状況ということで、全国知事会等を通じて、地域医療構想調整会議の合意結果を最大限尊重するよう申し入れを行ったところです。

ページをめくっていただいて「3ページ」と書いてあるところをご覧ください。

こういった全国からの意見等を踏まえて、令和元年9月27日、厚生労働省医政局のほうから出されている厚労省の見解になります。

少し強調（太字部分）されているところだけ読みます。

3番目の項目、今回、厚生労働省においては一定の条件を設定して、急性期機能等に関する

る医療機能について分析したということですが、必ずしもこの厚生労働省が分析した結果で医療機関そのものの統廃合を決めるものではないということ。

また、病院が将来担うべき役割やそれに必要なダウンサイジング、機能分化等の方向性を機械的に決めるものでもないということを厚生労働省は述べています。

4番目の項目、今回の分析だけで判断しえない診療領域や、地域の実情に関する知見も補いながら、地域医療構想調整会議の議論を活性化し、議論を尽くしていただきたいということですので、あくまで「分析しました」といったような見解となっています。

もとに戻っていただいて、1番の公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針の検証についてです。厚生労働省からはこういったデータが公表されましたが、まだ正式な通知や、詳細なデータも県の方に示されていないので、提示を待って、調整会議においては個別の医療機関の単位だけでなく、地域全体の医療提供体制の将来像を見据えて協議を行っていくということなのです。

2番目、令和元年度具体的対応方針ですが、平成30年度、昨年度の対応方針を取りまとめた際には、病床ベースでの合意率は49.3%という状況でした。

それを踏まえて、新たに創設する機能転換に係る補助や、病床規模の適正化に係る補助の活用も視野に入れつつ、合意率の向上に取り組むということなのです。

三重県からの報告としては以上です。

委員長

皆さんもマスコミの新聞等でご存知と思いますが、三重県でも突然国のほうから病院名が示されました。いろいろ反響がありましたが、ただいまの報告で県のほうから、松阪地域医療構想調整会議の中では、これまでどおり地域全体の医療提供体制の提供を、将来像を見据えて議論していくということについては変わりないということ。この三重県からの報告についてご質問、ご意見ございますか。資料2に関してですが。

委員

今の報告の中で、病床ベースでの合意率については49.3%という、この意味を教えてくださいませんか。

三重県

平成29年度、30年度に具体的対応方針の検討をさせていただき、資料の囲みのところの基準に基づいて、合意をいただいたところです。

一つの基準としましては各医療機能、高度急性期、急性期、回復期、慢性期がありますが、それぞれ必要病床数よりも、その区域の病床数が下回っているか、もしくは超えていたとしても50床未満であれば、「合意」としてしています。

一方で50床以上上回っているという場合につきましては、その機能のベッドについては合意できないということで継続審議ということにしています。

基準に基づいて合意に至った病床数の県内の総病床数に占める割合を計算しますと、5

0%弱、49%という状況になっているということでございます。

(その他質問等なし)

委員長

厚生労働省から構想区域別に役割の代替可能性がある公立・公的医療器機関等が公表され、それを踏まえた松阪地区医療構想調整会議での議論の結果を確認できたところで、我々のあり方検討委員会もこれまでどおり議論していくということで皆さんよろしいでしょうか。

(委員同意)

ありがとうございます。

ではこれを踏まえて議事の3、病床の機能分化・連携に関する検討について事務局から報告をお願いします。

事務局

この第2次あり方検討委員会で、これまで議論してきた到達点として、松阪地域には地域包括ケアシステムを支えるために、地域包括ケア病棟、病床を中心とする病院が今後ますます必要であるということであったと思います。

一方、松阪地域医療構想調整会議においては、松阪区域は、地域急性期、回復期の不足が見込まれているとされています。

この両者の見通しは一致するところです。

そして、松阪地域医療構想調整会議の具体的対応方針においても、松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院、及び松阪市民病院は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ています。

さらに、あり方資料1の5ページをごらんください。

前回のあり方検討委員会でのまとめのところで、委員長のほうから、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、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、どのようなあり方が考えられ、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を検討する必要があるとの総括と指示がありました。

こういったことから、役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等を、厚生労働省から客観的データに基づく分析結果が公表された後に、松阪中央総合病院と済生会松阪総合病院の今後の方針を再度確認して、それをもとに、松阪市民病院のあり方検討委員会での議論を進めるために、松阪市は三重県に対して松阪区域3基幹病院長による協議の場の設置について依頼をいたしました。

この松阪区域3基幹病院長による協議について、三重県からご報告をお願いしたいと思いますが、委員長、委員の皆様いかがでしょうか。

委員長

委員の皆さん、いかがですか。

(委員同意)

