

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8回 委員会

2020年1月29日



まつ さか
松 阪 市

第6回委員会の振り返り

経営形態について

【直営型について】

- 政策医療を進めるに当たっては直営型が1番適しているという気はするが、1番問題になるのは雇用の確保という点であり、非常に大きな課題と思っている。
- 市民病院が直営として機能転換したとしても、連携がうまくとれるのかという心配がある。また実際の財政負担がどうなって、どのような経営状態になるかというのがわからない部分がある。
- 直営型というのは現実的に難しい。

【統合型について】

- (現在の)松阪市民病院(の建物で)は地域包括ケア病床として運営しながら、統合した方は急性期病棟の運営をするということで、経営は一体として行うという形で、松阪市はほとんど関与できなくなる。

【公設民営型について】

- 具体的にはどこかの病院と統合をして、急性期病棟をそちらへ移動して松阪市民病院は地域包括ケア病棟になる。その運営を統合した病院が管理者となって、松阪市民病院を運営していくが松阪市民病院という名前は残る。全国に指定管理している例はある。名前を残しつつ、管理者だけが違っているということであるが、何もそういう事情を知らない人は、県立病院、あるいは市民病院だと思うが、実際、市も関与はしている。
- 松阪地域の二つの基幹病院との連携というのは非常に重要だと思うが、例えばその二つの基幹病院のどちらかに指定管理をしていただくということは可能なかどうか。またさらに片方ではなくて、二つの基幹病院両方が共同で指定管理を行うわけにはいかないか。
- (二つの基幹病院両方が指定管理を行うことについて)そういう形をとると、松阪市民病院を二分割することになる。それは今までの歴史と、今まで闘ってきた内部の事情を考えると、あり得ない話であり、否定した。

第6回委員会 委員発言要旨(2/4)

経営形態について

【公設民営型について】(前頁からのつづき)

- 松阪市または市民病院で運営の条件を整えて手を挙げていただく。例えばどこも手を挙げなければ、この話は一旦なかったということになる。
- 松阪の今後20年先30年先の医療を考えると、一生懸命考えなければいけない。ただし、残された時間は多くないという結論が第1回委員会で出ているが、今後何かの手段をとったときに松阪全体の医療が崩れるような選択をしてはいけない。
- 直営のところに出てきたデメリットの中で、地域包括ケア病床が中心だと医師の確保が難しいということだが、これは別に指定管理でも同じようなことが言える。そのあたりの具体的な不安を打ち消していきなり、あるいは不安も共有していくということが大事なのではないかと思う。
- 指定管理者のデメリットは指定管理期間のみの連携ということにある。指定管理期間を終えて、また直営に戻った病院もあり、そこも先行事例として押さえた上で、よりよいものを展開していくことが大事になる。良い事例ではない事例も、実は我々にとっては好事例ととらえていくことが大事なのではないかということを感じる。
- 指定管理者制度を採用した時のデメリットというのも、もう少し考えていくべきとは思う。

第6回委員会 委員発言要旨(3/4)

雇用の確保について

- どの形をとっても雇用の確保というのは難しくなると思う。誰かが何かの覚悟、努力をしなければいけないので、雇用の確保についてはメリットではないのではないかと感じる。
- 地域包括ケア病棟を中心にする、職員数は今の5分の1くらいで済んでしまう。その機能だけで運営するとなるともっと少なくなるのではないか。一方、病院の機能が高度急性期・急性期、救急のような急性期の病院は多くの雇用を生む病院である。より活力のある病院になると、それだけ雇用を生んで収益も上がる。
- 雇用の問題というのは医師の配置基準や看護の基準があって、そういった基準が病院の機能によって、大幅に違うものなので一概には言えない。とはいえ、単独で回復期だけとなると、どうしても雇用数は乏しくなり、医師、看護師も少なくなって、なり手、希望者が少なくなるのが1番問題で、いかにこの松阪地域の中にとどめることができるかということだと思う。
- 難し過ぎてよくわからないが、急性期から回復期になった患者を受けて、その人はそのまま元気で退院されたり、在宅になったりということもあるかと思うが、再び急性期になる人もあると思う。入院したり、在宅に行ったりというようなことがあると、そこをつないで地域住民の健康状態を見ていくということも大事なので、機能の選び方によって病院の職員が少なくなるというふうを考えるのではないのではないかと感じる。

第6回委員会 委員発言要旨(4/4)

その他

- 一つの病院で、すべてのことはできないので、そのために機能分化する。患者それぞれで、急性期医療が必要な方もいれば、そうではない回復期の方もみえる。松阪地域として病院の機能分化をすれば、そのときの状態に応じて診療できるという体制がつけると理解いただきたい。
- 具体的にどれぐらいのものをイメージしていくのかということは、市民病院だけではなくて、地域包括ケアに関わっている方々、専門職あるいは住民の方々にも、連動するところであり大事である。
- 政策医療という部分を見ると松阪市の関与というのは一定程度確保しておきたい。市民病院があることによって、現在地方交付税が5億円入ってきて地域医療のため使えるが、これが全く入らない状況になると、松阪市全体として、その部分は損失になるということも考えられるので、できれば一定程度地方交付税が入るような経営形態が望ましいのではないかと。
- 市民の立場から考えた場合に、機能的には地域包括ケア病棟を運営していただくということが非常に良いということは、ある程度理解はできると思うが、市民の立場でこれをどう選ぶのか、どう意見を出すのかという点は非常に難しいと思う。もう少し具体的に、市民としての経済的な負担がどうなるのかをわかりやすく提示いただくと、より選択しやすくなるのではないかと。

第7回委員会の振り返り

第7回委員会 委員発言要旨(1/6)

<p>指定管理者制度 について</p>	<ul style="list-style-type: none">• それにするかどうかという議論ではないが、医師会の健診センターは指定管理者制度を導入している。この制度は市議会の議決を必要とする点で、市民サービス、あるいは、公的ということも含めて、改めてよい制度であると思った。• 市の公的な管理が及ぶような形でという点は非常に大事なポイントで、例えば指定管理者の事業者を選定する場合にこれを満たすような条件を付与したならば、その状況を満たす事業者を選定するということになると思う。
<p>人材確保の方法 について</p>	<ul style="list-style-type: none">• 医療職がこの地域で生活していただくことで経済効果ももたらすという点では、市民病院が機能転換することで起こる医療従事者に関する問題をうまく解決し、引き続きこの地域で気持ちよく医療に従事していただくことを考えることは非常に重要である。• 市民病院が機能転換をしていくことを想像してみると、直営の場合には、2基幹病院に転職していただく方を募って、希望する2基幹病院のいずれかに(再就職を)お願いするという作業を繰り返すことになるが、予定している人数が集まらない可能性も考えられる。また区域外の病院に転職される方もあるかもしれない。これに比べ統合や公設民営の経営形態であれば、一旦現状の市民病院の機能のまま2基幹病院のいずれかと統合するか、指定管理をしていただくことになり、同じ組織の中で再配置がされると思う。職員の雇用が確保されやすく、松阪区域の急性期病院で働き続けてもらえるというところでは、直営よりも統合や公設民営のほうがスムーズで確実なように思う。

人材確保の方法
について

(前頁からのつづき)

- 機能転換と雇用・人材の確保の両方をうまくやっていくためには、2基幹病院のようなしっかりとした団体と組織を一体化したうえで進めていくことが必要である。
- 人材流出は地域経済に影響を及ぼすということは必至だと思うので、できる限りうまく考えていかないといけない。
- 病院は指定管理者であれ、直営であれ、職員は毎日毎日仕事をしながら、公立であれ、民間であれ、職員のエネルギーで動いている組織である。組織を変えていくということは、いろんな意味で問題もあるし、意識を統一していくということも時間がかかる。直営の場合は、職員の再配置の問題や、松阪地域から、医療関係者が外へ流出していくという問題が大きく影響してくる。指定管理のほうが今の説明を聞いたところではベターという気がしているが、もう少し考えさせていただきたい。
- 組織を一体化するという言葉は非常に魅力的だが、漠然としているところもあって、どういう形で一体化というのか。雇用という点で対応が均一化されて同じ身分で、ただ基幹病院、指定管理者の病院の給与形態のベースに載せるということを一体化というのか。医師・看護師、その他のパラメディカル、介護職それぞれによって受けとめ方はかなり違うんだろうなという気がする。
- (組織を一体化した場合)基本的には同じ組織だが、いわゆる急性期の病棟と急性期以外の病棟で職員の給与差をどうするかというのは、実際に経営者になった方がどう考えるかによって変わるかもわからない。ただし病院の経営者は同じであるため、給与体系に関しては差が出るかもしれないが、具体的にやってみないとそのあたりは難しい。

第7回委員会 委員発言要旨(3/6)