では、その報告について、三重県からお願いします。

三重県

在り方資料3をごらんください。先ほどの説明のとおり、松阪市から三重県のほうに依頼があり、このタイトルにある松阪区域3基幹病院長協議会を開催いたしました。

開催日は令和元年11月20日です。出席者は、松阪区域の3基幹病院、松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院、松阪市民病院のそれぞれ院長、事務部長。また、松阪地区医師会長の小林先生、三重県病院協会理事の志田先生にもご陪席いただきました。

議事概要の一つ目が、地域包括ケア病床への機能転換に係る意向確認です。

まず、松阪市民病院のほうから説明があり、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の議論として、松阪地域には地域急性期、地域包括ケア病床を中心とした病院が必要であるという意見がある。そうした中で、市内の他の2基幹病院の今後の運営方針等について、確認させていただきたいという、意向確認がありました。

その問いかけに対して松阪中央総合病院からは、今後も急性期医療に特化した病院を目指していく。済生会松阪総合病院も同様に高度急性期・急性期医療を今後も継続していくといった回答をいただいたところです。

裏面をお願いします。松阪市民病院からは、両院の方針を踏まえると、松阪市民病院が地域包括ケア病床を中心とした病院に機能転換し、両院からの急性期を経過した患者の受け入れや連携といった役割を果たしていくということも考えられる、というコメントをいただきました。

続いて両括弧2番、2次救急輪番体制についてです。

一方で、仮に松阪市民病院が機能転換した場合ですが、救急医療が困難になることが見込まれるということで、他の2基幹病院で2次救急医療、あるいは輪番体制を維持継続していく体制への転換が可能かどうかということについて、両院の考えを確認したいとの意向確認がありました。

そこで松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院に確認したところ、二つの病院で50:50、半々であれば対応可能であるといった回答をいただいたところです。

4番のまとめですが、一つ目の下から3行目あたり、松阪市民病院が地域急性期、地域包括ケア病床を中心とした病院へと機能転換し、両病院から急性期を経過した患者の受け入れといった役割を担うことが求められること。

二つ目には、最後のあたりですが、救急医療については、2病院とも半々の分担であれば体制の維持は可能であるとの回答を得たということで、意向確認の会議としては以上のように

な結果でした。

報告は以上です。

委員長

厚生労働省からは客観的データに基づく分析結果が公表された後に、今回、松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院とともに、3病院の協議の中で、二つの病院とも高度急性期、急性期機能に特化していくということを再確認することができたと思います。

この松阪地区3基幹病院長会議について、ご質問がご意見はありませんか。

救急に関してはいかがですか。原状からして二つの病院でやっていけるかという点ですが。

委員

それなりに厳しいこともあると思います。特に大学から救急の応援を得ている部分に関しては、働き方改革を行うことで、大学からの応援が得られない可能性が出てきますので、そのあたりを考えると、少し2病院だけでは少し苦しくなるのかもしれませんが。

ただ、両院長ともはっきり大丈夫と断言されましたから。

委員長

両院とも若い先生、30代の若い先生が入ってきてくれているというので、大丈夫だということでは、引き続いて事務局から説明をお願いします。

事務局

先ほどご報告いただきました、役割の代替可能性がある公立・公的医療機関等について、厚生労働省から客観的データに基づく分析結果が公表された後の2基幹病院の今後の方針と、これまでのこのあり方検討委員会での議論とを踏まえて、まとめさせていただきたいと思います。

松阪中央総合病院も済生会松阪総合病院も高度急性期、急性期の機能に特化していくとのことでした。

こういったことから、松阪地域の医療を守るために、「松阪市民病院が求められている姿」ということで、あり方資料1の7ページをごらんください。

地域にあるさまざまな医療機能等をつなぎ、地域包括ケアシステムの中の一員として地域を支えていくために、松阪市民病院が地域包括ケア病床を中心とする病院に機能転換していくこと。すなわち、第1に、在宅や介護施設で療養している患者で急性期に当てはまらない急性増悪を受け入れる機能。第2に、急性期治療を終えた患者の継続的治療や、リハビリテーションを中心とし、在宅復帰支援をする機能。そして第3に、在宅療養、在宅医療の支援といった機能を中心に担う病院に転換することが求められていると言えます。

1番上については、高齢化が進むにつれて、急性期に当てはまらない入院医療を必要とする高齢者が増加すると見込まれますので、その受け入れ先を確保する必要があると考えられます。

真ん中については、今後、医療需要がピークを迎える中で、急性期病院では、急性期治療が終わった後の在宅復帰までの回復期間の入院はさらに難しくなります。

そのため、急性期病院では、高度な医療や集中的な医療を必要とする方のための病院として、役割をはっきりさせていくべきであり、そのためには、急性期治療後の在宅復帰までの回復期間の治療を受ける病院が別に必要であると考えられます。