損益シミュレーションについて

- こういったこと(病院の運営)はこの地域で働く人材がいない限り、できない。特に地域包括ケアという病棟になると、それに携わる医師のほうの就業内容も、急性期と随分変わるし、この病棟ではいわゆる全科的な対応ができる医師が必要になる。若い先生方は、専門医を目指しておられる。専門的なことにモチベーションを高く持っておられる先生方には地域包括ケア病棟では物足りないということがあるので、医師の確保・ナースの確保においても、いい人材がこの地域に残ってもらうというのが前提である。
- 10年後20年後の病院職員の職を確保したいということが大前提だが、地域包括ケア病床を中心とした病院となると、今のシミュレーションでも職員数は約半分以下ぐらいになるだろう。直営での転換になると、医者や看護師で急性期をやる気のある人たちが、どんどんやめていこうと考える中で、その行く先は必ずしも松阪市にはとどまらない可能性が大きいのではないかと。できるならば組織を一体化した上でということを考えているが、直営というのはなかなか難しいのではないかと。
- もし、うまく必要な職員が市民病院に残って、そういう格好がとれるならば、案外数字的には負担は少ないと感じた。あくまで体制がとれたらという前提だが、2030年には黒字になる。繰出しの部分と、交付税の差額でいくと、今よりはその負担は少なくて済むということになるが、そこまで行けるかどうかというのが非常に大きな問題である。
- 指定管理者には指定管理料は出さず、企業債の元利金等の2分の1を指定管理者のほうから逆にもらう。現在の直営の市民病院と形は違うが指定管理者になっても市の負担は同じ気がする。指定管理者が市民病院を運営するので、どういう収支になるかは示されていないが、多分大きな組織の中でうまく運用していただけたらと思う。ただ、この部分で赤字が出たからといって補てんを求められ、その補てんがどんどん膨らんで市の負担がシミュレーションの想定に収まらないということになっても困る。その辺はしっかりした相手と協定を結ぶということで、そういうことにはならないと思うが、シミュレーション結果はうまくいく感じはした。

損益シミュレーションについて

(前頁からのつづき)

- 公設公営で地域包括という回復期の病院をうまく運営できるかという、非常に難しいだろうと思う。実際にこういう病院は特に事務職員の経営能力に非常に大きく依存すると思うが、公設公営の病院の1番の弱点の一つが、専門性を持つ事務官がなかなか育たないということがあるし、その点でも非常に難しいというのが実感である。
- 高齢者の方をこれから診ていくということが特に中心になると思うし、サブアキュートも必要である。地域包括ケア病床を運営、経営していくためには、高齢の方である意味、急性期の方も入院をしていただくということは当然必要なので、地域包括ケア病床を中心とする病院というこの最初のこの会議の定義の中での『中心』というのは、急性期をやっていくかどうかということは別にして、やはり急性期的な高齢の方も、その中で入院も可能だという前提でシミュレーションへ考慮してほしい。
- 病床数は地域医療構想の中で出た数値をそのままぴったりにあてはめたということだが、幅がある数値であり、最大限プラス50ぐらいのところ、さらには地域包括ケア病床を中心とすれば、どうしても少し減らさざるを得ない中、丁度いい数値になってくるが、示された病床数は最低限である。
- 病床数について地域包括ケア199床とあるが、地域医療構想調整会議で実際に認められるかどうかという問題がある。地域包括ケア病床が回復期とすればやはり民間病院も含めてこれを取りうるということが可能であり、その辺りの問題を地域医療構想調整会議や病院長懇談会等の会議でクリアしていくということが必要である。
- 地域包括ケア病床を199床で運営していくとなれば、ポストアキュート、そしてサブアキュートも診ていく。現在の市民病院は、訪問看護ステーションがあるが、たとえどこかと一緒になったとしても、いわゆる在宅等と連携するようなシステムも必ず必要になってくると思う。

第7回委員会 委員発言要旨(5/6)