1番下については、今後、高齢世帯や、老老介護が徐々に増加していくことが考えられ、家族や介護従事者の負担が増えることが見込まれます。

その場合に一時的に入院できるような病院のニーズが高まることが想定されます。現時点においても、松阪市民病院には地域包括ケア病棟が1病棟ありますが、急性期機能が中心の病院の中の1病棟ということで、サブアキュートの機能を果たすには限界があるといった指摘があったと思います。

このことを克服するために、地域包括ケア病床が中心の病院になる必要があると思われま

す。

8ページをごらんください。

ここでは、地域における主な医療機能の分化と連携についての概念図を示しています。

中央の回復期機能の中には、本来、いわゆる回復期リハビリ病棟というものも存在しますが、これについては、この図では割愛しています。

松阪市民病院が担うことが求められているのは、図の中央のピンクの枠で大きく囲った部分でございます。

図の下の部分の家庭、介護施設等の地域との関係においては、先ほどご説明しました急性期に当てはまらない入院医療や在宅医療の一時的入院を受け入れてほしいといったサブアキュートという機能に対する期待が高まりつつあります。

そして、図の左の部分の高度急性期、急性期病院との関係においては、それらの病院からは、手術などの急性期治療後、早い段階で入院患者の転院先として、急性期治療後、在宅に復帰するまでの入院といったポストアキュートという機能に対する期待が高まりつつあります。

地域包括ケア病床では、急性期病院に入院後で病状が安定してからも、入院期間をそれほど気にすることなく、在宅復帰へ向けた積極的なリハビリの提供や、退院までの手厚い看護や支援を受けることができます。

また、特に在宅療養中の高齢者で、重篤ではないけれども入院での管理を必要とする病状の方の受け入れや、在宅療養中の方を一時的に受け入れることで、そのご家族に休息をとっていただくこともできます。

これらの特色から、地域包括ケア病床とは、高度急性期、急性期、慢性期、在宅医療をつなぐ、地域医療のかけ橋であると言えます。

地域にある病院がそれぞれの立場で、それぞれの役割を全うし、地域として全体最適を目指すことが必要だと考えられます。

地域包括ケア病床についてイメージしていただきやすくするために例を示します。

9ページをごらんください。

これは、急性期に当てはまらない入院医療の例です。

88歳の女性です。夫が亡くなり、3年が経過したということです。

息子夫婦は津市内で暮らしており、この女性は、松阪市内でひとり暮らしをしています。

特に大きな病気をすることなく、元気でしたが、ある日風邪を患い、朝になり38度の発熱、全身倦怠感が強くなり動くこともつらくなったため、息子夫婦に連絡をしましたが、途中ですぐ駆けつけられないと言われ、かかりつけ医の診療所に行くことになりました。

かかりつけ医に受診した結果、肺炎を起こしかけているとのことでした。

高齢であり、重篤化しかねないことや、家庭環境等を考慮していただき、松阪市内の地域包括ケア病床を中心とした病院へ紹介入院となったケースです。

紹介された病院でも軽度の肺炎と診断され、数日間抗生剤の投与を受け、状態が安定した後に、無事退院となったということです。

急性期に当てはまらないからといって、自宅で療養を続けることができない状況にあるときに、地域包括ケア病床を中心とした病院があれば、受け入れが可能となります。

このように手術や急な処置が必要なほど病状が悪化してはいない場合であっても、高齢者は身体機能が低下しており、重篤化しかねないため、病状が安定するまでの間、身体管理のできる手厚い医療体制は必要だと考えられます。

10ページをごらんください。

これは、急性期入院後の在宅に復帰するまでの入院の例です。

74歳の独身男性です。がん検診で胃がんの疑いがあると指摘されたので、急性期病院を受診、検査の結果胃がんと診断されて入院して手術をすることとなったケースです。

手術は無事に終わりましたが、抗がん剤での治療を継続して行ったため、入院は3カ月ほどとなりました。

長い間、床についていたため、筋力は衰えてしまい、何かに掴まっていないと歩くことが難しくなったということです。

入院中もリハビリはしていたものの、自立した生活をするには不十分な状態であったので、抗がん剤の治療が終わったことで、急性期病院から地域包括ケア病床を中心とした病院に転院して、自宅で生活できるレベルまでリハビリを継続してから退院となったということです。

急性期病院では、手術後早期にリハビリを始めます。長期の入院となった場合など、特に高齢者は著しく身体機能が低下する場合があります。そのため、自宅で生活できるようになるまで、身体機能を戻すには時間がかかることもあります。

急性期病院では、手術後の抗がん剤による長期の治療やリハビリだけを受けるために、入院を続けることは難しく、リハビリを十分に行うことができない場合があります。

地域包括ケア病床を中心とした病院では、リハビリを継続しながら在宅での生活を見据えた介護サービスの利用計画なども考えながら、生活できる水準を目指して身体機能を回復させることができます。