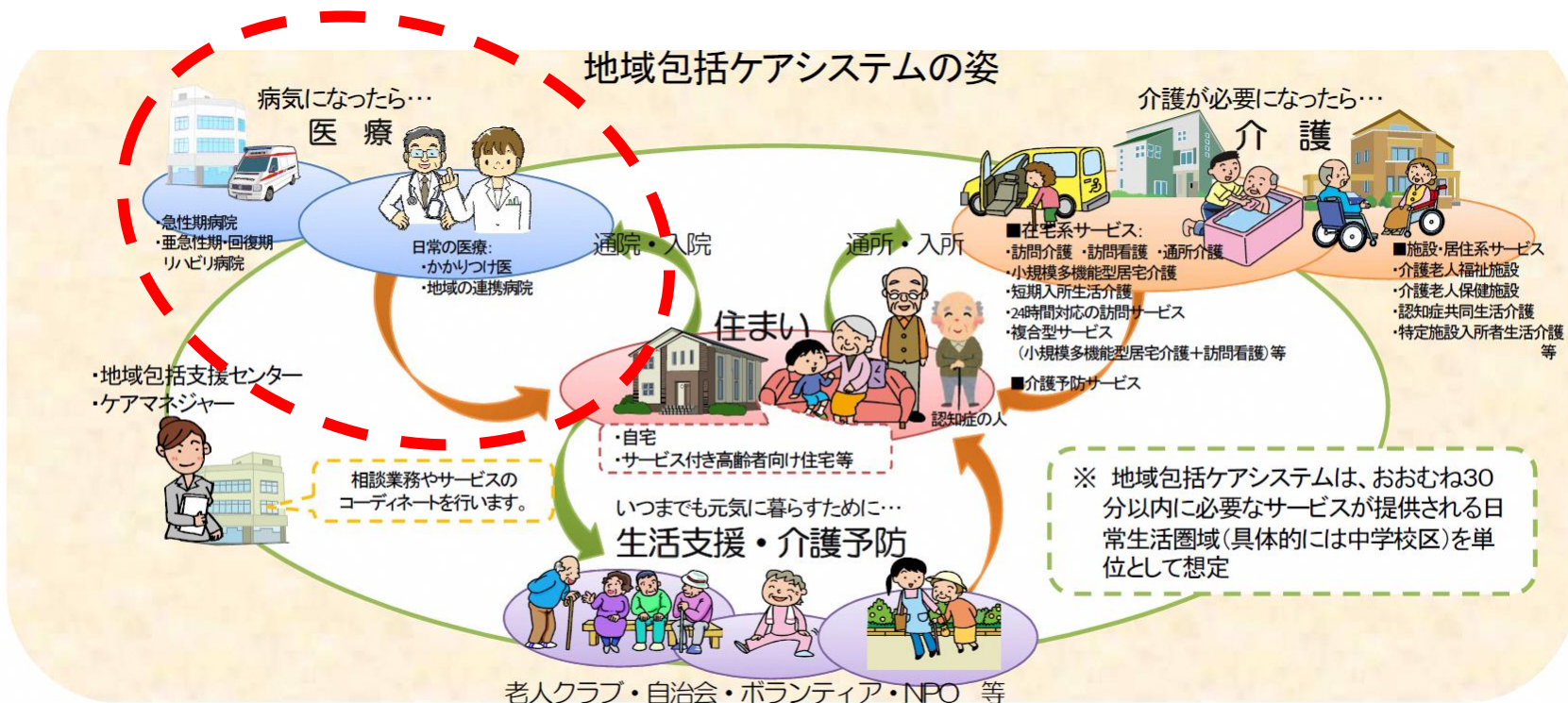
経営形態について	<ul style="list-style-type: none">• いろんなことをお聞きしてみて、もう少しじっくり考えたいなという気がするので、もう少し考えさせていただきたい。• 機能分化・連携という面で、指定管理者制度がいいのではないかということにもなろうかと思う。• 直営でうまくいくなら直営でもいいと思うが、適正な人員の確保ができて、経営がうまくできるのであれば、収支もそんなに問題なく行くのかなというところだが、経営がなかなかうまくいかないというあたりをもう少し知りたい。それでも難しいとなれば指定管理者ぐらいになるのかという感じをもっている。
病院の経営について	<ul style="list-style-type: none">• 病院の経営はどうやって運用するか非常に大きく関係してくる。要は病床利用率をどうやって高めるか。そこはどこかと統合、もしくは指定管理になった場合でも、残りの病院と連携し、また地域の病院とか在宅と連携するようなシステムをきちんとつくれば、非常に安定するのではないかと考えている。
雇用の確保について	<ul style="list-style-type: none">• (直営の場合)退職や再就職で移っていただくのが非常に難しいと思う。回復期なら回復期に適した医師なり看護師がきちんと確保ができるのかどうかという面もあろうかと思う。• (直営の場合)一時にこの病院の中身が変わるわけではなく、徐々に機能を移行していくことになると、人も徐々に変えていかなくてはいけないという点で非常に難しいと思う。• 組織が大きければ、その状況に応じて適切な人員配置を適宜できるのではないかという点では、職員も多いなかでやったほうがうまく行くのではないかという気はする。