このように在宅復帰できるまでの期間の治療を受けられる病院を確保していくことは、地域にとってもメリットとなると考えられます。

11ページをごらんください。

これは、在宅医療の一時的な入院の例です。

86歳の男性で、娘は結婚して大阪府で暮らしており、現在は夫婦2人の世帯です。

85歳になる妻は慢性の閉塞性肺疾患から心肺機能が低下し、自宅で酸素療法を行っており、夫が身の回りの世話をしているとのことです。

夫が、かかりつけ医で定期健診を受診したところががんの疑いがあることがわかり、入院して精密検査を受けることを強く勧められました。

検査入院が必要となりましたが、娘は仕事が忙しく帰省して妻の世話をすることが難しい状況であり、妻の介護をだれがするのかということになりました。

そこで、検査入院の期間、地域包括ケア病床を中心とした病院に妻をレスパイト入院させてもらうことになったというケースです。

地域包括ケア病床を中心とする病院では、在宅で療養する患者を、同居する家族のやむを得ない事情に合わせて受け入れることができます。

在宅で療養される患者の増加が見込まれる中、その家族を支える機能として重要な役割を担うことが期待されています。

12ページをごらんください。

ここからは、松阪地域には、地域にあるさまざまな医療機能等をつなぎ、地域を支えていくために、地域包括ケア病床を中心とする病院が必要になると、これまでこのあり方検討委員会でご意見ご提案をいただいた、その根拠となった統計データ等について再度整理をさせていただきたいと思えます。

松阪市は今後どのような街になるのか。特に人口構造がどのように変化していくのかを、我が街のこととしてイメージしながら聞いてください。

13ページをごらんください。

このグラフは、松阪市の人口の推移と将来推計をあらわしたもので、松阪市の人口は2005年の16万8973人をピークに減少が見込まれています。全体の中で、高齢者よりも、働き手、こどものほうが多い状況ですが、この先は特にオレンジの働き手世代が減少していき、その影響が大きくなることが考えられます。

日本の景気に合わせて働き手は増加していきましたが、バブル崩壊あたりの1990年を境として、働き手やこどもの人口は減少が始まっています。

この先も増える見込みはなく、労働者が減少していくものと考えられます。

14ページをごらんください。

このグラフは、13ページのグラフから65歳以上のもののみを取り出して、これまでの

実績と将来推計を表したものです。

先ほど見ていただきましたように、全年齢合計の人口は2005年をピークに減少が見込まれるのに対して、この65歳以上の高齢者の人口というのは、2040年までじりじりと増え続ける見込みです。これはいわゆる団塊の世代層の高齢化を意味しているものと考えられます。

15ページをごらんください。

このグラフは、松阪市の65歳以上の高齢者世帯員がいる世帯数の推移と将来推計です。松阪市の65歳以上の世帯員がいる世帯数は1985年以降、一貫して上昇しています。

この中では、夫婦のみの世帯が最も多く、次いでひとり暮らし世帯となっており、この二つの世帯構成で高齢者世帯の半数を占めています。

そして、その数は今後も減少することなく、推移することが見込まれています。

ここまでは松阪市は全体の人口としては今後減少していきますが、高齢者の人口は2040年にピークを迎え、しかも高齢者ひとり暮らしと、高齢者夫婦のみの世帯が合わせて半数以上の割合を占める状態が続くものと推計されるということでした。

16ページをごらんください。

ここからは、高齢化により、どのような入院患者がふえるのかということ再度整理します。

17ページをごらんください。

左側の棒グラフは、松阪市全体の入院患者数の推移と将来推計をあらわしたもので、これを見ていただくと、2030年をピークとして増加していき、その後減少していくことが見込まれます。

疾病の内訳としては、右側の折れ線グラフをごらんください。

呼吸器系の肺炎、循環器系の心疾患・脳卒中、外傷 骨折、腎尿路系の腎不全などの増加率が多いことが予想されています。

18ページをごらんください。

左側の棒グラフは、松阪市の65歳以上に多い主な疾患を示して、松阪市の65歳以上の入院患者数の推移と将来推計を表したものです。

これにつきましては、先ほど見ていただきました松阪市の高齢者の人口推移、将来推計と同じような動きで、65歳以上の高齢者の入院患者数は2040年に向けて増加していく見込みです。

これはいわゆる団塊の世代層の高齢化の影響と考えられます。疾病の内訳としましては、右側の折れ線グラフをごらんください。

こちらでも、呼吸器系の肺炎、外傷 骨折、循環器系の心疾患・脳卒中、腎尿路系の腎不全などの増加率が多いことが予想され、これらの疾病が高齢者に多い疾病であることがわか

ります。

以上のようなことから、今後、高齢化が進展することによって、入院患者数の将来推計で示したとおり、高齢者に多い肺炎や骨折といった入院患者は、増えていくことが見込まれます。

19ページをごらんください。

上半分のオレンジの部分の左側ですが、高齢化により救急車で搬送される高齢者や、施設や自宅から病状が悪化した連絡を受け、急な入院が必要となるような高齢者が入院する機会が増えていくことが想定されています。

高齢者に多い肺炎や心疾患など、今後増加する病気はすぐに手術するようなものもありますが、そればかりではなく、少し入院して様子を見るような状態の患者など、急性期には当てはまらないものの、入院して病状を確認することが必要な患者も増加していくことが見込まれ、こういった入院医療へのニーズは高まることが予想されます。

右側でございますが、高齢者の場合、身体の機能が衰えてくることから、手術を受けた後に、体力が低下してしまい、自宅に帰ることができる状態になるまでに日数がかかることも多い中、急性期病院で手術をした後、十分に身体の機能が回復するまできめ細かなリハビリや、自宅に戻るための準備ができるような入院医療へのニーズも同時に高まっていくことが予想されます。

次に下半分のブルーの部分ですが、今後高齢化が進む中、介護に対する負担を一時的に軽減し、また、自宅では対応することのできない集中的な身体管理をするための入院も今後は増加していくことが予想されます。

地域包括ケア病床とは、高度急性期、急性期、慢性期、在宅医療をつなぐ地域医療のかけ橋であると言えます。

地域にある病院が、それぞれの立場でそれぞれの役割を全うし、地域として全体最適を目指すことが必要だと考えられます。

20ページをごらんください。

このグラフは、平成26年度診療報酬改定で、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料が創設されて以来、左側の届け出施設数と、右側の届け出病床数の推移をあらわしたものです。制度創設以来、一貫して増加してきているということがわかっていただけたと思います。

ここまで、地域包括ケア病床が地域医療の架け橋となると申し上げてきましたが、ただ、市民病院が市地域包括ケア病床中心の病院に機能転換していくとしても、ある日を境に突然機能転換することは困難だと思います。

21ページをごらんください。

このため、一定の期間をかけて、医療ニーズに合わせて機能転換をしていく等、何らかの工夫が必要であるように思われます。

以上、先ほどご報告いただきました役割の代替可能性がある公立・公的医療機関と、厚生

労働省から客観的データに基づく分析結果が公表された後の、2基幹病院の今後の方針と、これまでのこのあり方検討委員会での議論とを踏まえてまとめさせていただきました。

以上でございます。

委員長

ありがとうございました。詳細なデータに基づき、また、具体的な例を挙げて説明していただき、非常にわかりやすかったと思います。

我々のあり方検討委員会では、松阪地域には地域包括ケア病床を中心とする病院が今後ますます必要になるというご意見で、一致していたかと思えます。

そして先般の松阪区域3基幹病院長による協議の場におきましては、松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院も高度急性期・急性期機能に特化していくとのことでした。

松阪地域医療構想調整会議において、松阪区域は、地域急性期・回復期の不足が見込まれ、具体的対応方針においても、「松阪中央総合病院、済生会松阪総合病院、及び松阪市民病院は、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」とされていました。

地域にある病院が、それぞれの立場でそれぞれの役割を全うし、地域として全体最適を目指すということが必要だと考えられるので、これまでの議論の流れを見ると、松阪市民病院が地域包括ケア病床を中心とした病院に機能転換し、①在宅や介護施設で療養している患者で、急性期に当てはまらない急性増悪を受け入れるサブアキュート。急性期まで行かない患者の受け入れ。②急性期治療を終えた患者の継続的治療や、社会復帰に向けたリハビリテーションを中心とし、在宅復帰支援をするポストアキュート。③在宅医療の支援といった機能、レスパイトですね、それを中心に担う病院に転換することが求められているのではないかと、いうまとめであったと思います。

これまでも委員の方から、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床をうま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いうことが1番ありがたいという意見がございました。

松阪地域において今後ますます求められる地域を支える医療機関を備えると同時に、松阪地域における3病院の機能分化・連携の両面に叶う、収まりのいいまとめだと思いましたが、委員の皆様いかがでしょうか。

委員

松阪地区の3基幹病院長の協議会の内容も教えていただきました。

介護の現場にいる者からしますと、松阪市民病院が地域包括ケア病棟を担うということで、地域包括ケアシステムの中の一員として地域を支えていただくということは非常にありがたいことだと考えます。

3病院がそれぞれの役割を明確にされて進めていくということで、まず地域医療構想においてこれは非常に重要なことであると思えますし、さらに市民病院がその地域包括ケア病棟