第7回委員会 委員発言要旨(6/6)

その他	<ul style="list-style-type: none">• 指定管理者と市民病院との連携ということは当然であり、その面ではうまく連携はしていくんだらうと思う。それ以外のもう一つの基幹病院、あるいは他の病院・診療所との連携ということになると、またそれは指定管理者との連携だけではなく、もう少し広く松阪全体での連携というのは別にきちんとできるようなことを考えていかないといけないという気はする。• 2病院が統合した場合は、2病院間はずまくいくが、他の病院とはどうなのかということを考えないといけないという視点があると思う。そういうことも考えて機能は考えていかなければいけない。• 会議自体が「地域医療構想を踏まえた」という趣旨に合致するようにということは非常に大事と思う。• 地域包括ケアシステムの構築という観点から、在宅医療や介護に影響がどういうふうに出てくるのかということ、あるいは新たな道を皆さんでつくっていくというところでも一つ大事なポイントになると思う。そのあたりの認識をより高めることができるような材料という点で、もう少し説得する材料というか、納得する材料が欲しい。
-----	--

地域包括ケアシステムの中で、医療が果たすべき役割の検討が必要です

地域包括ケアシステムにおける医療の役割



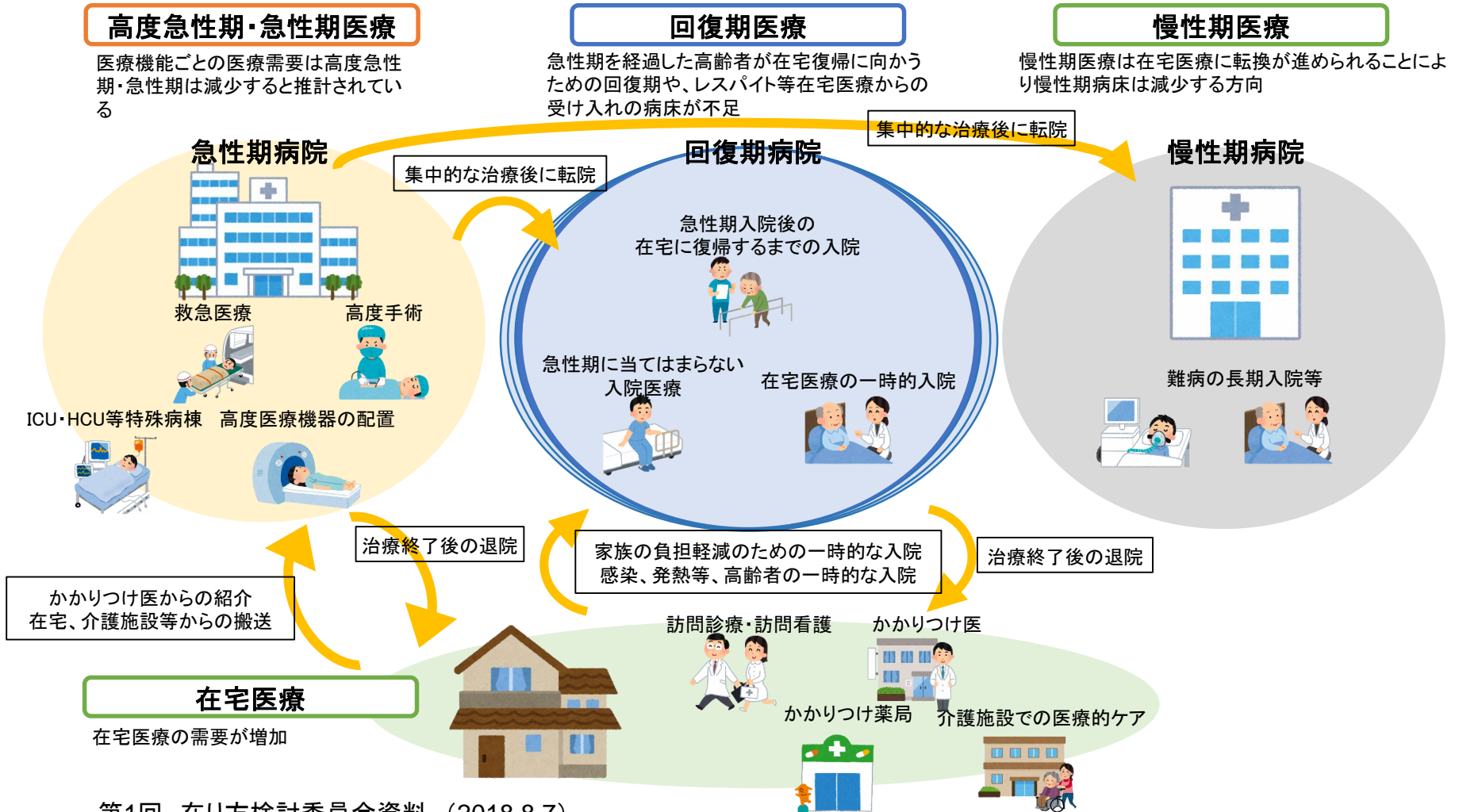
○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