を進めていくということに関しては、地域包括ケアシステムを進めていくという中で、非常に重要なことだというに考えています。

ただ、9月の26日、新聞報道もありましたし、その影響を受けて県内の7病院もかなり苦労されたということを聞いています。そのあたりを考えると、急に病院の機能が転換するということは、特に市民の皆さん方に混乱を招く、またそこで働く看護師やスタッフの方々も混乱される、また心配されるということがあるので、このあたりはしっかり時間をかけて周知をするということが重要と考えます。

そして2030年。松阪地区の場合は2030年がピークということで目安をつくっていますので、それに向けて診療報酬の改定などもにらみながら慎重に進めていくということが非常に重要だと考えます。

委員長

ありがとうございました。ただいまの発言に対してご意見いかがでしょうか。

委員

今の発言については、私も同じような考え方を持っています。医療と介護と両方に携わっているものの立場として考えれば、是非市民病院が地域包括ケア病床を中心とした病院になってほしいと考えます。

先ほどの事務局の説明の1番最後のところに、一定の期間をかけて、医療ニーズに合わせて機能転換というように囲んでありますけれど、私もこれに賛成です。

市民病院ほどの大きな病院にはたくさん職員の方もいますし、地域包括ケア病院、地域包括ケア病床を中心とした病院になっていくとしても、いろんな問題点はあると思います。

特に医師や看護師については「働き方改革」のこともありますし、この地域から医療従事者が減るということは、救急のことも含めていろんな意味で大きな問題をはらんできますので、私としましては松阪地域にとってそのことが大きな損失になるのではないかとということも少し懸念しています。

先日の3病院長協議会では、先ほどご説明がありましたように、2次救急の輪番を維持していただけるということで、済生会と中央の院長先生からの力強いお話もあり、心強いとは思っていますが、ただやはり医師看護師等の医療関係者は、引き続きこの松阪にとどまってもらいたいというか、地域医療という観点から考えたときには、とどまってもらう工夫というのか、あるいは雇用を確保するということが、是非必要になってくるのではないかと考えますので、その辺りは慎重に進んでいくほうがいい面もあると思います。

委員長

ありがとうございました。

そうですね。雇用のことも考えなくてははいけませんし、病院経営についても考えていかななくてははいけないと思います。いろんな方策があるかと思っています。

そのほか、ご意見いかがでしょうか。

委員

私が住民の立場に立ってみると、非常にこの計画は、安心できる計画だなと思いますが、さきほどからのご意見にもありましたように、これは長く時間をかけるべきと考えます。

まず住民が理解をすることも大事ですし、その中で働く職員のことと考えていかなければなりません。

モデル的というか、こういうことは一気に進めるのではなくて、できそうなところから、試験的に取り組んでいくという方式をとらないと、なかなか住民が理解できないと思います。市民病院を受診してみえる方はたくさんいますから、なぜそういうふうになるのかということを理解していただくことが私は大事だと思います。

付け加えれば、急性期でオペするときに、入院して、その後いろいろな手続きがありますが、今は退院の計画まで言われます。だから、患者や家族の方は、手術してそれだけで返らなくてはけないのかと思ってしまうということも私は聞いています。

仕組みとしては、本当に住民の希望に応えられるいいことだと思いますが、やはり少しずつ住民の方の意見も入れながら、計画的に回復期の機能にしていくようなことを進めていけないのか、というように思いました。

また、私は看護職ですけど、仮に回復期機能のベッド数が増えたときに、看護職のことを考えると回復期の病院に看護師が少なくなるとは困るというようなことも思いました。

委員長

ありがとうございました。

確かに大学病院も、平均在院日数がかつては14日、直近では11日を切っています。どうしてそれができるようになったかということ、計画的に、入院のときに退院できるようになったら次の病院が連携をとっていて、「この病院に行けますよ」となっている。今、近くの二、三の病院と連携をとっていて、それによって急性期の患者をたくさん受け入れて、回復期になったら次の病院に移っていただく、そこをきちんと説明しています。決してほうり出すわけではありません。そういうシステムがうまく機能するようになれば、非常にうまく回っていくのではないかと私は思っています。

他にご意見ございますか。

委員

この地域包括ケアシステムというのが、最終的にはできることなら在宅で看取りまでということが進められてきた方策だと、医師会としては思って取り組んでまいりました。

しかしながら実際に医療に携わるスタッフのことや、これからの年齢的なことなどを踏まえ、現時点で、やはりサブアキュートがシステムとして取り入れられるというのは本当にありがたいことです。またポストアキュートに関しましても、少しでも病状が軽くなって帰宅していただくということは、在宅を担っていくものとしてもありがたい。

これが将来的に目指すものであるというのは、非常にこの地域にとって、実りのあること

かと思っております。

ただ、在宅でいえば、整えなければならないパラメディカルの充実等の点で、24時間体制でまだまだとれていないものですから、その辺をどのように構築していくか。

松阪市の皆さんとの協議の中で、松阪地域の医療介護連携拠点まで開設し、その辺は時間をかけてつくっている最中ですので、時間をかけながらそちらも充実させていかなければならないと思います。今、検討いただいている病院のシステムづくりとともに、在宅での受け皿のシステムづくり、パラメディカルを中心とした連携をこれから充実していくための時間をいただくことは必要かなと思っております。

委員長

委員いかがでしょうか。前回のご発言では3病院を専門的な分野を持った病院にしていけば病院を選ぶ市民もわかりやすく「楽」になるといったことでした。地域では住民の高齢化から医療に対して望むことも変化してきているということを感じられていると思いますが、今日の説明を聞かれていかがでしょうか。

委員

私は住民としての立場で話をさせていただきますが、いま、核家族で、高齢者夫婦が増えています。多分、皆さんもご存知だと思いますが、今日も88歳のお母さんが、70歳の娘さんを殺して母親も自殺をしたと。これも介護ができなくてということです。そういうことがこれから増えてくとも思いますので、市民病院がこういうことを担っていくことであれば、在宅で介護できない時に対応してもらえる、これはありがたいと思います。先ほどはすぐにはできないと言われましたが、できるだけ早くやっていただければありがたいと思います。

委員長

そのほか、ご意見よろしいですか。

委員

皆さんと同じような意見だと思いますが、まず、市民病院の役割として、地域包括ケア病床を中心とした病院、ということで地域包括ケアシステムを構築していく中で役割を担っていくということが今後必要になってくるという説明をいただいて、そのとおりだと思います。

この一定の期間をかけて医療ニーズに合わせて機能転換というのを最後に書いていますが、この辺をどう進めていくかというのが非常に難しいところだと思います。

済生会、あるいは松阪中央との連携についてはポストアキュートの部分を市民病院のほう引き受けるといってもあろうと思いますし、ほかの回復期や慢性期を担っている病院との連携もあります。また診療所、医師会の先生方をはじめとした、医療機関との連携。さらには先ほどから話が出ている介護事業との連携というような中で、全体がうまく回るような格好をつくっていかないと、地域全体として体制がとれていかないのではないかと思います。

松阪地域の地域医療をよくしていくために、「ワン・チーム」で取り組んでいく必要があると思います。

それから、雇用の問題というのは、機能を移行していく中でどう考えていくかということになろうかと思えます。

急性期から、回復期・地域包括ケア病床ということになれば、医師数、看護師、さらにはコメディカルというあたりも、他の病院との移動というものがどうしても出てくると思えますし、急性期のほうへはやはり医者も必要になると思えますので、その辺をいかにうまく雇用を守りながら、あるいは松阪地域から流出しないように、松阪地域の中でうまく移動をしていただくということを考えていく必要があると思えます。

市の立場から申し上げますと、経営という面で少しご意見が出ていましたが、果たしてそういう格好の病院で経営状態がどうなるのだろうということがどうしても気になります。

実は、今も市民病院へは市から繰り出し（財政支援）をしています。

それに対して地方交付税という国からのお金も一部入ってきているという中で、やはり地域医療を進めていくためには市の負担も一定程度あってもいいとは思いますが、やはりそうした中でもできるだけ税金の投入は少ないにこしたことはない。経営の面や雇用の面、あるいは連携の部分で、どういう形が1番効率的でうまくいくのか、どうしていけばいいのかというのがこれからの課題で、目標ははっきりしてきたのかなと考えています。

委員

実は3病院の院長協議会が開かれたのはこれが初めてではなくて、第1次のときに既に2回開かれています。

そのときから一貫して済生会も中央も急性期をするということでした。今の制度上では、地域包括ケア病棟は、残りの2病院は持てないです。それで、急性期しかない。それでこの方針の表明でした。もう一つは3病院の院長、事務長、さらにオブザーバーの先生方誰もが認めていたのが、今の急性期のまま競争していくと、いずれ地域の医療が成り立たなくなるということについては誰も反対しなかった。

これは大きなことで、今のままでは近い将来何か破綻が生じるだろうと。それはどういう格好で破綻が生じるかわからないけれども、破綻が生じるのは誰もが認めていることでした。

そもそも非常に困ったと思ったことは、国が地域医療構想の中で上げてきた数値を、多くの方が誤解しているのではないかということです。それは何も国が我々に強制してきたわけではなくて、統計資料とか、医療上の数値、人口変化、患者の発生状況全てを科学的に分析したうえでこの地域に落とし込んで、データを我々に突きつけました。

今後、地域での急性期・高度急性期はこれだけ、回復期、慢性期はこれだけ、在宅がこうなっていくと示される中で、高度急性期・急性期に関しては、その数値以上にもっと需要が減っていくと思えます。