第1回 在り方検討委員会資料 (2018.8.7)

出所: 厚生労働省ホームページ 地域包括ケアシステム

将来に向かって、切れ目のない医療・介護の提供体制整備が望まれる中、病床機能においては回復期の病床が不足すると想定されます

医療の面から見た地域包括ケアシステムにおける病床の課題



松阪区域の平成30年度具体的対応方針(案)

とりまとめ総括

- ・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、病床総数は189床過剰であり、全体的なスケールダウンが必要である。
- ・3病院については、役割の明確化に取り組むにあたって、「松阪市民病院の在り方検討会」の検討結果をふまえる必要があることから、保留とする。
- ・定量的基準導入後の各医療機能の充足状況を見ると、主に3病院が担う高度急性期・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。
- ・合意としない高度急性期・急性期病床については、毎年度、協議を繰り返していく中で合意を図っていくこととする。

2017年病床機能報告(アンケート調査反映後)						2025年に向けた役割・医療機能ごとの病床数							
医療機関名	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟・無回答等	計	担うべき医療機関としての役割	医療機能ごとの病床数					介護保険施設等に移行
								高度急性期	急性期	地域急性期	回復期	慢性期	
松阪中央総合病院	142	298				440	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。	(62)	(378)				
済生会松阪総合病院	130	300				430		(80)	(326)			(24)	
松阪市民病院	46	221	39	20		326		(85)	(182)	(39)		(20)	

(計)

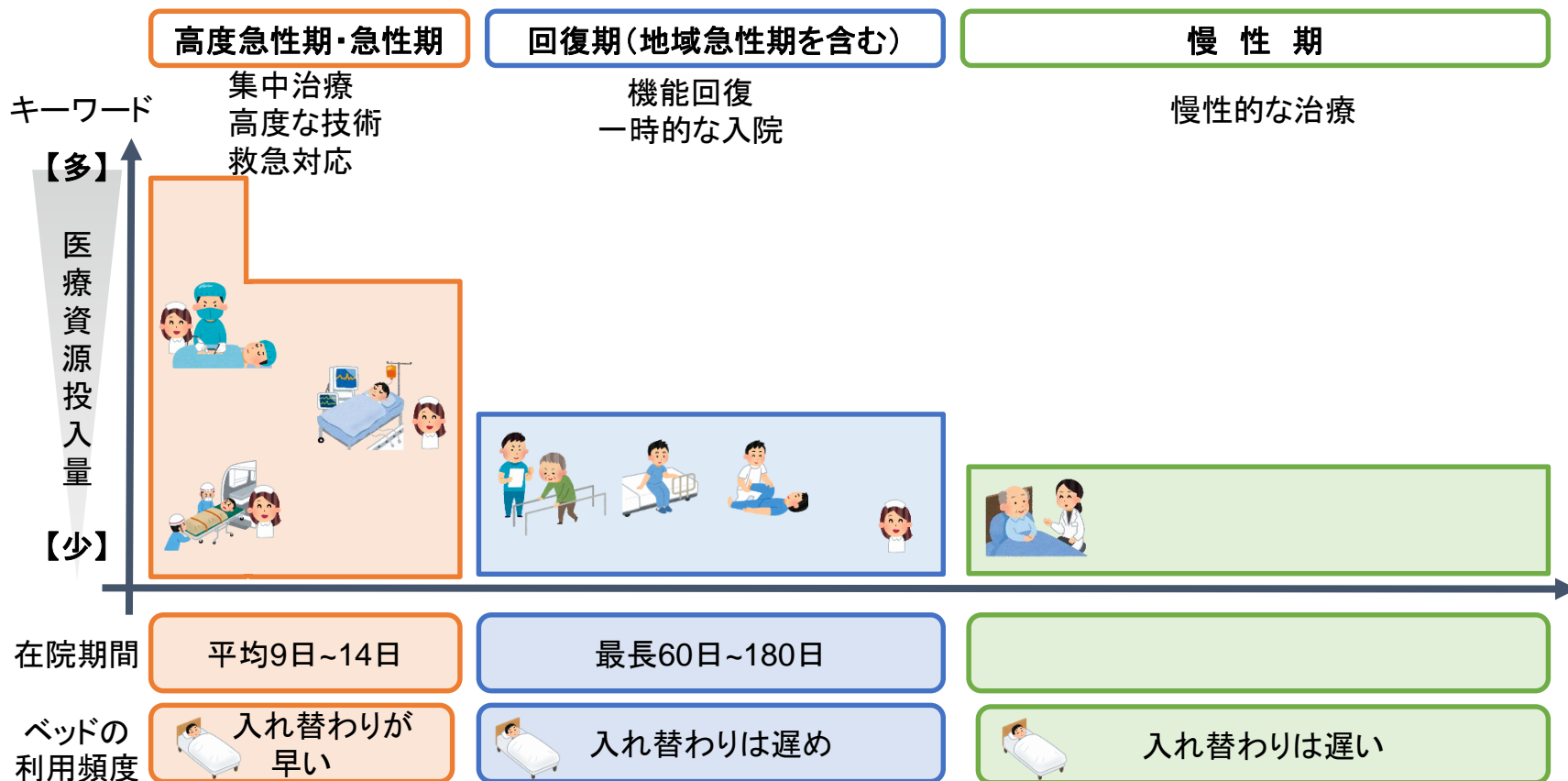
2025年の病床数の必要量	222	641	589	385	1,837
将来の病床の必要量(医療需要のピークを勘案)	222	651	606	399	1,878
将来の病床数の必要量と2025年に向けた医療機能ごとの病床数との差	50	292	-173	20	189
協議を継続することとした病床数	272	943	39	0	44