そうすると、その中でいかに地域全体が生き残っていくかを考えなければいけない。

今、こういう方針が出たこと自体はよかったと思えます。

ただし、私は松阪市民病院の病院長でありまして、病院長の役目は第1回目でも発言した

ように、現在働いている職員、医師、看護師、コメディカル等すべてのスタッフ、それは常勤・非常勤を問わずですが、その雇用を守ることが第1です。

その雇用さえ守ることができたら、地域のニーズをきちんと支えることもできるだろうと思っているので、そのこのところをいかにうまくつくっていくかという次の段階に移っていくしかないのかと思います。

委員長

ありがとうございました。

その他、ご意見ございませんか。

委員

市民病院が、地域包括ケア病床中心の病院になったとしても、その病院一つだけで、経営も含めて運営していくことはできないと思います。

例えば、急性期の病院からの転院、あるいは回復期のリハビリ病院からの転院、逆にそちらへの入院、また、在宅療養の患者さんのレスパイト入院、そして、地域包括ケア病床から慢性期の病院への転院等の様々な連携。また、認知症の方も増えていますので、松阪にある精神科の病院との連携。そういった連携体制の中で核として機能することで、市民病院が転換する地域包括ケア病床を中心とした病院に存在価値があり、それとともに経営ができるのだと思いますので、松阪地域全体の連携ということを考えながら、やはり市民病院のあり方というものを、これまで同様、これからも続けていくべきだと思います。

私は慢性期の病院の経営者でもあるので、心配なのは、例えば重症で長期療養の必要な患者であるとか、認知症のほかに病気がある入院の必要な患者等は、地域包括ケア病床は2カ月ぐらいの入院しかできないという中で、急性期経過後、地域包括ケア病棟へもし入ることができても、そのあとどうするのか。

そういったことが地域包括ケアシステムの中で、在宅で看ることができるのか、あるいは施設等でそれがきちんと看ることができるのか、また、その後の流れ、それを構築することができるのかということが、大事なかなと思います。

委員長

今日欠席の委員から意見書をいただいたということで事務局から報告をお願いします。

事務局

事前にお渡しした資料を見ていただいた上で、現時点で課題と考えられる事項についてメールで提示いただきましたのでご報告します。2点ご指摘をいただきました。

第1点は、地域人材の流出及び損失、地域経済への影響ということ。2点目は、地域包括ケア病床への移行による経営面での課題の整理ということでございます。

機能転換により職員が地域外へ流出することへの懸念、そして経営面での課題を整理する必要性を、課題として挙げられているというふうに思われます。以上です。

委員長

ただいまの委員からのご指摘について、どなたかご意見ございますか。

やはりこのことを考えていかないといけない。

先ほど発言されたように、現在の職員の雇用を守るということは非常に重要なことなので、それも考えながらどういう方策があるかということも考えていただきたいと思います。

今日のまとめをしますと、松阪中央総合病院と済生会松阪総合病院が高度急性期、急性期機能に特化していくという中におきまして、松阪市民病院が地域包括ケア病床中心の病院となり、高度急性期・急性期、慢性期、在宅医療をつなぐ地域医療のかけ橋になっていくという総論においては、皆さん、納得いただいたのではないかと思います。

一方で委員の皆さんからは、松阪市民病院が一定の期間をかけて機能転換をしていく必要性、医師、看護師等の松阪地区からの流出を何とか抑えることができないか。

それから市民病院の経営がどうなるのかといった意見・質問が出されました。

地域の医療を守ることについては、「機能」「雇用」「経営」という、三つの観点から考えていく必要があると思います。

このうち「機能」という側面では、松阪市民病院が、地域医包括ケア病床中心の病院となり、高度急性期・急性期、慢性期、在宅医療をつなぐ地域医療のかけ橋になるということで、地域医療を守ることにより大きく寄与すると考えます。

残る「雇用」と「経営」という側面において、さまざまな運営方法といいますが、運営形態、経営形態の中で工夫をしていただいて、今日出された課題をどれだけ克服できるのか、その可能性を探っていただき、次回に議論の材料を提示していただきたいと思います。

あとつけ加えさせていただくとすると、現在、松阪市民病院には緩和ケア病棟もあります。この緩和ケアというのはがん患者だけではなくて、疼痛を抱えた患者もいますので、そのところをやっていくという選択肢も松阪市民病院としてはあるのではないかと。

それから透析もあります。そのところも考えながら、経営というものを考えるといいと思います。では、事務局へ返します。

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いただいた課題につきましては、次回の委員会に向けて検討材料を整理して用意したいと考えています。

事項の3、その他ということに関してですが、次回の日程について、委員の皆様にご都合をあらかじめ伺っており、年明けの1月7日を予定させていただきます。

お忙しい時期ではございますが、ご出席いただきますようお願いいたします。

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ので、気を付けてお帰りください。

20時30分 終了