平成30年度 第2回地域医療構想調整会議資料より

第3回 在り方検討委員会資料 (2019.3.20)

高度急性期・急性期機能の病床は、重篤化して入院する患者に対して迅速に処置が行えるように、受け入れ可能な病床を常に確保しておくことが必要です

4つの機能の特徴



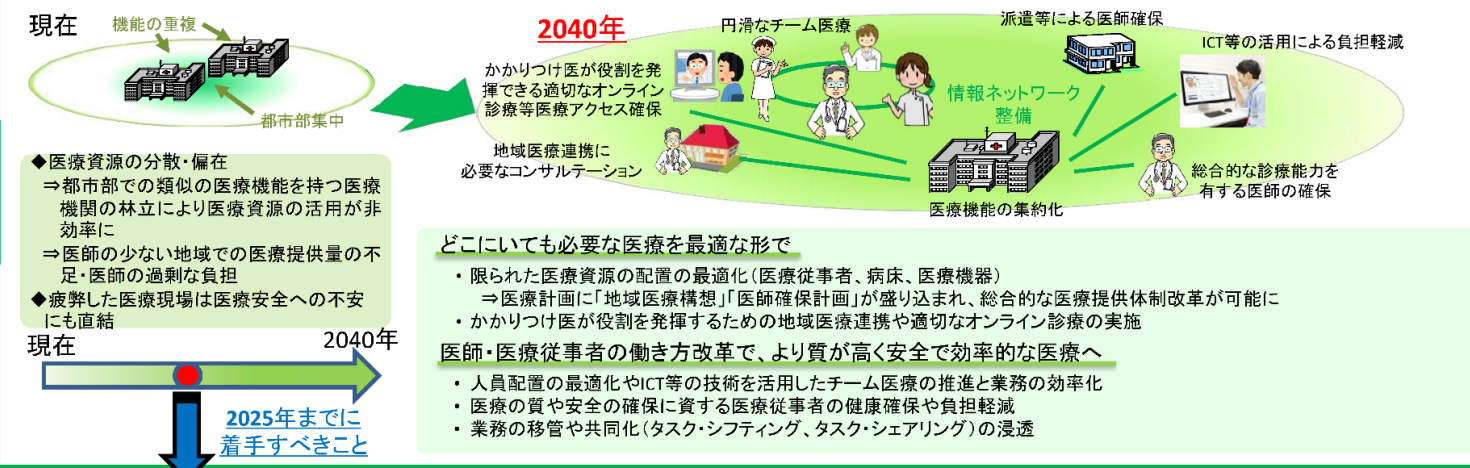
ここがPOINT

高度急性期・急性期の病棟は、**平均9日から14日間**の集中的な医療を行う病棟です。早期に退院し、次の患者の集中的な医療のために病床を空ける必要があります。

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

出所：第66回社会保障審議会医療部会資料より

第4回 在り方検討委員会資料（2019.6.11）

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

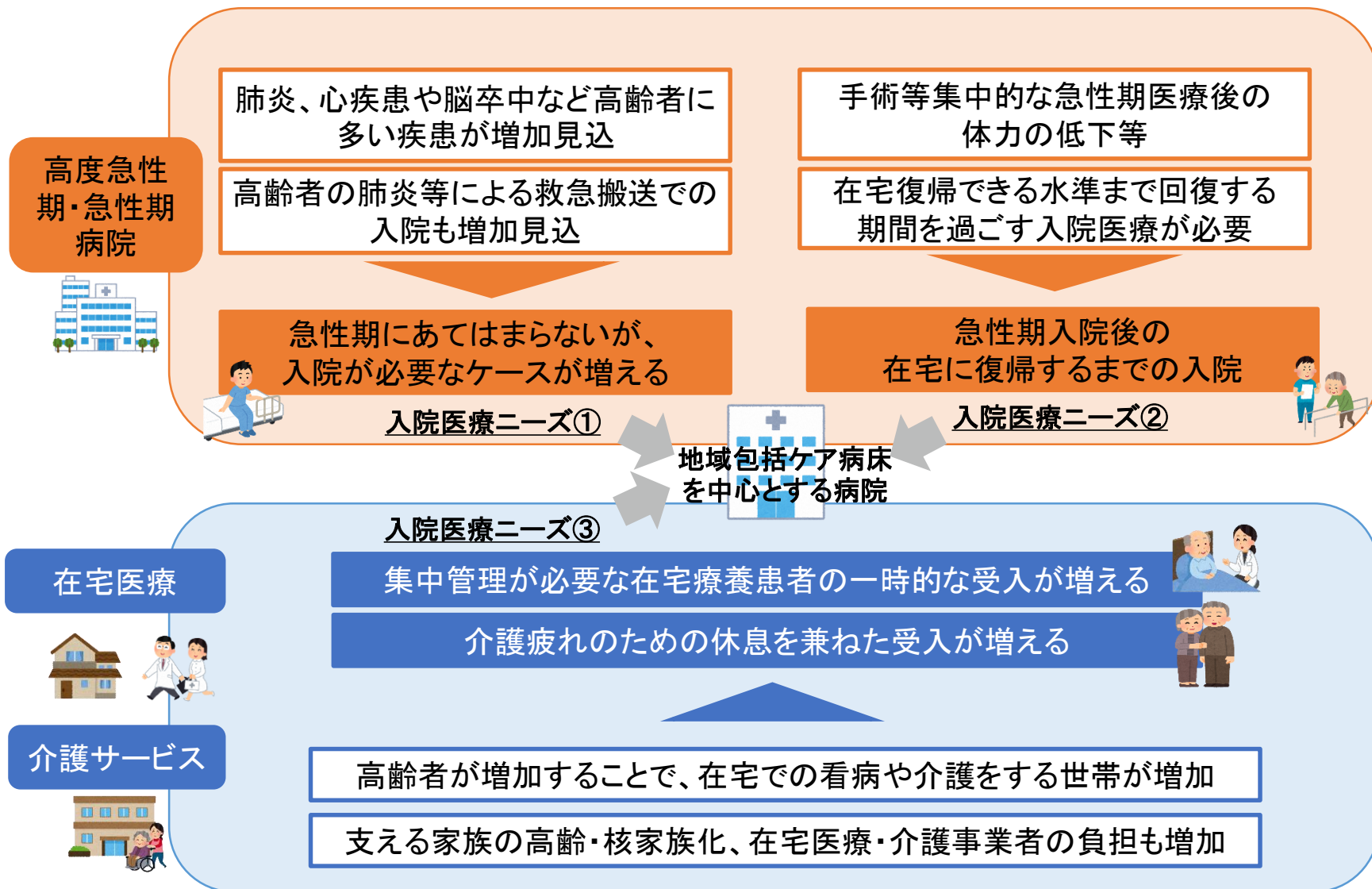
退院

在宅医療

急性期(アキュート)医療



地域医療の架け橋となる病院



松阪市民病院が取り得る可能性のある選択肢について

